



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**SANDRA ASSIS BRASIL**

**A Política de Saúde da População Negra no Brasil:  
atores políticos, aspectos étnico-raciais e principais  
tensões do campo**

Salvador, BA, março de 2011

**SANDRA ASSIS BRASIL**

**A Política de Saúde da População Negra no Brasil:  
atores políticos, aspectos étnico-raciais e principais  
tensões do campo**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra<sup>a</sup> Leny Alves Bomfim Trad

Salvador, BA, março de 2011

Ficha Catalográfica  
Elaboração Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

---

B823p Brasil, Sandra Assis.

A Política de Saúde da População Negra no Brasil: atores políticos, aspectos étnico-raciais e principais tensões do campo / Sandra Assis Brasil. -- Salvador: S. A. Brasil, 2011.

147f.

Orientadora: Profa. Dra. Leny Alves Bomfim Trad.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. População Negra – Saúde. 2. Políticas Públicas. 3. Equidade. 4. Raça e Saúde. 5. Racismo. I. Título.

CDU 614.2

---

**SANDRA ASSIS BRASIL**

**A Política de Saúde da População Negra no Brasil: atores políticos, aspectos étnico-raciais e principais tensões do campo**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leny Alves Bomfim Trad

Data da Aprovação:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leny Alves Bomfim Trad  
(orientador)  
ISC - UFBA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Edna Maria de Araújo  
Departamento de Saúde - UEFS

---

Carmen Fontes de Souza Teixeira  
ISC - UFBA

Para aqueles a quem a política *ainda* não chegou.

## **Agradecimentos**

Aos de longe e de perto, aos daqui e de além-mar, o meu muito obrigado.

Aos que já foram, mas souberam me recobrir de carinho e atenção em intermináveis sonhos de ternura;

Aos meus pais por, entendendo ou não meus momentos de afastamento da família, sempre me respeitarem e me apoiarem incondicionalmente em qualquer das minhas necessidades e decisões;

Aos meus irmãos, Halina e Mateus, espero que um dia possam compreender esse meu gosto insaciável pela leitura e pelos estudos;

A Leny Trad, pela paciência e confiança numa orientanda por vezes indisciplinada, por vezes bastante confusa com o tema e a inserção nos meandros de uma pesquisa em políticas. Meus agradecimentos também pelas impecáveis orientações: na medida exata do tempo e da compreensão da mestranda, as orientações carregavam além de muito conhecimento, boas doses de sensibilidade e escuta, especialmente nos momentos mais difíceis;

Às minhas amigas de toda vida: Rejhane Cunha, Daniele Ribeiro, Trícia Santos, Rejane Luzara, Thaíse Emerita, todas me fizeram acreditar que eu podia e devia seguir em frente, obrigada pelo apoio incondicional. A Valdemiro Xavier, pelas insistentes provocações acerca do real sentido deste trabalho;

Às companheiras de sonho e de luta! Ana Luísa, por me ter feito sua 'cria' nas discussões sobre as relações raciais, juntas aprendemos muito! Fernanda Vidal, cada questionamento ou observação sua me traziam nova luz e alento. Karen Krsna, de longe, mas tão de perto, você soube cuidar de mim! Agradeço também as leituras e correções do texto final! A Antônio Barreira, um grande sábio, sempre me alertando e orientando nas grandes questões da vida. A Gisele Lopes pela torcida, mesmo que à distância. Saulo Daniel Campos e Jardson Fragoso, pela companhia virtual e grande força que me davam madrugadas em frente ao computador. Maria Clara, pelos suportes que, repentinamente, me tiravam de uma ou outra situação inusitada!

Às novas amigadas que o mestrado pôde brindar-me: Patrícia Rezende, Marieta Reis, Letícia Azevedo, Rosario Andrade, agradeço o apoio dispensado nas diversas etapas de construção deste trabalho e nas divertidas companhias de fim de tarde no 'escritório' do

Canela. A Elsa Jacinto e Leonarda, um agradecimento especial pela boa acolhida no Rio Vermelho;

Às meninas do FASA: Rosália Sá, Naira Gomes, Zeza Barral, Andayê Sant'Anna, Aline Nascimento, Luana, Ana Queila, Virgínia Nogueira, Clarice Mota, Maria Magalhães, Yeimi López e o rapaz do FASA: Marcelo Castellanos, obrigada pelo carinho e compreensão do meu afastamento do grupo e da pesquisa nos últimos meses;

Aos queridos professores Jairnilson Paim e Eduardo Mota, pelas orientações de corredor, suas observações, mesmo que pontuais em virtude do tempo, foram cruciais para meu entendimento sobre determinadas questões em políticas de saúde;

A Marlos, pela atenção dispensada na indicação de bons livros e artigos e pelas boas conversas no instituto;

A Anunciação, Thaís e Antônia, pelo precioso suporte nos trâmites burocráticos do ISC;

A Luís Eduardo Batista, Altair Lira, Denize Ribeiro, Liliane Bittencourt, Jurema Werneck, entre outros militantes, pelo apoio em diversos espaços institucionais nos quais pude ser bem recebida e dar continuidade ao trabalho;

Ao CNPq pela viabilidade da bolsa de estudos para concretização desta pesquisa;

Aos meus informantes e entrevistados pelas preciosas análises da política de Saúde da População Negra.

## Resumo

A emergência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), formulada sob a égide da valorização deste segmento populacional, contou com a participação de representantes do movimento negro, gestores de saúde e intelectuais que possibilitaram a formulação de uma política afirmativa no seio do Sistema Único de Saúde. Sua formulação levou em conta aspectos sociais e raciais e possibilitou discussões em torno da incorporação da categoria 'raça' na formulação de políticas públicas de saúde. O presente trabalho objetivou analisar o processo de formulação da PNSIPN, destacando os principais fatos, atores políticos e suas posições diante da questão étnico-racial no setor saúde. Foi realizada uma pesquisa que contemplou a produção científica sobre o tema, análise de documentos oficiais sobre a promoção da equidade racial em saúde e entrevistas com atores políticos do cenário nacional. Adotou-se como referencial teórico a Teoria do Ciclo da Política Pública, complementada por abordagens sobre a dinâmica sociocultural e política da sociedade brasileira, considerando categorias como classe social e elementos étnico-raciais. O estudo sobre a PNSIPN constitui-se como importante campo de produção de saber em virtude das necessidades de se pensar abordagens teóricas que deem conta de aspectos da realidade social. Os processos de formulação de tal política em saúde conjugam elementos da estrutura social – sua lógica de produção econômica e de reorganização das instituições sociais – com os elementos da superestrutura, aspectos ideológicos e hegemônicos em torno da formação da identidade nacional brasileira. Os principais depoimentos destacaram que a PNSIPN foi formulada no seio de uma sociedade que se constituiu segundo a ideologia da mestiçagem e da igualdade racial. O mito da democracia racial e o racismo camuflado da sociedade brasileira se colocam como cenário de fundo nas disputas entre diversos atores. A formulação da política de SPN ganhou força num contexto internacional de ações de combate ao Racismo. A Conferência de Durban (2001) e a posterior criação da SEPPPIR mostraram-se como uma janela de oportunidade para a construção da política. As inflamadas discussões sobre raça e cor da pele e suas repercussões sobre a identidade nacional permitiram a entrada de novos intelectuais – pesquisadores negros – na cena. A raça enquanto categoria de análise social é retomada para enfatizar o racismo existente na saúde. Conclui-se sobre a necessidade de seguir avançando na implementação desta política em saúde, especialmente no enfrentamento ao racismo no cotidiano das unidades de saúde e no envolvimento de novos atores políticos neste processo.

**Palavras-chave:** População Negra – Saúde; Políticas Públicas; Equidade; Raça e Saúde; Racismo.



## **Abstract**

The emergence of the National Health of Black People Policy (PNSIPN – **acronym** in Portuguese), formulated under the aegis of the recovery of this population segment, with the participation of representatives of the black movement, health managers and intellectuals who made possible the formulation of an affirmative policy within the Unified Health System (SUS – **acronym** in Portuguese). His formulation took into account social and racial discussions on possible incorporation of the category 'race' in formulating public health policies. This research aimed to analyze the process of formulating the PNSIPN, highlighting key facts, political actors and their positions on the ethnic-racial issue in the health sector. We conducted a survey that included the scientific literature on the subject, analysis of official documents on the promotion of racial equity in health, and interviews with politician actors from the national scene. It was adopted as the theoretical Cycle Theory of Public Policy, complemented by approaches to the dynamic socio-cultural or politic of the Brazilian society, considering categories such as social class and ethnic and racial elements. The research about PNSIPN constitutes an important field of knowledge production because of the need to think about theoretical approaches that take account of aspects of social reality. The processes of formulating such a policy on health combine elements of social structure - the logic of economic production and reorganization of social institutions - the elements of the superstructure, the ideological and hegemonic about the formation of Brazilian national identity. The main testimony emphasized that PNSIPN was formulated within a society which was formed under the ideology of miscegenation and racial equality. The myth of racial democracy and racism in Brazilian society disguised themselves as a backdrop in disputes between different actors. The formulation of policy SPN gained strength in the international context of actions to combat racism. The Durban Conference (2001) and subsequent creation of SEPPPIR appeared as a window of opportunity for the construction of politic. The heated discussions about race and skin color and its impact on national identity allowed the entry of new intellectuals - black researchers - at the scene. The race as a category of social analysis is included to emphasize the racism that exists in health. It is concluded on the need to move forward in implementing this policy in health, especially in dealing with racism in everyday health unities and the involvement of new political actors in this process.

**Keywords:** Black People – health; Public Policies; Equity; Race and Health; Racism.

## Sumário

Introdução .....	12
Capítulo 1: O Percorso Metodológico.....	20
1.1. Inserção no “campo” político e de pesquisa em Saúde da População Negra.....	20
1.2 As pilhas de papel – sobre a análise documental .....	25
1.3 A realização das entrevistas .....	27
1.4 Articulação de categorias – a análise de conteúdo .....	29
Capítulo 2: Formação da Sociedade Brasileira: Racismo, Ideologia e Poder .....	31
2.1 Das Teorias Sociais aos Discursos sobre Raça e Racismo no Brasil .....	31
2.2 Dos Discursos sobre Diferenças, Raça e Racismo .....	36
2.3 Raça, Cor e Saúde – Dilemas de Uso e Classificação Sócio-racial.....	42
Capítulo 3: Agenda de Direitos Humanos e Políticas de Igualdade Racial.....	46
3.1 Atores e Agendas Internacionais em Saúde e Direitos Humanos .....	46
3.1.1 Saúde Internacional e Direitos Humanos .....	49
3.1.2 Da Nova Sociedade Civil – Emergência do Indivíduo e os Atores Internacionais .....	54
3.2 O Contexto Brasileiro das Ações Afirmativas .....	61
Capítulo 4: O processo de formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e seus atores – o Estado e o Movimento Negro .....	69
4.1 Ciclo da Política Pública: o caso da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra..	70
4.1.1 A dinâmica da pré-decisão de uma política pública: corrente de problemas, soluções e política.....	74
4.1.2 Construindo a Política de SPN – o Momento da Decisão .....	90
4.2 O protagonismo dos Movimentos Negros na Sociedade Brasileira .....	98
Capítulo 5: Tensões e Desafios que persistem em torno da política e dos conceitos.....	105
5.1 A Saúde da População Negra (SPN) e o SUS .....	106
5.2 Visões e Implicações do uso de <i>Raça</i> na saúde.....	118
5.3 Limites e Desafios para a Implementação da Política de SPN.....	124
Considerações Finais.....	127
Referências Bibliográficas .....	132
Anexos.....	140
Anexo I – Termo de Consentimento .....	140
Anexo II – Roteiro de Entrevista.....	142
Anexo III – Resgate Documental .....	143

## Lista de Figuras

FIGURA 1: QUADRO - PERFIL DOS ENTREVISTADOS.....	29
FIGURA 2: MODELO CICLO POLÍTICA PÚBLICA - KINGDON (ADAP. ANDRADE, 2007). .....	73
FIGURA 3: LINHA DO TEMPO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.....	75
FIGURA 4: MODELO DE KINGDON (ADAPTADO DE CAPELLA, 2007) APLICADO AO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA. ....	89
FIGURA 5: QUADRO RESUMO - USOS E ATRIBUIÇÕES DA CATEGORIA RAÇA NA SAÚDE.....	124

## **Lista de Siglas e Abreviações**

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

DFID – Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional

GTI – Grupo de Trabalho Interministerial

MPF – Ministério Público Federal

MS – Ministério da Saúde

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

ODM – Objetivos do Desenvolvimento do Milênio

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Panamericana da Saúde

PNDH – Plano Nacional de Direitos Humanos

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

SEPPIR – Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SPN – Saúde da População Negra

## Introdução

A saúde pública brasileira apresenta desde algum tempo uma agenda específica voltada à população negra. Trata-se da abertura para um campo historicamente polêmico - por aproximar posições distintas sobre a identidade nacional, porém, desafiador, na medida em que promove a incorporação de novas categorias e olhares sobre os fenômenos das desigualdades sociais em saúde. A incorporação das categorias raça e cor possibilita uma aproximação às especificidades deste segmento populacional, ao modo de elaboração de sua identidade grupal e significação dos processos de saúde-doença-cuidado.

O Brasil da redemocratização – compreendendo o período de mudanças no fim do governo ditatorial brasileiro – possibilitou a atuação de diversas organizações da sociedade brasileira e de movimentos sociais que pautaram posicionamentos e ações políticas em prol da diminuição das desigualdades. Este foi o contexto em que a Reforma Sanitária Brasileira pôde, mais diretamente, brigar pelos direitos à saúde no país. Tem-se, assim, o pano de fundo necessário à formulação de uma grande política de Estado: o Sistema Único de Saúde – SUS.

O SUS foi pensado como uma política pública que pudesse concretizar em ações a proposta daquela reforma sanitária, entendida como *“projeto político-cultural, nascido da sociedade civil, no interior dos movimentos sociais pela democratização da saúde, cujo corpo doutrinário sedimentou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde”* (PAIM, 1988 *apud* Paim, 2008, p. 137). Assim, os princípios doutrinários do SUS - integralidade, universalidade e equidade - foram construídos no âmbito das lutas por cidadania, direitos sociais e democracia, elementos basais do novo contexto de participação da sociedade civil na composição do Estado brasileiro. Vale destacar que tais lutas também culminaram com a formulação de uma nova constituição brasileira, conhecida como a mais cidadã do mundo.

Desta forma que é possível, alguns anos depois, em fins do século XX e início do século XXI, organizar-se no país uma agenda voltada a Saúde da População Negra. Incorporaram-se categorias de identificação da população, raça, cor e etnia que, aliadas aos dados censitários e epidemiológicos, confirmaram injustiças e iniquidades em saúde de uma parcela da população brasileira e forçaram o Estado a conceber uma política pública, em consonância com o SUS: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com vistas à promoção da equidade racial em saúde.

Notamos que, ao longo de todo o século XX, estudos não faltaram que pudessem destacar o tema das relações raciais e desmistificar o mito da democracia racial. A denúncia

da existência do racismo na sociedade brasileira e o olhar atento às desigualdades raciais foi a tônica de algumas pesquisas em educação, trabalho e saúde (GUIMARÃES, 1995, 2002; OLIVEIRA, 2003; LOPES, 2003, 2005); bem como os efeitos negativos do racismo sobre a identidade, subjetividade e bem-estar da população negra brasileira (PODKAMENI e GUIMARÃES, 2004; SANTOS, 2003).

A apresentação desta problemática se insere no bojo das mudanças na saúde, trazendo à tona a inserção de novos indicadores e conceitos importantes para o entendimento da saúde de uma população e construção do campo da Saúde Coletiva. Adorno e Oliveira (2007) discutem brevemente a importância da incorporação dos conceitos de raça/etnia neste setor, de modo a permitir novos traços sociais: demográficos, culturais e epidemiológicos que possibilitarão a *“emergência de novas categorias de análise e construção política”* para produção das políticas de saúde (p. 159). Assim, tais estudos permitem o olhar atento às especificidades da identidade sócio-cultural de determinados grupos étnicos, inaugurando análises sobre a relação etnicidade-saúde.

As pesquisas em epidemiologia possibilitaram a rediscussão das categorias raça e cor no âmbito da saúde coletiva. Os estudos sobre a mortalidade infantil assinalaram a redução de suas taxas ao longo das décadas de 70 e 90, porém, ocorrida de modo desigual entre crianças brancas e negras, com taxas de redução de 43% para crianças brancas e 25% para crianças negras (CUNHA, 2003). A mortalidade materna também evidencia desigualdades em saúde, pois o estudo de Oliveira (2003) demarca diferenças entre mulheres brancas (2,9 para cada 100.000 mulheres), mulheres amarelas (14,6) e mulheres pretas (21,7). Paixão e Carvano (2008a) demonstram que a razão de mortalidade por 100.000 habitantes é maior na faixa dos 10 aos 40 anos entre os pretos e pardos, especialmente pela alta incidência da mortalidade por causas externas entre os jovens classificados como pretos e pardos.

Assim, com base nos dados acima elencados e no bojo de um intenso debate acadêmico-político, traçam-se políticas para Promoção da Equidade Racial em Saúde, embasadas por estudos e publicações, sobre as quais as noções de raça e etnia aparecem, ora como sinônimas, ora como categorias distintas de análise. Monteiro (2004) enfatiza que há uma *“imprecisão e polissemia das categorias raça e origem étnica nas investigações na área da saúde”* (p. 51).

Guimarães (2002) afirma que, no Brasil, delineiam-se, de fato, dois pólos competitivos: o primeiro evidenciando as desigualdades raciais e o segundo, cuja ênfase está nas desigualdades econômicas e na pobreza da população. Sobre estes pólos é que as políticas públicas terão que se posicionar, na visão do referido autor. A Política Nacional de Saúde

Integral da População Negra não escapa de tais contendas. Esta política advém de um processo histórico reforçado por atuações de diversas organizações sociais, em especial os movimentos negros. Tais ações, voltadas à Valorização da População Negra, reivindicaram a inclusão da problemática racial na saúde. Os documentos lançados neste processo contribuíram para o estabelecimento de padrões de equidade étnico-racial na política de saúde do país e para o reconhecimento oficial, pelo Estado brasileiro, do Racismo Institucional nas instâncias do SUS.

Entretanto, os insistentes dados de desigualdade segundo raça/cor e a realidade social brasileira alicerçada nas bases da ideologia da mestiçagem racial e da igualdade entre os povos fundantes da nação constituem um momento político que, apesar de propício às lutas em prol dos direitos humanos, avança lentamente sobre os dilemas sócio-raciais do país. O mito da democracia racial ainda vigora – mesmo tendo sido descortinado por pesquisadores e estudiosos desde meados do século XX, através dos estudos fomentados pelo projeto UNESCO para análise das relações raciais (MAIO, 2005) e o racismo camuflado da sociedade brasileira se colocam como cenário de fundo das disputas entre os diversos atores que pensam tal política.

Assim, o componente racial, ambíguo e contraditório, mesmo com as novas denúncias do racismo na sociedade brasileira, não ganha muito espaço no âmbito da produção de políticas de saúde, especialmente na luta por qualidade de vida e busca de uma *consciência sanitária* (PAIM, 2008). A reorganização da saúde pública centra-se no processo de universalização do acesso à saúde (MAIO e MONTEIRO, 2005) e, ao longo dos anos 80 e 90 a política de saúde opta “*pela ampliação da participação democrática e de garantia dos direitos de cidadania, mediante conformação de um sistema de saúde com características universalizantes, de cunho igualitarista, sustentado pela ideia de justiça social*” (VIANA *et. al.*, 2003).

O princípio da equidade muito recentemente torna-se alvo de reflexões. A equidade passa a compor o principal elemento definidor da política de saúde da população negra. O conceito de equidade, ainda bastante controverso, relaciona-se a duas grandes dimensões: a primeira, voltada às noções de Justiça e Igualdade e a segunda, na qual as especificidades de cada sujeito ou pessoa, entendida como cidadão de direitos, impõem o julgamento de seus contextos singulares (CAMPOS, 2006).

As discussões sobre equidade nos levam ao conceito de política de ação afirmativa. A partir de 1996 o governo brasileiro convocou pesquisadores brasileiros e americanos para pensar a construção de Políticas Específicas voltadas para a ascensão do negro no Brasil.

Nesse contexto tomou-se emprestado um termo americano *affirmative action* para designar tais ações pelo Estado democrático brasileiro (GUIMARÃES, 2005). Uma política afirmativa possui um sentido clássico de reparação por injustiças passadas a que estiveram submetidos determinados povos, relacionando-se diretamente com a noção de Equidade acima abordada.

Uma política afirmativa carrega dilemas que se referem desde a como identificar e respaldar direitos a determinados grupos sociais até a complexa noção de mérito como uma saída para a não aceitação de uma política específica e compensatória. Sem adentrar estas questões neste momento, define-se Política afirmativa como uma ação temporária que busca reiterar o mérito individual e a igualdade de oportunidades como valores cruciais:

A desigualdade de tratamento no acesso aos bens e aos meios justifica, apenas, como forma de restituir a igualdade de oportunidades, e, por isso mesmo, deve ser temporária em sua utilização, restrita em seu escopo, e particular em seu âmbito. Enfim, a ação afirmativa, sob esta ótica não reificada, é vista como um mecanismo, um artifício, para promover a equidade e a integração sociais (GUIMARÃES, 2005, p. 197).

As ações públicas em saúde, tomando a dimensão da problemática das desigualdades raciais, se iniciam no Brasil na década de 80, quando ativistas do Movimento Social Negro incluem esta temática nos âmbitos estadual e municipal. Tais ações começam a se fortalecer a partir das reivindicações da “Marcha Zumbi dos Palmares” (1995), resultando na criação do “Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra”, seguido de conferências e seminários nacionais para inclusão da problemática racial na saúde (BRASIL, 2007; BATISTA E KALCKMANN, 2005).

Os seminários e conferências, incluindo as 11<sup>a</sup> e 12<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde, introduzem ações como: incorporação do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos; inclusão do recorte racial nas pesquisas envolvendo seres humanos; política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme e estabelecimento de padrões de equidade étnico-racial e de gênero na política de saúde do país. O reconhecimento oficial, pelo Ministério da Saúde, da existência do Racismo Institucional nas instâncias do Sistema Único de Saúde – SUS ocorreu no âmbito do II Seminário Nacional de Saúde da População Negra, no ano de 2006 (BRASIL, 2007).

Tal política consolida-se a partir de um documento normativo (BRASIL, 2007) que registra as suas principais diretrizes. Seu objetivo geral propõe a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nos serviços do SUS. Sua marca é de reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como



determinantes sociais das condições de saúde. Atuando como uma política afirmativa (de modo a garantir a equidade em saúde, tratando desiguais de modo diferenciado), o Estado brasileiro inova quando impõe uma ação afirmativa no campo da saúde.

A criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra remete a discussões importantes para a saúde pública, pois recoloca a noção de raça nos espaços acadêmicos e políticos, força-nos a pensar as noções de equidade no SUS e nos lança ao desafio de compreender aspectos da vulnerabilidade da população negra, do combate ao racismo no país e da atual noção de racialização do campo da saúde, de acordo com Maio (2005), uma “*política racializada no campo da saúde pública*”.

Os estudos sobre Políticas Públicas, ademais a diversidade de análises teóricas possíveis, está intimamente relacionado às leituras sobre o Estado Nacional, sua formação e o modo de produção predominante na sociedade. Assim, o estudo sobre a Política de Saúde da População Negra (SPN) constitui-se como importante campo de produção de conhecimento em virtude das necessidades de se pensar abordagens teóricas que deem conta dos aspectos da realidade social. Os processos de formulação de tal política em saúde conjugam elementos da estrutura social – sua lógica de produção econômica e, especialmente, de reorganização das instituições sociais – com os elementos da superestrutura, aspectos ideológicos e hegemônicos em torno da formação da identidade nacional brasileira.

É preciso lembrar a presença dos atores sociais que atuam na composição de uma política pública, ou mesmo no processo de reivindicação da mesma. Os atores políticos (pertencentes ao Estado ou à Sociedade Civil) demandam a construção de novas agendas políticas, atuam na sua formulação, implementação e mesmo avaliação. No momento em que identificamos a dimensão do poder e as disputas que se estabelecem em torno dele, pensamos na atuação dos atores sociais que concretizam essas disputas e demarcam o polêmico campo das relações raciais brasileiras. Assim, os movimentos negros brasileiros apresentam-se como protagonistas na mobilização de forças em distintos momentos da história brasileira.

Nossa proposta de investigação envolve a emergência das questões étnico-raciais no âmbito das políticas públicas, em especial a política de saúde brasileira. De modo a entender os processos de formulação de uma política afirmativa no seio do Sistema Único de Saúde, buscando entender como e por que se deu este processo, identificando os atores políticos, os marcos legais e sócio-históricos e os mecanismos de negociação e aprovação da PNSIPN, alicerçamos nossas leituras em torno da proposta teórica do ciclo da política pública. O ciclo da política pública é capaz de definir as principais etapas de um processo de emergência e

formulação de uma questão na agenda governamental e posterior assunção de uma política pública.

Tomando-se como referência o modelo analítico produzido por Kingdon (1995 apud PINTO, 2004) será possível investigar os momentos de pré-decisão e decisão de uma política pública, buscando-se um conjunto de elementos que caracterizem as origens do problema – quais sejam as necessidades em saúde da população negra e os dados de vulnerabilidade social – e que o levem a fazer parte das questões de governo, como uma política de Estado. Nossa análise focaliza um estudo sobre tais momentos de pré-decisão e decisão ocorridos no nível federal de governo até atingir a aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no âmbito do Ministério da Saúde.

Deste modo, levando-se em conta os desafios que se apresentam ao processo de construção de uma política específica de saúde, especialmente quando nos deparamos com distintos modos de compreender as desigualdades em saúde e o melhor modo de combatê-las, algumas questões norteiam o trabalho aqui desenvolvido: Como se dá o processo de formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)? Quais são os principais marcos sócio-históricos deste processo? Quem são os atores políticos presentes no jogo das negociações políticas? Quais as percepções sobre as questões étnico-raciais presentes na formulação de uma política destinada a saúde da população negra?

Para tanto, os objetivos do presente estudo foram assim definidos:

#### Objetivo Geral

Analisar o processo de formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil, focalizando os principais fatos, atores políticos e concepções norteadoras, particularmente relacionadas com a dimensão étnico-racial.

#### Objetivos Específicos

- Descrever o ciclo de formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;
- Identificar e analisar as concepções teórico-conceituais em torno da temática étnico-racial presentes na arena da PNSIPN;
- Identificar os principais atores políticos envolvidos no processo de formulação da PNSIPN;

- Identificar e analisar as principais tensões em torno dos princípios e diretrizes da PNSIPN na visão dos diferentes atores.

A dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro capítulo faz uma discussão em torno de questões metodológicas que permearam a condução dos trabalhos de campo. Trata-se de uma breve explanação sobre a experiência da pesquisadora na condução de uma pesquisa eminentemente mergulhada em questões político-ideológicas. Além disso, são esboçados os contornos técnicos de construção da análise documental e da interpretação dos dados das entrevistas.

O segundo capítulo traz um breve apanhado de análises sócio-antropológicas acerca do processo de construção da identidade étnico-racial brasileira e suas respectivas interpretações sobre os modos de estratificação social no país através dos conceitos estruturais de classe e raça. O percurso teórico-analítico ressalta as concepções sobre raça-cor presentes na trajetória sócio-histórica e os dilemas da classificação sócio-racial brasileira, os quais se expressam sob os mais diversos modos na formulação da atual Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

No capítulo 3 buscou-se realizar uma contextualização acerca da agenda internacional de saúde e direitos humanos, de modo a traçar um percurso das principais ênfases observadas em torno das concepções sobre direitos humanos e políticas afirmativas. Construimos uma análise sobre episódios políticos internacionais que incidiram diretamente na reorganização dos serviços de saúde e no incentivo às políticas afirmativas em prol dos direitos humanos e combate ao racismo. O capítulo também aponta o surgimento de uma pauta em políticas afirmativas no cenário brasileiro, focalizando os últimos governos (FHC e LULA).

O quarto capítulo descreve a trajetória de formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com base no modelo do ciclo de política pública de Kingdon, ressaltando o fato de que esta se expressa na linha das políticas afirmativas dentro do campo da saúde. Abordaremos, portanto, dentro da linha do tempo, os momentos de pré-decisão (compostos por fluxos de problemas, soluções e políticas) e de decisão propriamente dita. O capítulo conjuga elementos da análise documental, especialmente em torno dos marcos legais, com as concepções e falas de entrevistados acerca do processo de formulação. Este capítulo também comporta uma análise do movimento negro, responsável direto pelas demandas em torno da criação de uma política afirmativa no campo da saúde. Neste caso, buscamos um histórico do movimento negro para poder entender sua atuação no campo da saúde, visando a estabelecer aproximações e divergências de atuação com os atores políticos da saúde pública.

O último capítulo discorre sobre as questões que permearam a formulação de uma política afirmativa no seio do Sistema Único de Saúde. Nele, são descritos conceitos, diretrizes e estratégias da política de SPN em paralelo com alguns princípios do SUS. Discutimos o binômio igualdade – equidade e o princípio organizativo da transversalidade, presente na política de SPN. Finalmente, abordamos algumas visões apontadas pelos entrevistados acerca da incorporação da raça/cor na política de saúde, destacando os dilemas entre a possibilidade de racialização da saúde ou afirmação da identidade de uma grande parcela da população brasileira e suas repercussões para este campo.

Concluimos nossas análises com a identificação dos desafios e perspectivas para a efetiva implementação da PNSIPN, discutindo os limites da discussão racial no âmbito das políticas públicas e enfatizando a necessidade de abertura das discussões sobre o racismo e as desigualdades raciais para além do movimento negro e do Estado. Apontamos a necessidade de enfrentamento do racismo no cotidiano das unidades de saúde, tarefa nada fácil, diante da realidade sociocultural brasileira.

## **Capítulo 1: O Percurso Metodológico**

### **1.1. Inserção no “campo” político e de pesquisa em Saúde da População Negra.**

Partindo da premissa de uma pesquisa sobre política e seu ciclo de formulação, não podemos deixar de abordar aspectos que também dizem respeito aos posicionamentos teórico-políticos a que são convocados os pesquisadores em campo. Deste modo, trataremos da interface entre ciência e política, em nosso contexto de pesquisa, levando-se em conta os aspectos da pesquisa em políticas públicas que não deixam de pensar a inter-relação entre as instituições políticas, o processo político e os conteúdos da política (FREY, 2000).

O desenvolvimento de um trabalho científico envolve distintas etapas e o tempo necessário a sua realização, de acordo com o escopo de trabalho previamente definido. Uma pesquisa costuma desenhar-se a partir da escolha de um tema ou tópico de investigação, passível de análise e julgamento por outros pesquisadores e que constitua trabalho inédito. Após esta definição, segue-se à pesquisa do material e busca de fontes para o trabalho científico, de modo que se possa delimitar o problema, o objeto de pesquisa e os objetivos da investigação, além da construção de um marco teórico conceitual. Em seguida são definidos os instrumentos de coleta de dados e a condução do trabalho de campo (ECO, 2009; MINAYO, 2003).

O processo de incursão nos dados de campo de uma pesquisa constitui-se quase sempre como um desafio para as pesquisas qualitativas, independente de se constituírem levantamentos bibliográficos ou etnografias com amplo uso da observação participante. Os obstáculos à entrada no campo, afirma Minayo (2003), relacionam-se a aspectos de vínculo processual e boa relação com os atores em cena. Assim, a autora convoca-nos a pensar sobre a necessidade de aproximação respeitosa e gradual com as pessoas da área selecionada para o estudo e uma boa apresentação de sua proposta de pesquisa, estabelecendo-se uma relação de troca que permite aos grupos investigados esclarecimentos acerca da investigação pretendida. Minayo também enfatiza a postura do pesquisador em relação à problemática a ser investigada de modo a se evitarem vieses de interpretação dos dados obtidos ou mesmo dificuldades no diálogo com os grupos/documentos/fatos analisados, e um cuidado teórico-metodológico com as temáticas exploradas.

Seguindo estas perspectivas, o trabalho aqui empreendido foi realizado no período relativo a dois anos, entre março de 2009 e março de 2011, correspondentes ao tempo de condução de uma pesquisa de mestrado no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade

Federal da Bahia. Em se tratando de uma pesquisa sobre o processo de formulação de uma política pública em saúde, com vistas à identificação dos fatos, dos principais atores políticos e posicionamentos acerca das questões étnico-raciais na formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a fase exploratória se conformou – além das buscas referenciais, revisão de literatura e organização do referencial teórico – através da procura por contatos entre gestores de saúde e representantes do movimento negro, de modo a se refinar as técnicas de coleta de dados.

Estipulou-se, pois, o uso da análise documental e de entrevistas semiestruturadas como principais técnicas para a abordagem desta pesquisa qualitativa. Em resposta aos objetivos, anteriormente sinalizados, estas pareceram as melhores opções de coleta dos dados. Deste modo, e ainda na fase exploratória, buscou-se ratificar tais proposições sobre a técnica, através de contatos prévios com possíveis informantes. A pesquisadora teve oportunidade de participar de eventos e de conhecer organizações não governamentais e secretarias de saúde nas quais a temática ‘étnico-racial’ percorria suas ações.

Deste modo, o primeiro mergulho nas discussões sobre questões étnico-raciais e saúde, além das leituras que se realizavam, se deu no contato direto com representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador – BA, através de vínculos estabelecidos com a coordenação da Assessoria de Promoção da Equidade Racial em Saúde. Neste contato foram fundamentais as conversas iniciais com suas principais representantes e a participação em um evento por elas organizado intitulado “*Dia Nacional de Mobilização Pró-Saúde da População Negra*”, em outubro de 2009, no qual foram apresentadas as ações da assessoria no âmbito da secretaria municipal de saúde de Salvador e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, recém-aprovada. Neste evento a pesquisadora pôde observar o foco da discussão sobre a PNSIPN e as dúvidas e questões levantadas por profissionais da saúde que assistiam àquela exposição.

Ainda na fase exploratória, a pesquisadora pôde contar com uma viagem<sup>1</sup> para a cidade de São Paulo – SP e realizar contatos com o coordenador da Área Técnica de Saúde da População Negra da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo e com a coordenação do CEERT – Centro de Estudos das Relações do Trabalho e da Desigualdade, uma organização não governamental, à época com 19 anos de existência e também protagonista de ações em saúde, políticas públicas e relações raciais. Nestas visitas exploratórias, além da boa acolhida

---

<sup>1</sup> Os recursos para as viagens e participação em eventos que pudessem contribuir de algum modo com a coleta de dados para esta pesquisa foram custeados pela própria pesquisadora, sem que houvesse fonte financiadora.

pelos representantes de cada organização, foi possível identificar aspectos históricos, políticos e técnicos das ações em prol da saúde da população negra. Esses primeiros informantes forneceram pistas sobre os principais documentos aprovados na esfera legislativa brasileira, além de suas visões acerca dos marcadores históricos da construção da política de SPN no país e os eventos disparadores do tema da igualdade racial no cenário internacional.

Altamente peculiar, nosso ‘campo de pesquisa’ foi formado por pilhas e mais pilhas de documentos, normas, lei, cadernos, relatórios finais, conferências e seminários. De modo complementar, até para trazer mais vigor aos trabalhos, buscou-se realizar entrevistas semiestruturadas com informantes do cenário nacional – elas poderiam ocorrer pessoalmente ou através de recursos interativos da internet, como Skype, MSN e outros.

Porém, antes de adentrarmos as análises dos procedimentos metodológicos e interpretativos da pesquisa, cabe-nos equacionar um pouco mais os processos de entrada neste campo de investigação – por sua natureza eminentemente polêmico, crítico e tenso, postas as questões que o circulavam. O relato da entrada no campo compreende três dimensões correlacionadas entre si, porém, detentoras, cada uma delas, de provocações tanto para o objeto próprio em questão (a política e seu processo de formulação), quanto para a pesquisadora, mergulhada nos intensos debates que as questões raciais suscitam no Brasil. Evocar tais discussões neste momento permite evidenciar aspectos do lugar e posição ocupados pelo pesquisador nos vínculos que estabelece com seus informantes, bem como demonstrar facilidades e entraves que se colocam no caminho de produção de uma pesquisa.

A primeira dimensão aqui destacada refere-se às posições políticas que o pesquisador assume de antemão, sem a suposta neutralidade que, aparentemente, parece existir nos espaços de produção de conhecimento científico. Ressaltamos neste caso que a pesquisadora não esteve em nenhum momento desvinculada de um posicionamento político – e mesmo ideológico – acerca das questões raciais no país. Apesar dos questionamentos levantados, sua posição não era, de forma nenhuma, isenta de opinião sobre os aspectos investigados. E mesmo que não se expresse em nome de causas ou de pessoas, este posicionamento estampava-se nas vertentes teóricas escolhidas e utilizadas no texto. Tem-se, deste modo, um primeiro aspecto que aqui podemos apontar dentro das relações entre a produção científica e a posição político-ideológica dos pesquisadores.

O outro aspecto, também vinculado a esta relação, corresponde às questões mais específicas da própria temática escolhida para o estudo. Uma vez tendo identificado

previamente duas visões<sup>2</sup> sobre as temáticas raciais no campo da saúde, a pesquisadora foi convocada em campo a definir-se sobre o lado a que pertencia: tornava-se necessário, naquele momento, explicitar se o posicionamento da pesquisadora coadunava-se com o grupo sobre o qual pretendia se debruçar na realização de uma entrevista. Fato não apenas constrangedor, porém, difícil de ser manejado nem tanto pelo posicionamento político – que, inclusive, era o mesmo apontado pelo possível informante – mas, sobretudo pelo modo como tais questionamentos podem desarmar um pesquisador iniciante.

Nessas duas vertentes de análise estão conjugadas uma mesma questão, a da inserção em espaços altamente politizados e o desafio de realização de uma pesquisa num campo eminentemente político, numa pesquisa com ideologia e posicionamentos políticos previamente definidos e aspectos relativos a disputas e poder pertencentes ao processo de formulação de uma política em saúde. A entrada em campo não podia ser menos desafiadora. Assim é que a efetiva coleta de dados, especialmente quando da realização das entrevistas, serviu como uma provocação sobre o que se buscava com tais questionamentos, a quem deveria destiná-los e para que serviriam tais resultados em meio ao fervilhar de questões sociopolíticas em torno dos problemas e necessidades de saúde da população negra brasileira. Diga-se de passagem, a realização das entrevistas também se deu no período crítico de votação e aprovação do Estatuto da Igualdade Racial, com vetos e muitos aspectos controversos em seu texto.

É preciso mencionar neste momento que algumas entrevistas foram realizadas quando da ocorrência do *VI Congresso Brasileiro de Pesquisadores (as) Negros (as) (VI COPENE) – Afrodiáspora: Saberes Pós-Coloniais, Poderes e Movimentos Sociais* na cidade do Rio de Janeiro – RJ, em julho de 2010. A menção a este congresso deve-se ao fato de ele foi mais um espaço de observação e imersão no campo, pois, além de atualizações acerca das questões do negro no Brasil e no mundo, a pesquisadora também pôde participar de uma reunião do *Comitê Técnico Nacional de Saúde da População Negra*, órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde responsável pela formulação e implementação da Política Nacional de SPN; e realizar uma visita à sede da ONG Criola (RJ), ator político importante nas lutas pela saúde da população negra, em especial, das mulheres negras.

---

<sup>2</sup> As discussões em torno da criação de uma política de SPN e do uso da categoria ‘raça’ na saúde se expressavam em torno de posicionamentos pró e contra tais formulações, gerando tensões em torno do que alguns autores referiam como um processo de *racialização* da saúde.



Este congresso foi responsável pela percepção da terceira dimensão do que aqui desenvolvemos em torno das relações do pesquisador com o campo. Mesmo não se tratando de uma pesquisa sobre identidade, negritude ou branquidade no país, esta imersão pôde despertar questões sobre a identidade racial da pesquisadora. A pesquisa possibilitou um mergulho nas discussões sobre identidade racial de um ponto de vista bastante particular, indo além do que se podia ler em livros e artigos.

As identidades também carregam em si uma dimensão política necessária às demandas em torno dos direitos humanos. Para muitos, as identidades são estratégicas e fundamentais para que, agrupando-as e congregando-as, possam garantir uma “*comunidade de mudanças*”<sup>3</sup> efetivas, e foi assim que o movimento negro se organizou e se constituiu em busca de seus direitos no país. Num congresso como o VI COPENE, pode-se observar uma grande maioria, para não dizer todos, de pesquisadores negros, com temáticas sobre a cultura e as necessidades desta parcela da população. O congresso demonstrou o crescimento de pesquisadores e ativistas negros no país e suas conseqüentes participações nos espaços acadêmico-políticos.

Mas o que nos interessa nesta digressão é um elemento que vai além do ativismo e crescimento de uma intelectualidade afrodiáspórica. O que nos interessou na condução da pesquisa foram os olhares disparados para quem chegou ao congresso com a ânsia de saber, de observar, aquietar, perguntar. O contato com alguns pesquisadores e militantes negros no VI Copene causou estranhamentos à pesquisadora, vista como diferente num lugar que, a princípio, lhe parecia confortável por suas escolhas políticas, mas também pelo lugar onde vivia em Salvador, tratada como uma *quase negra*. O impacto do VI Copene repercutiu em sua identidade, tão branca como ela mesma não se reconhecia, e essa identidade, por sua vez, recaiu no modo como teve de repensar seu trabalho, técnicas e, certamente, a relação com os entrevistados.

Neste ponto todas as dimensões se cruzaram e montaram um cenário difícil de ser vivenciado num primeiro momento. Os olhares dispensados à pesquisadora provocavam a dúvida sobre a condução da pesquisa, sobre o fato de dever estar ou não ali, insistindo em contatar determinados informantes, insistindo naquelas questões, naquela temática em política e em saúde. Ultrapassadas as barreiras iniciais, a inserção no congresso e a condução da pesquisa puderam prosseguir, não sem a ajuda de alguns informantes parceiros tanto naquele espaço, quanto em outros ambientes acessados ao longo do trabalho.

---

<sup>3</sup> Expressão utilizada por uma de nossas entrevistadas.

Deste modo, destacamos a condução de uma pesquisa em políticas públicas permeada por elementos de uma *vivência* em torno de questões políticas, ideológicas e raciais. Porém, tratando-se também do desenvolvimento de uma ação *científica*, seus métodos de pesquisa foram bem acionados e buscou-se um tratamento das questões político-identitárias de modo mais distanciado a fim de se evitarem ruídos na orquestração da análise dos dados.

## 1.2 As pilhas de papel – sobre a análise documental

A pesquisa buscou analisar o processo de formulação da PNSIPN descrevendo seu ciclo de formulação e as concepções étnico-raciais que norteiam os fatos, os atores e as posições políticas deste processo. Através de uma abordagem qualitativa que permitisse colher e analisar os dados numa perspectiva de interpretação de tais concepções e discursos, utilizamos duas técnicas de produção de dados: análise documental e entrevistas semiestruturadas.

A análise documental oferece possibilidades de entendimento do modo como o tema da Saúde da População Negra se configura no âmbito das políticas públicas. A opção pela análise detalhada destas fontes escritas proporcionou o acesso ao registro oficial assumido pelo Estado Brasileiro diante das questões étnico-raciais em saúde e permitiu a reconstituição de um passado muito recente da formulação de uma política de saúde, facilitando uma comparação entre os dados do registro histórico escrito e os discursos dos atores políticos ainda em ação. O método da análise documental requer um exame detalhado de todo material levantado na pesquisa gerando um processo de *garimpagem*: os documentos precisam “receber um tratamento que, orientado pelo problema proposto pela pesquisa, estabeleça a montagem das peças como num quebra-cabeça” (PIMENTEL, 2001, p. 180).

Essa técnica demanda um processo anterior à própria análise dos documentos, ainda no momento de coleta e organização do material. Cellard (2008) aponta um processo de análise preliminar na pesquisa documental em que se produzem um exame e crítica dos documentos. Para este autor é fundamental que o pesquisador realize a análise preliminar em cinco importantes dimensões: análise do contexto de produção e escrita do documento a ser analisado através da conjuntura socioeconômica e política em vigor; identificação do autor dos documentos investigados e sua relação com o fenômeno pesquisado; observação da autenticidade e confiabilidade dos textos encontrados; a natureza dos materiais coletados e a identificação dos conceitos-chave e lógica interna do texto.

A pré-análise permite obter do documento analisado um olhar mais apurado sobre seu significado e o modo como constrói a realidade social e as versões dos eventos. Um documento pode expressar desde a representação de requerimentos práticos para os quais foi construído, aos significados que estão embutidos no próprio documento. May (2004) sinaliza que um documento pode ser localizado num contexto social e político mais amplo, permitindo-nos explorar os fatores que cercam o processo de sua produção e o contexto social:

Um documento não pode ser lido de maneira ‘desligada’. Ao contrário, devemos abordá-lo de um modo engajado, não desligado. Essa ênfase na hermenêutica obriga o analista a considerar as diferenças entre as suas próprias estruturas de significados e aquelas encontradas no texto (MAY, 2004, p. 213).

O acesso aos documentos se deu de diversas formas. Muitos estavam disponíveis na rede virtual – internet, outros foram enviados pelos informantes-chaves, e outros mais eram entregues em eventos e reuniões nas quais a pesquisadora pôde participar. Procedemos a um resgate de todo o material que ia se acumulando em pilhas virtuais – muitos cadernos e resoluções se encontram em formato digitalizado. Em seguida, iniciou-se um processo de seleção e classificação de todo material adquirido de modo a poder definir os tipos de documentos, período de produção e seus conteúdos. Foram contabilizados em torno de quarenta documentos, cadernos, leis, relatórios, portarias, etc.

Esses documentos foram separados de acordo com os temas que apareciam nas leituras, tanto deles próprios, quanto de artigos que versavam sobre a saúde da população negra. Após algumas etapas de classificação, os principais documentos foram impressos e catalogados em quatro tomos de análise:

- *Leis, Decretos, Portarias e Cadernos do Ministério da Saúde (relativos a aprovações e vetos em torno da Igualdade Racial e Saúde da População Negra);*
- *Relatórios Finais, Cadernos de resoluções e cartas dos Seminários Nacionais de SPN;*
- *Publicações de agências internacionais e Relatório Final da Conferência de Durban;*
- *Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde.*

Os documentos se reportaram a um período, datados em suas publicações, demarcado entre os anos de 1995 – ano de realização da Marcha Zumbi dos Palmares no país e 2010 – ano de aprovação do Estatuto da Igualdade Racial no Brasil. Através destes documentos, destacaram-se aspectos relativos ao curso de formulação de uma política pública, enfatizando-se os fatos e eventos pertinentes à formulação da política de SPN e seus conteúdos acerca da temática étnico-racial brasileira. Em muitos casos, buscou-se realizar análises descritivas de

modo que se identificassem as diretrizes, as estratégias e as ações no campo das *policies* aprovadas e em curso.

Como nem todos os documentos foram exaustivamente analisados e citados ao longo da dissertação, procedeu-se à realização de um quadro resumo de toda papelada acessada, denominado *Resgate Documental*. Este material, em anexo, organiza e define todo o arquivo de dados coletados em termos de: tipo de documento, ano de realização e publicação, título do documento, sua fonte e um resumo com os aspectos mais importantes para a análise.

Na análise documental, os documentos foram considerados nos seguintes aspectos: autenticidade, representatividade, credibilidade e significado (pretendido, recebido e de conteúdo) (CELLARD, 2008; MAY, 2004). Tais aspectos relacionaram-se ao fato de que um documento é um instrumento de análise não passível de transformações por conta da presença do investigador, necessitando, portanto, de uma preparação prévia sobre a natureza das informações que interessavam à pesquisadora para que se procedesse a uma análise prévia do contexto socioeconômico de produção da documentação, a identidade dos autores que assinam tais documentos e a procedência destes materiais (CELLARD, 2008).

### **1.3 A realização das entrevistas**

A segunda técnica utilizada nesta pesquisa foram entrevistas semiestruturadas com seis informantes vinculados a distintas instituições e organismos sociais. Antes de caracterizarmos estes informantes, cabem-nos algumas linhas sobre o uso da entrevista. As entrevistas qualitativas nos fornecem “*dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação*” (BAUER; GASKELL, 2008, p. 65). Deste modo, as entrevistas permitiram localizar outros aspectos que escaparam à análise dos documentos, pois facilitaram uma aproximação com os diversos atores políticos envolvidos diretamente com a formulação da política de SPN, permitindo uma análise aprofundada das concepções teórico-conceituais subjacentes às questões étnico-raciais.

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado com questões previamente organizadas em torno de três eixos: 1) Identificação do entrevistado – dados pessoais, aspectos socioeconômicos e culturais, posições político-ideológicas; 2) Formulação da Política de SPN e identificação dos atores políticos; 3) Concepções sobre raça, cor e outras questões acerca das relações raciais e a saúde. O roteiro de entrevista também se encontra em anexo a este trabalho.

Os entrevistados não foram identificados ao longo das análises, como definido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, também em anexo. As entrevistas foram gravadas em um gravador digital, modelo *COBY CXR190-1G*, pertencente à pesquisadora. Elas tiveram duração média de 1h30min (uma hora e trinta minutos), embora a entrevista mais curta tenha durado 35min e a entrevista mais longa 4h05min. Algumas entrevistas sofreram o contratempo se serem realizadas durante a ocorrência de alguns eventos e esse fato prejudicou o tempo e a condução de algumas delas. As entrevistas foram realizadas em duas cidades: Salvador – BA, em diferentes ocasiões e lugares da cidade, e Rio de Janeiro – RJ, durante o VI COPENE.

Após a realização das entrevistas, elas foram transcritas pela própria pesquisadora e enviadas de volta para cada entrevistado, de modo a verificarem possíveis equívocos de transcrição ou trechos que necessitassem de supressão. Contudo, apenas uma dessas transcrições foi enviada de volta à pesquisadora com revisão do entrevistado. No caso de alguns desses informantes, o contato foi realizado, porém, por conta de suas demandas profissionais, não tiveram condições de oferecer o retorno com a análise da transcrição.

A figura abaixo apresenta um breve perfil de cada um dos entrevistados:

Nº	Raça/Cor <sup>4</sup>	Profissão/ Cargo/ Função	Entidade	Data	Duração	Local Realização
01	Branca	Médica de saúde pública, Diretora do Departamento de apoio a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e coordenadora do Comitê Técnico de Saúde da População Negra.	Ministério da Saúde	29.07.10	01h12'42''	Rio de Janeiro/RJ
02	Negra	Médica, coordenadora da ONG Criola (RJ). Indicada, em fins de 2010, pelos movimentos sociais para presidir o Conselho Nacional de Saúde.	Criola – RJ	29.07.10	01h28'13''	Rio de Janeiro/RJ
03	Preto	Sociólogo, coordenador da Área Técnica de Saúde da População Negra da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e pesquisador do Instituto de Pesquisa da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo.	Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo	02.08.10	01h21'46''	Salvador/BA
04	Negro	Militante da área social, estudante de graduação de Ciências Sociais, coordenador da ABADFAL (Associação de portadores e familiares da Doença Falciforme).	ABADFAL e Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB)	06.08.10	04h05'18''	Salvador/BA
05	Negra	Nutricionista, militante do movimento de mulheres negras, professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).	UFRB	23.08.10	02h22'37''	Salvador/BA

<sup>4</sup> Utilizou-se a classificação autodeclarada, na qual se pôde perguntar a cada um dos informantes sua cor/raça.

06	Negro	Médico sanitaria, vice-presidente da área de planejamento da Fundação Oswaldo Cruz.	FIOCRUZ	13.10.10	35'04''	Salvador/BA
----	-------	---	---------	----------	---------	-------------

**Figura 1: Quadro - Perfil dos entrevistados.**

Percebe-se que os pesquisadores têm vínculos distintos, tanto relacionados à gestão pública, seja do Ministério da Saúde ou de Secretarias Estaduais de Saúde, quanto ligados à universidade e a grupos organizados da sociedade civil. Os entrevistados são, em sua maioria, negros, trazendo essa identidade à tona em vários momentos da entrevista, não só para falar de si próprios como para tratar dessa questão no processo de formulação da política de SPN. Foram entrevistados três homens e três mulheres, sem que o critério de gênero fosse uma prerrogativa de escolha dos informantes. No processo de identificação dos entrevistados foram levados em consideração o protagonismo desses personagens políticos em suas organizações, observado tanto na identificação dos atores nos documentos acessados, quanto nas conversas iniciais da fase exploratória desse estudo.

Outros informantes foram contatados pela pesquisadora para realização das entrevistas. Algumas delas, a realizar-se através da internet, jamais foram concretizadas, por conta de dificuldades de horário e agenda entre informante e pesquisadora. Porém, este trabalho também contou com duas recusas de entrevistas. Tais recusas deveram-se, nitidamente, a questões político-ideológicas subjacentes às falas dos quase informantes. O modo como se expressava a temática da pesquisa no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não permitia que se identificasse qualquer vínculo com os grupos acadêmico-políticos que existiam naquele momento no campo da saúde da população negra. Porém, e exatamente por esse motivo, duas recusas foram contabilizadas durante a coleta de dados.

#### **1.4 Articulação de categorias – a análise de conteúdo**

Os documentos e as entrevistas foram analisados segundo o método da análise de conteúdo, através de procedimentos sistemáticos que pudessem identificar e organizar os principais conteúdos advindos dessas fontes em categorias passíveis de análise crítica. A análise de conteúdo foi aqui definida para que pudesse abarcar as constâncias e inconstâncias em torno das questões étnico-raciais no processo de formulação de uma política pública. Deste modo, esta técnica foi capaz de nos auxiliar na identificação de três grandes dimensões de análise. A primeira delas correspondeu à identificação de categorias relacionadas ao ciclo de uma política pública, voltadas principalmente para os problemas, as soluções e as questões

do processo político, buscando sempre as repetições em torno dos marcos sócio históricos nas falas e textos.

A segunda dimensão correspondeu à identificação dos atores políticos e o papel por eles desenhado no processo de formulação da política de SPN. Foram recorrentes as sugestões em torno do movimento negro organizado, em especial o movimento de mulheres negras, como ator político crucial que levasse as demandas da população negra adiante. A terceira dimensão possibilitou discutir categorias da temática étnico-racial especialmente em torno dos binômios igualdade/equidade e raça-cor/racismo. As três dimensões congregaram uma análise sobre a constituição do campo da saúde da População Negra – campo de reflexões, práticas e dilemas sócio-raciais.

A análise de conteúdo é definida por Bardin (1977) como um *“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (...) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”* (BARDIN, 1977, p. 42). A análise qualitativa de conteúdo possibilitou identificar o contexto social de produção dos significados e entendimentos sobre raça, cor e racismo, além da leitura detalhada de símbolos e outros significados subjacentes às falas dos sujeitos políticos entrevistados, tanto registradas em papel – os documentos, quanto aquelas coletadas em entrevistas semiestruturadas. Esses procedimentos permitiram classificar, comparar e sintetizar as principais categorias de análise.

As leituras e os dados aqui organizados permitiram uma sistematização das principais categorias de análise em torno de questões sociológicas, políticas e pragmáticas dentro do processo de formulação de uma política pública de saúde. Articulando as concepções sobre raça, racismo, política pública e suas etapas de formulação, o fruto destas análises se conformou no trabalho aqui apresentado, cercado-se de uma análise sobre a sociedade brasileira, o racismo subjacente a ela e o enfrentamento das vulnerabilidades da população negra no setor saúde através de uma política afirmativa.

O projeto foi aprovado no comitê de ética em pesquisa do instituto, respeitando-se todos os aspectos éticos conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em anexo.

## Capítulo 2: Formação da Sociedade Brasileira: Racismo, Ideologia e Poder

### 2.1 Das Teorias Sociais aos Discursos sobre Raça e Racismo no Brasil

As chaves explicativas sobre a introdução da *raça* no Brasil e as consequentes análises das desigualdades raciais presentes neste país podem ser analisadas sob duas óticas: do ponto de vista sociológico, estudos que apontem os processos de estratificação e mobilidade social e, de outro modo, o olhar antropológico sobre a formação da identidade nacional brasileira. Mesmo a partir de análises distintas, o traço racial congrega elementos de ambas as perspectivas de compreensão, cuja primazia de suas discussões encontra-se nas produções científicas iniciais sobre as diferenças e igualdades entre os homens.

De acordo com Guimarães (2003) o nascimento da sociologia clássica (fora do contexto brasileiro) e o florescimento das Ciências Sociais em fins do século XIX, são marcados pela renúncia a explicações baseadas em *raça* ou *clima*, apontando o nascimento de ideias baseadas no social e na cultura. Durkheim (2008), por exemplo, considerado fundador da sociologia, dirige sua atenção aos fatos sociais, que consistem em ações e representações cujo substrato é a sociedade: são de domínio da sociologia e só existem onde haja uma organização social definida, independente das manifestações individuais. Este elemento fundador das ciências sociais desenvolve noções como cultura material ou simbólica, relacionadas ao sentido da vida social e individual, além de possibilitar o entendimento da ação social humana vinculada aos sentidos subjetivos.

Deste modo, torna-se possível atingir novas concepções sobre a formação de identidades sociais, a partir do entendimento dos significados de *cultura* – essencial ao resgate, neste trabalho, do uso de *raça* como categoria analítica, vista como uma construção social e passível de análise pelas ciências sociais e pela Saúde Coletiva. Tanto as noções de *raça* quanto de *cultura* se aproximam no ponto em que produzem discursos sobre a origem e a transmissão de heranças e símbolos geracionais. Todavia, a noção de cultura perpassa a concepção de *etnia*<sup>5</sup>, quando referidas a especificidades tais como a cultura italiana, a cultura negra ou mesmo a cultura baiana (GUIMARÃES, 2003). No âmbito da antropologia, o conceito de cultura é diverso e impreciso. Geertz (1978) anuncia um novo modo de concebê-

---

<sup>5</sup> Muito embora, a exposição de tantos conceitos possa, em algum momento, confundir-nos sobre o ponto em que se pretende chegar neste trabalho, pois *etnia* também constitui outro modo de conceber um complexo social que abarca biologia, história, práticas e orientações culturais, linguagem, religião e estilos de vida (ARAÚJO, 2007).



la, trazendo a sua dimensão interpretativa: um conjunto de sistemas e significados que os homens dão a suas ações e a si mesmos.

O conceito de cultura que eu defendo, e cuja utilidade os ensaios abaixo tentam demonstrar, é essencialmente semiótico. Acreditando, como Max Weber, que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura de significados (GEERTZ, 1978, p.15).

A nova concepção de cultura apresentada por Geertz toma-a em uma dimensão *justa* e não a constrói como algo homogêneo e seguramente coerente. A cultura se volta a estruturas conceituais entrelaçadas às ações humanas e, por isso mesmo, pode adotar “*significados diferentes em uma mesma conduta, dentro de um mesmo ambiente circunscrito*”. Outrossim, cobre-se por uma gama de significados e suas inter-relações, construindo uma ciência interpretativa. Tal interpretação volta-se a uma *descrição densa* da realidade, destacada do discurso humano sobre suas ações práticas, sua importância, transmissão e ocorrência.

A despeito da suposta renúncia à categoria *raça* pelas ciências sociais, em prol da noção de *cultura*, Guimarães (2003), sabiamente, denota a importância de identificar os conceitos neste campo de estudo, pois tal qual a necessidade de relativização das ações humanas na análise de uma dada cultura, o conceito de *raça* relaciona-se ao contexto histórico de sua produção e, especialmente, ao fato de ser um termo científico ou um termo relacionado a uma categoria do mundo real. *Raça*, então, pode estar mais vinculada a um significado biológico ou sociológico, conforme os elementos de sua composição sócio-política. Portanto, cientificamente, trata-se de uma construção social sobre as identidades sociais, analogamente aos elementos interpretativos da *cultura*. Para este autor, raças:

são discursos sobre as origens de um grupo, que usam termos que remetem à transmissão de traços fisionômicos, qualidades morais, intelectuais, psicológicas, etc., pelo sangue (conceito fundamental para entender raças e certas essências) (GUIMARÃES, 2003, p. 96).

Em outros trabalhos (1995, 2002), o autor já desenvolvia o conceito de *raça*, entendendo-o a partir de uma posição analítica e política, necessária à resistência ao racismo e às discriminações e desigualdades que estejam além das noções de classe. Uma vez assumida a existência do racismo no país, o conceito de *raça* mantém-se como categoria analítica imprescindível à análise da realidade brasileira.

O Brasil construiu-se sob o conceito nativo de raça, expressamente relacionado à ideia de posição social. A *raça* aqui presente, advinda do continente africano, pertencera a um único lugar – o lugar da escravidão: “*nessa sociedade muito racista a raça era importante, nativamente importante, para dar sentido à vida social porque alocava as pessoas em posições sociais*” (GUIMARÃES, 2003, p. 99). Desse modo, *classe* e *raça* se tornaram categorias imbricadas socialmente ao longo do processo de formação da sociedade brasileira.

“raça” é não apenas uma categoria política necessária para organizar a resistência ao racismo no Brasil, mas é também categoria analítica indispensável: a única que revela que as discriminações e desigualdades que a noção brasileira de ‘cor’ enseja são efetivamente raciais e não apenas de “classe” (GUIMARÃES, 1999 *apud* 2002, p. 50).

Diante da celeuma entre *raça* e *classe* que se estabelece na formação social brasileira, especialmente entre nossos pesquisadores, sejam das ciências sociais ou da saúde, convém, neste momento, dissertar um pouco mais acerca do que se entende sobre hierarquização social e modos de interpretação do fenômeno das desigualdades. Guiddens (2005) compreende o processo de estratificação social como desigualdades estruturadas entre diferentes grupos de pessoas e, deste modo, “*as sociedades podem ser vistas como constituídas de ‘estratos’ em uma hierarquia, na qual os mais favorecidos encontram-se no topo, e os menos privilegiados estão mais próximos da base*” (GUIDDENS, 2005, p. 234). O autor identifica quatro tipos básicos de estratificação nas sociedades humanas: 1) escravidão, sob a qual a desigualdade se expressa do modo mais evidente, pois alguns indivíduos tornam-se propriedade de outros; 2) casta, relativa à cultura e religião indianas, estrutura o tipo de contato que pode ocorrer entre membros de diferentes *status* sociais; 3) estamento, conferem diferentes obrigações e direitos entre si e 4) classes, que, grosso modo, referem-se a agrupamentos de pessoas que compartilham os mesmos recursos econômicos.

As sociedades ocidentais modernas, sob a égide do capitalismo, estruturam-se com base no que se denominou de classes sociais. De acordo com o referido autor, as classes sociais não se estabelecem a partir de preceitos religiosos, podem ser mutáveis e permitir a mobilidade social e, além disso, seu traço principal de desigualdade social se apresenta nas *desigualdades de condições de pagamento e trabalho* (GUIDDENS, 2005). Duas importantes análises sociológicas das estratificações e desigualdades sociais estão impressas nos trabalhos dos estudiosos Marx e Weber, expoentes da sociologia. Tais estudiosos – embora mantendo-se entre si diferentes abordagens – foram responsáveis por uma mudança no modo de interpretação dos processos sociais, afirmando que os acontecimentos decisivos da vida

humana acontecem no âmbito das relações sociais. Assim, demonstram, em seus sistemas filosóficos, que os novos valores sociais emergentes à ordem capitalista daquele momento, não foram valores naturais, antes, porém, produtos do desenvolvimento histórico (BIRNBAUM, 1997).

Sob o prisma do materialismo histórico, destaca-se o modo como as relações sociais se estruturam a partir das relações materiais que os homens estabelecem e o modo como produzem seus meios de vida:

A produção da vida, tanto a própria através do trabalho como a alheia através da procriação, surge-nos agora como uma relação dupla: por um lado, como uma relação natural e, por outro, como uma relação social – social no sentido de ação conjugada de vários indivíduos, não importa em que condições, de que maneira e com que objetivo. Segue-se que um determinado modo de produção ou estágio de desenvolvimento industrial se encontram permanentemente ligados a um modo de cooperação ou a um estado social determinado, e que esse modo de cooperação é ele mesmo uma força produtiva (MARX, 1976 apud QUINTANEIRO et al. 2002, p. 35).

A cooperação acima mencionada estabelece relações sociais de produção que, em um determinado momento histórico, produziu acessos diferenciados aos produtos do trabalho e aos meios de produzi-lo para os grupos sociais. A clássica *divisão social do trabalho*, nesta nova sociedade (capitalista, industrial, moderna) tratou de fomentar novos modos de segmentação: produzindo desigualdades sociais mais abrangentes, expressas em ocupações diferenciadas, tarefas distintas e controle e propriedade dos meios de produção por poucos e determinados grupos sociais. Assim, as classes sociais surgem num contexto específico de apropriação privada das condições de produção, a partir de excedentes das produções humanas, que, por sua vez, permitiram a posse ou direito sobre o produto e, especialmente sobre os próprios trabalhadores; expressam, deste modo, ações coletivas que constituem uma relação entre os portadores dos meios de produção e os portadores da força de trabalho (QUINTANEIRO et al, 2002).

Sob a ótica da racionalização e da ação social, Max Weber impõe diferente perspectiva de entendimento da assunção do capitalismo nas sociedades modernas. Diante da análise crítica e minuciosa da *ética protestante*, o consagrado sociólogo, também alemão, vai além da dimensão materialista-histórica, apontando direções nas quais as ações humanas são determinadas por seus interesses, não apenas materiais, mas também ideais. Uma ação social é todo ato dotado de sentido e dirigido a ‘outros’. Deste modo, a relação social se estabelece como uma orientação mútua da ação. E compreender a ação, neste caso, dependerá de uma análise das motivações necessárias à formação do capitalismo.

O *espírito do capitalismo* resgata um conjunto de motivações e disposições à propulsão do capitalismo na sociedade moderna, momento de uma confluência singular para formação de uma nova mentalidade que tomará o *trabalho* como *vocação* e a *predestinação* de certos homens, cuja sobriedade emotiva, o amor ao outro e a aproximação de Deus, através do trabalho, darão a tônica da formação de um *novo tipo de pessoa*, mais propensa ao sistema capitalista: “(...) *homens criados na dura escola da vida, a um só tempo audazes e ponderados, mas sobretudo sóbrios e constantes, sagazes e inteiramente devotados à causa, homens com visões e princípios rigorosamente burgueses*” (WEBER, 2004, p. 61-62).

A partir destas análises, Weber organiza a sociedade sob diferentes esferas, separadas entre si: esfera econômica, religiosa, política, jurídica, social, cultural, dotadas de modos particulares de arranjos e funcionamentos. A ação social terá especificidades de sentidos e interesses a partir de cada uma destas esferas. Deste modo é que as *diferenças sociais* para Weber são identificadas sob distintas origens explicativas. Para o autor, a divisão da sociedade está relacionada a modos de distribuição do poder e sua estratificação social se apresenta em torno de: 1) classes sociais, relativo a interesses lucrativos e posse de bens; 2) estamentos ou *status* social, relacionados a honra, prestígio e estilos de vida e 3) partidos, socialização com fins ideais ou materiais, luta pelo domínio (GUIDDENS, 2005; QUINTANEIRO *et al*, 2002)<sup>6</sup>.

A imbricada relação entre raça e classe que se estabeleceu ao longo da formação social brasileira mantém acesos até os dias atuais os dilemas que cercam a análise das desigualdades sociais. Os aportes acima apresentados, especialmente a análise proposta por Weber - justamente por ampliar o escopo de entendimentos dos processos de estratificação social - permitem pensar e repensar o cerne de tais contendas: onde se localiza o ponto central, ou o ‘nó sociológico’ que melhor expressará ou poderá ser resolutivo do problema social/racial brasileiro? Souza (2005) traz à tona uma discussão das desigualdades brasileiras a partir da retomada da categoria classe social, repaginada com aportes teóricos de Weber e Bourdieu. O autor destaca que a questão não é a cor da pele, mas “*um preconceito que se refere a certo tipo de ‘personalidade’, ou seja, de um habitus específico, julgada como improdutiva e disruptiva para a sociedade como um todo*” (SOUZA, 2003).

No entanto, o trabalho de Guimarães (2003) sugere como a raça pode ser significativa na análise das desigualdades brasileiras, especialmente porque ela consegue conjugar

---

<sup>6</sup> Vale destacar que se apresenta neste momento um rápido panorama das teorias e perspectivas explicativas sobre as classes sociais no âmbito das ciências sociais, a fim de delimitar os pensamentos clássicos sobre os processos de hierarquização social e a possibilidade de correlacioná-los posteriormente com o tema da raça.

elementos de classe, status e identidade social. ‘Raça’ expressamente localizada em um determinado discurso, neste caso, o discurso racial, configura-se um conceito sociológico – analista nominalista, nas palavras do autor, presente nos discursos sobre a vida social. Realizar um destaque ou não às desigualdades raciais, parece, neste caso, possibilidade político-ideológica, indo além da dimensão também bastante ampla e complexa das desigualdades sociais, calcadas em torno dos problemas de classe.

## **2.2 Dos Discursos sobre Diferenças, Raça e Racismo**

Discorrer sobre os significados que podemos atribuir aos conceitos de igualdade e desigualdade no seio da organização de uma dada sociedade constitui tarefa das mais complexas, pois poderiam ser feitas amplas digressões que atingissem pontos de interpretação quase que meramente restritos ao âmbito da filosofia. Muitas linhas seriam aqui utilizadas em busca dos fundamentos morais da igualdade entre os homens. Porém, para o objetivo aqui almejado, trata-se de analisar algumas proposições sobre igualdades e diferenças sociais, que, diante de determinadas explicações podem constituir-se desigualdades sociais evitáveis, especialmente proposições que estiveram em voga no processo de formação social do Brasil.

As análises sócio-demográficas brasileiras demonstram, ao longo de muitos anos, disparidades sociais, desigualdades de renda e de acesso a bens e serviços entre a população do país. Os aspectos que podem fomentar maiores explicações sobre a desigualdade social no Brasil relacionam-se a um esforço de compreensão das especificidades do seu processo de modernização (SOUZA, 2005), a partir da construção de ‘hierarquias das causas da desigualdade’, como problematiza o autor. Assim, a formação social brasileira terá de ser compreendida à luz do pensamento social sobre classe social, cultura e raça. Deste modo, os processos de diferenciação social serão compreendidos a partir de ideais que marcam a história do ocidente no mundo.

Alguns estudiosos alertam para o fato de que só no período das Grandes Navegações diferentes povos entraram em contato entre si, gerando questionamentos sobre a origem da humanidade entre os pensadores dos séculos subseqüentes. Todorov (1983) explora em seu texto a visão dos colonizadores portugueses ao deparar-se com os povos indígenas americanos, apresentando uma visão quase idílica dos narradores de então, uma mescla de relatos verídicos e fantasiosos sobre a descrição destes novos povos: mais próximos do ser humano, ‘desprovidos de propriedade cultural, porém, razoáveis e de inteligência aguçada’

(idem, p. 34). Os séculos XV e XVI apresentam-se marcados por uma análise destes homens recém-descobertos como diferentes e estranhos em suas práticas e costumes. Consoante ao surgimento das escritas etnográficas<sup>7</sup> sobre *as gentes* das terras do além mar, a análise de Todorov auxilia na compreensão não apenas do surgimento de pensamentos etnocêntricos, mas também, os apontamentos de uma dupla interpretação da alteridade dos povos: uma visão assimilacionista, na qual há possibilidades do outro adquirir os bons costumes europeus através da cristianização; e uma visão que parte da diferença, estabelecendo a existência de povos superiores e povos inferiores, estes últimos, passíveis de serem subjugados e escravizados.

Os discursos sobre raça podem ser identificados desde o século XIX em estudos antropológicos que se apoiavam nas ciências físicas e biológicas e trataram de naturalizar as diferenças, estabelecendo “*correlações rígidas entre características físicas e atributos morais*” (SCHWARCZ, 2005, p. 65). Deste modo, tais discursos tornaram-se essenciais na constituição de teses racistas que passaram a vigorar no Brasil também através de cientistas do campo da medicina e que propalaram o que hoje denominamos de Racismo Científico.

De todo modo, é no século XVIII, de acordo com Schwarcz (2005), que as explicações sobre as diferenças entre os homens serão melhor analisadas. Em seu trabalho sobre diferentes teorias raciais que vigoraram no século XIX no Brasil, a autora apresenta o dilema da ciência moderna quando das explicações sobre a origem humana e a igualdade entre os homens. Ela estabelece duas vertentes explicativas sobre a humanidade em sua relação com a igualdade e a liberdade. De um lado, análises etnológicas que referendam a tradição humanista e monogenista, segundo a qual a humanidade era una e as diferenças entre os homens estavam relacionadas a ‘uma maior degeneração ou perfeição do éden’, estes últimos mais próximos da perfectibilidade humana; de outro lado, os estudos antropológicos, embasados pelas ciências físicas e biológicas, por sua vez, alimentadas pelas teses poligenistas, sob as quais as raças humanas seriam espécies distintas.

Neste momento, as noções de desigualdade e diferença voltam-se a distintos princípios de análise. A desigualdade, consoante às teorias monogenistas, estaria voltada a *dissimilitudes accidentais e contingentes*, enquanto o conceito de diferença levaria a *espécies humanas ontologicamente diversas*: “Segundo os evolucionistas sociais, os homens seriam desiguais entre si, ou melhor, hierarquicamente desiguais, em seu desenvolvimento global. Já para os

---

<sup>7</sup> Os escritos de viajantes e navegadores do século XV permitiram o surgimento de textos etnográficos, altamente descritivos sobre outros povos e foram responsáveis, posteriormente, pela fundação e expansão da Antropologia entre as Ciências Humanas.

darwinistas sociais, a humanidade estaria dividida em espécies para sempre marcadas pela diferença, e em raças cujo potencial seria ontologicamente diverso” (SCHWARCZ, 2005, p. 62).

A pesquisa realizada pela autora aponta para o fundamento científico dos usos e atribuições da *raça* em duas importantes disciplinas: o Direito, com suas doutrinas e sanções sobre os homens, e a Medicina, considerada fonte de conhecimento do ser humano em sua inteireza. Como consequência, temos a *raça* ressignificada por estes dois campos de saber, que terminam por embasar e justificar a “inferioridade racial” dos negros no Brasil. Para a Medicina, a *raça* é vista como o elemento que pode produzir a degeneração social, a partir do cruzamento entre distintas raças, propiciador da criminalidade e da loucura e, também, pode constituir-se fator de disseminação de muitas doenças, *causa e obstáculo à perfectibilidade biológica*. O termo *raça* é neste país introduzido e entendido como sinônimo de inferioridade, responsável pela mestiçagem e pela ‘consequente’ degeneração brasileira. Aliando dados epidemiológicos, análises sobre hereditariedade, craniometria, cruzamento entre raças e perspectivas sobre o processo de civilização, nossos primeiros médicos tornam-se responsáveis pela condenação de determinadas raças e da mestiçagem no Brasil (SCHWARCZ, 2005).

Igualdade e desigualdade passam a ser questões centrais para a formação do projeto nacional brasileiro, especialmente sob a ótica do Direito, na aplicação de suas leis, e para a Medicina, a partir do reconhecimento das diferenças. Deste modo é que a questão racial torna-se fundamental para o entendimento da identidade nacional e das desigualdades tão evidentes neste país. *Raça*, portanto, torna-se categoria crucial para compreensão destes fenômenos:

Raça é um dado científico e comparativo para os museus; transforma-se em fala oficial nos institutos históricos de finais do século; é um conceito que define a particularidade da nação para os homens de lei; um índice tenebroso na visão dos médicos. O que se percebe é como em determinados contextos reelaboram-se símbolos disponíveis, dando-lhes um uso original. Se a diferença já existia, é nesse momento que é adjetivada (SCHWARCZ, 2005, p. 242).

A *raça*, então, permanece no pensamento social brasileiro, seja como um *Problema Vital Brasileiro*, como o fora no período de vigência das teorias raciais do século XIX, seja de um ponto de vista mais positivo, na visão de Schwarcz, quando da valorização das diferentes raças que compõem a nação, ou mesmo atualmente, quando recupera-se a identidade da população afrodescendente no Brasil, a partir da atuação do movimento negro. De todo modo, mantém-se a controvérsia de seu uso enquanto categoria de análise social.

Os discursos sobre *raça* produziram no Brasil diferentes perspectivas que pudessem esclarecer as desigualdades raciais e os processos de mobilidade social no país. Osório (2008) identifica três chaves explicativas fundamentais ao longo da história brasileira que demarcam momentos históricos e ideologias distintas. A primeira “onda explicativa” é identificada pela crença na alta mobilidade social e na permeabilidade da estrutura social para os mestiços. A transição para uma sociedade de classes e a proposição de inexistência do preconceito racial corroboraram os ideais deste grupo de intelectuais que forneceram as bases para a gestação do mito da democracia racial brasileira.

Guimarães (2001) define a democracia racial como um compromisso político do Estado Moderno brasileiro para a criação de uma sociedade de classes e inclusão do negro nesta sociedade. Ainda que controversa, esta análise sobre a democracia racial aponta para um posicionamento bastante coerente com o contexto pós-escravidão no país: a solução do Estado brasileiro foi “*negar a existência de diferenças biológicas (capacidades inatas), políticas (direitos), culturais (etnicidade) e sociais (segregação ou preconceito)*” entre a população negra e os descendentes europeus, buscando uma única ‘matriz híbrida’ que pudesse construir a real nação brasileira.

Disseminada por Gilberto Freyre, em *Casa Grande e Senzala*, a democracia racial preconizava a inexistência do racismo no Brasil, justificando os preconceitos e desigualdades no país como um problema de classe social. Descortinada, posteriormente, como mito por Florestan Fernandes, a democracia racial foi entendida como um discurso de dominação política e que serviria para desmobilizar a comunidade negra (ARAÚJO, 2007; GUIMARÃES, 2003). Os estudos anteriores a essa desconstrução do mito da democracia racial afirmavam que o país era “aberto” a todas as raças/etnias e que se convivia bem com todas elas. A principal explicação para este fenômeno provavelmente estaria relacionada ao elemento mestiço, que aumentou consideravelmente sua representação no quadro racial do país e representou uma espécie de *válvula de escape*, supostamente geradora de possibilidades da população afro-descendente conviver bem com todas as raças, principalmente a elite branca. Skidmore (s/d, p. 185) nos diz: “*O Brasil tinha uma válvula de escape, assim ditava o argumento. Ela evitou a absolutização da categorização racial e com isso a rigidez (e os horrores associados) das relações raciais norte-americanas*”.

A segunda onda explicativa das relações raciais brasileiras trata, portanto, de reagir às afirmações de que não havia preconceito racial no Brasil. Bastante heterogênea, guarda entre suas distintas abordagens noções como a de preconceito de cor e de marca, das teses de Oracy Nogueira em seus estudos sobre as diferentes formas de preconceito no Brasil e nos Estados



Unidos; e teses representativas de pesquisadores renomados como Florestan Fernandes, Otávio Ianni e Fernando Henrique Cardoso. Estes últimos se debruçaram sobre as sociedades escravocratas, sociedade de classes e o modo como o Racismo poderia advir e fazer-se presente nas relações raciais entre os grupos sociais (OSÓRIO, 2008).

Destacamos as análises empreendidas por Ianni (2004) sobre a questão social e racial no Brasil, a partir da tese de que o preconceito racial é uma “*técnica de dominação, por meio da qual se subordinam amplos setores da sociedade*”. Para o autor, a raça e a classe são categorias que se mesclam simultaneamente na dinâmica das relações sociais brasileiras. As desigualdades sociais são entendidas como uma questão social que reflete desigualdades econômicas, políticas e culturais e envolve distintas classes e grupos sociais, refletidas nas relações entre a sociedade civil e o poder estatal. Os processos estruturais e o desenvolvimento do capitalismo são pano de fundo para a expressão das lutas sociais e uma transformação das *diversidades* em *desigualdades* sociais. Assim, em sua história, o Brasil produz uma quase nação na qual a questão social se conjuga a aspectos raciais, regionais e culturais, juntamente com os econômicos e políticos. “*Isto é, o tecido da questão social mescla desigualdades e antagonismos de significação estrutural*” (idem, *ibidem*, p. 107).

Suas análises prosseguem contemplando o modo como a dimensão social é deixada de lado, ou mesmo, naturalizada. Uma realidade problemática, incômoda, explosiva, porém, interpretada como natural, uma pretensa fatalidade ou herança arcaica. E, por conseguinte, as desigualdades não diminuem, agravam-se e atravessam diversos episódios de lutas e reivindicações:

Uma história que se sintetiza nas seguintes palavras: questão social, problema de polícia ou problema político. Uma história que revela a escassa ‘modernização’ alcançada em determinadas esferas da sociedade, enquanto nas principais esferas da economia tudo parece muito próspero, diversificado e moderno. A mesma fábrica do progresso fabrica a questão social (IANNI, 2004, p. 120).

A partir da questão social brasileira, chegamos ao modo como o referido autor aborda as relações entre raça, classe e racismo, desdobrando-se em questões cruciais sobre o processo de formação do povo brasileiro. Ianni é-nos importante por apontar nuances contemporâneas das questões do negro na sociedade brasileira com um olhar sobre a produção da questão nacional – quem configurou e hoje se configura cidadão brasileiro, não apenas nos termos da lei?

A questão racial recortou todo o processo de formação da sociedade e da chamada questão nacional em épocas e situações diferentes. O dilema sobre raça ou classe existiu e

ainda persiste, demarcando, na visão de Ianni, a raça como uma categoria histórica e transitória, constituída a partir das relações sociais no trabalho, escola, família, etc. Assim, mesmo levando em conta os aspectos fenotípicos, tais traços raciais são definidos em processos relacionais, nos quais se constroem ou transformam-se através do olhar do outro: “*Quem inventa o negro do branco é o branco. E é este negro que o branco procura incutir no outro*” (idem, *ibidem*).

As discussões sobre a raça no Brasil recaem sobre a identidade nacional e nos levam a pensar os processos de organização social e elaboração das diversas constituições brasileiras, definidores de quem, efetivamente, deve ser cidadão. Falamos, deste modo, que a dimensão racial torna-se uma questão premente, transversal e incômoda no país por estampar as discussões em torno de cidadania e reconhecimento das diversidades. E ela se mantém numa posição incômoda exatamente porque, independente das garantias estabelecidas em lei, no mundo concreto as denúncias sobre racismo e desigualdades raciais continuam cada vez mais recorrentes.

Para Ianni, o Brasil só conseguirá se tornar uma nação, enquanto Estado-Nação, a partir do momento em que juntos, sociedade civil e Estado, partidos políticos e movimentos sociais consigam encaminhar e lutar pela resolução das questões regional e racial. A questão racial se relaciona direta e profundamente com a questão nacional brasileira, esta última concernente ao desafio de uma integração entre amplos setores da sociedade civil e o Estado; e a primeira, decisiva para que as lutas da sociedade civil pela melhoria da situação do negro repercutam decisivamente em mudanças no Estado.

Esta é a idéia: a escala e a radicalidade da questão racial no Brasil podem ser consideradas condições fundamentais não só da luta pela eliminação do preconceito racial, mas também da transformação da sociedade brasileira como um todo e, fundamentalmente, da verdadeira construção de uma sociedade nacional, articulada, viva, em movimento; de tal modo que a sociedade civil e o Estado desenvolvam-se de forma articulada e fluente; de tal modo que a “população” se transfigure em “povo”, no sentido de que o povo se constitui quando se compõe de “cidadãos” de pessoas situadas e integradas, participantes e ativas, em todas as esferas da sociedade, públicas e privadas (idem, *ibidem*, p. 143).

A terceira onda trata de explicar a ‘persistência da desigualdade racial no Brasil’. Carlos Hasenbalg e Nelson do Valle realizaram estudos empíricos e demonstraram que as desigualdades econômicas e sociais entre brancos e negros estão relacionadas a diferenças de oportunidades de vida e formas de tratamento peculiares a esses grupos raciais. Se antes se esperava que o racismo e o preconceito racial desaparecessem ou fossem superados a partir dos processos de modernização do país, estes pesquisadores confirmaram a persistência do

problema racial: “A *tendência da desigualdade racial passava a ser de persistência, e somente o ativismo político dos movimentos negros poderia interromper seu ciclo de reprodução*” (OSÓRIO, 2008, p. 88). Esta última tendência de análise das relações raciais brasileiras é responsável por sustentar a tese da existência do racismo no Brasil. Deste modo, chega-se a necessidade de melhor defini-lo no âmbito das ciências sociais.

O racismo constitui um fenômeno sócio-histórico referente a distintas épocas e sociedades, relacionando-se tanto à sua dimensão ideológica, quanto histórica (MOORE, 2007). Pode ser entendido como uma ideologia que diferencia grupos sociais a partir de seus marcadores físicos, do seu fenótipo, e os inferioriza em relação a outros grupos sociais (ARAÚJO, 2007; LOPES, 2004), uma ideologia-teoria que respalda e justifica as desigualdades sociais (GUIMARÃES, 2005). O racismo vem sendo discutido e debatido em todo o mundo, num contexto de lutas por cidadania e direitos humanos.

Partindo da definição de Delacampagne (1990 apud Guimarães, 2005), na qual, o racismo é visto como uma redução do cultural ao biológico (p. 32), Guimarães afirma que o processo de definição do Racismo poderá derivar-se de uma teoria das raças, destacando-se os casos em que o ato de discriminação não se revela em essencialismos do tipo: sexismos ou etnicismos. Antes, porém, nos casos em que as diferenças raciais demarcam o processo de hierarquização social, evidencia-se o racismo (GUIMARÃES, 2005).

O Racismo, finalmente, pode ser visto como conceito central para o entendimento do modo de conceber as relações raciais no Brasil, e, por conseguinte, estabelecer o nexo entre o significado atribuído à raça e à própria identidade social nacional. Assim, o racismo é o fenômeno social de fundo que amplia a análise sobre as noções de raça e cor e pode desatar os nós que se entrelaçaram em diversos momentos na conformação da sociedade brasileira em suas diversas formas de hierarquização social, além de poder auxiliar na análise das iniquidades sociais, especialmente as desigualdades em saúde, à luz de outras dimensões que ultrapassem as interpretações naturalizadas dos processos de diferenciação social.

### **2.3 Raça, Cor e Saúde – Dilemas de Uso e Classificação Sócio-racial**

Uma vez apresentada a noção de *raça* na sessão anterior, neste momento, torna-se necessária algumas considerações atuais sobre seu uso nas ciências sociais, mas, especialmente, na política e no campo da saúde. Assume-se neste trabalho o percurso apontado por Guimarães (1995, 2002, 2003, 2005) para a legitimidade do uso da categoria

*raça* em estudos e pesquisas, especialmente no campo da saúde, pois, como ele mesmo nos diz, a *raça* possui um potencial crítico que pode desmascarar sua noção errônea de *raça biológica*, fundamentadas em práticas de discriminação e marcadas pelo significado da cor neste país.

A retomada do conceito de *raça* pela sociologia brasileira fez-se, contudo, sem que se desse muita atenção às implicações teóricas e políticas do seu uso. Banido das ciências sociais desde o começo do século, substituído, com sucesso, no senso comum brasileiro, pela noção de cor, tomada como reprodução imediata de uma realidade objetiva e empírica, o anti-racialismo começou, todavia, a chocar-se contra os fatos ululantes da discriminação racial no Brasil. Essa redução do anti-racismo ao anti-racialismo acabou por contrariar os interesses e os valores do povo negro brasileiro, que ressuscitou – na sua luta contra o mito da democracia racial – o conceito de ‘*raça*’, tal como é usado no senso comum (GUIMARÃES, 2005, p. 71).

A noção de cor, amplamente discutida e, quiçá, retoricamente utilizada entre os teóricos do século XX<sup>8</sup>, especialmente no período da década de 30, ainda parece precária no âmbito das ciências sociais e passível de novas formulações. Trata-se de uma categoria subjetiva, expressa em muitas nuances e denominações. Guimarães (2003) a refere como uma categorial racial, pois voltada a classificação de pessoas, pretos, mulatos, pardos, cores, que, por trás, detêm a categoria *raça*. Esta parece ser uma categoria importante a ser explorada, dado que os indicadores atuais referem-se sempre a cor ou *raça* para identificação da identidade da população.

Paixão e Carvano (2008b), avaliando a presença da variável cor ou *raça* no interior dos sistemas censitários brasileiros, demonstram o quesito étnico-racial como um dos mais expressivos para o campo da sócio-antropologia nas pesquisas demográficas. Os autores afirmam que tais variáveis relacionam-se diretamente aos *padrões de inter-relacionamento étnico-raciais* no interior de cada sociedade ou subgrupos populacionais, gerando dilemas sobre o modo de entrevistar e interpretar as populações. Quatro são os fatores por eles apontados como responsáveis por uma malha complexa de análise dos elementos étnico-raciais nos sistemas estatísticos: 1 – forma como cada indivíduo identifica a si mesmo em termos de aparência física, nacionalidade e etnicidade; 2 – tipo de ideologia dominante na sociedade sobre tais variáveis e o modo como são valoradas ou estigmatizadas; 3 – lutas sociais e capacidade de mobilização dos grupos discriminados e 4 – comportamento dos grupos étnico-raciais dominantes em sua relação de dominação e/ou interação com os grupos étnico-raciais oprimidos.

---

<sup>8</sup> Martínez-Echazábal analisa as rupturas epistemológicas da década de 30, levantando a questão sobre um possível deslocamento retórico ou real mudança conceitual nos discursos sobre as relações raciais e étnicas no país.

As dificuldades em se constituir um sistema classificatório adequado, levando-se em conta as definições de grupos étnicos, nacionais ou raciais/ aparência física, são apontadas até mesmo pela Divisão de Estatísticas do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais da Organização das Nações Unidas (ONU), corroborando-se percepções de que tais análises não deveriam recair em dimensões essencialistas, abrigando os indivíduos em uma identificação apriorística qualquer (PAIXÃO e CARVANO, 2008b). Por este motivo, a dimensão subjetiva se apresenta como dado nas coletas e análises desta magnitude.

As análises demográficas brasileiras utilizaram as variáveis *raça* e *cor* nos censos desde 1872. As variáveis indagadas oscilaram entre *raça*, *cor* e *raça/cor*, porém, sempre referidas a tipos classificatórios mais próximos da variável *cor*: brancos, pretos, pardos, caboclos, mestiços, amarelos, indígenas, etc. Atualmente, os questionários enfatizam as duas variáveis, perguntando sempre “*a sua cor ou raça é*”. Além disso, os principais cadastros de registro, no âmbito do Datasus, geram dados sobre *raça/cor* no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) e no Sistema Nacional de Agravos Notificados (Sinan) (PAIXÃO e CARVANO, 2008b).

Guimarães (2005) afirma que um indivíduo só pode ser classificado num determinado grupo de cor se, por trás dele, existir uma ideologia em que a cor das pessoas tenha algum significado, portanto:

(...) não há nada espontaneamente visível na cor da pele, no formato do nariz, na espessura dos lábios ou dos cabelos, ou mais fácil de ser discriminado nesses traços do que em outros, como o tamanho dos pés, a altura, a cor dos olhos ou a largura dos ombros. Tais traços só têm significado no interior de uma ideologia preexistente (para ser preciso: de uma ideologia que cria os fatos, ao relacioná-los uns aos outros), e apenas por causa disso funcionam como critérios e marcas classificatórios (GUIMARÃES, 2005, p. 47).

Neste sentido, os sistemas classificatórios de cor ou raça são antes sociais que biológicos, demarcando que a cor ou raça das populações existem, de um modo ou de outro, independente da maneira como cada sociedade opere seus sistemas de classificação (PAIXÃO e CARVANO, 2008b). No caso da saúde, espera-se de fato, que as categorias de construção de uma política refiram-se aos determinantes em saúde: os aspectos que tornam uma determinada população mais vulnerável. Estes fatores, a princípio, referem-se muito mais aos aspectos estruturais que os portadores de uma dada *cor* ou *raça* podem estar mais afetados. A incorporação do quesito *raça-cor* neste campo, ainda assim, provocou uma série de debates.

Identificamos, de um lado, alguns pesquisadores (MONTEIRO, 2004; FRY *et al.*, 2007) que questionam o uso da categoria *raça*. Destacam-na como um fenômeno social,

porém, enfatizam que sua utilização em estudos que recuperam especialmente a dimensão biológica do processo saúde-doença não poderia ser feita, pois, raça, sob esta ótica, não existe. Para estes autores, as doenças, mesmo doenças genéticas, possuem fatores psicossociais, históricos e econômicos em sua determinação. Deste modo, querem sinalizar que são as desigualdades sociais as responsáveis pelas iniquidades em saúde e que o uso deste termo promoveria uma “racialização” de seus agravos. Além disso, destacam a complexidade do sistema classificatório e de cobertura e qualidade dos dados sobre raça nos sistemas de informação em saúde no Brasil.

Outra postura teórico-política é adotada: Lopes (2003, 2005) destaca a necessidade de uso da categoria raça, acentuando seu caráter mutável, deslocando-o de uma fundamentação biológica e afirmando sua propriedade social e política, necessária à superação do racismo na sociedade brasileira. O racismo brasileiro ocorre principalmente através do fenótipo do negro. Neste contexto, a raça passa a significar um “*grupo de pessoas socialmente unificadas em virtude de seus marcadores físicos*” (LOPES, 2003).

Ao cabo destas primeiras análises sobre as noções de raça e cor, renova-se a referência a Guimarães (2003) quando de sua ênfase na necessária localização teórica de determinadas categorias. Para o autor, qualquer conceito só faz sentido no interior de um discurso, especialmente quando se trata de temas sobre a identidade nacional. Assim, buscamos, neste projeto, um destaque para as concepções sobre raça presentes na base da produção de políticas de saúde, atentando para o fato de que o entendimento da produção de uma política de Saúde da população negra exige uma análise de suas principais categorias no interior dos discursos e práticas de seus atores políticos. Tais discursos e práticas podem apontar para a definição de posicionamentos *racialistas* e *antiracialistas* entre pesquisadores, governantes e militantes sociais.

Tais posicionamentos, entretanto, mesmo polarizados em torno dos embates *racialistas* X *antiracialistas*, ratificam a existência dos problemas sociais e das desigualdades a que está submetida a população negra no país. A vulnerabilidade persistente neste segmento populacional levou segmentos da sociedade brasileira a lutar por melhorias nas suas condições de vida. A atuação do movimento negro no âmbito da sociedade civil pareceu-nos fundamental, especialmente a partir da década de 80, para a busca por reconhecimento e cidadania – em consonância com as discussões sobre Direitos Humanos cada vez mais fortes no país. Vejamos, portanto, como tais direitos surgem no cenário internacional, repercutindo-se sobre o setor saúde, inclusive no Brasil.

## **Capítulo 3: Agenda de Direitos Humanos e Políticas de Igualdade Racial**

Para dar conta das desigualdades expostas no cenário nacional brasileiro, as lutas empreendidas em nome dos direitos humanos direcionam ações em todo o mundo que incidirão, posteriormente, na reorganização dos serviços de saúde e no incentivo a políticas afirmativas em nome do combate ao racismo, também no cenário local. Porém, como tais temáticas se ampliaram globalmente? Como se inserem no âmbito da saúde pública brasileira? Vamos iniciar nossa discussão a partir dessas questões.

### **3.1 Atores e Agendas Internacionais em Saúde e Direitos Humanos**

Não há como negar a forte influência de diversos atores e agendas internacionais na construção e execução de políticas sociais locais, especialmente nos países periféricos ou em desenvolvimento. Andrade (2007), analisando a influência de atores e agendas internacionais na constituição da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, aponta a emergência de um campo de investigação e intervenção na saúde, em âmbito internacional, denominado “Saúde Global”. Tal campo se constitui e ganha mais corpo a partir da década de 1990, sob os efeitos da chamada *Era da Globalização*, sendo assim entendido como um “conjunto de demandas e necessidades de saúde da população mundial, acima dos interesses das nações em particular” (idem, *ibidem*, p. 67).

O entendimento da política atualmente formulada e aprovada no Brasil para a saúde da população negra exige uma compreensão sobre o modo como as questões internacionais repercutem diretamente nas proposições locais, restringendo ou ampliando as discussões e ações em cada localidade. Ao tempo em que evocam e, muitas vezes, facilitam a proposição de soluções em políticas públicas, constituindo-se janelas de oportunidade para a formulação de uma política, tais agendas internacionais podem também estrangular, ou mesmo atravancar processos que, em cada região, deveriam se adequar às condições sociais, econômicas e culturais locais. Deste modo, Hochman (2008) sinaliza que não é mais possível analisar, ou mesmo formular, políticas públicas nacionais sem levar em consideração os vínculos que elas podem estabelecer no ambiente internacional e questiona os efeitos da internacionalização de agendas de proteção social e bem-estar sobre as políticas locais, as instituições e os atores.

Este mesmo autor, em outro trabalho (1998 apud Andrade 2007) discute que o setor saúde sofre um fenômeno por ele denominado de “interdependência complexa” que explica o motivo pelo qual os aspectos sócio-sanitários de um país ou região podem produzir efeitos externos, benéficos ou não, em outros países e regiões, independente de quaisquer demandas de suas nações. Os efeitos sócio-sanitários negativos podem gerar prejuízos nos aspectos econômicos, políticos e sociais do globo. Nesse sentido, para o referido autor, a saúde global estabelece um elo de interdependência social, política e econômica que necessita de apoio e colaboração de todos os lados a fim de se evitarem concentração de conhecimentos e tecnologia em saúde, fluxo descontrolado de pessoas e animais enfermos e bioinvasão de armas biológicas (idem, *ibidem*).

No entanto, além das questões apontadas pelo aludido autor, cabe-nos referir que a saúde está inserida nesta nova ordem mundial<sup>9</sup>, atuando e sofrendo os efeitos da globalização e que essa conjuntura intensifica e amplia as relações de troca entre os países e a constituição de redes de apoio e interação entre eles. A nova ordem mundial também altera paradigmas, agendas e atores políticos, internacionais e nacionais, que advogam em nome do intercâmbio de conhecimentos científicos e tecnológicos diversos. Mudanças nos valores, ideias, práticas e interesses repercutem nas ações de organizações intergovernamentais – como a Organização Mundial da Saúde (OMS) responsável por catalisar e legitimar uma agenda internacional de saúde (ANDRADE, 2007; BROWN, CUETO, FEE, 2006).

As organizações internacionais são apontadas por Machado e Pamplona (2008) como um fenômeno organizacional que ganha força no século XX, originalmente constituídas como associações voluntárias de Estados, por meio de tratados, com objetivo de cooperação entre seus membros através da busca de interesses comuns. O principal exemplo é a Organização das Nações Unidas (ONU) com programas e ações, desde seu início, voltados para o desenvolvimento econômico. O Sistema das Nações Unidas focaliza o desenvolvimento socioeconômico, especialmente a partir da análise de que a paz e a diminuição da violência só ocorreriam se as desigualdades e privações econômicas diminuíssem. Várias ações foram sendo empreendidas desde a década de 60 em prol do desenvolvimento, culminando com a criação do Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento (PNUD).

---

<sup>9</sup> A partir dos anos 90 o neoliberalismo incutia mudanças à política econômica internacional, especialmente nos setores da economia, comércio e política. Esta nova ordem mundial acentuou as desigualdades entre os Estados-Nação, dividindo os países em desenvolvidos ou em desenvolvimento. Além disso, a nova ordem mundial impôs aos Estados a necessidade de repensar seu papel em relação às políticas sociais (ANDRADE, 2007; BROWN, CUETO, FEE, 2006).



Os *Objetivos do Desenvolvimento Milênio (ODM)* são um exemplo de metas pactuadas por 191 países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) com a finalidade de modificar o mundo em prol de mais justiça e solidariedade. Os objetivos do milênio foram firmados durante a Cúpula do Milênio em 2000, depois que os principais problemas presentes no globo foram analisados. Os oito objetivos foram assim definidos: 1 – reduzir a fome e a miséria no mundo; 2 – atingir o ensino básico universal; 3 – promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4 – reduzir a mortalidade infantil; 5 – melhorar a saúde materna; 6 – combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; 7 – garantir a sustentabilidade ambiental e 8 – estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

Torres e Mújica (2004) apontam que a reação internacional frente aos objetivos do milênio foi bastante positiva, especialmente no tocante às organizações do Sistema das Nações Unidas – com destaque para a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e sua forte atuação no contexto latino-americano. A OPAS elaborou ações em prol dos Objetivos do Milênio tanto em escala nacional quanto regional, utilizando-os como prioridade de agenda para a cooperação técnica com os países parceiros.

Podemos observar que muitas metas estabelecidas se relacionam com o setor saúde, mais uma vez exemplificando o poder das agendas internacionais na conformação de políticas sociais de saúde em cada região/país. A ONU, por seu poderio e porosidade em diversas regiões do globo, leva-nos a pensar duas possibilidades de análise sobre a crescente atuação destes organismos internacionais. De um lado, tem-se a força dos países altamente desenvolvidos na cúpula destas organizações, ditando as regras do grande capital na definição das ações de seguridade social. Porém, de outro modo, há também o crescimento de um processo transnacional que alguns estudiosos têm chamado de “Governança Global”.

Bradford (2003) aponta quatro razões que desafiam o mundo a construir um sistema de governança global: uma instabilidade econômica crônica que vem perdurando desde a década de 70; novos desafios da globalização nas formas de interação internacional; disparidade de renda da nova economia global e o pequeno e desproporcional poder de voz das nações do mundo relativamente ao poder de voz das nações que compõem a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Esses experimentos de governança global que as organizações internacionais vêm apresentando suscitam questões sobre: quem, efetivamente, governa o mundo? Tal governança global é de fato democrática? Qual é o limite de participação dos países na definição das metas e objetivos em saúde, educação, economia?

Contudo, sob a nova ordem global, outros atores internacionais apontam na cena da política internacional: mídia, organizações não governamentais internacionais, fundações

internacionais, corporações internacionais, diminuindo o papel do Estado na organização socioeconômica de suas nações e ampliando a importância, por exemplo, do Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Esta nova ordem promoveu à iniciativa privada e suas organizações a condução de programas e prestação direta de serviços à população, desde uma ordem global, com interferências tanto no campo da saúde, quanto dos direitos humanos (MAIO *et al*, 2010; ANDRADE, 2007; BROWN, CUETO, FEE, 2006).

Maio *et al* (2010) apontam o enfraquecimento da OMS diante do contexto acima colocado, demonstrando que sua fragilidade se apresentava através da dependência dos fundos extra orçamentários advindos das contribuições de agências como o Banco Mundial. Assim, essas agências e outras fundações privadas poderiam definir uma política própria no interior das programações da OMS, com relativa independência das assembleias mundiais, levando, conseqüentemente, a condução dos programas para outras organizações não governamentais, excluindo da coordenação de tais programas os sistemas nacionais de saúde e as agências estatais. Para os autores, a crise da OMS expressava um conflito doutrinário neste setor sobre as reais responsabilidades do estado em conduzir as ações e definir os modelos de atenção à saúde, através de políticas focalizadas ou universais.

### **3.1.1 Saúde Internacional e Direitos Humanos**

O cenário internacional da saúde também é depositário de uma das principais questões que circulam por diversos setores da vida social, por ora apontadas como ações em prol da cidadania e dos Direitos Humanos e, mais recentemente, discussões em torno dos temas de territorialização e políticas identitárias (LIMA, 2010). Cada vez mais, a saúde e outros setores da vida social discutem a importância dos aspectos étnico-raciais na formulação de ações e oferecimento de serviços públicos de seguridade social.

A formulação e implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em âmbito nacional levantou debates acalorados na sociedade brasileira e continua a conchamar estudiosos da área a pensar o melhor modo de trabalhar a interface etnicidade-identidade-saúde, pois implica debruçar o olhar sobre as especificidades da identidade sociocultural de determinados grupos étnicos, relacionando-os às necessidades em saúde.

Hall (2009) aponta mudanças no atual cenário político-cultural internacional marcado por políticas da diferença – lutas sociais pela diferença, novas identidades e sujeitos políticos. Problematisa o fato de que a atuação dos movimentos em prol do resgate de uma cultura popular negra, até então marcada por um ‘essencialismo estratégico’, pode necessitar, no

presente momento, de novas estratégias de intervenção que extrapolem a essencialização das diferenças – “tradições deles versus as nossas” (p. 326) – e possam formular estratégias dialógicas e formas híbridas da estética diaspórica. Todo modo, são as lutas pelo reconhecimento das diferenças que trazem à tona, inclusive no setor saúde, o conceito de equidade, fundamental para as justificativas das políticas compensatórias, focalizadas, ou mesmo políticas de ação afirmativa no mundo.

Paim (2006) e Paim e Silva (2010) enfatizam que documentos técnicos e doutrinários da área da saúde, especialmente aqueles referentes à criação da OMS, à declaração de Alma-Ata, à implantação de sistemas universais também são responsáveis pelo reconhecimento e inclusão de conceitos/noções como universalidade, equidade e integralidade, entendidas como princípios e diretrizes das ações em saúde. Os autores acima demonstram que, diante de um cenário internacional marcado por desigualdades entre países, regiões, classes, grupos sociais e étnico-raciais, diversos organismos internacionais recorreram à noção de equidade como uma tentativa de explicação e resolução dos problemas das desigualdades étnico-raciais em saúde.

A noção de equidade, trazida por tais organismos internacionais, passa a ser o carro-chefe das proposições em saúde e direitos humanos. Inicialmente discutidos sob os conceitos de *igualdade* e *justiça*, os organismos justificam que a *equidade* implica em melhores condições de saúde, em diminuição das diferenças evitáveis e injustas ao mínimo possível, em serviços de saúde que garantam a atenção em função da necessidade e em função da capacidade de pagamento (OPS, 1997 apud Paim, 2006). Paim (2006) faz severas críticas a esse modelo de construção de ações em saúde que leva em conta um conceito amplamente controverso e impreciso. Tal conceito adquire grande permeabilidade dentro de documentos da saúde a partir das Normas Operacionais Básicas (NOB's) no Brasil e em documentos em prol da saúde da população negra, fomentado principalmente por estas agências internacionais que definem o termo e que, no caso da saúde, são defensores de políticas de saúde focalizadas.

É nesse bojo que a saúde da população negra continua a sofrer uma série de influências e demandas de atores internacionais para a sua organização no Brasil. Tome-se como exemplo os principais cadernos lançados em prol das discussões sobre saúde da população negra e racismo no país; muitos desses materiais foram financiados e elaborados por atores como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) ou o Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID). Essas e outras organizações e fundações filantrópicas

internacionais – Fundação Ford, MacArthur, Fundação Rockefeller, Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), etc. foram responsáveis pelo fomento de ideias, concepções e valores sobre as iniquidades no mundo, especialmente as iniquidades raciais.

O documento lançado pelo DFID “Subsídios para o enfrentamento do racismo na saúde”, elaborado em conjunto com a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), Ministério Público Federal (MPF), OPAS E PNUD, no ano de 2007, e outro documento elaborado pela equipe de país do Sistema das Nações Unidas no Brasil fazem um resgate dos principais pactos e convenções internacionais dirigidas à busca pela garantia dos direitos humanos, especialmente focalizadas no âmbito da promoção da igualdade racial e das políticas afirmativas. São descritos convenções e decretos dos quais o Brasil é signatário. Aqui foram resumidos nas seguintes declarações:

*Carta das Nações Unidas* de 1945; *Declaração Universal dos Direitos Humanos* – ONU – 1948; *Convenção 111* da Organização Internacional do Trabalho, em 1958 contra as formas de discriminação na busca por trabalho e emprego; *Convenção sobre a eliminação de todas as formas de Discriminação Racial* – ONU – 1965, ratificada pelo Brasil em 1968; *Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos/Protocolo Facultativo* de 1966 que salvaguarda direitos importantes como o direito à autodeterminação, os princípios da não-discriminação, a igualdade entre os sexos, dentre outros; *Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as mulheres* – CEDAW, ONU, 1979. Por último o documento analisa a Declaração e Plano de Ação da *III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas* – ONU, 2001 (BRASIL, 2010; DFID, 2007).

Uma das principais Conferências acima listada – a *III Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas* – também conhecida por *Conferência de Durban* tem sido discutida e analisada por diversos autores como uma das mais instigantes e controversas conferências mundiais contra o Racismo, porém um dos momentos cruciais de rediscussão e envolvimento mais sério de diversos atores sociais na causa dos Direitos Humanos e das Ações Afirmativas (MAIO *et al*, 2010; MAIO, MONTEIRO, 2005; ALVES, 2002; BAIROS, 2002; DOPCKE, 2001). A Conferência de Durban, apesar das muitas dificuldades que apareceram ao longo de sua realização, não deve ser vista e analisada do mesmo modo que as anteriores. Alves (2002) confirma a seriedade da questão no âmbito internacional:

Na verdade, porém, o racismo e a discriminação racial, juridicamente proscritos, nunca haviam sido seriamente abordados em sua incidência planetária. Qualquer reunião internacional sobre a matéria era deturpada pela existência do *apartheid* sul-africano, objeto de fixação de atenções pelo mal que trazia em si e como ameaça à paz e à segurança, agravada pelo contexto de confrontação bipolar (ALVES, 2002, p. 200).

Ora, o mundo globalizado exigia uma atenção maior, por parte das nações, para as manifestações estruturais do racismo contemporâneo, que, sutilmente ou não, ainda mantém grandes contingentes populacionais em situação de inferioridade racial, “dissimulados em direitos civis distorcidos”. Esse reconhecimento, acrescido a outros elementos internacionais notadamente fortalecidos pelos surtos de violência racista e/ou xenófoba no mundo (agressões a imigrantes na Europa, ressurgimento de doutrinas supremacistas brancas, recrudescimento de conflitos étnico-religiosos asiáticos, vandalismo dos *skinheads*, etc.), pelo fim do *apartheid* sul-africano e por um efeito do multilateralismo – ao mesmo tempo em que era responsável pela melhoria do globo, abriu a porta para uma infinidade de tensões e embates bélicos baseados em distinções segundo raça, cor e ascendência nacional ou étnica – justificou, deste modo, a premente necessidade de realização desta conferência (idem, *ibidem*).

As principais dificuldades e controvérsias de Durban giraram em torno de quatro grandes questões. A primeira delas relacionou-se à insistência dos países árabes em querer, mais uma vez, equiparar o sionismo ao racismo, gerando conflitos entre o estado de Israel e as outras nações no tocante às ações perpetradas por aquele estado contra a Palestina. Tanto Israel quanto os EUA se retiraram da Conferência diante das propostas que iam se apresentando neste contexto. A segunda dificuldade correspondeu às tentativas de reconhecimento da escravidão como crime de lesa-humanidade e a consequente necessidade de pagamento de reparações para todos os países africanos. A ideia da reparação foi rechaçada por diversos países, especialmente europeus, que não admitiam a condenação do colonialismo e suas consequências. O máximo que os países ocidentais puderam aceitar foi a admissão de ‘eventuais males ou excessos do colonialismo’ (ALVES, 2002; BAIROS, 2002; DOPCKE, 2001).

Os temas da conferência – fontes de muitas controvérsias entre os países – foram assim organizados, não necessariamente nesta ordem: 1) Origens, fontes, causas, formas e manifestações contemporâneas de racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata; 2) Vítimas de racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata; 3) Medidas de prevenção, educação, e proteção voltadas para a erradicação do racismo, da discriminação racial, da xenofobia e da intolerância correlata nos níveis nacional, regional e

internacional; 4) Provisão de remédios efetivos, recursos, correção, assim como medidas [compensatórias] e de outra ordem nos níveis nacional, regional e internacional; 5) Estratégias para alcançar a igualdade plena e efetiva, inclusive por meio da cooperação internacional e do fortalecimento das Nações Unidas e outros mecanismos internacionais para o combate ao racismo, à discriminação racial, à xenofobia e à intolerância correlata, assim como o acompanhamento de sua implementação (ALVES, 2002; BRASIL, 2001).

O terceiro ponto polêmico da conferência voltou-se aos temas três e cinco “medidas de prevenção” e “estratégias para alcançar a igualdade plena”, posto que a expressão *ação afirmativa*, não sendo consenso, foi retirada da discussão, diga-se de passagem, pelo próprio país que a cunhou – os EUA. O quarto e último controverso elemento aqui exposto diz respeito às discussões e posicionamentos de algumas delegações europeias no que concerne a não aceitação da noção de raça. Por mais que a recusa da noção de raça fosse bem justificada por muitas dessas delegações, a não-aceitação terminava por complicar ainda mais as discussões, tornando-as mais acirradas. Alves (2002) comenta que a não existência de raça recairia no reconhecimento de não existência do racismo – conclusão que, além de pouco lógica, jamais seria levantada por qualquer delegação naquela conferência.

De um modo geral, especialmente para os países da América Latina e, com grande destaque o Brasil, os efeitos da controversa Conferência de Durban foram bastante positivos. Seus documentos aprovados ratificaram um compromisso dos Estados a adotarem ações para a eliminação da desigualdade racial e metas a serem alcançadas em suas políticas universalistas (BAIROS, 2002). No contexto em que se realizou, essa conferência foi, aos olhos de especialistas mais otimistas, a melhor conferência que se poderia realizar abrangendo temas tão amplos quanto polêmicos, numa ordem internacional que tende a tocar a economia neoliberal à revelia das questões sociais, ao multilateralismo e à diplomacia parlamentar:

(...) as responsabilidades pelos problemas verificados em Durban são de diversos atores. A responsabilidade pela implementação da maioria das recomendações – como aquelas concernentes à “medidas afirmativas” que começaram a ser aplicadas no Brasil depois dessa conferência – dependerá, por sua vez, como é o caso de qualquer documento emergente de encontro multilateral, da seriedade com que cada Estado encara as decisões coletivas de que tenha participado (e, com exceção de Israel e dos Estados Unidos, todos foram partícipes). Dependerá também da capacidade de utilização desses documentos pela sociedade civil. Dependerá finalmente, em última e mais definitiva instância, de uma conscientização generalizada – hoje em dia praticamente impossível – de que, como diz a Declaração de Durban (...), somente com a criação de um futuro de condições mais equânimes, “baseado em nossa comum humanidade em toda sua diversidade”, a globalização poderá ter efeitos antidiscriminatórios (ALVES, 2002).

### 3.1.2 Da Nova Sociedade Civil – Emergência do Indivíduo e os Atores Internacionais

Voltando-se aos atores políticos destes processos, é preciso lembrar que os direitos humanos e a temática anti-discriminatória e anti-racista ganharam corpo no cenário internacional, inicialmente, no período pós II Guerra Mundial, a partir da criação da ONU em 1945, até atingir seu apogeu nos debates inflamados entre alguns países, quando da realização da *Conferência de Durban*, já discutida acima. O fim da II Guerra Mundial promoveu um cenário de solidariedade entre as distintas nações diante do sem número de refugiados e sobreviventes expatriados; indivíduos perdidos entre as nações forçaram, naquele momento, os Estados a pensarem a existência ontológica do próprio indivíduo, conseqüentemente, gerando olhares sobre seus direitos e deveres enquanto responsável individual por sua proteção e detentor de direitos civis e sócio-político-econômicos fundamentais e universais (REIS, 2006).

Sob os marcos fundadores do direito internacional dos Direitos Humanos – a assinatura da Carta de Fundação da ONU em 1945, a fundação do Tribunal de Nuremberg (1945-1946) e a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948 – a autora acima analisa a política internacional segundo duas vertentes de entendimento sobre os direitos humanos, baseando-se nos princípios da democracia. De um lado, os direitos humanos podem ser pensados como uma forma de controle do estado, “subvertendo sua lógica de competição” e, de outro modo, tem-se a ideia de que os direitos humanos têm pouca importância na condução da política internacional.

De fato, do ponto de vista da execução de ações em prol dos direitos humanos, a condução efetiva de tais processos se dá no âmbito do Estado nacional. As organizações internacionais têm um poder de indicar, denunciar ou mesmo constranger os Estados nacionais que descumprem ações em direitos humanos, mas há limites nos processos de entrada e envolvimento de cada nação. A menos que seja acionado o Conselho de Segurança da ONU, que não ocorre com muita frequência, a responsabilidade completa se volta aos estados-nação. Muito embora também, o constrangimento político e moral a que são submetidos os estados, num período de intensas reparações entre eles, tem forçado cada país a repensar suas ofertas em serviços e atenção aos direitos humanos universais.

Sob a outra vertente, verifica-se que o regime internacional de direitos humanos tem obtido êxito no respeito ao estabelecimento de normas e padrões de comportamento sob os quais os estados podem ser avaliados e julgados, detendo-se, principalmente no direito do homem, de cada indivíduo, independente de sua nacionalidade. Assim, diz-nos a autora:

(...) o reconhecimento do indivíduo como portador de direitos que independem dos estados é considerado a mola propulsora da articulação de uma rede transnacional de indivíduos, movimentos sociais e organizações não governamentais, em torno de questões de interesse global (REIS, 2006, p. 35).

Tem-se, deste modo, um crescimento, no nível internacional, do indivíduo e da sociedade civil, conformando uma rede transnacional de ativistas, esmerados em garantir direitos inalienáveis, interpretados também como direitos constitucionais, universais e internacionais, sejam para as mulheres de todo o mundo, as crianças de todo o mundo, ou mesmo, os povos afrodescendentes de todo mundo – a nação diaspórica africana espalhada em diversas regiões do globo. Essa rede transnacional, aponta Reis (2006), teve crescente atuação na década de 80, desde ações em prol da redemocratização de diversos países da América Latina e Leste Europeu, às ações sobre os problemas ambientais e as crises humanitárias.

O que se observa neste processo é a formação de uma esfera pública global, de uma sociedade civil que, em busca dos valores universais, se legitima enquanto uma nova instância da sociedade, além do estado nacional, correndo em paralelo a ele. Bobbio (1992, apud REIS, 2006) conforma essa nova instância social internacional, atuante em prol dos direitos do cidadão de uma cidade que não tem mais fronteiras, compreendendo toda a humanidade e os direitos do homem enquanto cidadão do mundo (p. 35). Os direitos humanos tornam-se, assim, ideia política hegemônica na sociedade internacional do século XX.

Essa rede transnacional de ativistas constitui-se, então, de atores internacionais fundamentais para a elaboração das ações dos direitos humanos, mais recentemente focalizadas em ações afirmativas em prol da população negra mundial. A Fundação Ford, por exemplo, analisada por Telles (2002), foi um dos organismos internacionais pioneiros em propor e executar ações afirmativas no mundo. Baseando-se nas discussões norte-americanas sobre as relações raciais, com grande propensão à exportação de ideias e conceitos sociológicos de seu país de origem, a Fundação Ford é, de fato, um grande ator político das ações em políticas afirmativas desde a década de 80. Telles (*ibidem*) confirma a tese de que este organismo internacional parte de premissas sobre o modelo de raça e da sociedade bipolarizada em brancos e negros dos EUA, porém, não o faz de modo impositivo e mesmo o grau de influência que exercem ainda é pouco, diante das realidades locais dos 44 países em que atuam.



O autor demonstra em seu artigo que, no caso do Brasil, a Fundação Ford tem amplo diálogo com grandes lideranças de movimentos negros locais e que muitos cargos de chefia e coordenação de projetos nos escritórios locais são ocupados por estudiosas e pesquisadores brasileiros, cuja análise sobre a realidade brasileira, seus mitos de identidade nacional e racismo velados são categóricos e contundentes, fazendo com que as ações e serviços tenham base nestes estudos. Luiza Bairos, por exemplo, hoje ministra da igualdade racial, foi uma importante interlocutora do movimento negro com a Fundação Ford no início dos trabalhos desta organização junto à sociedade brasileira.

Maio *et al* (2010) demonstram também que as discussões e ações em prol dos temas de etnicidade e saúde recaem no seio da OPAS a partir do contexto sobre o qual esboçamos anteriormente. Inicialmente focalizados no tema da saúde das populações indígenas desde meados do século XX, dentro dos espaços andino e centro americano, essa organização pôde estabelecer laços mais íntimos com políticas afirmativas de recorte racial no Brasil, através do reposicionamento do Brasil no exterior – buscando mais autonomia pela integração com outros organismos internacionais – mas também, diante das demandas pró-direitos humanos aprofundadas em um sem-número de conferências, encontros e acordos internacionais, que passaram a julgar que as políticas antipobreza seriam mais efetivas quando conjugadas a estratégias antidiscriminatórias (*idem, ibidem*).

Como importante ator social no campo da saúde internacional, a OPAS ajudou a disseminar valores e conceitos relacionados à temática étnico-racial neste setor. Em 2000, na *Conferência Regional Preparatória para a Conferência Mundial contra o Racismo*, realizada em Santiago, no Chile, a OPAS reconheceu, sob recomendação da delegação brasileira, a necessidade da adoção de ações com base nas variáveis raça, etnia e gênero no campo da saúde, além de desenvolvimento de projetos específicos para a população negra. Assim, a OPAS se envolveu ainda mais com essa temática, produzindo artigos sobre a relação etnicidade-saúde, convocando reuniões com especialistas, propondo atividades que ajustavam e desenvolviam planos, treinamentos de recursos humanos, mobilização de recursos financeiros e o reconhecimento do racismo como “obstáculo ao acesso a serviços, à informação e ao tratamento equitativo” (*idem, ibidem*, p. 1277). Os autores ainda destacam:

A análise dos artigos e documentos produzidos pela OPAS revela que muitas das questões neles abordadas foram definidas no encontro Race and Poverty, organizado pelo Banco Mundial, o BID e o Inter-American Dialogue no ano 2000. Essa sintonia é indicativa da capacidade dessas organizações de pautarem as discussões relacionadas à raça/etnia no âmbito internacional. Em um contexto no qual organismos como o Banco Mundial e o BID detinham um poder de agenda cada vez

maior, a formulação de políticas de saúde com enfoque étnico-racial não poderia realizar-se à sua revelia (MAIO *et al*, 2010, p. 1277).

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), também responsável pela execução de ações afirmativas no mundo, foi criado em 1965 a partir de uma resolução da Assembleia da ONU que estabelecia a fusão de duas entidades existentes: o Fundo Especial das Nações Unidas e o Programa Estendido de Cooperação Técnica. Esta fusão deu ao PNUD um papel de destaque dentro da ONU, tornando-o um órgão responsável por trabalhar conjuntamente com os países procurando alcançar soluções para os desafios do desenvolvimento em seus diferentes níveis. O PNUD também tem sido uma importante fonte de assistência a países em desenvolvimento (MACHADO, PAMPLONA, 2008).

Do ponto de vista conceitual, o PNUD foi analisado por alguns autores como uma organização que atuou até a década de 90 sem um foco definido: Klingebiel (1999 apud MACHADO, PAMPLONA, 2008) argumenta que uma das principais falhas da organização estava no fato de não ter um perfil claro e um paradigma bem definido para suas ações; sem foco e uma real abordagem estratégica, o PNUD era visto como uma agência de desenvolvimento que oferecia “tudo”, mas mantinha um posicionamento neutro, sem critérios nem orientação para o fornecimento de recursos. Esta realidade muda a partir da década de 90 quando o PNUD passa a ser identificado sob o paradigma do desenvolvimento humano sustentável, muito embora esta não seja uma visão consensual dentro da organização, especialmente em relação aos países-membros da ONU e ao Conselho Executivo que controla as ações do PNUD.

O paradigma do desenvolvimento humano envolve dois aspectos principais, relacionados ao aumento da gama de escolhas das pessoas e ao nível de bem-estar alcançado em si: de um lado tem-se a formação das capacidades humanas (melhoria nas condições de saúde, conhecimentos e habilidades) e, de outro, o uso que as pessoas fazem das capacidades adquiridas (no trabalho, lazer e no exercício da cidadania). Os componentes essenciais deste paradigma se reportam a conceitos que, posteriormente, também são utilizados no campo da saúde e da saúde da população negra. Assim, o PNUD contribuiu para as noções de *Equidade* – já discutida, relaciona-se ao acesso equitativo às oportunidades; *Sustentabilidade* – garantia de que a próxima geração contará com as mesmas oportunidades, não apenas de recursos naturais, que as pessoas contam agora; *Produtividade* – entendida como investimento nas pessoas e no ambiente macroeconômico para que alcancem potencial máximo e *Empoderamento* – participação ativa e real das pessoas nas políticas para o desenvolvimento humano (HAQ, 1995 apud MACHADO, PAMPLONA, 2008).

O principal referencial conceitual para o paradigma do desenvolvimento humano ali atualizado detém suas bases nos preceitos de Amartya Sen. Este filósofo analisa as capacidades humanas em termos de possibilidades da pessoa em um determinado cenário social. Sua análise sobre o bem-estar retoma aspectos da autonomia dos sujeitos, levando-se em conta a liberdade e o potencial de ação de cada pessoa. Seu foco está no nível do indivíduo e este autor defende a tese de que a igualdade pode gerar desigualdades em outros espaços, por conta da diversidade humana, propondo a ideia de equalização das capacidades e abrindo espaço para uma rediscussão da noção de igualdade.

Deste modo, através do seu conceito de capacidade, Amartya Sen sugere que a superação das iniquidades a que estão submetidos os indivíduos relaciona-se à utilização de esforços e iniciativas deles próprios para a superação (CAMPOS, 2006). A condição de *agente* tem papel fundamental para o desenvolvimento, embora essa condição possa ser restringida pelas oportunidades sociais, políticas e econômicas disponíveis para os indivíduos. O paradigma estabelecido por Amartya Sen pareceu bastante conveniente ao PNUD, já que suas ações programáticas exigem relativo consenso entre os diferentes países que o compõe e, os preceitos estabelecidos pelo filósofo, apesar de aproximarem as teorias do desenvolvimento ao bem-estar das pessoas (indivíduo), não exploram uma análise mais detalhada das necessidades de mudanças estruturais na economia internacional (MACHADO, PAMPLONA, 2008).

Assim, o que se observa com os exemplos aqui apresentados é que há, de fato, um padrão global para discussão não apenas dos direitos humanos, como das ações em prol das populações discriminadas no mundo. Todo modo, a execução destas ações deve recair sobre os Estados Nacionais e o que se pode apreender destes organismos internacionais é que eles auxiliam, muitas vezes, em processos de instrumentalização não apenas do Estado que pretende avançar em políticas afirmativas, mas também, servem como apoio para setores da sociedade civil cada vez mais articulados internacionalmente. As bases conceituais de muitas destas organizações podem mascarar problemas estruturais do globo, mantendo o foco apenas no sujeito como agente de mudança, porém, não se pode negar o avanço das discussões e, por que não, ações em direitos humanos e contra o racismo.

Um de nossos entrevistados comenta que a relação com estes atores e agendas internacionais é bastante complexa, embora tenha permitido boas parcerias para a construção do campo da saúde da população negra. Ele nos diz:

Então, ela [questão das agências internacionais] é contraditória, (...), mas foi muito bem utilizada pelo movimento negro, pelas pessoas que pensam a saúde da população negra. Quando a gente pensa que tem um diálogo com a política neoliberal, não é? Ela é contraditória, em uma série de coisas, mas quando a gente pensa na agenda dos direitos humanos, quando a gente pensa na questão das metas do milênio, ela faz todo sentido, faz todo sentido (entrevistado 03).

Além de tudo, foram essas agências internacionais que possibilitaram o estopim de ações em saúde da população negra, até que o governo brasileiro pudesse se pronunciar de modo mais contundente e assumir a pasta para si mesmo, através da criação de uma Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, como veremos mais adiante. Por ora, ressaltamos a fala de outro entrevistado que aponta um aspecto positivo da atuação do PNUD e do DFID junto ao movimento negro no Brasil:

É, o governo brasileiro rechaçava essa idéia. Quem acolhia o debate como uma questão estatal, quem propicia o ambiente e até a expertise que tinha eram as agências das Nações Unidas, também porque tavam obrigadas a isso pela agenda de Durban, mas que mesmo assim não cumpriu tudo, porque o PNUD se afastou disso, mas aí o DFID assumiu, mas foi uma combinação entre eles, o DFID assumiu (entrevistado 02).

O DIFD foi um dos organismos internacionais que mais abordou o tema do racismo institucional. Enquanto ator político, este ministério britânico produziu um manual de identificação e abordagem do racismo institucional, em parceria com organizações não governamentais negras do país, especialmente o instituto Amma Psique e Negritude, pioneiro nas discussões sobre os efeitos psicológicos do racismo para os sujeitos. Juntas, estas entidades, numa parceria ainda no período de organização da conferência de Durban, elaboraram o PCRI – Programa de Combate ao Racismo Institucional – com o objetivo de trabalhar o combate e a prevenção ao racismo institucional, de modo a gerar possibilidades de formulação e implementação de políticas públicas racialmente equitativas. Este programa se organizou em dois componentes inter-relacionados. O componente municipal apoiava ações de enfrentamento ao racismo institucional com base nas experiências municipais de duas cidades brasileiras: Salvador e Recife. O componente saúde se responsabilizou por um estudo de caso no qual pudesse contribuir para a redução das iniquidades raciais em saúde, colaborando para a formulação de políticas de saúde para a população negra no âmbito do SUS (DFID, 2007, p.15).

O que se observou com a leitura deste manual foi a introdução do conceito de racismo institucional, posteriormente utilizado em amplos espaços de discussão, inclusive no campo da saúde. O racismo institucional é assim definido:

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 normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (DIFD, 2007, p. 17).

Todavia, um de nossos informantes alerta para as possíveis origens do conceito de racismo institucional, anterior ao uso que o DFID faz, comentando, inclusive, sobre o poder de persuasão deste organismo internacional no fomento ao uso do conceito:

Hoje todo mundo fala em racismo institucional, racismo institucional, racismo institucional. E fala como sendo um conceito do governo britânico, fala como sendo um conceito do governo britânico ou remetendo a Fernanda [Fernanda Lopes], etc., quando, na verdade, o conceito de racismo institucional não é britânico, o conceito de racismo institucional é EUA e Índia! Mas, é tanta força do DFID e as coisas que a Fernanda foi produzindo enquanto tava no DFID, etc., chamando atenção, reuniões que a gente teve com agentes, com pessoas do governo britânico e tal, com essa discussão do racismo institucional e aí, isso entra pra dentro do movimento social, todo mundo fala, quer dizer, todo mundo... Eu vejo muita gente que tava no início do governo falar de racismo institucional e... legal essa palavra aí” (entrevistado 03).

Além da introdução deste conceito/temática, pudemos verificar que a produção do manual, com todas as sugestões de como o estado e a sociedade civil devem manejar e combater o racismo, contou com a colaboração de muitos pesquisadores e ONGs brasileiras, levando-nos a pensar o protagonismo destes atores no país, e repensar o grau de influência e mesmo de colaboração entre os países da alta cúpula das organizações internacionais e o Brasil. Destacam-se nesse processo personagens importantes, militantes e pesquisadores negros, que aproveitam a ocasião e as contribuições financeiras para a execução destas ações. Particularmente no caso do PCRI, foram discutidos elementos da sociedade brasileira com análises psicológicas importantes para a definição dos processos de estereotipia e estigmatização. Colaboraram com essa produção: Elias Sampaio, Fernanda Lopes, Lindivaldo Leite Júnior, Lúcio Oliveira, Luiza Bairos, Maria Bernadete Azevedo, Mônica Oliveira e Rachel Quintiliano.

### 3.2 O Contexto Brasileiro das Ações Afirmativas

Não é de se esperar que os movimentos de defesa de direitos humanos sejam contidos. A paixão lhes é inerente, sobretudo quando se trata de colocar, lado a lado, como se fosse um acerto de contas, as heranças do passado e as tarefas do futuro (ADORNO, 2010).

Uma vez explicitado o contexto extramuros do país, no tocante à interface saúde-direitos humanos, pontuando-se, inclusive, momentos de intersecção direta de outros países com o governo ou outras instituições brasileiras, adentramos um pouco mais a realidade do Brasil no que tange suas ações em políticas afirmativas. Cabe-nos, nesta secção, referir aspectos da política nacional, focalizando seus últimos governos (os mandatos de Fernando Henrique Cardoso e de Luís Inácio Lula da Silva), quando as políticas afirmativas vão ganhando mais corpo, espaço e efetividade. Interessa-nos tentar identificar, apesar da amplitude que o exercício exige, uma possível caracterização da arena política nacional, obviamente, destacando aspectos históricos e conceituais sobre as ações afirmativas.

A consolidação das ações afirmativas no país se dá a partir dos dados sobre desigualdades raciais que começam a se tornar mais consistentes e fundamentais para justificativa destas políticas públicas. Todo modo, trata-se de um processo político longo, que parece mais visível no Governo Lula (2003-2010), muito embora tenha se iniciado antes deste governo, estabelecendo de uma vez que se tratava, não de uma agenda de governo, mas *“uma agenda construída e demandada ao Estado brasileiro ao longo de pelo menos duas décadas”* (LIMA, 2010). Este processo também conta com mudanças no modo como o Brasil se apresenta no cenário internacional, buscando mais autonomia, porém, parcerias com outros países e organismos internacionais.

Os Direitos Humanos no Brasil ganham projeção, de fato, a partir dos processos de transição democrática, no contexto de lutas contra a ditadura militar, inspirados pela Declaração Universal de 1948 e as consequências daí advindas (ADORNO, 2010). Eles, os direitos universais, são expressos ao longo da história do país através de leis e atuações da sociedade civil, amplamente discutidas por diversos autores. Ratificam-se: a elaboração da Constituição brasileira de 1988, conhecida por constituição cidadã, não apenas porque reconhece os direitos humanos na lei, mas também por indicar instrumentos para sua garantia e efetividade; a Reforma Sanitária, responsável pela democratização da saúde, entendida como um direito inerente à cidadania, aos direitos sociais e ao Estado; a construção dos Planos Nacionais de Direitos Humanos (em sua terceira versão) e a formulação e execução de

políticas afirmativas que, posteriormente, passam a buscar a Igualdade Racial – assim expressa, inclusive pela criação de uma Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial no governo Lula (LIMA, 2010).

Para atingirmos o objetivo de entendimento sobre a condução destas políticas sociais, é preciso apontar que elas se relacionam não apenas à seguridade social, tal qual elaborada no período de redemocratização do país, tampouco apenas ampliam-se para além das ações que garantam moradia e educação; as políticas sociais podem ser vistas como políticas voltadas para o reconhecimento dos Direitos, concedidos seja por mérito, seja por cidadania. Ainda assim, fato marcante é que tais políticas são desenhadas dentro de determinados governos, com características próprias, tomando por base sua lógica de desenvolvimento econômico e sua relação com a tão almejada democracia. As análises sobre os governos de Fernando Henrique Cardoso e Luís Inácio Lula da Silva apontam processos de continuidade relacionada à política socioeconômica e repercussões nas políticas sociais, muito mais que posicionamentos que pudessem demarcar rupturas ou descontinuidades (idem, *ibidem*; MARTINS, 2007; MENDES, MARQUES, 2007).

Porém, os dois governos de FHC (1994-2002) são identificados, nitidamente, por uma política neoliberal com sérias repercussões para as políticas públicas. Este governo foi marcado por um crescimento da dívida externa, uma expansão acelerada da dívida pública, déficits em conta corrente, elevadas taxas de juros, privatizações, desmonte dos valores agregados das indústrias, desregulamentação do mercado de trabalho e abertura comercial e financeira acelerada através de políticas de valorização cambial (MARTINS, 2007). Entretanto, as políticas afirmativas têm seu início neste governo, pois, apesar da análise acima descrita, o país se encontrava numa conjuntura internacional favorável (em 1993 ocorria a *Conferência Mundial dos Direitos Humanos* de Viena, cujas recomendações levaram o governo FHC à proposição de um plano de ação para os direitos humanos) e possuía lideranças políticas importantes no governo que podiam pautar estas ações, tendo identificação com a temática dos direitos humanos, tais como os ministros José Gregori e Paulo Sérgio Pinheiro (ADORNO, 2010).

O autor acima destaca, porém, que a composição de forças e alianças de sustentação do governo FHC não era inteiramente simpática à agenda de direitos humanos, pois, muitas eram as críticas quando se discutia a possibilidade de controle civil sobre os policiais militares ou a reparação pelas violações aos direitos humanos, ocorridas ao longo da ditadura militar. Tais resistências continuam ainda hoje, com as inflamadas reações diante de uma nova campanha pela Memória e Liberdade, uma proposição do terceiro Plano Nacional de Direitos

Humanos em prol da abertura dos arquivos da Ditadura Militar. Os planos nacionais de Direitos Humanos serão analisados logo abaixo.

Lima (2010) argumenta que o governo de FHC consistiu na demarcação do debate sobre políticas afirmativas, momento inicial e necessário para evidenciar a situação social dos negros e implantar políticas valorativas. Foi no governo FHC que se cunhou a ideia de “valorização da população negra”, cujas propostas para essa população foram gestadas no âmbito de alguns programas e ministérios. As ações mais concretas desta gestão foram tímidas e posteriores à Conferência de Durban, houve avanço para as ‘reivindicações de caráter valorativo’, que tratavam da nacionalidade, da valorização dos símbolos negros e do sincretismo das raças fundadoras da nação brasileira, pois interessavam aos governantes. Todavia, pouco se investiu em políticas de redistribuição de renda e serviços públicos em saúde, educação, trabalho, etc.

No âmbito da gestão de sua política neoliberal, FHC formulou dois Planos Nacionais de Direitos Humanos. O primeiro deles, o PNDH 1, formulado em 1996, teve como foco o combate às injustiças, ao arbítrio e à impunidade dos aplicadores das leis. Buscou enfatizar os direitos humanos para todos, garantindo proteção do direito à vida, à liberdade e ao tratamento igualitário das leis. Também pôde enfatizar os direitos de crianças, mulheres, adolescentes, população negra, indígenas, estrangeiros e migrantes e ratificou convenções internacionais de que o Brasil é signatário. Os principais resultados foram observados no campo da segurança pública, com novas regulamentações para o julgamento de policiais militares e tipificação dos crimes de tortura (ADORNO, 2010). No que tange as ações afirmativas para afrodescendentes, priorizou o combate às desigualdades raciais através de políticas específicas para a população negra, definindo ações de curto, médio e longo prazo que sustentassem o apoio aos diversos grupos de trabalho temáticos, a inclusão do quesito cor nos sistemas de informação e o registro sobre a população negra, além da alteração do conteúdo de livros didáticos para crianças e jovens da sociedade.

O PNDH 2 foi pensado e concretizado no momento em que o primeiro plano ainda se encontrava em curso. Este segundo plano, aprovado em 2002, deu continuidade a muitos aspectos do primeiro plano, porém, incorporou novos direitos a serem protegidos relacionados especialmente à livre orientação sexual e identidade de gênero, ao combate à violência intrafamiliar, ao combate ao trabalho infantil e trabalho forçado e inclusão de portadores de deficiência e a necessidade de cuidados especiais. Entretanto, de acordo com o autor acima, este segundo plano de direitos humanos foi reconhecido pela incorporação dos direitos econômicos, sociais e culturais que haviam sido apagados do primeiro plano e pelo



reconhecimento dos direitos dos afrodescendentes. Estes episódios sobre os direitos humanos e as ações afirmativas no país são fundamentais, pois, quando da demarcação da linha do tempo da saúde da população negra, veremos que os anos e marcos aqui pontuados são cruciais para o entendimento dos processos que ocorrem no âmbito da saúde.

O segundo plano de direitos humanos é efetivado pós Conferência de Durban, fato que permite um amadurecimento sobre as questões raciais. O PNDH 2 reconhece a escravidão e o tráfico de escravos como violações graves aos Direitos Humanos, reconhece também a marginalização econômica, social e política a que fora submetida a população afrodescendente no país e amplia as buscas por fundos para o financiamento de políticas afirmativas. Trata-se de um momento crucial para o posicionamento do Brasil perante as outras nações do globo. Ora, como um país, até bem pouco tempo reconhecido por outros países como miscigenado e racialmente democrático detém em seu interior uma série de casos de racismo e desigualdades raciais? A nação brasileira teve de reparar-se e admitir mundialmente a existência de tais desigualdades e, além de admiti-las, agir de modo a reduzi-las e saná-las. Assim é que este se torna um período crucial no qual o Brasil responde aos questionamentos e demandas internacionais sobre tais questões, não podendo silenciar-se perante as denúncias do movimento negro, projetadas além-mar.

Alguns autores enfatizam que o governo do sucessor de FHC, LULA, pode ser lido como um governo de terceira via, respondendo a um padrão que tenta conciliar uma política econômica conservadora e uma política social progressista, contemplando políticas tradicionalmente vistas como de direita e de esquerda ao mesmo tempo. Outros autores ainda duvidam desse posicionamento, enfatizando o fato de que o governo de Lula mantém muitos nexos com a política neoliberal de seu antecessor (MARTINS, 2007; MARQUES, MENDES, 2007). Para um governo do PT, partido nascido no âmago dos movimentos sociais e trabalhistas, no auge da reorganização da sociedade civil na década de 80, os dois mandatos de Lula deixaram muito a desejar em diversos aspectos, especialmente relacionados às políticas sociais.

Partindo dessas questões, verifica-se que a política socioeconômica de Lula atuou na contenção dos desequilíbrios macro-micro econômicos gerados no governo anterior, optou por uma substituição da agenda de políticas públicas, buscando novas formatações em relação aos governos de FHC – embora tenha se equivocado ao tornar tais políticas condicionadas à liberação de excedentes econômicos, prejudicando recursos em saúde e educação. Os ajustes na economia buscaram geração de amplos superávits comerciais e fiscais que pudessem limitar a demanda agregada e conter a espiral do endividamento externo e interno. A opção

pela terceira via na condução do governo demarcou a busca por uma estabilidade macroeconômica através da construção de políticas sociais, do combate à pobreza, da recuperação do setor industrial e do desenvolvimento e ativismo da política externa (MARTINS, 2007). Cabe-nos enfatizar que a política fiscal restritiva do governo Lula, ancorada na manutenção do superávit primário, saldo positivo das contas públicas, trouxe reflexos para a previdência e o Sistema Único de Saúde, com diminuição ou corte de recursos financeiros.

Muitas leituras, sob distintos referenciais ideológicos, podem ser feitas não apenas do governo Lula, como também de toda a formação sociopolítica brasileira. Vianna (1998) é contundente em afirmar que a sociedade brasileira não teve em sua história um processo capaz de conformar uma real transformação social, transformação de base que levasse em conta as demandas da classe trabalhadora/oprimida. Longe de adentrarmos, neste ponto da análise, na possibilidade ou não da política de saúde da população negra conformar transformações profundas e revolucionárias para a sociedade brasileira, no tocante às relações raciais historicamente estabelecidas, não se pode deixar de pontuar o grau de avanço da democracia no país, fruto da saída de um governo autoritário.

Ademais, percebemos um avanço considerável do último governo a que o país esteve sob julgo, na sua relação com os movimentos sociais. Este avanço não se mede na concretização das demandas por eles exigidas, antes, porém, pode-se pensar que o governo Lula soube abrir mais espaços para a efetivação das políticas que já vinham sendo pensadas para a pauta dos Direitos Humanos no país. A relação com o movimento negro se amplia e se transforma, levando tais representantes da sociedade civil negra a compor cargos ou espaços de representação nos postos de controle social, além de se efetivarem atores envolvidos na formulação de políticas. Lima (2010) confirma a tese de que essa relação nos outros governos era de ‘exterioridade’, na qual esses movimentos negros apenas assumiam a condição de demandantes com pouca inserção no aparato governamental. A esse respeito, a autora nos diz, com base em outros autores, que:

(...) embora a questão racial nunca tenha tido uma forte adesão por parte do Partido dos Trabalhadores, o governo Lula representa o cume dessa mudança ao incorporar em seus quadros representantes dos movimentos negros, dando maior visibilidade às suas reivindicações, que são fortemente atreladas às ideologias negras de circulação internacional – pan-africanismo, a negritude e o afrocentrismo – somadas aos elementos tradicionais da identidade afro-brasileira (LIMA, 2010).

A propósito da primeira gestão de Lula, observamos um processo de efervescência política da qual o movimento negro soube aproveitar, particularmente no primeiro momento de discussão sobre os desafios e as diretrizes daquele governo causador de muita esperança em toda sociedade brasileira. O ministério do planejamento redefiniu os macro objetivos de governo no Plano Plurianual 2004-2007 cujos eixos norteadores enfatizavam três aspectos: desenvolvimento, participação e inclusão. Apesar do foco, já sinalizado acima, na manutenção da estabilidade econômica e no equilíbrio fiscal, esses macro objetivos despertavam para o desenvolvimento social e geração de trabalho e renda, facilitando a inclusão da temática racial e das ações afirmativas para população negra diante da possibilidade que se abriu para uma participação mais popular e democrática. Ressalte-se o fato de não constituir, entretanto, a consolidação da vontade coletiva em sua inteireza. Nosso entrevistado nos diz:

A partir desse macro objetivo, a gente destrinchou em desafios, eram discussões de grupos de trabalho e essa coisa [questão racial] apareceu em mais de um grupo, tanto o pessoal da SEPPIR, que estava lá, e também poucas pessoas de alguns outros ministérios, tipo o próprio Ministério da Saúde, que, de novo, não dá pra negar, no caso do Ministério da Saúde, eu tava lá, né, e eu acabei colocando também essa discussão de alguma forma, ela foi permanecendo, ela permaneceu nas grandes diretrizes de governo, mas ela, na verdade, ela perdeu força, eu diria, no macro projeto de governo, ela, num primeiro momento perdeu força, apesar da criação da SEPPIR, apesar das discussões das cotas, que era uma discussão muito forte lá naquele primeiro momento [primeira gestão de Lula], e, perdeu força do ponto de vista de visibilidade dessa macro... (entrevistado 06).

As propostas do governo Lula, sob efeito de muitos representantes do movimento negro, ou gestores sensíveis às causas da população negra, possibilitaram ampliações nas políticas afirmativas do país, principalmente tornando as discussões mais sérias e bem fundamentadas pela participação ativa desses atores políticos. O tema da igualdade racial vai se afirmando, apesar das críticas observadas na mídia e na sociedade de um modo geral, expressas, por exemplo, na proposta de cotas para negros nas universidades públicas. Ao longo dos governos de Luís Inácio Lula foram realizadas a I e a II Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial, contando com grande mobilização e presença da sociedade civil, tanto nos eventos em si, quanto nas etapas preparatórias, a fim de que se consolidasse o tema da igualdade racial.

As conferências possibilitaram a formulação do I Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial, aprovado por decreto nº 6872 em 2009 e responsável pela construção de um caminho mais concreto para a institucionalização das questões raciais do país, expressas em leis, decretos, programas e ações. O plano contém doze eixos de atuação de modo a definir as

principais ações para os grupos sobre os quais se detém. Os eixos estão assim definidos: 1) Trabalho e Desenvolvimento Econômico; 2) Educação; 3) Saúde (neste ponto, sinaliza a necessidade de implementação da PNSIPN); 4) Diversidade Cultural; 5) Direitos Humanos e Segurança Pública; 6) Comunidades Remanescentes de Quilombos; 7) Povos indígenas; 8) Comunidades Tradicionais de Terreiro; 9) Política Internacional (ênfata a continuidade das relações de intercâmbio e cooperação internacional para proteção dos direitos humanos e igualdade racial com as organizações internacionais); 10) Desenvolvimento Social e Segurança alimentar; 11) Infraestrutura e 12) Juventude.

Ao final deste mesmo ano destacamos a elaboração do 3º Plano Nacional de Direitos Humanos. O PNDH 3 aprofundou e ampliou uma série de direitos, contando com a participação da sociedade civil na sua elaboração, através das conferências locais e nacional, preparatórias para a formulação deste plano. Ele está orientado sob seis eixos, assim denominados: 1) Interação Democrática entre Estado e Sociedade Civil; 2) Desenvolvimento e Direitos Humanos; 3) Universalizar Direitos em um Contexto de Desigualdades; 4) Segurança Pública, Acesso à Justiça e Combate à Violência; 5) Educação e Cultura em Direitos Humanos; 6) Direito à Memória e à Verdade.

Adorno (2010) aponta os principais avanços da terceira versão do PNDH destacando que sua linguagem é mais direta, sem tantas contenções, percebidas nas versões anteriores. Além disso, a terceira versão introduz várias inovações em resposta às crescentes demandas da sociedade civil, notadamente refletidas nas polêmicas propostas para criação da Comissão Nacional da Verdade, Descriminalização do Aborto, União Civil entre pessoas do mesmo sexo, Direito de Adoção por casais homoafetivos, Interdição à ostentação de símbolos religiosos em estabelecimentos públicos da União, Controle da Mídia e Adoção de mecanismos de mediação judicial nos conflitos urbanos e rurais.

Depreende-se, a partir deste histórico, que as ações afirmativas no país vêm se constituindo num crescente movimento, atingindo diversas áreas, com grande ênfase em saúde e educação, setores da vida social nos quais se observam mais leis e decretos aprovados ou em execução. No âmbito da educação, podemos apontar quatro aspectos importantes efetivados no governo Lula. O primeiro deles diz respeito à aprovação da Lei 10.639 que institui o ensino da História e Cultura Afro-brasileiras nas escolas do Brasil; em seguida, destacamos a implementação do PROUNI – o Programa Universidade para Todos pôde garantir a entrada de muitos estudantes nas universidades particulares do país; o terceiro aspecto refere-se às ações afirmativas dentro das universidades e as políticas de cotas. O

quarto ponto está na criação da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (SECAD) responsável pela execução de diversos programas (LIMA, 2010).

No capítulo seguinte faremos a análise mais detalhada das principais ações concretizadas para a população negra no setor saúde que desembocaram na formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Antes, cabe-nos acrescentar a proposta da referida autora para classificação das ações afirmativas no país. Ela nos mostra que os programas foram sendo implementados sob três distintos focos: medidas de caráter repressivo, responsáveis pela punição de condutas e comportamentos discriminatórios e racistas; demandas por reconhecimento valorativo/identitário (muito presente no governo de FHC), mantenedores das especificidades e valores da cultura negra e os programas e ações com intuito de redistribuição, nesse caso, percebidos nas políticas públicas que atuam sobre as desigualdades raciais (idem, *ibidem*).

Observamos, deste modo, um avanço na condução das políticas afirmativas no plano nacional e internacional, que passaram a estabelecer metas não apenas para valorização da população negra no mundo, mas também, fomentando declaradamente, sob convenções, decretos, leis, tratados, a necessidade de reparação desta população através de políticas redistributivas, que deem conta das disparidades sócio-raciais em muitas nações. As políticas redistributivas são, em essência, geradoras de muitos conflitos, posto sua lógica de ‘desvio e deslocamento consciente de recursos financeiros ou outros valores entre camadas sociais e grupos da sociedade’ (FREY, 2000).

Vimos também que o fomento a essas políticas redistributivas sofreram o impacto e o cruzamento de olhares e ações de distintos atores políticos locais, nacionais e internacionais. Hochman (2008) demonstra que esses diálogos que se estabeleceram na política internacional puderam fomentar a produção de arenas políticas dinâmicas, capazes de modelar e remodelar os atores e agências ali envolvidas. O autor comenta:

Assim, ao nos aproximarmos dessas interseções, podemos nos surpreender com a diluição eventual da ideia de centro e periferia e determinismos históricos: a ‘periferia’ pode transformar-se em ‘centro’; o ‘nacional’ decanta e incorpora o ‘internacional’; o ‘local’ agenda o ‘nacional’ que o abriga; o império pode não ser tão imperioso e, ao final, personagens individuais imprimem marcas na experiência coletiva e produzem resultados materiais tais como instituições e políticas (HOCHMAN, 2008, p. 393).

## **Capítulo 4: O processo de formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e seus atores – o Estado e o Movimento Negro**

A política é um esforço tenaz e enérgico para atravessar grossas vigas de madeira. Tal esforço exige, a um tempo, paixão e senso de proporções. É perfeitamente exato dizer – e toda experiência histórica o confirma – que não se teria jamais atingido o possível, se não se houvesse tentado o impossível. Contudo, o homem capaz de semelhante esforço deve ser um chefe, e não apenas um chefe, mas um herói, no mais simples sentido da palavra. E mesmo os que não sejam uma coisa nem outra devem armar-se da força de alma que lhes permita vencer o naufrágio de todas as esperanças. Importa, entretanto, que se armem desde o presente momento, pois de outra forma não virão a alcançar nem mesmo o que hoje é possível. Aquele que esteja convencido de que não se abaterá nem mesmo que o mundo, julgado de seu ponto de vista, se revele demasiado estúpido ou demasiado mesquinho para merecer o que ele pretende oferecer-lhe, aquele que permaneça capaz de dizer “a despeito de tudo!”, aquele e só aquele tem a “vocaçãõ” da política (WEBER, 1968, p. 124).

O presente capítulo analisa o processo de formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), enfatizando, especialmente, os marcos sócio históricos para a abertura desta agenda na saúde pública, bem como os principais atores políticos desse processo. Com base na teoria do Ciclo da Política Pública (Kingdon, 1995 apud PINTO, 2004), destacamos o período que antecede a formulação do texto da política, tomando-se a fase de pré-decisão de uma política específica em saúde, marcada pela introdução das especificidades étnico-raciais como elementos de análise das desigualdades na agenda social. Seguimos apresentando a inclusão desta temática na agenda governamental, etapa em que os embates se tornam mais acentuados e se podem observar movimentos dialéticos entre consensos e dissensos nas opiniões sobre o tema das desigualdades raciais em saúde e do racismo como fenômeno sócio histórico explicativo das questões sociais.

Posteriormente, tem-se a etapa de decisão propriamente dita que comporta a elaboração da proposta da PNSIPN pelos atores políticos, definindo princípios, diretrizes e estratégias para as ações em saúde. Esse é o momento em que toda a política deve ser pensada e definida na sua abrangência, seus recursos humanos e no financiamento necessário para sua implementação.

Deste modo, o processo de construção de uma política pública não pode ser pensado sem que se leve em consideração a dimensão do poder e das disputas que ocorrem no âmbito das ações de planejamento em saúde. Discorreremos sobre os processos sócio-políticos mais relevantes que representaram disputas e/ou posicionamentos em torno do direcionamento e da construção da política de SPN, a partir da análise de acumulação do poder. Cabe ressaltar as

distintas dimensões do poder que neste caso podem circular, quais sejam: o poder societário – relacionado às esferas econômica e ideológica; o poder setorial – no qual se observam as dimensões técnica, administrativa e política e o poder simbólico – como recurso, capacidade ou relação dentro da dinâmica de formulação de uma política pública.

#### **4.1 Ciclo da Política Pública: o caso da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**

O processo de formulação e implementação de uma política pública pode ser analisado sob diversas abordagens teórico-metodológicas. No presente trabalho, interessa destacar, dentro do ciclo da política pública, seu contexto sócio-político e os atores políticos que atuaram e atuam na produção da política de saúde da população negra. Para tanto, recorre-se a duas questões que nos parecem cruciais: de um lado, as noções de política pública, seu ciclo de formulação e sua distinção das políticas sociais; de outro, as ações enquanto políticas afirmativas e sua relação com a noção de equidade e racismo institucional. Nestas discussões, os movimentos sociais negros serão destacados como atores políticos fundamentais da elaboração de uma política específica de saúde.

Para Frey (2000), a ciência política se volta a três dimensões de análise: 1) o sistema político como tal, que busca identificar o que constitui um bom governo e um bom Estado; 2) os questionamentos políticos relativos a análise das forças políticas cruciais do processo decisório de uma política pública e 3) os resultados de um dado sistema político. No Brasil, o estudo sobre as políticas públicas é mais recente e detém-se sobre dois focos. De um lado, tem-se uma análise voltada para as estruturas e instituições e, de outro, uma caracterização dos processos de negociação das políticas setoriais e/ou específicas.

Uma política pública de saúde pode ser entendida como uma resposta social (ação ou omissão) de uma organização como o Estado diante das condições de vida de uma dada população, seus determinantes da saúde e gestão de bens e serviços que afetam a saúde humana e o meio ambiente (PAIM e TEIXEIRA, 2006). Tais políticas abrangem questões relativas ao poder e aos processos políticos (*politics*), ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de ação – os conteúdos da política (*policy*) e num âmbito institucional, através da organização de um programa político, legal e jurídico, a sociedade política, ou, de outro modo, a ordem do sistema político (*polity*) (SOUZA, 2008; PINTO, 2004; FREY, 2000).

Paim (2007) chama a atenção para o fato de se elaborar políticas de saúde num sentido mais restrito ao “*estabelecimento de princípios gerais ou diretrizes que orientem planos de ação*” ou que atentem para o “*pensar e agir estrategicamente para uma produção com propósitos políticos e reflexões sobre o poder*”. Assim, pode-se analisar a construção de uma política de saúde e o modo como se apresenta à sociedade e pode ser implementada. Além disso, na produção de uma política pública, a disputa pelo poder (em suas distintas dimensões – técnica, econômica, ideológica, simbólica) aparecerá de modo mais acirrado, especialmente quando da criação de políticas públicas que explicitam distintas posições sobre a identidade nacional e as possíveis causas das desigualdades em saúde.

Tradicionalmente, a definição clássica para política pública abrange a necessidade de identificação de um problema e formulação de argumentos racionais ou mesmo científicos que possam auxiliar na condução de boas resoluções. Tal perspectiva contempla a ótica da racionalidade das ações públicas, porquanto possa estabelecer *tipologias ou categorias analíticas* que versem sobre a ação governamental e a administração pública. O processo de racionalização aí empreendido integra *ações racionais*, movidas por *interesses e maximização de benefícios*, tornando a autoridade governamental responsável pela elaboração e implementação das políticas (LIMA e CASTRO, 2008).

Deste modo, Souza (2008) define a Política Pública como um campo de conhecimento multidisciplinar:

(...) que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (p. 69).

A autora distingue as pesquisas que se debruçam sobre políticas públicas e aquelas que investigam as políticas sociais. No primeiro caso, tais estudos buscam explicar a natureza da política e seus processos, respondendo a questões como “por quê” e “como”; já as análises das políticas sociais se debruçam sobre política e gestão de serviços sociais, especialmente em saúde e educação, buscando analisar as consequências das políticas. As políticas sociais, de acordo com Mattos (2003) podem ser entendidas como “*respostas ou tentativas de respostas dadas pelo governo a certos problemas públicos*” (p. 48). Assim, uma agenda governamental pode ser utilizada para possibilitar a abertura de um novo campo de atuação, com definições mais claras sobre os problemas a serem enfrentados e as ações a serem empreendidas. Muitas



políticas sociais puderam ser construídas a partir da noção de problemas (de saúde ou não) públicos e que necessitavam de uma intervenção estatal.

Para a compreensão dos processos decisórios das políticas públicas, vários modelos têm sido elaborados de modo a explicar as etapas de tomada de decisão, a formulação e a implementação de políticas. Pinto (2004) sinaliza a existência de algumas teorias e modelos, entre eles, a teoria da escolha racional, o incrementalismo, a análise de sistemas, o ciclo da política pública, a política da burocracia, a coalização de defesa e a teoria da escolha pública. Frey (2000) demonstra que a realidade dos países em desenvolvimento, caracterizada por democracias não consolidadas, exige uma análise das políticas públicas que conjugue peculiaridades socioeconômicas e políticas, não as determinando apenas como fatores institucionais e processuais específicos.

O autor define alguns conceitos básicos para a análise de políticas, abordando especialmente os conceitos de “*policy network*”, “*policy arena*” e “*policy cycle*”. As *policies networks* configuram a interação entre as diferentes instituições e grupos (executivo, legislativo e judiciário) na origem e implementação dos conteúdos de uma política. As *policies networks* conformam redes de relações sociais numa estrutura mais horizontal, definindo competências e portando uma boa densidade comunicativa entre os integrantes da rede. A *policy arena* se refere aos processos de conflito e de consenso dentro das diversas áreas da política, que, por sua vez, distinguem-se em políticas distributivas (baixo grau de conflito e sem custos para os outros grupos), políticas redistributivas (geradoras de conflito posto o deslocamento consciente de recursos financeiros entre camadas e grupos sociais), políticas regulatórias (nas quais os conflitos, consensos e coalizões variam) e políticas constitutivas (estruturadoras, determinam as regras do jogo e os processos e conflitos políticos) (FREY, 2000).

A *policy cycle* refere-se a uma análise processual da política, conjugando várias fases numa sequencia de passos para a formulação, implementação e controle dos impactos em políticas públicas. Envolvendo cerca de cinco etapas, a *policy cycle* reporta-se a 1) percepção e definição de problemas; 2) formação da *agenda-setting* – momento no qual há chances de um problema se impor na agenda política e que detém envolvimento de importantes atores políticos; 3) Elaboração de programas e decisão; 4) Implementação de políticas e 5) avaliação das políticas (FREY, 2000).

Para uma análise mais detalhada dos processos de formação de uma agenda de políticas governamentais (*agenda-setting*), Capella (2008) apresenta-nos dois modelos que, em sua visão, são capazes de explicar como as agendas governamentais são formuladas e

alteradas: o Modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon e o Modelo de Equilíbrio Pontuado de Baumgartner e Jones. Optamos pelo modelo oferecido por Kingdon, capaz de demonstrar a progressão de uma questão para a agenda governamental até atingir o estágio de decisão. Esta abordagem leva em conta os participantes ativos (governamentais e não governamentais) e os processos pelos quais os itens da agenda e suas alternativas ganham destaque (PINTO, 2004).

Os atores envolvidos no processo possuem suas constituições ideológicas e marcas institucionais que configuram seus atos políticos e, conseqüentemente suas formas de poder organizadas e propiciadoras de relações já instituídas, ou tendentes às mudanças. Os atores políticos e sociais não agem apenas por interesses pessoais, suas identidades (vínculos institucionais) influenciam seus comportamentos nos processos de decisão política. Tais atores conformam grupos de interesses que podem pressionar pelo reconhecimento de problemas e construção de soluções. Neste processo há grupos e questões que atuam como forças impulsionadoras para o reconhecimento de problemas e soluções em políticas, bem como elementos restritivos, atores que divergem e restringem a ocorrência de uma questão na agenda (PINTO, 2004; FREY, 2000).

O modelo de Kingdon representado abaixo:



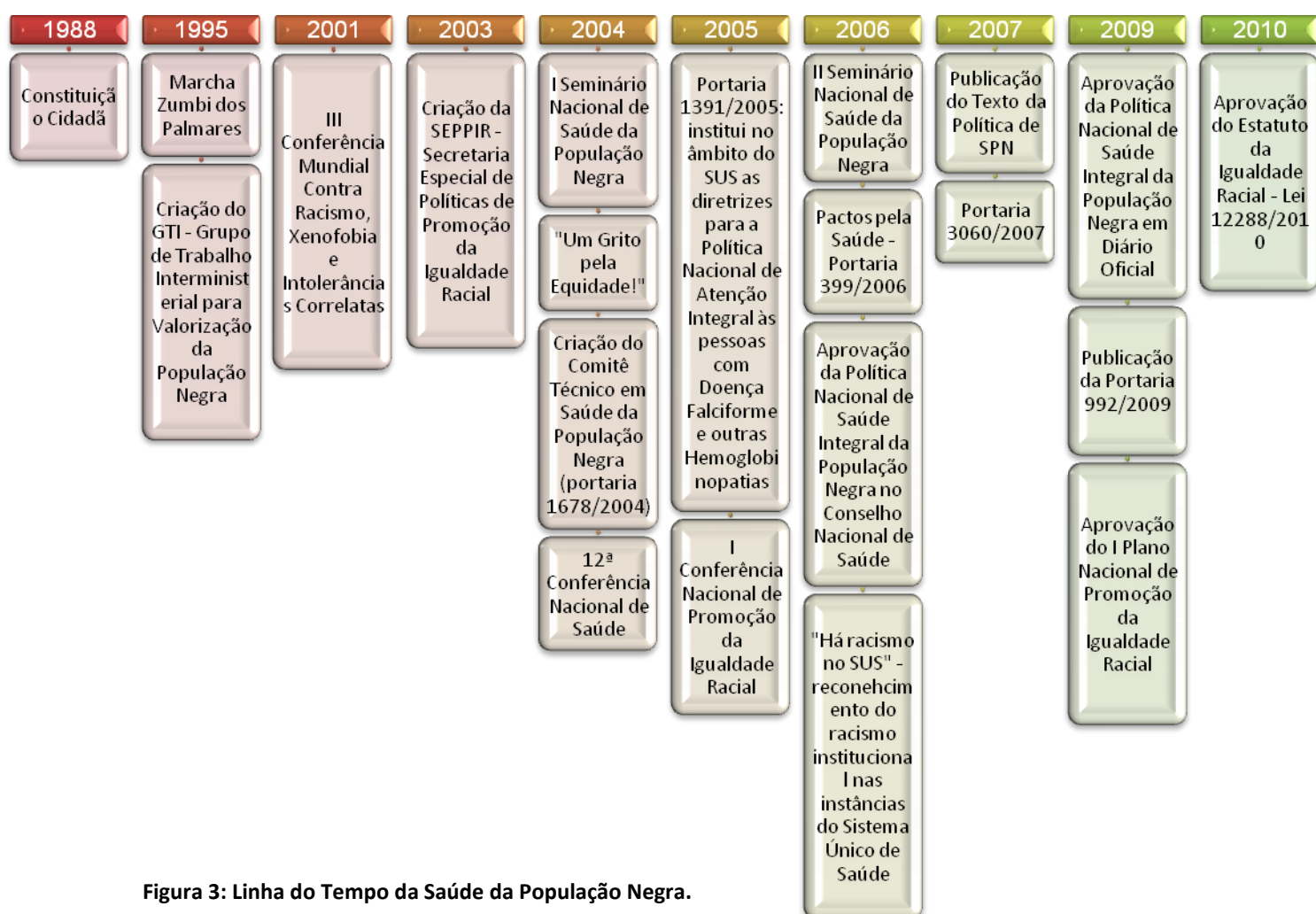
Figura 2: Modelo Ciclo Política Pública - Kingdon (adap. ANDRADE, 2007).

#### 4.1.1 A dinâmica da pré-decisão de uma política pública: corrente de problemas, soluções e política

O modelo de múltiplas correntes fomentado por Kingdon (2003, apud CAPELLA, 2008) permite traçar três esferas de atuação independentes entre si e que podem constituir mudanças nas políticas de acordo com a combinação entre elas. Tais correntes, ou fluxos, são assim denominados: *corrente de problemas* – na qual são apontados os indicadores sistemáticos, as crises e desastres, os eventos focalizadores e o feedback de ações dos programas já existentes; *corrente de soluções* – momento de criação de ideias, dela constam a viabilidade técnica, a aceitação pela comunidade e os custos toleráveis; e a *corrente política* – onde ocorre o processo político de proposição, debate e redesenho de propostas para a formulação de uma política pública. A junção das três correntes possibilita a constituição da “janela de oportunidades” para a introdução de uma ideia na agenda governamental. O que se observa, portanto, é a passagem de uma ideia da agenda sistêmica difusa para a agenda governamental (CAPELLA, 2008; PINTO, 2004).

A análise aqui empreendida conforma, dentro do processo histórico de construção do campo da saúde da população negra, o modo como tais correntes se desenvolvem para permitir que uma ideia, a saúde da população negra, possa adentrar a agenda governamental brasileira destacando-se, através da linha do tempo, a dinâmica dessas três correntes neste campo político, bem como seus principais atores e contribuições, até atingirmos o momento de entrelaçamento das correntes no que se denominou “janela de oportunidades”.

No processo de construção da linha do tempo da PNSIPN torna-se premente o destaque dos principais episódios nacionais e internacionais que solidificam as bases para a pertinência de ações, a princípio, demasiado focalizadas e “racializadas”. Porém, à medida que mergulhamos no percurso histórico dessa luta no campo da saúde, descortinam-se elementos da sociedade brasileira que, não apenas constituem o cerne das questões étnico-raciais do país, mas também se mesclam aos componentes dos jogos político-ideológicos que permeiam a elaboração de políticas sociais no Brasil. Abaixo está representada a linha do tempo da formulação da Política de SPN com os principais marcos político-institucionais apontados em documentos lidos e entrevistas realizadas ao longo deste trabalho. O organograma permite uma rápida visualização do recente processo de formulação dessa política de saúde.



**Figura 3: Linha do Tempo da Saúde da População Negra.**

Como já demonstrado no capítulo anterior, o cenário nacional brasileiro torna-se propício às ações em prol da população negra a partir de reivindicações diretas dos movimentos negros organizados no país e de demandas externas que passam a influenciar continuamente a construção de políticas focais. O primeiro passo crucial, ainda que tímido, para a abertura de tais questões refere-se à Constituição de 1988. A Carta Magna amplia os debates no âmbito das relações raciais, pois reconhece as Terras Quilombolas, reafirma a multietnicidade brasileira e torna mais rígidas as repressões aos atos de discriminação racial, introduzindo a criminalização do racismo (LIMA, 2010; GOMES, 2009). A constituição de 1988 toma como eixo central de seu texto os Direitos Humanos, afirmando a República do Brasil como um Estado Democrático de Direito baseado na soberania, cidadania, na dignidade da pessoa humana e no pluralismo político. De acordo com Adorno (2010), a partir da Carta Magna fica estabelecido que o Estado brasileiro é o responsável por promover, através de Políticas Públicas, a

universalização do acesso aos direitos econômicos, sociais, políticos e culturais e de elaborar políticas que assegurem a distribuição equitativa do direito à educação, à saúde, à habitação, ao transporte público, ao meio ambiente saudável, ao lazer e à livre produção cultural, metas afinadas tanto com a agenda internacional dos direitos humanos como com os *Objetivos do Milênio* (ADORNO, 2010).

No entanto, somente a partir dos governos de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) as ações em prol dos Direitos Humanos começam a ganhar mais corpo e efetividade, entrando definitivamente para a agenda política brasileira, muito em virtude de uma conjuntura internacional favorável, além da presença de destacadas lideranças de governo sensíveis a essa temática (ADORNO, 2010). Ainda assim, as análises posteriores sobre o Estado brasileiro e a condução das políticas sociais demonstram um lento processo de construção de ações em prol dos direitos humanos, especialmente quando tais ações referiam-se à dimensão das relações étnico-raciais por tratar-se de um tema tabu para a sociedade brasileira.

Todo modo, em 1995 o movimento negro organizado encontrou terreno favorável às novas exigências em torno das desigualdades raciais. Organizou-se a “*Marcha Zumbi dos Palmares – contra o racismo, pela cidadania e a vida*”, momento oportuno no Brasil, além de um marco em homenagem aos 300 anos da morte de Zumbi dos Palmares, para denunciar o racismo existente na sociedade brasileira e lutar por ações efetivas do Estado. A comissão executiva nacional da marcha contou com a participação de grandes entidades do movimento negro e entidades sindicais: Agentes de Pastoral Negros (APNs), Central de Movimentos Populares, Central Única dos Trabalhadores (CUT), Força Sindical, Fórum Nacional de Entidades Negras, Fórum de Mulheres Negras, Movimento Negro Unificado (MNU), Movimento pelas Reparações (MPR), União de Negros pela Igualdade (UNEGRO), etc.

Um de nossos entrevistados aponta a Marcha Zumbi dos Palmares (1995) como importante marco para a posterior construção da política de saúde da população negra, atentando para os atores políticos que se encontravam à frente das reivindicações naquele momento:

(...) em 1995, quem puxa o debate da saúde da população negra é o movimento negro, então eu tô te falando de CONEN, do MNU, Unegro, eu tô falando das instituições do movimento negro organizado (...) é que essas instituições [já] não estão em 2010 (entrevistado 04).

De fato, o documento lançado pela Comissão Executiva da marcha aponta uma ampla organização de diversas entidades do movimento negro e sindical, responsáveis pelo crescimento da luta contra o racismo na sociedade brasileira: “*esta é uma das vitórias resultantes tanto do fortalecimento das organizações do movimento negro, quanto da*

*multiplicação e interiorização das entidades*” (UNEGRO, 1995). O documento da marcha Zumbi dos Palmares se baseia em análises da legislação infraconstitucional antidiscriminatória; no princípio da Carta Magna que reconhece a pluralidade étnica e cultural do povo brasileiro e também a criminalização do fenômeno discriminatório; além das normas do direito internacional dos quais o Brasil é signatário: Convenção contra todas as Formas de Discriminação Racial e a Convenção 111 da Organização Internacional do Trabalho.

O documento produzido pela marcha e enviado ao então presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, apresenta dados de desigualdades raciais e discriminação em diversas esferas da vida – educação, trabalho, saúde, violência, relações exteriores – e aponta ações que possam superar tal situação. No que tange à saúde, este documento elenca os principais problemas de saúde a que está submetida a população negra no país. Os dados de mortalidade infantil, incidência de miomas em mulheres negras, altas taxas de mulheres negras esterilizadas, prevalência da hipertensão, Anemia Falciforme e AIDS são os agravos mais citados. Para resolução de tais problemas, o documento sugere ações que, naquele momento, ainda não reportavam à ideia de formulação de uma política de SPN, tendo suas recomendações bastante vinculadas ao sistema de saúde vigente:

Garantir as condições necessárias para que negros e negras possam exercer a sua sexualidade e os seus direitos reprodutivos, controlando a sua própria fecundidade, para ter ou não ter os filhos que desejam, garantindo o acesso a serviços de saúde de boa qualidade, de atenção a gravidez, ao parto e às doenças sexualmente transmissíveis; Adoção, no sistema público de saúde, de procedimento de detecção da anemia falciforme (nos primeiros anos de vida), hipertensão e miomatoses; Viabilização de serviços específicos para anemia falciforme na área de hematologia, via Programa Nacional de Atenção as Hemoglobinopatias Hereditárias, medida inclusive já sugerida pela OMS. Tal Programa Nacional deverá dispor de habilitação técnica, política e ética para evitar, enfrentar e vencer as possíveis discriminações que poderão surgir em relação a portadores/as de AF ou do traço falcêmico; Continuidade dos programas de prevenção e atendimento às DSTs/AIDS; Os boletins epidemiológicos do Ministério e Secretarias de Saúde devem analisar o impacto das condições sociais de desigualdade: raça, educação e nível socioeconômico no desenvolvimento da epidemia, introduzindo o quesito cor na ficha epidemiológica da AIDS; Garantir o direito à saúde integral das mulheres, observando as especificidades raciais e étnicas (UNEGRO, 1995).

Percebe-se, neste momento, que as demandas em saúde para a população negra operam em torno dos principais agravos e da necessidade de superá-los, evitando, especialmente, os aspectos de discriminação à mulher negra, seja nos processos de esterilização ora denunciados, seja pela premente necessidade de detecção de doenças que acometem mais diretamente essa população. O uso da variável “raça” já aparece como elemento necessário para análise das condições de desigualdade sócio-raciais e o quesito cor

torna-se elemento indispensável aos atendimentos para HIV-AIDS. Maio (2005) analisa esse período e destaca a proeminente ação do movimento feminista negro em denunciar o que elas consideraram verdadeiros atos de genocídio contra as mulheres negras no país em decorrência das políticas de esterilização em massa.

O fruto das mobilizações da marcha Zumbi dos Palmares foi a criação de um Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra. Este grupo de trabalho foi composto por representantes de oito Ministérios do governo e duas secretarias, além de oito representantes da sociedade civil oriundos do movimento negro com o intuito de *“inscrever definitivamente a questão do negro na agenda nacional”* (BRASIL, 1998). Neste momento, José Gregori preside e Hélio Santos coordena o GTI, destacando 16 áreas temáticas para elaboração de propostas, que vão desde a importância da implantação do quesito-cor, passando pelas necessidades em trabalho, comunicação, educação, saúde, até discussões sobre Legislação e Assuntos Estratégicos.

No âmbito da saúde, O GTI destaca as principais doenças e agravos da população negra, propondo uma classificação de tais problemas de saúde. O primeiro bloco refere-se às doenças geneticamente determinadas, destacando-se Anemia Falciforme, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e a deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase. O segundo bloco é o conjunto de ocorrências, condições, doenças e agravos adquiridos, derivados de condições socioeconômicas e educacionais desfavoráveis: alcoolismo, toxomania, desnutrição, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças do trabalho e transtornos mentais. O terceiro bloco agrega as doenças de evolução agravada ou tratamento dificultado pelas condições negativas citadas anteriormente: hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronariopatias, insuficiência renal crônica, cânceres e miomas. O quarto bloco arregimenta as condições fisiológicas que também sofrem as condições negativas já explicitadas, contribuindo para evolução de doenças: crescimento, gravidez, parto e envelhecimento (BRASIL, 1998; MAIO, 2005).

O documento desse grupo de trabalho também apontava a necessidade de formulação de um programa de atenção específico para a Anemia Falciforme que, em 1996, após uma mesa redonda, pôde ser pensado e formulado. Ainda assim, não é o momento da elaboração de uma política pública de saúde com foco na população negra. Conforme afirma Maio (2005), algumas divergências entre setores do movimento negro impediram que uma política específica fosse elaborada e o documento do GTI destaca que a *“Política de Saúde para a População Negra”*, de modo a expressar as intenções do governo neste campo, propõe:

efetivar o Programa de Anemia Falciforme em todo o território nacional, propiciando o diagnóstico e o tratamento dos doentes, bem como o aconselhamento genético; garantir adequado investimento governamental e privado em pesquisas clínicas e epidemiológicas, que permitam a ampliação das informações técnico-científicas sobre a problemática de saúde dessa população; promover reciclagem dos profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, entre outros), com uma nova concepção da problemática específica da população negra; dar aos afro-brasileiros a oportunidade de conhecer a sua real situação de saúde, seus direitos, seus riscos individuais e coletivos, bem como sua condição de diferente, sem ser melhor nem pior do que os outros, seja no aspecto sanitário, seja nos demais aspectos do convívio social (BRASIL, 1998).

Ainda que as ações propostas no capítulo da saúde do Grupo de Trabalho sejam tímidas no que tange a possibilidade de formulação de uma política pública em prol da população negra e, mais ainda, que a pretensa entrada da ‘questão do negro’ na agenda de governo se mostre bastante incipiente, uma de nossas entrevistadas enfatiza que o GTI, no âmbito das questões da saúde, serviu para que o movimento negro pudesse pensar o Sistema Único de Saúde e, aos poucos inserir-se nos meandros de seu funcionamento:

(...) a primeira coisa que ele [GTI] fez foi permitir a nós do movimento olhar para o SUS, não digo de dentro, mas muito de perto (...) pra perceber um outro ângulo onde nossa proposta poderia entrar, uma visão do movimento era de um jeito, mas quando você está reunido com o cara ali, o secretário não sei quem, o técnico não sei quem, você vê os detalhes do caminho. Foi realmente muito fundamental pro movimento, pra mim, pessoalmente, foi fundamental olhar de dentro, ainda que eu também tenha trabalhado, né, sou médica, trabalhei trezentos mil anos atrás na prefeitura do Rio de Janeiro (entrevistado 02).

Iniciou-se com a Marcha um processo mais acentuado de mobilizações em torno das desigualdades raciais e da necessidade de atenção específica a determinados agravos que atingem especialmente a população negra. Pode-se dizer que, deste modo, há um maior fluxo de informações sobre os problemas que afetam a população negra brasileira, com dados, passíveis ou não de análises estatísticas, porém é a ocasião na qual se gesta a problemática da saúde dessa população. Com base no exposto por Capella (2008), esses primeiros<sup>10</sup> indicadores (melhor dizendo, indícios da desigualdade racial) apontados pela Marcha Zumbi dos Palmares e pelo GTI podem ainda não determinar a existência do problema, mas apontam “*interpretações que auxiliam a demonstrar a existência de uma questão*” e posterior transformação em um real problema que possa constituir a base para formulação de soluções em políticas públicas (CAPELLA, 2008).

<sup>10</sup> O que se refere como “primeiros” neste momento está relacionado ao período de análise aqui recortado para o entendimento da formulação da política de saúde da população negra, não desconsiderando documentos e manifestos anteriores que, além de denunciarem o racismo brasileiro, já apontavam proto-elementos de análise da desigualdade racial. Convém apenas reforçar o foco aqui estabelecido para o campo da saúde.



O GTI também pode se caracterizar como um importante marco político-institucional no qual seu coordenador, Hélio Santos, destaca a necessidade de institucionalização das questões do negro no país, dando os primeiros passos para a construção de uma ponte entre a política nacional e as ações afirmativas tão almejadas para o Brasil.

Apesar do aparente hiato de ações entre os anos de 1995 e 2001 (considerados marcos político-institucionais importantes tanto pelos entrevistados quanto pelos principais documentos acessados nesta pesquisa), este pode ser considerado um período profícuo de gestação e profusão de textos e materiais acerca da saúde da população negra. Um informante destaca especialmente:

Em 2001, você tem um material extremamente referencial, de novo, entre 1995 e 2001 não quer dizer que não surgiu nada. Durante 1995 e 2001 você tem um texto de Sueli Carneiro sobre triagem neonatal, você tem mil coisas, tá? (Entrevistado 04).

Dentre as “mil coisas” apontadas por este informante, destaca-se também um documento lançado pelo Ministério da Saúde sobre as principais doenças e agravos prevalentes na população negra: “Manual de Doenças mais importantes por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente”. Trata-se de um material que explora detalhadamente, do ponto de vista étnico-biológico, as principais doenças já apontadas no documento lançado pelo Grupo de Trabalho Interministerial. Esse manual destina-se a uma classe de profissionais médicos, enfermeiros e outros relacionados ao trabalho clínico, de modo a instruí-los sobre etiologia, quadro clínico, diagnóstico, terapêutica, e prognóstico das doenças de importância para a população negra.

Na ocasião, o manual registrava a necessidade de estudos epidemiológicos que pudessem ampliar os dados sobre fatores de risco e condições de vida da população negra brasileira permitindo melhores definições sobre a causalidade daqueles agravos de saúde. O manual também apontava a ausência ou insuficiência de registros para classificação étnico-racial dessa população, alertando para o fato de que *“a importância política do saber sobre as condições de saúde desse importante segmento da população está condicionada à existência de informações e à forma como as mesmas são registradas e/ou coletadas”* (BRASIL, 2001). Entretanto, também sinalizava os avanços ocorridos até o momento, apontados pelo documento do GTI sobre a inclusão do quesito raça/cor nos formulários oficiais, padronizados nacionalmente, de Declaração de Nascidos Vivos e de Declaração de Óbitos.

O manual é composto por cinco grupos de doenças e/ou agravos em saúde assim organizados: Anemia Falciforme e outras Doenças Falciformes, Deficiência de Glicose-6-

Fosfato Desidrogenase, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Síndromes Hipertensivas na Gravidez. A discussão sobre anemia falciforme inclui um longo capítulo de apresentação da doença, suas diversas formas de apresentação, sintomas e tratamento. Além disso, aponta a necessidade da equipe médica de realizar acompanhamento das famílias que têm em seu seio portadores de doença falciforme, alertando que as doenças crônicas e hereditárias causam grande impacto sobre toda a família. Também indicam o aconselhamento genético, realizado de acordo com os parâmetros da bioética. O manual, além disso, inclui o Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde definindo seus objetivos e componentes. O autor deste capítulo, professor Marco Zago, foi destacado por alguns entrevistados como importante personagem deste momento, pelas pesquisas que desenvolveu em torno da Anemia Falciforme e as conseqüentes contribuições para a constituição de políticas de atenção aos portadores de doenças falciformes.

O referido manual segue com descrições detalhadas sobre as outras doenças acima elencadas e resguardando o mesmo viés biologicista para todas. Cabe então destacar que o enfoque ali definido abarca uma parcela da população, a dos profissionais médicos, mas sem a preocupação de se difundir entre toda a sociedade brasileira, especialmente no sentido de explicitar e incitar o levantamento de dados e questões que poderiam ser debatidas mais amplamente entre os diversos grupos sociais. Ressalte-se também a tiragem total de exemplares desse manual – dois mil exemplares, de acordo com o documento – a serem distribuídos para todos os municípios do país. Um dos informantes comenta:

Ele é lançado em 2000, eu fiz uma ironia na época com as pessoas, porque ele foi lançado com muita pompa e foram lançados três mil e quinhentos exemplares dele. Eu me acabei de rir aqui, pro Brasil todo, três mil e quinhentos exemplares? (entrevistado 04).

Apesar das críticas, o manual já aponta para um possível fluxo de problemas a serem debatidos entre gestores e políticos da saúde de modo que possa constituir uma corrente que, aliada às outras (soluções e política) permitam a formulação da PNSIPN. Ali também se registra a dificuldade com a classificação sócio-racial brasileira, quando uma das pesquisadoras e autoras do manual afirma:

O resultado foi e tem sido uma “**etnia brasileira**” de difícil classificação antropológica, sem uma raça bem caracterizada no país como um todo, mas com indiscutível predominância da mistura entre negros e brancos. Pelas evidentes dificuldades para classificação, todas aquelas usadas no país estão sujeitas a críticas. A clássica categorização racial em negra, parda e branca, não satisfaz. Aqueles denominados “pardos” ou mulatos, nem sempre são miscigenados com o negro. A

estratificação em brancos e não brancos, como plágio da classificação norte-americana para a sua população, é inaceitável. Nos Estados Unidos os negros são 12% da população e são minoria. No Brasil há um grande contingente de negros, não mais tão “puros” quanto nos Estados Unidos. Maior ainda é a população miscigenada (BRASIL, 2001, p. 45).

O posicionamento do Ministério da Saúde até este momento foi de concluir, ainda timidamente e referindo-se à população negra brasileira através da expressão “população afrodescendente”, que as ações de maior impacto para a saúde deste grupo populacional seriam aquelas relacionadas à melhoria das condições sociais e de saúde, “*reduzindo as doenças e as condições a elas ligadas e promovendo o acesso aos serviços de saúde*” (BRASIL, 2001), além de destacar a anemia falciforme como uma “doença genuinamente ligada a **etnia** negra” [grifo nosso] e que merece atenção específica para a “população afrodescendente” (idem, *ibidem*). O foco de atenção dos gestores do Ministério da Saúde, neste momento, também são as doenças que atingem a população negra e o melhor modo de reduzi-las dentro dos serviços do SUS, dando-se atenção especial aos problemas decorrentes da anemia falciforme.

Este documento também demonstra que, no âmbito da saúde, a melhoria do Sistema Único de Saúde poderá ampliar as condições de vida da população negra brasileira, especialmente afirmando a necessária reorganização da atenção básica cuja estratégia principal é o Programa de Saúde da Família, portanto, as ações para a saúde da população negra buscavam investir em Equipes de Saúde da Família em territórios quilombolas e na Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus também prevalentes na população negra (BRASIL, 2001).

O histórico acima descrito compõe o fluxo de problemas definido por Kingdon e se complementa e se amplia com o fato de que também se caracteriza por um período marcado por produção de pesquisas inovadoras no Brasil, responsáveis pela análise das categorias raça/cor no âmbito de produção de teses e dissertações que descortinam a condição do negro no país, especialmente em estudos sobre violência, saúde e reprodução e HIV/AIDS, além dos estudos demográficos. Dois atores importantes são aqui convocados: o CEBRAP – Centro Brasileiro de Pesquisa e o NEPO – Núcleo de Estudo Populacional da UNICAMP. Representados especialmente pela pesquisadora Elza Berquó, atuaram de modo crucial na abertura de um novo olhar para as especificidades sócio-raciais e na entrada de pesquisadores negros em grupos nacionalmente importantes. Um informante comenta:

Ela [Elza Berquó] fez isso em dois lugares diferentes. Ela fez isso no CEBRAP, tem um recurso da Fundação MacArthur, da Fundação FORD em que ela forma a Dida-Maria Dirce Pinho, Vera Cristina de Souza, Raquel Souzas, Fernanda Lopes, Kelli Cristina, Luiz Carlos, ela formou dois grupos aí no CEBRAP com recursos da Fundação MacArthur e da Fundação FORD. E lá no NEPO, era o programa de Saúde Reprodutiva, aí lá no NEPO, passaram pelo programa: Matilde Ribeiro, Luis Eduardo, Vera Lúcia Firmino, sabe... Então ela sempre teve essa preocupação de um percentual dos alunos dos cursos de saúde reprodutiva serem negros ou serem ligados ao movimento social, ou serem técnicos negros porque ela achava que isso podia fazer a diferença, e fez, né, e fez! Pô! Querendo ou não o subsídio que Fernanda dá ao movimento social é impressionante, o que Matilde deu enquanto ministra, o que eu consigo fazer lá em São Paulo é muito diferenciado (entrevistado 03).

Tais pesquisas não fogem, entretanto, das influências internacionais, neste caso, encabeçadas pelas fundações privadas que atuam no fomento às discussões sobre as relações raciais e formação de pessoal negro qualificado. Tais fundações geram o capital necessário à formação de novos quadros (profissionais e ativistas negros) dentro e fora da academia, subsidiando e instrumentalizando personagens importantes do cenário nacional: a academia, os movimentos negros organizados, as organizações não-governamentais e mesmo, gestores, no âmbito de secretarias e ministérios que passam a construir parcerias para o trabalho de denúncia e combate ao racismo, através de oficinas de sensibilização e pesquisas em torno de tais temáticas.

A princípio, a presença de fundações internacionais tais como a Fundação Ford ou a MacArthur, ou das agências internacionais, como OMS ou OPAS, poderia levantar uma série de questões acerca da autonomia brasileira tanto no âmbito da formulação de suas políticas de saúde, quanto das discussões em torno das questões étnico-raciais brasileiras. Porém, como já discutido anteriormente, a entrada da Fundação Ford pareceu mais do que produtiva para que se pudesse construir o campo da saúde da população negra, mais ainda, possibilitou e ainda possibilita que muitas pesquisas sobre relações raciais e direitos humanos possam ser concluídas com êxito. Como afirma Telles (2002), a *“Ford é o maior suporte financeiro das organizações do movimento negro no Brasil e o maior apoio filantrópico das pesquisas sobre relações raciais”*, desde a década de 80 (idem, *ibidem*, p. 145).

O que se pode apreender deste processo é o fato de que o Brasil, com a ajuda financeira e técnica dessas fundações, termina por expandir o quadro de atores políticos nas etapas de construção de políticas afirmativas no país. Além disso, militantes negros passam a ocupar espaços de poder e negociação e a convocar estes novos parceiros para a construção de tais políticas. Tem-se assim, duas importantes observações. A primeira delas diz respeito ao fato de que a possibilidade de ampliar os estudos e dados em raça e cor da pele permitem que

o problema em torno da saúde da população negra ganhe mais corpo e profundidade de análise, gerando estudos cada vez mais consistentes e que configuram a base de problematização do tema e possibilidade de formulação de soluções, ideias que começam a circular produzindo uma *corrente de soluções* para a futura proposição de uma política pública afirmativa. Nosso informante continua:

E, quando, nesse processo aí de 2000 a 2002 quando eu estou fazendo esse trabalho, eu conheci, é, eu fui a um congresso da ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), eu apresentei o trabalho, e uma das pessoas da platéia era a Maria do Carmo Monteiro, que à época coordenava a área de prevenção do programa de DST/AIDS do estado de São Paulo ela viu aquilo e pirou: “tudo que esse cara ta fazendo é o que a gente do movimento negro precisa de arma pra estudar a questão racial em São Paulo”. (...) porque o movimento social viu que aquele material que tínhamos era o que o movimento negro precisava para denunciar o impacto do racismo na saúde; os técnicos nunca tinham visto aqueles dados desagregados por raça/cor e eram dados epidemiológicos, eram dados do jeito que eles também faziam as análises. Então, o estudo epidemiológico é um instrumento da gestão, mas para o movimento social é uma arma. A epidemiologia foi uma arma para se discutir a questão racial (entrevistado 03).

A segunda observação a ser apontada refere-se ao fato de que à cena política emergem novos intelectuais que também estarão na disputa pela condução dos processos de formulação de políticas e poderão acelerar a construção de políticas afirmativas. Esses novos intelectuais – ativistas do movimento negro e acadêmicos bem formados nos grandes núcleos de pesquisa do país – podem ser considerados intelectuais orgânicos, dispostos a “traduzir” diretamente as demandas do povo negro brasileiro. Os intelectuais são considerados por Gramsci (1977) o bloco ideológico responsável pela garantia do consenso tanto no interior do bloco que está no poder, quanto sobre os setores dominados; são encarregados de elaborar e gerir a superestrutura que dá homogeneidade e direção ao bloco histórico. Podem-se considerar tais ativistas acadêmicos como novos intelectuais da cena brasileira, intelectuais orgânicos por não apenas se identificar com as questões do negro no país, sobretudo por serem eles próprios negros – agora, negros no poder. Os intelectuais orgânicos contribuem para reformas moral e intelectual, contribuindo para uma nova direção cultural social (PORTELLI, 1977; GRAMSCI, 1977).

Assim também, a fala de nosso informante “*a epidemiologia foi uma arma para se discutir a questão racial*” relaciona-se às discussões sobre o poder no processo de planejamento de uma política. Testa (1995), autor responsável pela introdução do pensamento estratégico em saúde e tendo definido que o pensamento estratégico é um pensamento sobre o poder, levando ao setor saúde a noção de um campo de forças onde se disputam os poderes do

cotidiano e societal, considera três dimensões do poder (poder técnico, poder administrativo e poder político), destacando que o poder técnico se refere ao uso de conhecimentos e tecnologias, manuseio de informações teóricas, técnicas, administrativas, clínicas e epidemiológicas. Aqui, enfatizamos a necessidade e uso do poder técnico, quando o entrevistado se reporta ao uso da epidemiologia para dialogar com o poder público na construção de ações em saúde da população negra. A epidemiologia pôde, enfim, estabelecer as bases para a elaboração da política de SPN.

Para que se atinja uma agenda de decisão em política pública, faz-se necessário entender os caminhos que as ideias e proposições começam a percorrer no âmbito da sociedade (PINTO, 2004). Assim, o eixo de análise sobre a política de saúde da população negra converge para o período, já relatado no capítulo anterior, de efervescência das discussões em torno dos direitos humanos e ações afirmativas no Brasil e no plano internacional. As proposições em torno da resolução das desigualdades raciais necessitavam passar pelo crivo de muitos espaços no âmbito da sociedade, envolvendo discussão sobre o assunto, discursos, audiências, proposições de projetos de lei, eleições, opinião pública, mídia e as oscilações do sentimento nacional. Este último é crucial, posta a construção da identidade nacional baseada na lógica da democracia racial no país, refém da visão de que no país o racismo não existe ou não é elemento preponderante das questões sociais.

Assim, Pinto (2004) e Frey (2000) são enfáticos em demonstrar que o destaque de uma questão na agenda depende do ambiente de governo e da receptividade daquela ideia, combinados com a presença dos atores-chave para decisão, elaboração e implementação de uma política pública. É preciso garantir o crescimento da ideia na agenda governamental, a despeito do enfrentamento das questões étnico-raciais brasileiras. Uma vez neste processo, deve-se levar em conta a avaliação de custos e benefícios das várias opções disponíveis de ação, a real chance do problema se impor na agenda política e o envolvimento de relevantes atores políticos.

Foi buscando uma ação estatal na saúde da população negra, porque nós não tínhamos no começo uma visão de que era uma política, mas como fazer o sistema de saúde, não só o sistema de saúde, porque era intersetorial também, né? Mas como garantir a promoção de saúde da população negra. A construção, o movimento que foi construindo aos poucos foi afunilando pra ideia de ter uma política nacional, mas não era assim no começo. Então a gente começou isso, também junto com outras organizações. E muito fincado nessa visão da agenda de Durban como estratégica. Então a gente conseguiu uma interlocução, naquele mesmo momento da agenda de Durban: uma pessoa do movimento negro, do movimento de mulheres negras vai pra trabalhar nas Nações Unidas, o que não tinha acontecido antes, que é a Luiza Bairos, ela vai trabalhar no PNUD em Brasília e ali, através dela, né, a gente consegue estruturar um **grupo de pensamento** [grifo nosso], foi tudo junto, a trajetória de Criola, da política e a trajetória nacional das outras organizações (...)

consegue articular grupos de pensamento em torno de quais são as soluções que o Estado brasileiro tem que dar pro racismo na saúde, na educação... (entrevistado 02).

Os problemas já apontados acerca da saúde da população negra – exclusão e vulnerabilidades sociais a que está submetida (*corrente de problemas*), as propostas apresentadas desde os documentos lançados em 1995 pós-Marcha Zumbi dos Palmares até novas soluções em aspectos distintos e pontuais, como anemia falciforme, por exemplo, (*corrente de soluções*) e os embates políticos que a questão racial trouxe para o setor saúde, para o governo e a sociedade brasileira (*corrente política*) foram entrelaçados em um momento bastante significativo para o país: a conferência de Durban e a posterior criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR).

Esses dois episódios permitem a união das três correntes acima explicitadas na conformação da Janela de Oportunidades para a formulação de uma política pública. A conferência de Durban, já analisada, foi amplamente citada e rememorada por nossos informantes como o momento oportuno para que pudessem disparar ações em prol dos direitos humanos, especialmente focalizadas em torno das ações afirmativas para os negros no país. Uma de nossas entrevistadas afirma:

Foi Durban, a gente elegeu, tanto Criola quanto a articulação de mulheres negras, por exemplo, elegeu que essa seria a oportunidade, aquela coisa de “Janela de Oportunidade”, porque a gente (...) é isso que tá no horizonte, então a gente tem que entrar aí, né, porque o governo brasileiro não vai abrir outra janela, ele tá abrindo forçado, então a gente vai escancarar. O Brasil, dos países do mundo inteiro, foi o que mais avançou em elaboração de políticas públicas em resposta à agenda de Durban. Pode não ter dado muito resultado, ainda, né, mas foi o país do mundo inteiro que mais teve coisa, tem mais coisa pra apresentar (entrevistado 02).

No caso da SEPPIR, observamos que sua criação pôde fazer com que o Estado brasileiro efetivasse as ações em nome próprio, sem a ação direta dos organismos internacionais, embora esses últimos tenham continuado uma série de trabalhos em parceria com o movimento negro brasileiro e mesmo o Estado, através de alguns ministérios e secretarias estaduais e municipais.

Quando o DFID e o PNUD não podem mais, aí já temos a SEPPIR, Maria Inês, não uma SEPPIR qualquer, Maria Inês na SEPPIR, aí que mantém sustentar isso. Que cria a entrada no Ministério da Saúde, a gente dialogando com o Ministério da Saúde, a gente acaba pressionando o Conselho [Conselho Nacional de Saúde] pra ter uma vaga... (entrevistado 02).

A SEPPIR foi criada em 2003, a partir das orientações da conferência de Durban. Gomes (2009) analisa o relacionamento do movimento negro com o Estado brasileiro através do processo de criação da SEPPIR. Em sua pesquisa, destaca a emergência dessa secretaria como um novo ambiente institucional no qual os atores políticos puderam acessar outros espaços discursivos em prol das discussões da desigualdade racial em diversas esferas da vida social. Com a SEPPIR, são criados espaços de articulação entre Estado e Sociedade Civil através do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial e do Fórum Intergovernamental de Promoção da Igualdade Racial.

Tendo sido criada no início do primeiro governo Lula, mesmo em nome das demandas da Conferência de Durban e dos apelos do movimento negro, essa secretaria sofreu tensões em torno de seu real sentido e funcionalidade, além de ter-se deslocado para uma bandeira do Partido dos Trabalhadores, provocando dúvidas sobre a relação entre o movimento negro e o partido – agora assumindo a direção do Estado nacional – e gerando dúvidas sobre processos de cooptação de militantes negros para dentro do governo (GOMES, 2009). Entretanto, reconhece-se também, de outro modo, que a SEPPIR possibilitou ao movimento negro uma afirmação, a ocupação de lugares institucionais necessários e propícios ao surgimento de novos atores políticos na disputa pelo poder e construção de novas identidades, através de políticas afirmativas e de cidadania.

A secretaria foi pensada nos moldes da transversalidade de políticas, alocada junto aos ministérios de governo, responsável pela questão da promoção da igualdade racial nos outros setores da vida socioeconômica nacional. A esse respeito, nossos informantes comentam que as ações da SEPPIR se iniciaram pelo setor saúde, seja pelas demandas já colocadas, seja pela receptividade do Ministério da Saúde naquele momento:

Matilde, né, a ministra Matilde, ela identificou a Maria Inês e a articulação com a saúde como a principal articulação que a SEPPIR tinha. Porque, na verdade, o que é que a SEPPIR fazia, a SEPPIR era um órgão de articulação, não de execução, então, nós viramos, no Ministério da Saúde, o principal lócus de execução da política de promoção da igualdade racial. Porque era um problema sério em relação à questão das mulheres, né, ou seja, atenção à mulher, a questão da mortalidade materna, a questão das crianças, da mortalidade infantil porque os indicadores de saúde eram muito flagrantes, né, em relação às desigualdades existentes a partir da avaliação do quesito cor, né, das poucas avaliações que a gente conseguia fazer. Então, as evidências mostravam que o problema do racismo na saúde ele era muito grave. (...) A SEPPIR priorizou, isso. Tanto porque houve uma receptividade, né, quer dizer, houve uma receptividade por parte do secretário executivo, que era o Gastão Wagner, e do próprio ministro, que era o Humberto Costa (Entrevistado 06).



O casamento entre o Ministério da Saúde e a SEPPIR promoveu uma articulação fundamental para que a política de SPN começasse a ser pensada. Este é um dos momentos mais profícuos de ideias e sugestões acerca das necessidades em saúde da população negra brasileira. Entre os anos de 2003 e 2006 foram realizados uma série de seminários, encontros, reuniões técnicas, de modo que se institucionalizassem ações afirmativas no setor saúde. A primeira ação concreta foi a criação de um grupo de especialistas no assunto, no âmbito do Ministério da Saúde, para que as questões sobre as desigualdades raciais fossem polemizadas no período de construção do Plano Plurianual de desenvolvimento do governo Lula.

E dali eu fiz uma, aí eu posso dizer que fui eu mesmo, fiz uma proposta de criação de um grupo de trabalho que reunisse pesquisadores, é... pra gente poder formular uma proposta de ação. Aí a ideia foi essa, eu falei, não, então, já que vocês tão colocando isso, eu proponho que ao nível da subsecretaria [do Ministério da Saúde], que é onde eu tinha controle, né, a gente formatasse um grupo que pudesse fazer uma proposta de ação para esta área, né. (...) E aí, esse grupo acabou virando um grupo permanente de formulação e desse grupo permanente é que surgiu toda essa ideia de fazer seminário, de estabelecer uma política, dali é que foi surgindo tudo. A gente passou a fazer encontros rotineiros e a ideia era a gente fazer uma formulação para o Plano Nacional de Saúde, entendeu, era uma coisa casada, não era um negócio solto, tinha um plano e a proposta minha foi essa, né, então tá legal, eu tô formulando um plano [Plano Nacional de Saúde], então a gente tem que botar essa proposta [saúde da população negra] no plano, porque o plano seria discutido no Conselho Nacional de Saúde, então, eu diria que o protagonismo da gente, lá na subsecretaria, foi esse, né, de ser meio enzimático, um catalisador de interesses (entrevistado 06).

Esta confluência de correntes de pensamentos e atores políticos debruçados sobre as desigualdades raciais permite a entrada da temática da saúde da população negra na agenda governamental. A partir daí, as ações foram se afunilando para recaírem na elaboração da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Este é o momento em que o problema se impõe na agenda política e conta com atores políticos cruciais para o andamento das questões. Uma de nossas entrevistadas comenta sobre a presença de atores do Estado – atores governamentais – que se sensibilizaram com os dados de desigualdade em saúde apresentados pelo movimento negro e facilitaram a entrada da polêmica questão da saúde da população negra no Ministério da Saúde:

Dentro do Ministério da Saúde foi fundamental ter um grupo negro, né, um grupo negro que se deu conta, a partir das interlocuções do movimento, eles não eram do movimento negro, mas, do confronto, das conferências, das demandas do movimento negro pra eles, eles mesmo falam, um dia eles olharam e viram: nós somos negros e estamos aqui nesta posição, a gente tem que fazer alguma coisa...” (entrevistado 02).

A figura 4 abaixo esquematiza o ciclo de Kingdon na sua fase pré-decisional, focalizando todo o percurso aqui apresentado até a assunção da agenda-setting: momento de avaliação das várias opções de ação disponíveis e de amplo envolvimento de atores políticos nesse processo.

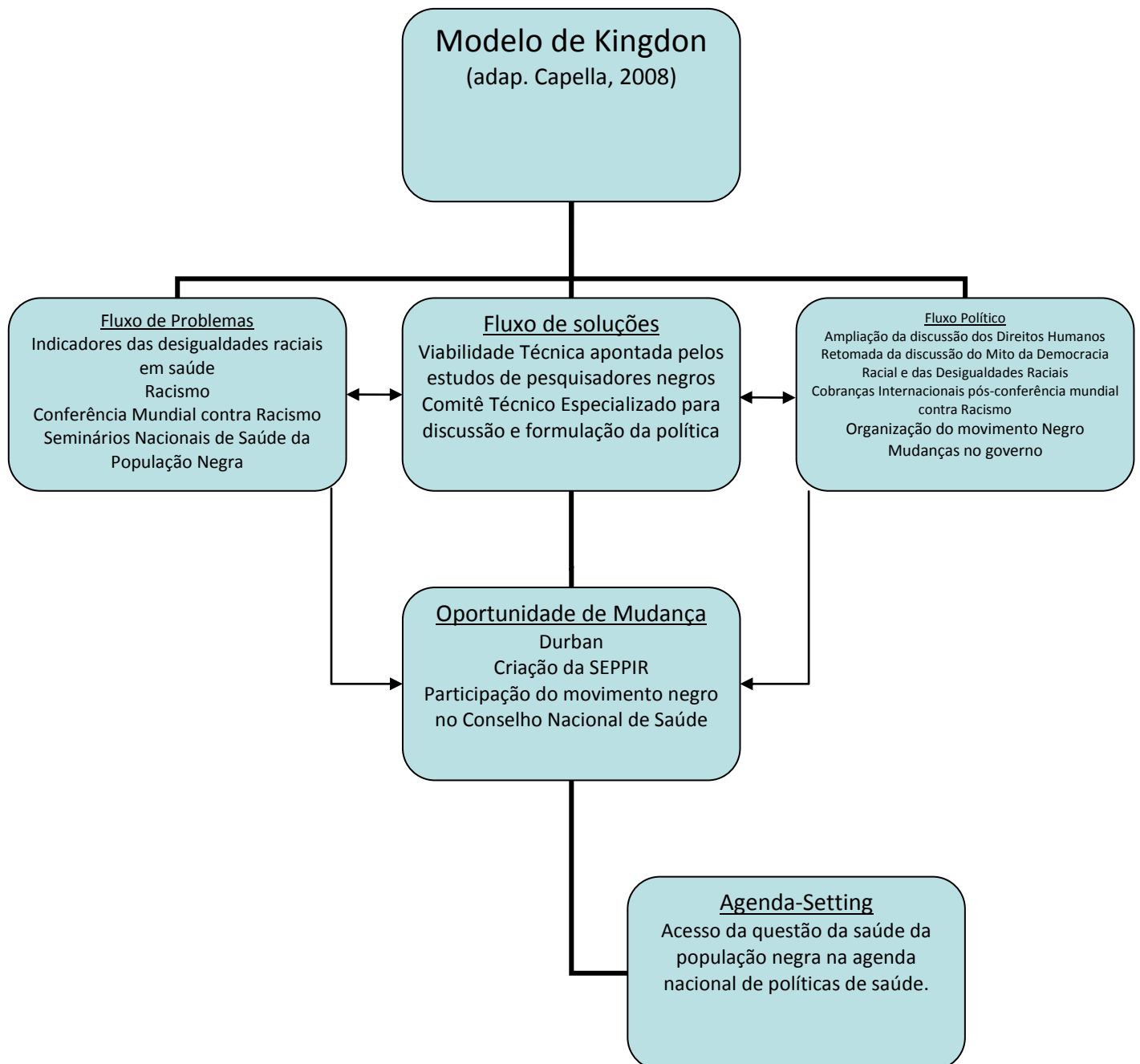


Figura 4: Modelo de Kingdon (adaptado de Capella, 2007) aplicado ao processo de formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

#### 4.1.2 Construindo a Política de SPN – o Momento da Decisão

Ainda sob a lógica das múltiplas correntes apontadas por Kingdon (2003, apud CAPELLA, 2008), a Política de SPN passou por um longo período de convencimento, sob o qual diversas propostas políticas foram sendo elaboradas, costuradas e alteradas até se atingir uma aceitação e aprovação por parte da agenda governamental, que, neste caso, referiu-se a sua aprovação no âmbito do SUS. Deste modo, a *corrente política* se fortaleceu sobremaneira no ano de 2004, sob o qual muitas articulações em torno da saúde da população negra se firmaram. Destacamos três importantes episódios que puderam demonstrar a seriedade em que as necessidades em saúde da população negra foram tratadas pelo Estado brasileiro.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em dezembro de 2003, incluiu nas discussões de seu eixo temático a relação saúde – raça – etnia, contando, pela primeira vez com a participação mais efetiva do movimento negro nas discussões do Sistema Único de Saúde. Essa participação foi responsável por um compromisso assumido pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estaduais e municipais de saúde em criar comissões de estudo e avaliação das condições de vida e saúde da população negra, junto com a participação da sociedade civil para que se efetivassem políticas e protocolos básicos de ação em consonância com o Estatuto da Igualdade Racial (ainda em discussão naquele período).

O relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde destacou a necessidade de:

Ampliar e implementar políticas públicas afirmativas, inclusivas e de combate a preconceitos, em particular as ações sociais do governo na área da Saúde, com campanhas educacionais claras e objetivas nos meios de comunicação, que contemplem as questões de raça, étnicas, de gênero, orientação sexual, religião, as especificidades dos diversos ciclos de vida (idade) e de pessoas com deficiências, portadores de transtornos mentais e outras condições pessoais geradoras de exclusão, como adolescentes em conflito com a lei e presidiários (BRASIL, 2004, p. 28).

A conferência também reconhece a necessidade de assegurar e ampliar o acesso aos serviços de saúde do SUS para a população negra, informando-os sobre localização e normas de funcionamento, mas também alertam para o fato de se respeitarem os espaços tradicionais de matriz africana como instrumentos de difusão de saberes e práticas de promoção da saúde, além de incorporar à prestação dos serviços conhecimentos sobre os múltiplos fatores que intervêm nas condições de saúde da população negra (BRASIL, 2004).

O grupo constituído pelo Ministério da Saúde juntamente com outros técnicos da SEPPIR e representantes do movimento negro, alocados na subsecretaria executiva do Ministério da Saúde, foi formalmente reconhecido e institucionalizado para tratar das

necessidades em saúde da população negra. Deste modo, foi criado o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, através da portaria nº 1678/2004, para que subsidiasse as ações em torno da equidade em saúde. Existindo até o momento de realização desta pesquisa, este comitê foi formulado tendo como principais atribuições:

- 1) Sistematizar propostas que visem à promoção da equidade racial na atenção à saúde;
- 2) Apresentar subsídios técnicos e políticos voltados para a atenção à saúde da população negra no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde;
- 3) Elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde;
- 4) Participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população negra e;
- 5) Colaborar no acompanhamento e avaliação das ações programáticas e das políticas emanadas pelo Ministério da Saúde no que se refere à promoção da Igualdade Racial, segundo as estratégias propostas pelo Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial – CNPIR, criado pela lei nº 10.678/2003 (BRASIL, 2004).

O comitê técnico foi alocado inicialmente na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e composto por muitos e diversificados atores políticos do cenário nacional, incluindo especialistas no tema da saúde da população negra, oriundos de diversas organizações negras, especialmente o movimento negro feminista. Fizeram parte do comitê: representantes da secretaria executiva do Ministério da Saúde; da secretaria de Atenção à Saúde; da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; da Secretaria de Vigilância à Saúde; da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; da Secretaria de Gestão Participativa; do Departamento Nacional de Auditoria do SUS; da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; da Agência Nacional de Saúde Suplementar; da Fundação Nacional de Saúde; da Fundação Oswaldo Cruz; do CONASEMS; do CONASS; da FENAFAL; da SEPPIR e pesquisadores de saúde da população negra indicados pela SEPPIR – Maria de Fátima Oliveira, Fernanda Lopes, Maria do Carmo Sales Monteiro, Damiana Miranda, Jurema Werneck, Elza Berquó, Isabel Cristina da Cruz, Luiz Ferreira, José Marmo da Silva e seus suplentes.

Olha, quando ele foi composto, quando o comitê foi composto, eu não tive nenhuma governabilidade, nenhuma ação neste momento, quando ele foi composto, ele foi composto por técnicos do Ministério da Saúde, das várias áreas do Ministério da Saúde, indicados por cada uma das áreas, por técnicos e dirigentes da SEPPIR e por uma categoria que eles chamaram de pesquisadores, que foi todo mundo indicado pela SEPPIR, só que nessa categoria ‘pesquisadores’ entre aspas, eram lideranças sociais que, necessariamente, não eram pesquisadores (entrevistado 01).

Inicialmente, o comitê técnico funcionou no âmbito da secretaria executiva do Ministério da Saúde, porém, as mudanças de condução política que começaram a ocorrer no final do mandato do primeiro governo de Lula, fizeram com que muitos atores sensíveis ou mesmo responsáveis pela temática em saúde da população negra saíssem de seus cargos. Gastão Wagner e Humberto Costa logo deixaram o Ministério da Saúde, ato seguido por um de nossos informantes, personagem fundamental das relações entre o Ministério da Saúde e a SEPPPIR. Essas alterações de governo levaram o comitê técnico a se alocar junto à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), gerando desconfortos entre a direção do comitê e os componentes do grupo, especialmente os especialistas, representantes do movimento negro.

Para muitos de nossos entrevistados, a mudança do comitê técnico para a Secretaria Estratégica de Gestão Participativa enfraqueceu sua atuação e diminuiu as respostas às demandas da população negra. Nesta nova secretaria, a coordenação do comitê assumiu outras atribuições, relativas às questões de outros setores da sociedade, delegando as funções à subcoordenação:

Hoje, eu tenho hoje inúmeras outras políticas que estão sob a minha responsabilidade, não só a de população negra, população LGBT, população do campo e da floresta, população cigana, população em situação de rua. Todos esses grupos populacionais nós temos políticas similares, então, eu já não tenho mais uma condição pessoal de estar à frente de todos os comitês, e por isso eu delego a J. a condução do comitê (entrevistado 01).

O terceiro episódio concernente a essa profusão de temáticas em torno da saúde da população negra diz respeito a realização do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra. Ocorrido em agosto de 2004, o seminário marcou nacionalmente um campo de discussões em saúde, e, indo além, foi o encontro gerador de associações e acordos institucionais cruciais para o andamento das ações. O seminário tratou de questões sobre conceitos e abordagens acerca de raça e do racismo, vulnerabilidade da população negra, direitos humanos e equidade. No bojo do seminário foi lançada uma carta – o “Grito pela Equidade” – tornando públicos a denúncia das desigualdades e do racismo e o reconhecimento de que não há no Brasil democracia racial.

O seminário contou com a participação de 300 pessoas e objetivou propor e “sistematizar estratégias de gestão e atenção para a implementação e acompanhamento das questões relativas à saúde da população negra no Plano Nacional de Saúde (PNS), visando a promoção da equidade racial” (BRASIL, 2006). Neste momento foi assinado um termo de compromisso entre o Ministério da Saúde, a SEPPPIR, a OPAS, o CONASS e o CONASEMS,

as três esferas de gestão e a OPAS comprometidos em diminuir os graus de vulnerabilidade a que está submetida a população negra.

Deste modo, houve uma profusão de ações nos níveis nacional e locais para que as questões relativas à saúde da população negra fossem implementadas em cada município. Um elemento crucial foi a expansão da inclusão do quesito cor nos sistemas de informação em saúde, como já mencionado. Em 1997 esses dados haviam sido incluídos nas Declaração de Nascidos Vivos e Declaração de Óbitos, ampliando-se também na identificação dos sujeitos nas pesquisas envolvendo seres humanos.

No Estado de São Paulo muitas ações já vinham sendo implementadas tanto na capital, quanto em todo estado. A secretaria de saúde do estado de São Paulo foi pioneira em ações de combate aos agravos mais prevalentes à população negra. Suas principais ações foram: realização de Seminários Estaduais de Saúde da População Negra; Publicações de Saúde da População Negra e Boletins Epidemiológicos; Ações específicas em Saúde da População Negra – 2004-2006. Atualmente, a Política Pública de Saúde da População Negra se conforma em torno das ações do GTAE (Grupo Técnico de Ações Estratégicas) para formulação de políticas públicas.

Em Salvador, muito antes da realização do Seminário Nacional de Saúde da População Negra o município pôde organizar um grande seminário, com envolvimento de muitos atores políticos, incluindo setores do movimento negro e terreiros de candomblé, com apoio do DFID e do PNUD em recursos e execução dos projetos. A Secretaria Municipal de Saúde de Salvador – BA, a partir de seu Grupo de Trabalho sobre a Saúde da População Negra, realizou diversas ações desde sua constituição em 2004. Suas principais investidas se debruçaram sobre: realização de um Diagnóstico de Saúde da População Negra de Salvador; construção de Cartilhas específicas: Saúde da mulher negra, Quilombos urbanos e saúde da população negra, religiões de matriz africana e saúde; realização de Feiras de Saúde; Capacitação de profissionais sobre agravos mais prevalentes na população negra, racismo e transtorno mental; Capacitação de equipes em áreas remanescentes de quilombos; realização de Seminários Internacionais Saúde da População Negra e utilização de Pontos Focais – profissionais capacitados nos temas que envolvem a população negra e sua saúde e que atuam nos Distritos Sanitários de Saúde da cidade.

O ano de 2006 contou com a realização do II Seminário de Saúde da População Negra. Neste, pode-se afirmar que, apesar das idas e vindas em torno da questão racial, a proposta de uma política pública começou a ganhar corpo e se afunilar. Para tanto, foram fundamentais três questões: a primeira delas, o reconhecimento do racismo institucional nas instâncias do

sistema único de saúde, admitido pelo ministro da saúde Saraiva Felipe, na abertura deste segundo seminário. O fato de assumir a existência do racismo no âmbito dos serviços e programas de saúde do governo só afirmou a necessidade premente de uma atuação mais concreta em políticas afirmativas e de combate deste grande problema social. A atenção que o governo começa a dispensar para os problemas da população negra no setor saúde geram muitas questões e embates políticos e acadêmicos. Data deste período uma ampla discussão acerca da relação entre AIDS e população afrodescendente, com debates calorosos entre os pesquisadores da saúde pública.

A segunda questão diz respeito ao fato de se ter, pela primeira vez, um assento oficial para o movimento negro no Conselho Nacional de Saúde, pois a participação de sua representante, Fernanda Lopes, foi crucial para que a Política de SPN, que nesse ínterim se gestava, fosse aprovada. O terceiro elemento corresponde ao momento de reestruturação do Sistema Único de Saúde no país, com base na afirmação dos Pactos pela saúde. Estes pactos tiveram grande repercussão no texto da política de SPN, pois ela fora formulada no momento em que eles iam sendo afirmados entre os gestores.

Os Pactos pela Saúde conformam um conjunto de diretrizes e ações pactuadas entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) para reorganização da gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil. Aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e publicado em 2006, o documento aponta as diretrizes operacionais que integram os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e os Pactos de Gestão.

Esse momento de mudanças nas estratégias de gestão do SUS no país também é marcado por intensas atuações e articulações de setores do movimento negro dentro dos espaços de participação social no Ministério da Saúde. À medida que tais mudanças vão sendo pensadas e formuladas já se percebe um lugar ocupado por representantes do movimento negro no Conselho Nacional de Saúde, que, além de pautarem as demandas em saúde da população negra, comentam sobre a importância dos Pactos pela Saúde como mais um momento de discussões e possibilidades de proposições novas e relevantes para o Sistema Único de Saúde. Deste modo é que a elaboração dos Pactos pela Saúde marca um momento de ação positiva do Ministério da Saúde. Uma de nossas informantes nos diz:

(...) olhar pro Ministério da Saúde, o Ministério da Saúde tava mudando sua estratégia de gerenciamento da política nacional de saúde, começou aquele negócio de pacto, antes era aquele monte de norma operacional, depois mudou pra pacto, pacto pela vida, (...), né, mudou, mudando a forma, então a gente já foi entrando vendo isso acontecer, então pra nós foi muito bom, né, e permitiu também a interlocução direta nos mecanismos, tá lá dentro... (entrevistado 02).

A importância dos Pactos pela Saúde está no processo de discussão entre os gestores do SUS de modo a garantir respeito e cooperação entre as distintas regiões do país, reforçando os espaços loco-regionais, com destaque para a organização de regiões sanitárias e mecanismos de co-gestão, planejamento regional e fortalecimento dos espaços e dos mecanismos de controle social. Este último ponto torna-se de fundamental importância para o entendimento, pelo movimento negro participante do cenário nacional de mudanças da saúde pública, dos meandros e mecanismos de atuação e construção de políticas e ações em saúde.

Apesar da importância que o Pacto pela Vida possui, no sentido de valorização de ações de prevenção e promoção da saúde, os aspectos que interferem nos estilos de vida da população negra brasileira não são explicitados ou são pouco definidos, como no caso da mortalidade materna, onde, na alínea b do objetivo 2 se destaca a necessidade de atenção para os casos de hipertensão: “*garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto*” (BRASIL, 2006, p. 12). Aqui, realçamos esse aspecto, pois a Hipertensão é identificada como um dos problemas de saúde de maior prevalência entre a população negra. Cabe também destacar que neste momento a PNSIPN ainda não está formulada e os atores envolvidos no processo de sua construção estão afirmando posições e espaços estratégicos dentro do sistema SUS e do Ministério da Saúde.

Os Pactos em Defesa do SUS têm como diretrizes principais a garantia do compromisso entre os gestores na consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na constituição, além das necessidades de trabalho em conjunto com outros gestores no sentido de qualificar e assegurar o SUS como uma política pública. Este pacto reafirma um processo de repolitização da saúde, tentando trazer à cena novos e antigos atores políticos defensores da reforma sanitária. Todo esse contexto de reformulação do SUS e busca pelos ideais da reforma sanitária terminam, direta ou indiretamente, recaindo sobre o processo de discussão e formulação da política de saúde da população negra. Uma de nossas informantes enfatiza a necessidade que a PNSIPN tem de se coadunar ao formato do SUS, especialmente aos ideais da tão propalada reforma sanitária:

(...) e esse setor, essa secretaria [SGEP], ela tem um sentido maior de retomar o debate e procurar aplicar uma reflexão, uma inteligência sobre os grandes impasses, as grandes lacunas relacionadas com o processo da reforma sanitária no Brasil (...) é um aprofundamento da qualificação do próprio Sistema Único de Saúde e uma retomada da base conceitual da Reforma Sanitária, atrelada à determinação mundial de saúde. (...) E o nosso convencimento envolvia levar ao debate com eles [movimento negro] o sentido e a concepção do SUS, (...) nosso papel foi trazer saúde, foi trazer o debate sanitário, foi introduzir conceitos de saúde pública a essa



demanda do movimento que era uma demanda instintiva e politicamente forte, potente, mas desprovida de uma qualificação adequada ao Sistema Único de Saúde (entrevistado 01).

As agitações e comoções do período de reorganização do Sistema Único de Saúde permitem aos atores, mais diretamente envolvidos com tais discussões, retomar os conceitos de cidadania e diálogo com a sociedade civil. Deste modo é que a afirmação dos Pactos de Saúde também constitui ponto chave para pensar a elaboração e reformulação da saúde no Brasil no tocante à Saúde da População Negra, pois a PNSIPN já se vislumbrava como uma política de inovação em saúde dentro do SUS. Esta também parece ser uma janela de oportunidade para que a PNSIPN ganhe forças, uma vez que a reafirmação dos princípios do SUS impele a atenção completa e integral à população brasileira e amplia e fortalece as relações com os movimentos sociais.

Deste modo, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi gestada, elaborada, escrita dentro do comitê técnico de saúde da população negra e levada à apreciação no Conselho Nacional de Saúde. Lá, a política foi aprovada por unanimidade, impactando-nos pela força que deteve nesse processo de formulação. Nossa informante nos diz:

(...) a política foi aprovada, negociada por Fernanda, foi aprovada por unanimidade. Se você pensar que outras políticas completamente urgentes sequer foram votadas, tem a ver com o Ministério da Saúde também, né, mas, apresentada e aprovada por unanimidade (entrevistado 02).

Uma vez aprovada no pleno do Conselho Nacional de Saúde, a política passou para o processo de construção de seu Plano Operativo e, enfim, submetido ao grupo técnico da Comissão Intergestores Tripartite – CIT (composta pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS), tendo sido lá pactuada, foi ‘consagrada’, passou a ser um compromisso de todos os gestores enquanto uma política de estado a ser implementada, compromisso de todo o SUS. Dali em diante, a política foi publicada pela SEPPIR em 2007 e publicada em Diário Oficial da União em 2009 – mesmo ano da aprovação do I Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial. Seu desafio está agora no processo de implementação, com novos embates em torno do que é prioridade e qual deve ser o melhor caminho a ser percorrido para a efetiva construção da política de SPN.

Como a história e a política nunca arrefecem, em 2010 foi aprovado o Estatuto da Igualdade Racial, amplamente combatido pelo seu texto final, considerado um retrocesso na visão dos militantes do movimento negro. O Estatuto foi aprovado com vetos sobre importantes aspectos, incluindo parágrafos fundamentais para a implementação da política de

SPN. O estatuto, contraditoriamente às leis e portarias estabelecidas em todo o processo acima descrito, promoveu mudanças significativas em seu texto, retirando os aspectos que versavam sobre a obrigatoriedade do registro de cor das pessoas nos formulários de atendimento e notificação do Sistema Único de Saúde; abolindo a necessidade de pactuação entre as três esferas de gestão, num processo de descentralização de políticas e ações em saúde da população negra, conforme o SUS, e abolindo a definição de indicadores e metas da política pública aqui analisada. Mesmo com todo o esforço em construir a política de SPN em consonância com o SUS, observam-se vetos em aspectos nodais que demarcam a lógica dos sistemas de saúde no Brasil (WERNECK, 2010).

Sem adentrarmos a uma análise mais aprofundada das polêmicas em torno da aprovação do Estatuto da Igualdade Racial, enfatizamos os prejuízos políticos e o recrudescimento de pontos e lutas que vinham avançando no país, concernentes à formulação e implementação da política de SPN. Werneck nos ajuda a concluir sobre este ponto:

Por isso respondo a quem me pergunta que sim, o Estatuto aprovado faz mal para a saúde da população negra, ao Sistema Único de Saúde e à sociedade brasileira. Não por seus efeitos diretos, pois esta mesma população negra, o SUS (que é feito por pessoas, trabalhadoras e trabalhadores, gestoras e gestores, que buscam fazer bem o seu trabalho) e a sociedade dispõem de mecanismos que não hesitarão em usar para garantir que os avanços já conquistados até aqui sejam mantidos. Mas principalmente por que um Congresso Nacional e seus partidos políticos desvinculados tão acintosamente dos sonhos e projetos de justiça social e equidade torna nosso mundo pequeno, menor. Subtrai, entre todas e todos nós, uma fatia da ética e da solidariedade. Magoa nosso desejo de futuro melhor para todas e todos. Mas, como costumamos dizer e já faz muito tempo: a luta continua! (WERNECK, 2010).

Alguns aspectos sobre os avanços e recuos deste processo de construção da política de SPN serão abordados no capítulo seguinte. Antes, porém, faremos um breve passeio sobre a história do movimento negro no Brasil, este ator fundamental da construção da política de saúde da população negra. Lúcia Xavier, em depoimento concedido ao CPDOC (2007) afirma com bastante contundência a força política do movimento negro:

A maior força política desse país ainda continua sendo o movimento negro e de mulheres negras. Lutou adversamente vários séculos. Nunca teve apoio da intelectualidade brasileira, no sentido de ajudar a estruturar teoricamente a luta contra o racismo – foram muito poucos. Não teve dinheiro de ninguém, nem da Igreja, nem do Estado. O pouco dinheiro que tem, nós trabalhamos para poder arrancar. Nunca vi nenhum intelectual de esquerda, exceto Florestan Fernandes, dizer “Eu sou contra o racismo e minha vida vai ser dedicada à luta contra o racismo” (CPDOC, 2007).

## 4.2 O protagonismo dos Movimentos Negros na Sociedade Brasileira

Gohn (2000) analisa a participação dos atores sociais na construção de novas concepções sobre a sociedade civil e sua atuação nas lutas políticas do país. Sua teoria sobre os movimentos sociais aponta transformações na composição de determinados atores políticos, deslocando-se de ações dos sindicatos trabalhistas, fortemente atuantes até a década de 70, e ampliando a participação de grandes movimentos sociais e de organizações não-governamentais nas décadas seguintes. As mudanças socioeconômicas ocorridas em fins do século XX no Brasil (globalização, crise econômica, aumento da economia informal, crescimento de ONGs e elevação da violência urbana) modificam sobremaneira a dinâmica dos movimentos sociais e abrem espaço para a construção de uma nova esfera pública que possa atuar contra os mecanismos de exclusão presentes na sociedade brasileira.

Enquanto grupos organizados sob determinadas lideranças e com princípios, objetivos e ideologia comuns, os movimentos sociais visam um fim específico ou uma mudança social (ILSE SCHERER-WARREN, 1987 apud Domingues, 2007). Grandes e populares movimentos sociais surgem na década de 80, como o Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra, e, na década seguinte, as ONGs vão ocupando cada vez mais espaço no cenário de luta por direitos e cidadania. Estes novos movimentos sociais contribuíram enormemente para o processo de redemocratização do país, pois os atores políticos em cena passaram a dialogar diretamente com a sociedade e o Estado, formando, nos dizeres de Francisco de Oliveira (1994 apud Gohn, 2000) uma nova sociedade política.

A análise de Gohn, a partir dos anos 90, debruça-se sobre o recrudescimento dos grandes movimentos sociais e a ampliação das organizações não-estatais, fundadoras de uma nova esfera pública não-estatal. A autora aponta alguns elementos que podem explicar o suposto refluxo dos movimentos sociais, mas também e especialmente, direciona o olhar para o novo formato que tais organizações sociais (em alguns casos presente também nos movimentos populares de luta) empreendem diante das relações com o Estado. Pode-se afirmar que há, de fato, uma maior interlocução com o Estado, pois os movimentos políticos passam a se organizar em grupos menores e cada vez mais institucionalizados, transformando o poder público estatal em mero repassador de recursos financeiros para as ações coletivas.

A proposta teórica de Gohn auxilia no entendimento sobre a dinâmica de movimentação política dos atores e organizações sociais da saúde pública no Brasil, pois esta possibilidade de maior interlocução com a administração pública e a passagem sistemática de atores políticos dos movimentos sociais para o Estado marcam o dinamismo das relações

neste campo. Além disso, o movimento negro brasileiro vem se organizando ao longo de sua história sob diferentes modos e objetivos, envolto atualmente por uma configuração muito próxima das organizações mais institucionalizadas, especialmente ONGs e centros culturais e de resistência.

Pode-se entender movimento negro de um modo mais abrangente, abarcando desde as manifestações religiosas do tempo das irmandades negras, passando por grupos artísticos e culturais até as manifestações políticas de protestos contra a discriminação e o preconceito racial. De todo modo, a definição apresentada por Domingues (2007) destaca-se como a mais pertinente para os propósitos deste trabalho:

Movimento negro é a luta dos negros na perspectiva de resolver seus problemas na sociedade abrangente, em particular os provenientes dos preconceitos e das discriminações raciais, que os marginalizam no mercado de trabalho, no sistema educacional, político, social e cultural. Para o movimento negro, a “raça”, e, por conseguinte, a identidade racial, é utilizada não só como elemento de mobilização, mas também de mediação das reivindicações políticas (DOMINGUES, 2007, p. 101-102).

Os movimentos sociais negros destacam-se, portanto, em distintas fases ao longo da história brasileira, sempre destinados ao combate das discriminações raciais, ora mais influenciados por ideais nacionalistas ou mesmo fascistas, ora mais próximos de ações da esquerda brasileira (NASCIMENTO, 2008; RISÉRIO, 2007; DOMINGUES, 2007; ALBERTI e PEREIRA, 2004; GUIMARÃES, 2001). A história do movimento negro remonta a lutas desde o período colonial no país. Porém, a organização política pós-abolição, já ao longo do século XX, é merecedora de destaque, pois compreende não apenas as ações em defesa dos direitos de cidadania e de participação competitiva dos negros no mercado de trabalho, mas também possibilita uma melhor interpretação das ações atuais no campo da saúde, através da identificação de seus principais atores políticos. Deve-se salientar de antemão que a busca pelos direitos à saúde só vai acontecer muito recentemente. As lutas por políticas afirmativas conjugam movimentos negros, organizações não-governamentais, organizações afirmativas e acadêmicos negros engajados para a construção deste novo campo de reflexões chamado Saúde da População Negra.

Pode-se identificar, com base nos trabalhos de Nascimento (2008), Domingues (2007) e Risério (2007) três ou quatro momentos diferentes de atuação dos movimentos negros no Brasil, especialmente correlacionando-os às conjunturas políticas a que estava submetida a população brasileira ao longo de todo século XX. O período compreendido entre a Primeira República e o Estado Novo (1889-1937) foi ainda marcado por influências das teorias raciais

do século XIX e pela ideologia do branqueamento, submetendo a população negra recém liberta a péssimas condições de vida. Deste modo, algumas agremiações, clubes e associações de negros passaram a atuar em uma espécie de mobilização racial negra, de modo a contestar a imagem pejorativa do negro, ainda relacionada a sua condição anterior de escravo e alimentada por sua suposta inferioridade traduzida pelas teses eugênicas – presente inclusive na constituição brasileira de 1934 (NASCIMENTO, 2008).

Em geral, tais clubes e agremiações, além de uma imprensa negra que surgia à época, atuavam de modo assistencialista e recreativo, inspirados em um papel educativo que pudesse incentivar a comunidade negra a se unir contra o complexo de inferioridade que se lhes impunham:

Os jornais da imprensa negra condenavam o alcoolismo e faziam um apelo à moralidade e à dignidade nas relações sociais. Tal postura reflete a necessidade de afirmar uma imagem limpa e positiva, de honorabilidade e polidez, contra a imagem estereotipada cultivada pelo racismo, do negro como selvagem. Além disso, havia uma dimensão pedagógica: procurava-se a instrução no intuito de promover maiores possibilidades de sucesso no mundo moderno (NASCIMENTO, 2008, p. 99).

Risério (2007) enfatiza que por volta da década de 20, com atuações em torno de reivindicações trabalhistas – em nome das transformações urbano-industriais a que passa a sociedade brasileira e, especialmente, a paulistana – forma-se o embrião da organização negromestiça para a fundação posterior de um novo patamar do movimento negro: a Frente Negra Brasileira (FNB), na década seguinte. A FNB conseguiu se converter em um grande movimento de massa, capaz de mobilizar mais de 20 mil associados e obter notável organização sócio-política (Domingues, 2007). Com boa organização, a FNB realizava desfiles, conferências e atos públicos de modo a protestar contra a discriminação racial. Seu lema: “congregar, educar e orientar” foi incorporado por seus membros de tal modo que não lhe faltaram entidades que se dispusessem a se filiar à Frente Negra. Um dado interessante é que houve uma presença marcante de participação feminina na construção da FNB, responsáveis por todo movimento da entidade (NASCIMENTO, 2008).

A década de 1930 potencializa a exploração da temática das relações raciais brasileiras, com a projeção do candomblé, discussões sobre a suposta superioridade racial e aprofundamento dos estudos sobre negros e mestiços no país. Nesse contexto, a FNB encontra espaço para expor seus objetivos e deveres políticos: cria-se uma *união política e social da Gente Negra Nacional* para reivindicação de seus direitos sociais e elevação intelectual e profissional da Gente Negra (RISÉRIO, 2007). Surge, assim, uma força política organizada que se expande nacionalmente. Guimarães (2001) salienta a perspectiva política da FNB no

cenário nacional: de corte nacionalista-fascista, a Frente Negra era majoritariamente de direita, apoiando diretamente os governos nazi-fascistas que ocorriam na Europa e tendo declarado apoio a Ditadura de Vargas em 1937, governo este que lhe atendeu algumas de suas reivindicações.

De todo modo, a Frente Negra Brasileira não impôs uma posição contrária à ordem social, política e econômica estabelecida no país. Antes, porém, a FNB pretendia a integração do negro através da “conquista das oportunidades e garantias sociais legalmente consagradas pelo regime vigente, especialmente através da imitação do branco” (BACELAR, 2001). Essa foi a tônica da atuação da FNB em todo o país, diferenciando-se apenas na composição de seus quadros militantes. Na Bahia, por exemplo, a Frente Negra assumiu contornos distintos da sua formação nacional. Seu quadro foi composto por trabalhadores e categorias subalternas de negros da cidade de Salvador, pois os negros ascendentes, as ‘elites mestiças e pretas’ da capital, já sofriam os efeitos do branqueamento e deixavam clara a impossibilidade de somar forças neste movimento (*idem, ibidem*).

O período da Segunda República Brasileira até a Ditadura Militar (1945-1964) foi marcado por pouca mobilização política, pois tivera diminuído seu poder de aglutinação presente na fase anterior. Contudo, como demonstrou Guimarães (2001; 2002) o protesto negro não retrocedeu e se justificava cada vez mais diante da discriminação racial que mais se destacava por conta da ampliação dos mercados e do cenário competitivo no trabalho, diante também dos preconceitos e estereótipos negativos do negro e da marginalização de grande parcela da população negra em favelas e alagados. Neste período surgiram dois grupos ícones de luta pelas questões do negro na sociedade brasileira: a UHC – União dos Homens de Cor, que atuava em favor da ascensão econômica e intelectual das pessoas de cor em todo território nacional, promovendo debates, publicação de jornais e assistência jurídica e médica (DOMINGUES, 2007).

Além da UHC, surgia neste período o TEN – Teatro Experimental do Negro, de cunho eminentemente cultural, foi a principal organização negra do país neste momento. Seu projeto inicial de constituir um grupo de atores negros se expandiu e transformou-se num projeto de formação profissional, “*de psicodrama coletivo da população negra e de recuperação da imagem e da autoestima dos negros brasileiros*” (GUIMARÃES, 2001). Encabeçado por Abdias do Nascimento, o TEN foi a primeira organização, nos dizeres de Nascimento (2008), que articulou, na teoria e na prática, a participação política com a valorização da cultura afro-brasileira. Sua atuação se estendia de ações educativas, como cursos de alfabetização, a concursos de artes plásticas e de beleza, que valorizavam a estética negra.

O mais importante a ser destacado nesta fase da história do movimento negro no Brasil é o fato de que muitos negros em ascensão social foram responsáveis por tomar a rédea das manifestações e, incorporados, como já se via muitos deles, à sociedade de classes, puderam expressar de modo mais enfático os problemas da discriminação, preconceito e desigualdade para com a população negra deste país. Muito embora, como alerta Guimarães (2001), a ideologia de muitos intelectuais deste período se aproximava de um projeto de nação voltado para uma política nacionalista e populista, embasados pelos ideais da mestiçagem, sob os quais não fazia sentido falar em questões negras, já que o povo negro era o povo brasileiro.

O terceiro período identificado pelos autores refere-se ao momento de redemocratização do Brasil, pós-ditadura militar, até a chamada República Nova. A ditadura militar fizera recuar ou mesmo desaparecer boa parte dos movimentos sociais e o movimento negro também sofrera refluxo. Assim, o pós-ditadura foi um período de difícil rearticulação dos ativistas negros brasileiros, pois estes passaram a ser alvo de três problemas fundamentais: 1 – isolamento político; 2 – estigma construído pelos militares de que tais ativistas criavam o problema do racismo, inexistente no país e 3 – esvaziamento dos movimentos passados (DOMINGUES, 2007).

Contudo, as décadas de 70 e 80 permitiram uma rearticulação dos movimentos sociais negros, possibilitando inclusive uma maior aproximação com orientações políticas marxistas. Neste momento, raça e classe convergiram nas ações concretas destes militantes que viam a necessidade de lutar por uma sociedade igualitária, pois o sistema capitalista se alimentava do racismo presente nas relações sociais. Assim é que em 1978 o Movimento Negro Unificado – MNU – funda-se com bases ideológicas bastante diferentes dos movimentos que o antecederam. As principais influências sobre o MNU proveem de contextos nacionais e internacionais: externamente, o movimento dos negros americanos pelos direitos civis e o desenvolvimento de um nacionalismo negro nos Estados Unidos, além dos movimentos internacionais pela libertação de países africanos (Guiné Bissau, Moçambique e Angola) e o movimento feminista internacional; internamente, as críticas de Florestan Fernandes ao mito da democracia racial, o novo sindicalismo brasileiro, a emergência de novos movimentos sociais urbanos e a Convergência Socialista – embrião do MNU (DOMINGUES, 2007; GUIMARÃES, 2001).

A atuação do MNU voltou-se contra a discriminação racial, a violência e o desemprego, procurou fazer do termo “negro” uma designação positiva, referente aos descendentes de africanos e buscou resgatar a identidade étnica específica do negro a partir do que se poderia denominar ‘africanização’. O MNU tornou-se um movimento de vanguarda

que buscou igualdade na diferença e a valorização de símbolos relacionados à cultura negra. O movimento negro deste período teceu críticas ao ideal de mestiçagem do Brasil, afirmando tratar-se de “uma armadilha ideológica alienadora” que impedia a real identidade do negro no país. Portanto, as marcas deste período referem-se a reivindicações anti-racistas mais diretas, com discursos mais contundentes, ações mais voltadas à política e à dimensão do poder e à construção de uma real identidade racial e cultural para o negro (DOMINGUES, 2007).

Ainda nos anos 80 o Movimento Negro forjou uma doutrina importante para o período: o quilombismo – que aliava radicalismo cultural a radicalismo político e fora encabeçado por Abdias do Nascimento – teve suas bases sustentadas em duas influências: o afro-centrismo, dedicada a filiar os negros brasileiros a uma nação negra transnacional; e o marxismo, através de uma vertente ligada ao nacionalismo brasileiro.

O movimento negro na conjuntura política atual conseguiu expandir-se em entidades negras independentes que têm se debruçado sobre ações em educação, saúde e direitos humanos, porém fundadas sobre diferentes bases ideológicas e políticas, expressas em entidades culturais, políticas e jurídicas, todas voltadas às lutas comuns contra o racismo. Nascimento (2008) aponta também a abertura de espaços no parlamento e nos partidos políticos, fornecendo as bases para a construção de políticas públicas para a população negra brasileira.

De fato, o movimento negro recente trouxe para a cena brasileira uma agenda que alia política de reconhecimento (de diferenças raciais e culturais), política de identidade (racialismo e voto étnico), política de cidadania (combate à discriminação racial e afirmação dos direitos civis dos negros) e política redistributiva (ações afirmativas ou compensatórias) (GUIMARÃES, 2001, p. 135).

Voltando-se para o campo da saúde, Maio e Monteiro (2005, 2008) salientam que as ações do movimento negro neste campo só aparecerão, de fato, a partir do início do século XXI, em contextos de combates diretos ao Racismo e abertura do campo da saúde para a temática racial. Porém, os autores apontam a atuação de determinados grupos e movimentos sociais negros desde a década de 80 do século XX, com ações específicas do movimento feminista no âmbito da saúde reprodutiva e saúde da mulher. Apoiados por instituições acadêmicas e filantrópicas, o feminismo negro torna-se protagonista em pesquisas e intervenção social no campo da saúde da mulher.

As ações atuais de entidades e grupos políticos negros têm se aproximado bastante do espaço público estatal no campo da saúde. Observam-se cada vez mais ações conjuntas entre diversas organizações da sociedade civil e os representantes de governo, independentemente de suas posições político-partidárias. Esta aliança tem se debruçado sobre o enfrentamento ao



racismo e racismo institucional nas instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) e à promoção da equidade em saúde a partir da atenção à prevenção e tratamento aos problemas e necessidades de saúde da população negra, bem como atuado na capacitação de profissionais da saúde para inclusão do quesito cor nos formulários dos serviços do SUS.

## **Capítulo 5: Tensões e Desafios que persistem em torno da política e dos conceitos**

Construir uma política pública que pudesse conjugar ações afirmativas para o combate ao racismo e às desigualdades raciais em saúde num país fortemente identificado, por um lado, com seu modelo de sistema de saúde universal e, de outro modo, com os dilemas das desigualdades sociais não constituiu tarefa fácil, inclusive longe de ser aceita de antemão por estudiosos, pesquisadores e pela sociedade civil em geral.

Uma vez tendo descrito e analisado o processo de entrada na agenda governamental de uma política de saúde voltada a população negra brasileira, buscamos, neste capítulo, demonstrar os principais embates que dali surgiram e tomaram conta do cenário nacional. Destacamos, também, que tais discussões e emblemas sociais tiveram ressonâncias e paralelos com as discussões internacionais, especialmente os conceitos de equidade e o uso da variável ‘raça’ na saúde e nas políticas públicas. Alguns deles estiveram, efetivamente, vinculados às questões do Brasil, seu sistema político-social e as particularidades do Sistema Único de Saúde.

Apontaremos algumas concepções que os atores políticos envolvidos no processo de elaboração da política de SPN tiveram acerca das complexas relações entre o SUS e seus princípios e as necessidades em saúde da população negra. Portanto, será em torno desses dilemas gerados pela política de SPN que este capítulo se debruçará. Voltar-nos-emos ao nosso país, amplo e diverso em sua inteireza. Certamente não será possível abarcar toda a diversidade de posições em torno das questões aqui apontadas, muito embora, sejam elas próprias questões-chave para o entendimento das possibilidades de efetivação de uma política de saúde desta magnitude e conformação.

Para melhor explorarmos essas questões, dividiremos o capítulo em três seções. A primeira delas abordará elementos teórico-conceituais em torno dos princípios e modelos que norteiam e configuram a saúde no Brasil: Transversalidade, Universalidade e Equidade. Assim poderemos discutir as interfaces entre a Política de SPN e o SUS.

Num segundo momento será necessário discutir o velho dilema sociológico em torno das desigualdades raciais e sociais. Destacaremos as visões de alguns de nossos informantes sobre o uso da categoria raça e sua relação com a biologia/genética e a identidade racial confrontadas com as leituras de alguns pesquisadores nacionais. Tais discussões serão permeadas pela observação do que se destacou como elemento fundamental para os

representantes do movimento negro enquanto atores políticos no processo da formulação, qual seja, o racismo como principal problema que atravessa tais desigualdades em saúde, muito mais que os dilemas em torno da classificação sócio-racial.

Por último trataremos de equacionar e elencar, no âmbito dos avanços e recuos deste campo político, os desafios em torno da implementação desta política. Desde o processo de formulação da política de SPN, tratou-se de uma complexa empreitada para o entendimento sobre o papel de determinados grupos (o Comitê Técnico Nacional de SPN, por exemplo) e as propostas e diretrizes para condução da política nacional e uma possível descentralização desta política para os estados e municípios. Além disso, será discutida uma sutil divisão deste campo, observada nas falas de alguns entrevistados, mas também na análise de portarias e planos nacionais sobre a Política de Saúde da População Negra e o Programa de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme. Também trataremos de indicar questões que poderão servir de sugestão para a implementação da política de SPN, bem como para a ampliação das discussões do racismo na saúde.

### **5.1 A Saúde da População Negra (SPN) e o SUS**

A PNSIPN foi formulada sob a égide do princípio universal da igualdade de direitos. Coube à SGEF, como já demonstrado, a sua efetiva elaboração e aprovação no Conselho Nacional de Saúde. Deste modo, imprimiu-se uma marca ao texto da política que na sua apresentação destaca a importância da democracia participativa – participação social para concretização desta política no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O caderno recentemente publicado por esta secretaria (BRASIL, 2010) enfatiza a dimensão das estratégias de gestão solidária e participativa, nos termos de uma coordenação que visa a atingir a democracia participativa e a consolidação do SUS. O caderno destaca como estratégias de gestão solidária e participativa as seguintes ações: utilização do quesito cor para informações epidemiológicas; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional; ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial. Percebemos que a tônica da *participação em saúde* percorre o texto da política desde seu princípio, talvez por ter finalizado sua proposta no âmbito de uma secretaria do Ministério da Saúde voltada para estes fins, fato que amplia e assegura ao movimento negro brasileiro espaços de luta e controle social dentro do Sistema Único de Saúde.

Assim como o caderno publicado em 2007 (BRASIL, 2007), a publicação do Ministério da Saúde (2010) destaca dados de desigualdade em raça/cor e etnia tanto para a população negra quanto a indígena, além de proceder a uma resumida análise do histórico da formulação da política de SPN no país. São apresentados os dados de morbimortalidade, destacando-se aqueles referentes a mortalidade infantil, óbitos por causas externas e mortalidade materna.

O manual afirma que há *consenso* entre diversos estudiosos brasileiros acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra. Antes de problematizarmos a possível existência deste consenso, destacamos que ainda se mantém uma classificação das doenças e agravos semelhante àquela formulada desde o GTI em 1995. Tem-se, portanto, três séries de agravos e doenças: aquelas geneticamente determinadas (doença falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato-desidrogenase); aquelas adquiridas em condições desfavoráveis (desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/AIDS, mortes violentas, mortalidade infantil, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais – uso abusivo de álcool e outras drogas); e as doenças de evolução agravada ou tratamento dificultado (hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses).

Além desta caracterização, o documento do Ministério da Saúde aponta a necessidade de considerar a questão do racismo para uma análise das condições sociais e de saúde da população negra no Brasil. Embora a denúncia do racismo brasileiro viesse ocorrendo há mais tempo no país, torna-se de extrema relevância observarmos uma política pública em saúde que pode hoje escrever abertamente sobre a questão racial, sem meias palavras. O racismo institucional é destacado como produtor sistemático de segregação étnico-racial no âmbito institucional das políticas, programas e relações interpessoais. O texto da política, conforme outros cadernos já analisados, incluindo o material disponibilizado pelo DFID, retoma as dimensões deste racismo, destacando duas vertentes de análise: 1) no âmbito das relações interpessoais (entre dirigentes e servidores, por exemplo) e 2) a dimensão político-programática. Esta se reporta a uma invisibilidade das doenças que são mais prevalentes nestes grupos populacionais, a não inclusão da questão racial nos aparelhos de formação e a dificuldade de acesso aos insumos (BRASIL, 2010; KALCKMANN *et al*, 2007; DFID, 2007).

Os princípios que regem a política de SPN são princípios constitucionais, quais sejam: saúde como direito social, de cidadania e dignidade da pessoa humana, repúdio ao racismo e princípio da igualdade. Assim, a política reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde:

Universalidade do Acesso, Integralidade da Atenção, Igualdade da Atenção e Descentralização político-administrativa. Ainda são considerados o princípio da participação popular e controle social e o princípio ético da Equidade. Este último, analisado posteriormente, embasa a proposta de promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da necessidade de condução de ações estratégicas para superá-las.

O princípio organizativo, amplamente citado entre os entrevistados desta pesquisa, é o denominado princípio da *Transversalidade*. Este princípio pode ser entendido como um conjunto de estratégias que resgatam a visão integral do sujeito<sup>11</sup>, considerando a sua participação no processo de construção das respostas para as suas necessidades, além de apontar questões que incluem as várias fases do ciclo da vida, as demandas de gênero e as demandas de portadores de patologias e/ou deficiências temporárias ou permanentes. Assim, a transversalidade é entendida como complementaridade, confluência e reforço recíproco de diferentes políticas de saúde (BRASIL, 2010). Nossos entrevistados comentam sobre a inovação que a Política de SPN carrega pelo fato de ter como princípio a transversalidade:

(...) porque ela é uma inovação em si, como uma política, com esse caráter transversal, o SUS não tem tradição de fazer políticas transversais, não é? Políticas com 'T' maiúsculo (entrevistado 01).

Eu compreendo a política como uma política transversal, mas que pra exercer a transversalidade ela precisa ser induzida, ela precisa induzir algumas áreas. Eu vou dizer assim, uma coisa que eu tô trabalhando agora: a linha de cuidado em respeito à saúde da mulher não vai resolver a questão da mortalidade materna se não olhar pra questão da mortalidade materna nas mulheres negras. Isso significa que tem uma série de temas que a gente não sabe que são inerentes a essa questão da saúde da mulher, então vamos pegar aí, a questão do aborto, a questão da eclampsia, da pré-eclâmpsia, etc., mas se eu não tocar na cabeça do profissional de saúde ou dos profissionais que atendem as mulheres que, no caso da mulher negra a diabetes e a hipertensão são fatores que podem estar relacionados à eclampsia e pré-eclâmpsia, que a questão do aborto é um ponto fundamental, eu não vou reduzir a mortalidade materna. Então, o que é isso? É a Política de Saúde da População negra ou a Política de Atenção Integral à Saúde da mulher? Então, acho que a Política de Saúde da População Negra ela vem mostrando isso, ela vem delimitando as outras políticas ou mostrando alguns nós das outras políticas (entrevistado 03).

O documento da política lançado pelo Ministério da Saúde aborda a marca da política, suas diretrizes, objetivos, estratégias de gestão e as responsabilidades de cada esfera de gestão pública para sua implementação. Além disso, contém como anexos a *portaria nº 992/2009* que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e o *Plano Operativo* da

---

<sup>11</sup> Em consonância com o princípio da Integralidade em Saúde, retoma a visão integral do sujeito, porém, observando-se uma ênfase no processo de incursão da temática étnico-racial em todos os setores das políticas sociais e dos programas e políticas de saúde.

PNSIPN destinado a estabelecer as estratégias, os indicadores e as metas que devem orientar a intervenção do SUS no enfrentamento às iniquidades em saúde com abordagem étnico-racial. A marca da política é assim definida: *reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde* (BRASIL, 2010).

Nosso entrevistado reforça o eixo de combate ao racismo, como linha estruturante da organização da PNSIPN por possibilitar a construção de ações afirmativas para o combate aos dados de morbimortalidade. Ele nos diz: *A política, a primeira coisa que ela diz é que o racismo é um problema pra saúde* (entrevistado 02).

As diretrizes da política abordam a necessidade de incluir a temática do racismo e da saúde da população negra na formação dos profissionais de saúde e no exercício do controle social, ampliação do movimento negro nas instâncias de controle social do SUS, incentivos à produção de conhecimentos no campo, reconhecimento de saberes populares, destacando-se aqueles das religiões de matriz africana, monitoramento e avaliação das ações de combate ao racismo e redução das desigualdades raciais em saúde e desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação que fortaleçam a identidade negra positiva e contribua para a redução das vulnerabilidades. Seu objetivo geral comporta: *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).

No caso das estratégias de gestão da PNSIPN desperta-nos a atenção a *estratégia nº XVIII* que estabelece a busca por articulações, não apenas com outras políticas de saúde, mas também através do estabelecimento de acordos de cooperação nacional e internacional visando a promoção da saúde da população negra e a produção permanente de pesquisa neste campo. A política também define a importância de estar atrelada ao *Plano Nacional de Saúde*, à *Portaria interministerial 1426/2004* que aprova diretrizes da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei e ao *Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (estratégias XIV e XV)*, buscando uma parceria para promoção da equidade.

Em seguida são definidas as responsabilidades de cada esfera de gestão nos âmbitos federal, estadual e municipal. Não nos cabe destrinchar cada uma de suas atribuições, restando-nos, portanto, destacar uma questão premente em políticas de saúde no Brasil. O financiamento para a execução das ações em SPN depende das pactuações realizadas nas *Comissão Intergestores Tripartite (CIT)* e *Comissões Intergestores Bipartite (CIB's)*, sem que haja uma rubrica específica para tais ações afirmativas em saúde. Deste modo, seguindo a mesma lógica das políticas de saúde como um todo, a política de SPN também sofre com

definições de financiamento, transformando ainda mais complexa a produção e execução de ações neste campo.

O Plano Operativo da PNSIPN define estratégias e metas a serem atingidas para reorientação do SUS em seu enfoque étnico-racial. Tais ações e metas coadunam-se com o PAC (Programa de Aceleração do Crescimento) – Mais Saúde: Direito de Todos e os Pactos pela Saúde. Os principais objetivos do plano operativo dizem respeito à 1) garantia e ampliação do acesso da população negra residente em áreas urbanas, do campo e da floresta às ações e aos serviços de saúde; 2) inclusão da temática étnico-racial na formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social; 3) identificação, combate e prevenção das situações de abuso, exploração e violência; 4) garantia de utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas e 5) identificação das necessidades em saúde da população negra.

Este plano foi dividido em duas fases com metas específicas e dispostas a serem realizadas em dois anos, cada uma das fases. A primeira fase compreendeu o período de 2008-2009 e a segunda fase destinada aos anos de 2010-2011. Foram priorizados dois problemas presentes nas duas fases do plano, incluindo as ações e metas que incidem sobre os diferentes condicionantes e determinantes que sustentam a desigualdade em saúde e acometem a população negra.

O primeiro problema foi intitulado do seguinte modo: *Raça Negra e Racismo como Determinante Social das Condições de Saúde: acesso, discriminação e exclusão social* [grifo nosso]. Neste caso, estão previstos mecanismos de educação e qualificação de gestores, profissionais de saúde e lideranças do movimento negro, além do fomento à criação de instituições que possam promover a equidade em saúde, através de áreas técnicas, grupos de trabalho ou comitês técnicos no âmbito do SUS e inclusão da abordagem étnico-racial nos estabelecimentos de formação em saúde.

Os recursos financeiros estão definidos, em sua maioria, pela portaria nº 3060/2007 – uma rubrica destinada à qualificação da gestão do SUS “no que se refere à regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento, participação popular e ao fortalecimento do controle social, para o ano de 2007” (BRASIL, 2007). O total para a Atenção à Saúde da População Negra nesta portaria contabiliza o valor de R\$ 1.500.000 (um milhão e quinhentos mil reais) para as cinco regiões do país.

O destaque, acima, na expressão *Raça Negra*, será de suma importância para as discussões em torno do uso da categoria raça logo mais. Uma informante em potencial<sup>12</sup> fez questão de nos mostrar o modo como o texto da política enfatiza a raça como responsável pela produção das desigualdades. Há aí um erro de entendimento sobre o modo como são compreendidas tais categorias, na elaboração das políticas públicas, enquanto elementos causadores das desigualdades. A determinação social das condições de saúde está na raça ou no que a sociedade impõe à raça?

O segundo problema do Plano Operativo foi definido como *Morbidade e Mortalidade na População Negra*. Foram elencadas as ações para a redução das taxas de mortalidade na população negra, com ênfase na redução da mortalidade materna, infantil e por mortes violentas. As principais ações e respectivas estratégias giram em torno da implantação de núcleos de prevenção à violência e promoção à saúde, análise da situação de saúde segundo etnia/raça/cor, implantação da ficha de notificação e investigação de violência doméstica, sexual e outras violências, além de muitas ações específicas no combate à mortalidade materna e infantil, implantação do programa de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias e Implantação de Equipes de Saúde da Família em territórios quilombolas.

O financiamento deste segundo eixo de problemas centra-se nos recursos estabelecidos no Plano Plurianual (PPA) 2008-2011 e nos recursos do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) – Mais Saúde: Direito de Todos (programa em consonância com as políticas de desenvolvimento econômico e social do governo Lula), além de outras portarias. Fica definido no texto da política que a transferência de incentivo financeiro para a execução das ações deve se dar por meio de repasse automático aos fundos estaduais, do Distrito Federal, municipais e outras modalidades. As esferas de gestão – federal, estadual e municipal – assumem como responsabilidade de implementação do Plano Operativo a definição do financiamento, a priorização de ações e o monitoramento e avaliação.

Podemos sintetizar a Política Nacional de Saúde da População Negra como um modelo inovador de política transversal, pertencente ao Sistema Único de Saúde e possuindo a incumbência de relacionar as ações do SUS às questões da população negra brasileira. A PNSIPN busca, nos moldes da cartilha do SUS, garantir a melhoria das condições de saúde desta população através da promoção da equidade em saúde.

---

<sup>12</sup> Referimos, neste caso, a ‘informante em potencial’ pelo fato de que este informante nos deu informações cruciais acerca das questões raciais e políticas do processo de formulação da política de SPN, porém, não pôde fornecer-nos uma entrevista formal diante de circunstâncias diversas.



A política de SPN nos pareceu dotada de uma estrutura mais flexível que pudesse se conformar do melhor modo em cada localidade sobre a qual deva se estabelecer. Todavia, um de nossos entrevistados aponta para os perigos e possibilidades da política sob a ótica dos representantes do movimento negro nos espaços de negociação e implementação, alertando para o fato de que no bojo de uma política pública não necessariamente a força bruta, à revelia do diálogo político, terá valor:

Eu começo a me perguntar como é que meu modelo que, na verdade, não é uma esfera, é uma massa de modelar em forma de bola, que vai fazer assim, vai fazer assim, vai fazer assim, pra entrar em cada lugar. Eu acho que o erro das nossas companheiras é pensar que eu entro com modelos rígidos, eu tenho lá uma esfera de aço que eu entro arrombando os espaços, entro batendo, batendo, batendo, e vou entrando (...) [a política de SPN] ela é homem, ela é mulher, ela é velho, ela é novo, ela é hetero, ela é gay, ela é aquilo que você quiser ver (...) ela tá sendo pensada por algumas pessoas pra cobrir o sistema, ela tem que entrar no sistema [SUS]. Ao entrar no sistema, essa política, ela não necessariamente ela tem um formato, aquilo que eu falei da forma e que aí é um erro também. É pensar, saúde da população negra na Bahia, começa com anemia falciforme? Começa com candomblé? Começa com o que? (entrevistado 04).

O entrevistado acima nos alerta para o fato de que a política de SPN não deve construir modelos rígidos que a impeçam de ser efetivamente implementada enquanto política social e que o princípio organizativo da transversalidade não é condizente com ações verticalizadas, realizadas de um único modo em toda diversidade da nação brasileira. Esta visão parece demonstrar a necessidade de pactuar-se com a lógica já existente para o setor saúde, até mesmo porque as propostas políticas do Sistema Único de Saúde e da Reforma Sanitária Brasileira não são contrárias às diretrizes de cidadania e direitos humanos.

A política de Saúde da População Negra foi e vem sendo uma grande provocação nos espaços em que tem sido debatida e implementada. Assim como outras ações em políticas afirmativas, trata-se de um desafio que remonta às primeiras discussões aqui empreendidas em torno das desigualdades e dos direitos humanos. Ela é provocadora sob diversas óticas, é provocadora à medida que se alimenta de novos paradigmas para o setor da saúde, à medida que busca novos referenciais numa tentativa de repensar as práticas científica e médica, é também provocadora à medida que explicita a *falta* na política, a falta daquilo que não está escrito e que precisa ser dito no seio da sociedade brasileira racialmente excludente. Tais

provocações estariam em consonância com todo o Sistema Único de Saúde e suas últimas atualizações e inovações<sup>13</sup>, não fossem os aspectos em que tocam a política de SPN.

Dizer que existe racismo e que ele é o responsável direto pelas principais iniquidades em saúde de uma parcela significativa da população brasileira pode ter sido a primeira e mais séria das provocações. Em seguida, a busca por uma interpretação mais crítica da realidade brasileira, através da descolonização do conhecimento e dos esforços em apresentar outras vozes e fontes de conhecimento, também gerou desconfortos àqueles que continuavam buscando os clássicos nas leituras dos fenômenos sócio-raciais<sup>14</sup>. Além do mais, a abertura empreendida pela saúde coletiva para os saberes e práticas culturais, precisa ser melhor repensada, no âmbito dos serviços, por conta da necessária inclusão dos tradicionais conhecimentos das religiões de matriz africana, também incluídas no texto da política.

A política de SPN terminou por estampar dualidades que surgem nas políticas sociais voltadas aos grupos mais desfavorecidos. Na análise empreendida por Yannoulas e Soares (2009) sobre políticas transversais, as autoras apontam dois pares dicotômicos presentes em políticas públicas que tendem a responder às demandas sociais: em primeiro lugar, tem-se a dualidade universalidade X focalização – que no caso da saúde pode se expressar em questões mais amplas e conceitos extremamente caros através da dualidade universalidade X equidade. Veremos essa díade mais adiante.

Um segundo par dicotômico pode ser expresso na tensão entre políticas setoriais ou específicas e políticas transversais, como a PNSIPN, que foi inicialmente interpretada como uma política focal em saúde e definida posteriormente nos termos de uma política transversal. De antemão é preciso estabelecer uma separação entre políticas que implementam ações em setores distintos (políticas específicas ou setoriais, como a política de saúde) e políticas que estimulam a incorporação de problemáticas específicas na formulação e avaliação de políticas setoriais, neste caso, poderíamos pensar a própria Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

---

<sup>13</sup> Neste caso referimo-nos às reformulações que o SUS e o setor saúde vêm sofrendo desde os Pactos pela Saúde em 2006 e as novas discussões do campo da saúde coletiva que levam em consideração novas práticas e racionalizações em saúde para além da visão biomédica disponibilizadas pelos serviços do sistema.

<sup>14</sup> Neste caso, reportamo-nos às provocações que Boaventura de Sousa Santos (2010) vem trazendo à produção do conhecimento no período pós-colonial. Sua ideia de “epistemologias do sul” produz críticas aos modelos epistemológicos dominantes centrados na diferença cultural do mundo moderno cristão ocidental e na diferença política do colonialismo e capitalismo. O autor aponta a necessidade da diversidade de saberes para que a *‘intencionalidade e inteligibilidade das práticas sociais seja a mais ampla e democrática’*.

A inovação enquanto política transversal está aliada a um movimento presente nas políticas de desenvolvimento socioeconômico de alguns países que têm preconizado a necessária mudança nos modos de gestão das políticas sociais dentro do contexto contemporâneo da gestão das políticas públicas. Tais políticas devem estar sempre em consonância com as questões do “com quem”, “para que” e “para quem” são dirigidas. Elas requerem urgência, inovação e rigor quando do tratamento de questões delicadas como combate à pobreza ou desigualdades de gênero e de raça.

Deste modo é que Pereira *et al* (2010) confirmam a importância de se transversalizar as questões de gênero e raça nas políticas públicas. As autoras, a despeito de analisarem as questões de gênero, nos permitem fazer uma digressão em torno de questões e justificativas para uma política que se responsabilize pelas questões do negro no âmbito da saúde. As desigualdades raciais em saúde, a identificação de doenças e agravos prevalentes na população negra, os efeitos do racismo e as condições de vulnerabilidade a que está submetida esta parcela da população no país, são os elementos que impõem a necessidade de políticas sociais com base nas questões étnico-raciais.

A opção por uma visão transversal de uma política pública permite que se atue especialmente nas dimensões política e estratégica para fomentar o trabalho operacional, através de linhas setoriais. O recurso da transversalidade numa política pública exige recurso de informação, capacidade de análise, de identificação de objetivos, influência política, formulação de estratégias capacidade de relação e de empatia e financiamento. Este último ponto crucial pelo entendimento de que a transversalidade deve ser vista com relevância e prioridade de gestão (SERRA, LONGO, 2004).

A transversalidade da Política de SPN vai mais adiante quando incorpora o componente do combate ao racismo, como declarado no texto. Voltamos, mais uma vez, às provocações. O documento disponibilizado pelo DFID *Subsídios para o enfrentamento do racismo na saúde* (DFID, 2007), sob coordenação de Fernanda Lopes, ratifica as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR) que, enfatizando seus princípios norteadores, nos diz:

Os princípios norteadores da PNPIR envolvem: (a) transversalidade, ou seja, incorporação do combate ao racismo e às desigualdades sócio-raciais e da perspectiva de promoção da igualdade racial em todos os setores e níveis de atuação (...) (DFID, 2007).

Deste modo, nossos entrevistados, em sua maioria, comentam que a política de SPN, para que possa dar certo deve, efetivamente, responder às questões do racismo na sociedade brasileira, pois, como afirmam, “*ele está na base de tudo*”, mas a sociedade, os profissionais de saúde e gestores não o concebem como problema ou têm muita dificuldade com esta temática, não incorporam tais discussões em suas práticas cotidianas. E, por mais que as discussões tenham se ampliado, o que alguns informantes têm sinalizando é que este tema ainda é tabu, assunto proibido e longe de ser finalizado.

O segundo par dicotômico universalidade X equidade não aparece entre os entrevistados exatamente como um ponto de tensão. Neste caso, buscamos aqui confrontar o uso do princípio da equidade com alguns aspectos identificados por autores nacionais sobre a incorporação deste conceito no setor saúde. A primeira observação a ser levantada diz respeito ao fato de que parece unânime a justificativa de uma política de tal monta, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, através da necessidade de repensar a igualdade de ações e serviços, seguindo a lógica de que a *igualdade não pode ser justa*, como bem demonstrada pelos organismos internacionais a partir da máxima: *tratamento desigual para os desiguais e diminuição das diferenças evitáveis e injustas*. No caso do Sistema Único de Saúde e da política de SPN, nossa entrevistada comenta:

(...) a nossa estratégia foi a letra do SUS literal, entendeu? Nós não entramos em contradição com o SUS, né. Nós não pedimos, como os gestores diziam, caixinhas pra negros no SUS, orçamentinho da saúde. A gente pediu o SUS inteirinho, então nós não entramos em contradição, entramos em contradição com a gestão do SUS, mas com o SUS não, nossa estratégia foi pegar a letra do SUS, pegar desde a constituição, [lei] 8080, 8142, sabe aquelas coisas? Tá escrito ali, né, tá escrito ali. E pegamos um princípio que o SUS não se interessa que é o da **Equidade**. E a gente fica martelando ele todo dia, porque o SUS gosta de dizer que é universal, o que não é verdade, né, se vangloria um pouco de ser integral, da integralidade, porque tem transplante, tem não sei o que, mas não tem nenhuma vergonha de não atender índio, negro, né... (entrevistado 02).

Como já mencionado, o uso do conceito/princípio da equidade só aparece no setor saúde a partir das Normas Operacionais Básicas. A constituição brasileira e a lei 8080 enfatizam a dimensão da igualdade dos direitos. Todo modo, a equidade se detém sobre as contradições cotidianas e pode ser entendida como um instrumento da Justiça concreta, concebida para resolver as antinomias ou contradições entre as diversas fórmulas da justiça formal. Ela implica a intervenção de agentes sociais e, no espaço específico da saúde, se aplica à formulação das políticas de saúde e políticas públicas intersetoriais. A equidade enfatiza a participação e governança determinada pela cidadania plena, em um contexto de liberdade e democracia (VIEIRA-DA-SILVA, ALMEIDA-FILHO, 2009).

O fato primordial é que a noção de equidade requer pensar a dimensão do indivíduo, ou grupos específicos de indivíduos que, historicamente, foram subjugados, negligenciados e se tornaram grupos mais vulneráveis e necessitados. Essa visão focada no indivíduo, já alertada anteriormente, pois fomentada por organismos internacionais desde a concepção dos direitos do homem e do resgate do indivíduo detentor de direitos civis e sócio-políticos, determina ideologicamente um caminho a ser percorrido pelas políticas sociais, que vai de encontro às propostas de políticas universais, responsáveis por críticas mais severas aos modelos macroeconômicos e buscando mudanças mais estruturais nas sociedades de capitalismo contemporâneo.

Além do aspecto acima apontado, Pinheiro *et al* (2005) consideram mais uma questão-desafio para a inclusão da equidade no âmbito das políticas públicas brasileiras. Para os autores, a política brasileira é marcada por relações sociais, com forte ênfase no personalismo e na hierarquização da sociedade. Deste modo, perguntam-se: como conjugar esta realidade política com a proposta da equidade que demanda uma perspectiva de justiça social e impessoalidade? Para os autores, há um avanço do uso do termo equidade no país e, em suas visões, tal fato advém das transformações em tecnologia da comunicação, características do processo de globalização e que permitem visibilidade às desigualdades (*idem, ibidem*, p. 452).

Os autores analisaram o significado do termo equidade nos relatórios finais das 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde. Seus achados apontaram um aumento do uso do termo ao longo dos anos, passando de duas referências ao termo equidade na 9<sup>a</sup> conferência para 25 aparições da expressão na 11<sup>a</sup> conferência de saúde. Alguns de nossos entrevistados apontaram que desde a 11<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde já se vislumbravam apontamentos e questões sobre a realidade da saúde do negro, de modo a iniciar os debates em torno da questão étnico-racial no setor e na pauta deste importante evento da saúde pública.

Segundo os autores, a equidade aparece de modo vago e impreciso em todas as conferências. Em geral, foi destacado uso genérico e carregado de retórica e chavões, com avaliações vagas e subjetivas. Foram identificadas proposições gerais e inespecíficas, quase nunca identificando grupos sociais sobre os quais alguma política devesse recair. Foram destacadas assertivas como: *assegurar a equidade, garantir a equidade da atenção, deve-se assegurar hierarquização, regionalização e equidade* (*idem, ibidem*). Todas carregadas por uma forte *retórica ascética*, nos termos dos autores.

Analisamos a 12<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde de acordo com a leitura realizada pelos autores acima e identificamos a ocorrência de uso do termo equidade 21 vezes. A 12<sup>a</sup> Conferência ocorreu já no âmbito do governo Lula, contando com ampla participação social e

grande destaque de representantes do movimento negro, pois se tratava do momento de efervescência política da primeira gestão daquele governo. Observamos que há avanços no uso e atribuições do conceito/princípio da equidade. O termo não aparece de forma vaga e imprecisa, pois foi identificada a relação direta da equidade enquanto princípio do SUS, vinculado à ideia de Justiça Social e Inclusão. Ele também aparece com referências à necessidade de implementação de políticas públicas intersetoriais por conta das iniquidades geradas na saúde provirem das desigualdades em diversos setores da vida (Conferência Nacional de Saúde, 2004). O relatório final desta conferência nos diz:

A construção da equidade é o objetivo estratégico principal que perpassa todos os outros desafios. Envolve o diagnóstico das desigualdades no âmbito de microterritórios, a discriminação positiva com aporte de recursos e ações diferenciadas, a intersetorialidade das ações de promoção e proteção da saúde, a humanização do atendimento e a elevação da qualidade da atenção à saúde (12ª CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

Com o avanço das discussões raciais no país, a partir da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, observamos uma construção da noção de equidade mais relacionada às iniquidades raciais. O distinto princípio da igualdade e da justiça é complementado com a perspectiva das desigualdades injustas. A PNSIPN assim define a equidade:

Igualmente importante é o princípio ético da equidade. A iniquidade racial, como fenômeno social amplo, vem sendo combatida pelas políticas de promoção da igualdade racial, impulsionadas pela SEPPIR. Coerente com isso, o princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos onde a diversidade seja um valor, deve desdobrar-se no princípio ético da equidade, que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para supera-las. Em saúde, estas ações devem priorizar situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população em situação de iniquidade (BRASIL, 2010).

As questões que persistem são aquelas sobre o porquê da não realização completa dos projetos universalistas de garantia da igualdade de direitos. Trata-se, pois, de uma questão delicada porquanto permeie dimensões da filosofia política<sup>15</sup>, pouco exploradas neste trabalho. Entretanto, arriscamos apontar que, para além da visão estreita e focada no indivíduo e suas capacidades, segundo as teorias de Amartya Sen, a existência da diferença, dos

---

<sup>15</sup> A filosofia política refere-se à tensão entre liberdade e igualdade que necessariamente deve recair nas discussões sobre uma desigualdade legítima, tolerada e necessária à plena realização do homem e reprodução da sociedade. A esse respeito, ver GURZA LAVALLE, 2003.

distintos modos e conformações socioculturais – até mesmo as diferenças físicas – estão presentes e conformam visões que, arbitrariamente ou não, produzem desigualdades.

É deste modo que Gurza Lavalle (2003) afirma a *espinhosa* relação entre igualdade e diferença e como tais discussões recaem nas noções de cidadania, tão propalada como responsável pela afirmação dos direitos sociais. O autor demonstra que a busca pela cidadania, ou melhor, sua efetivação no seio das sociedades democráticas, atuou no reconhecimento de *diferenças legítimas* que puderam ser incorporadas a sistemas institucionalizados e abstratos de solidariedade social. Assim, é estabelecido um binômio integração/desintegração social na formação dos Estados-Nação e que, na visão do autor, advém da evolução da cidadania no seu sentido de equacionamento simbólico e institucional.

O autor prossegue demonstrando como a igualdade teve de dar conta de duas questões, simultaneamente, quais sejam, a desigualdade, percebida através do plano das disparidades socioeconômicas e das condições que perpetuam acesso desigual aos recursos materiais; e a diferença, relacionando-se ao status de cidadania e da delimitação do conjunto de iguais que formam a comunidade política, a identidade. A desigualdade seria resolvida a partir da integração socioeconômica levada a atingir a equalização, enquanto que, no caso da diferença, a resolução estaria nas possibilidades de integração político-cultural até atingir a homogeneização. Para ele, a cidadania vem sofrendo bloqueios por parte dos Estados que não comportam a quantidade de demandas a serem investidas em forma de direitos, impedindo uma efetiva universalização da equidade (*idem, ibidem*).

A expressão da interface igualdade/diferença no campo da saúde envolve não apenas a dimensão da cidadania como expressão de direitos, mas deve abarcar os processos de saúde-doença-cuidado nos diversos grupos sociais e de determinação social da saúde-doença. Nesse sentido, quando são apontadas as desigualdades em saúde, as diferenças que apenas demarcariam a diversidade da sociedade, transformam-se em iniquidades referentes à concentração de poder dentro da mesma. A política de SPN não apenas requer o reconhecimento da população negra no seu sentido valorativo, como necessita de ações redistributivas.

## **5.2 Visões e Implicações do uso de *Raça* na saúde**

Nossa pretensão inicial com esta pesquisa buscava identificar as concepções dos atores políticos sobre as categorias raça e cor da pele, mediante as leituras de artigos nacionais que criticavam a possível ‘racialização’ das políticas de saúde. Observamos, no decorrer da coleta

e análise dos dados que, além da dimensão conceitual sobre o uso de tais categorias nas políticas públicas, o aspecto político-ideológico também permeava tais posicionamentos e concepções.

Iniciamos nossa discussão com a observação de uma de nossas entrevistadas, que, não fazendo parte de nenhum grupo político ligado ao movimento negro, participou do processo de formulação da política sob a ótica do Ministério da Saúde, lugar institucional que ocupa e do qual defende os preceitos do sanitarismo brasileiro. No tocante à dimensão étnico-racial e à acusação, da parte de alguns autores nacionais, de que a PNSIPN se tratava de uma tentativa de racialização do campo da saúde, esta entrevistada defendeu a política em torno de argumentos que não necessariamente remeteriam às questões de raça ou racialização:

porque a crítica que eles [MAIO, MONTEIRO, 2005] faziam era ao verticalismo, era o apartheid que se criava com essa concepção [política de SPN]. E exatamente quando nós concebemos com essa outra vertente [transversalidade], ela ganha sustentabilidade porque ela é coerente com o SUS e ela não cria um monstro dentro do sistema único de saúde e essa era uma crítica que eles faziam. Então, porque nós agregamos não só também a condição étnico-racial, mas especialmente a condição de classe, a condição de exclusão social, porque não nos apegamos a um fator, a um dado, essencialista e naturalizado como a raça e etnia pode a princípio parecer, né. Então, isso tudo, se você ler a política com atenção, foi decorrente dessas negociações, dessas acomodações políticas e conceituais ao sistema único de saúde e isso, talvez, uma leitura crítica da política, ela precisa ser um pouco mais aberta, por isso que eu acho que a contribuição do movimento é importante, mas nós ali imprimimos uma contribuição de saúde, de sanitarismo. Tá bom? E de Reforma Sanitária! (entrevistado 01).

A fala acima demonstra os dois pólos de discussão das desigualdades na sociedade brasileira, quando o assunto é política afirmativa: desigualdade social X desigualdade racial. A entrevistada acima justifica que a política é viável porque inclui outras dimensões sociais, além das questões étnico-raciais. Porém, deste modo, desloca-se do verdadeiro emblema provocado por essa política – as discussões em torno da retomada da categoria raça no setor saúde e do racismo como um determinante de desigualdades e injustiças.

Fry *et al* (2007) alegam que a raça é uma construção social, presente no dia a dia e que deve ser utilizada em estudos e pesquisa. Porém, afirmam que a categoria raça não é mais nem menos essencial do que a classe social, resgatando a dimensão da hierarquia das desigualdades sociais, essenciais na análise do setor saúde. Os autores comentam:

A epidemia [AIDS] afeta desproporcionalmente a quem? Negros? Pobres? Proletários? Classe média? Nordestinos? Para comprovar que ela de fato afeta de forma desproporcional negros enquanto negros, e não por serem pobres, numa sociedade iníqua, que, inegavelmente, apresenta uma concentração maior de negros entre os mais pobres, seria necessário padronizar todas as taxas, segundo o que fosse



possível obter do que está disponível (o que, no caso da AIDS não nos parece factível devido à fragilidade das bases), e controlar os achados pelas características sociais que não a raça/etnia (como renda ou nível educacional) (FRY *et al*, 2007).

A tônica das desigualdades socioeconômicas aparece nas análises das questões sociais brasileiras e, inclusive, na definição de alguns agravos e problemas de saúde definidos nos termos da política como mais prevalentes na população negra. Além da dimensão das doenças genéticas, as condições de vida de uma parcela significativa desta população são extremamente desfavoráveis, levando-nos a pensar que algumas necessidades em saúde da população negra são as mesmas de toda a população pobre e de baixa renda. Porém, as desigualdades segundo raça e cor da pele vêm, cada vez mais, sendo descortinadas e trabalhadas, aprimorando-se os dados e categorias de análise (PAIXÃO e CARVANO, 2008). Este parece ser ainda um processo longo no qual serão necessários diálogos cada vez mais intensos entre as categorias já instituídas pelo IBGE, as categorias políticas trazidas pelos movimentos e novas formas de classificação étnico-racial, que possam, inclusive, ultrapassar barreiras geográficas diante do novo cenário global.

Entretanto, voltemos às distintas visões ocorridas ao longo da construção do campo da saúde da população negra brasileira. Não nos surpreendeu a fala de um dos nossos informantes quando abordou os embates em torno da clássica dicotomia raça X classe social:

Essa foi uma discussão que apareceu muito quando a gente discutiu os desafios e as diretrizes porque havia um debate se eram desigualdades... isso é importante ressaltar, dentro do governo isso, se eram desigualdades sociais ou raciais. A gente insistiu muito, a gente já defendia, a gente que eu digo, porque tinha um grupo de pessoas que defendiam muito porque era importante ressaltar essa questão das desigualdades raciais, né. Eu diria que foi um primeiro *round*, né, de uma discussão que permaneceu durante todo o governo, né? (entrevistado 06).

Longe de podermos resolvê-la, trabalhar com tais categorias necessita buscar referências que não as abordem como categorias excludentes, muito embora, no caso da política de SPN, haja uma prioridade bem definida. A raça é de fato uma categoria essencial para abordar as desigualdades em saúde e as implicações e efeitos do racismo sobre os sujeitos. É preciso, entretanto, abordar as especificidades das relações raciais e da estrutura das desigualdades brasileiras, pois, para Guimarães (2004 apud Lima, 2010) as desigualdades raciais continuam sua reprodução ampliada juntamente com uma espécie de suavização das atitudes e dos comportamentos racistas.

Os estudos de Carlos Hasenbalg e Nelson do Valle foram pioneiros em demonstrar as desigualdades raciais brasileiras e sua expressão ao longo da história do negro no país. Os

autores apresentaram dados da relação escravo-senhor, dos processos de industrialização e discussões em torno de classe, estratificação social e mobilidade social. Hasenbalg (2005) é categórico ao abordar a questão da estratificação racial em contraposição a estrutura de classes e de estratificação social. O autor aborda o conceito de privilégio racial relacionado a exploração econômica e ao fato de que o grupo dominante branco extrai uma certa “mais valia” psicológica, cultural e ideológica do colonizado.

O autor discorre sobre os processos de estratificação e mobilidade social, demarcando que no caso de não-brancos as possibilidades de bons resultados numa arena competitiva (posição de classe, ocupação, renda e prestígio), estabelecendo-se os mesmos recursos, são infrutíferas. Ele nos diz: *“Em suma, a raça, como traço fenotípico historicamente elaborado, é um dos critérios mais relevantes que regulam os mecanismos de recrutamento para ocupar posições na estrutura de classes e no sistema de estratificação social”* (HASENBALG, 2005, p. 124).

Lima (2010) também se utiliza dos trabalhos de Hasenbalg e Valle argumentando sobre a utilização mais recente de modelos estatísticos sofisticados, capazes de corroborar os estudos dos autores. Ela comenta sobre o fato de que a rigidez da estrutura de classes no Brasil parece ser independente da variável raça/cor, embora ela venha ganhando importância analítica nas chances de mobilidade, tentativa de manutenção do status e disputas por posições ocupacionais de maior status entre os mais escolarizados. Abrindo espaços, deste modo, para estabelecermos de uma vez a proposição de que o racismo é um fenômeno presente nas sociedades capitalistas, visto *“como ideologia e como conjunto de práticas cuja eficácia estrutural manifesta-se numa divisão racial do trabalho”* (HASENBALG, 2005).

Se bem observamos, no processo de construção do campo da saúde da população negra, há um deslocamento, com o passar dos anos, do foco nas doenças e agravos mais prevalentes para uma atuação mais acentuada em torno do reconhecimento e combate ao racismo institucional. Além da influência das agências internacionais neste processo, já discutidas, destacamos também uma mudança que não é meramente retórica, pois concentra esforços na demarcação da desigualdade racial. As discussões relacionadas às doenças e agravos específicos de uma dada população faziam com que as discussões tomassem rumos diferentes, mais focalizadas nos aspectos biológicos e na relação raça-genética (abordaremos esse aspecto mais adiante).

Assim, mais que debater a incorporação da categoria raça/cor nas políticas de saúde, nossos informantes, em sua maioria, apontavam que as discussões sobre a pertinência ou não da raça criavam um debate vazio, raça, nesse caso, faz sentido apenas para que se possa tratar

do racismo – enquanto sistema ideológico – é sobre ele que se tem que trabalhar e combater. O combate ao racismo institucional passa a ser o eixo estruturante da política de SPN, trazendo a tônica do “*racismo faz mal à saúde*”.

Contudo, as discussões sobre desigualdades no mundo partem da premissa dos atributos dos indivíduos (sexo, raça) como fatores preponderantes e produtores de desigualdades em diferentes contextos. Tal abordagem recai sobre o sujeito e menos sobre as estruturas de base das distintas sociedades – modo de produção e lógica de desenvolvimento. No momento em que essas discussões de raça se colocaram no campo da saúde, também provocaram alvoroços em torno da dicotomia raça X biologia. Além da dimensão das desigualdades, outro aspecto se confundia nas análises sobre a raça e a saúde, qual seja, o possível vínculo entre identidades raciais e determinadas doenças, gerando estigmas e uma impossibilidade de se estabelecer tais vínculos entre população negra e determinadas doenças específicas (tais como anemia falciforme) por conta das características da miscigenação brasileira.

Todo modo, a dimensão biogenética está presente na formulação da política de SPN, mesmo tendo representantes do movimento negro afirmando que a discussão de raça se voltava para sua dimensão social. As discussões sobre as doenças mais prevalentes reforçavam a raça enquanto categoria biológica. Este elemento pode nos levar a pensar que talvez por esse mesmo motivo a política de SPN tenha se reconfigurado em outras dimensões dentro do Sistema Único de Saúde, aproximando-se das orientações de outros modelos, comprometidos com a promoção da saúde. Esta dimensão permite abordar o racismo com mais força, embora negligencie o departamento das doenças crônicas, local onde se encontra a doença que chegou a ser o carro-chefe da política – a anemia falciforme.

Quando questionado sobre tais assuntos, nosso entrevistado retoma a discussão referida anteriormente sobre a formação da sociedade brasileira:

Acompanhei pouco, mas, quer dizer, tem várias vertentes dessa discussão, né, que eu tenho um problema com essa história de fazer a discussão de raça vis a vis a discussão genética, né. E a gente não tá fazendo a discussão de raça vis a vis o genético, tá fazendo a discussão de raça vis a vis a formação da sociedade brasileira. E eu acho que isso é um desvio proposital, na verdade, para esvaziar uma discussão que é mais séria, que é a discussão da quebra do conceito de democracia racial, a discussão da necessidade de se revelar as estratégias subliminares de execução e de materialização do racismo, quer dizer, isso é uma cortina de fumaça que eu acho que alguns ditos pesquisadores nem, se acham até cientistas, de formatar e fazer uma discussão sobre raça do ponto de vista do que é raça humana e que isso geraria uma distorção do que seria esse conceito de raça numa outra lógica, que nós tamos discutindo uma lógica histórico-social da formação dessa sociedade, da sociedade brasileira (entrevistado 06).

O entrevistado continua, afirmando que a discussão da genética só faz sentido se for para tratar da prática da individualização terapêutica, através da qual, a partir do mapeamento de genes pode ser possível controlar ou evitar agravos sérios em saúde. A discussão genética pode ser frutífera no sentido de se avançar nos estudos sobre padrões de ocorrência das doenças, desde cânceres às doenças como anemia falciforme, ou mesmo hipertensão arterial. Fora dessas possibilidades, a discussão entre raça e genética para a definição de quem é mais ou menos preto não faz sentido.

Uma questão de ordem técnica, que muito percorreu as falas de autores e atores políticos, corresponde ao modo de tratamento dos dados em torno da junção das categorias preto e pardo. Politicamente, trabalhar com a junção destas categorias surtia efeitos importantes no processo de construção das políticas afirmativas no país. No âmbito da educação, por exemplo, tornava-se premente a utilização das categorias em conjunto demonstrando a realidade socioeconômica a que estava submetida a população afrodescendente brasileira. Porém, no setor saúde, era preciso desagregar as categorias preto e pardo, pois, em muitos casos, a junção destes dados mascarava a dura realidade dos dados de desigualdades em saúde apenas dos pretos. O mais difícil no começo foi convencer o movimento negro de que era preciso desagregar tais dados.

O uso e atribuições da categoria *raça* na saúde voltaram-se a diversas questões, algumas delas aqui abordadas. O quadro abaixo pode resumir os principais aspectos a que nossas leituras e entrevistas nos levaram, até o entendimento das principais questões abordadas. Desdobrando-se em três grandes dimensões: racial e social; raça e biologia; raça e identidade nacional, tem-se:

RAÇA E SAÚDE		
IMPLICAÇÕES DO USO DA 'RAÇA'	DESIGUALDADES	Racismo – Raça
		Condições Socioeconômicas Desfavoráveis – Classe – Estratificação Social
	CLASSIFICAÇÃO SÓCIO-RACIAL	Qualidade dos dados epidemiológicos
	IDENTIDADE	Afrodescendência – Afrocentrismo
		Mestiçagem Brasileira

	GENÉTICA	Biologização
		Racialização
		Individualização Terapêutica
	ESTIGMATIZAÇÃO	Vínculo de doenças à raça

Figura 5: Quadro resumo - Usos e Atribuições da categoria raça na saúde.

### 5.3 Limites e Desafios para a Implementação da Política de SPN

Ao longo das observações realizadas quando da participação da pesquisadora na reunião do comitê técnico de saúde da população negra pôde-se perceber um grande número de questionamentos dirigidos à coordenação daquele comitê e aos representantes da SEPPIR. Os atores políticos presentes, tanto do movimento negro quanto de outros espaços como a academia faziam uma leitura política sobre a não realização das ações do comitê relativas à SPN. Foram feitas críticas aos programas e projetos relacionados com DST/AIDS, com os grupos de GLBTTI, as não respostas às questões apresentadas nos boletins epidemiológicos e à própria direção política do programa. Foram muitas sugestões para que o comitê técnico pudesse agilizar as ações de implementação da política de SPN. Destacamos elementos referentes ao processo de implementação da política no sentido de demonstrar as dificuldades atuais que o comitê tem tido sobre a definição de seu papel:

Eu acho que o comitê ele vem assumindo cada vez mais uma dinâmica de uma assessoria técnica e tem deixado os conflitos e o processo de fiscalização e do controle social mais ao próprio conselho nacional e a sua comissão de assessoramento, interinstitucional de assessoramento (...) nem todo mundo tem essa clareza, e acaba-se que dentro do comitê técnico, acaba sendo exercido papel muito grande de controle social. Isso desgasta muito, porque tira a própria força de controle social da comissão vinculada ao conselho e tira a força real do comitê técnico de ser um apoiador técnico pra o avanço da política, de ser um parceiro, né, de ser um cúmplice do Ministério da Saúde em favor da população negra (entrevistado 01).

A política de SPN tem um longo caminho a ser percorrido concernente aos desafios de sua implementação em todo o país. Apesar da proposta de transversalidade das questões étnico-raciais, cada município contém realidades e especificidades em torno das desigualdades raciais e pode definir suas prioridades. Deste modo, a política de SPN tem buscado modos de se efetivar em cada localidade. Portanto, não é necessário que cada município se organize nos moldes da política nacional, com a criação de comitês técnicos locais. A prerrogativa principal prevê que os gestores garantam a inclusão da temática racial

na saúde, com suas respectivas ações em prol das necessidades de saúde desta parcela da população, com base em suas demandas específicas.

O foco da política nacional de SPN, em compensação, concentrada nos esforços atuais de combate ao racismo institucional, levou um de nossos informantes a nos alertar para o fato de que a política não deveria ficar restrita a esta dimensão de atuação. Ele nos diz:

Eu faço a leitura no sentido de que eu acho que algumas bandeiras, elas podem ser erguidas e mantidas sem precisar, necessariamente, você abaixar outras. Então, dar um enfrentamento político hoje, político de espaço efetivo entre a chamada ‘turma da anemia falciforme’ e ‘turma da saúde da população negra’. Um equívoco, porque Anemia Falciforme sempre foi saúde da população negra, mas a nossa visão, saúde da população negra não é só racismo institucional. Como muitos querem fazer crer, que somente o enfrentamento do racismo ou primordialmente o enfrentamento ao racismo é o que vai garantir uma inclusão da saúde da população negra no SUS. Porque, se nós trabalhamos com dados, o que é que eu faço com três mil e quinhentas pessoas por ano nascendo com Anemia Falciforme no Brasil? O que é que eu faço com a taxa de mortalidade de mulheres com doença falciforme, gestantes que beira entre 25% a 50%? A mortalidade de crianças de 0 a 5 beirando a 50%, 60% em alguns lugares? A média de vida dessas crianças sendo de 3 anos, 4 anos de idade? Então tem um elemento aí que também passa também por um entendimento da política de saúde do Brasil... (entrevistado 04).

Do ponto de vista das estratégias e prioridades da política de SPN, observamos que houve uma separação – que parece estar mais relacionada a uma divisão entre os atores e as prioridades assumidas por eles – entre a PNSIPN e o Programa Nacional de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme. A anemia falciforme foi a principal bandeira levantada pelo movimento negro nos primórdios das discussões sobre a saúde da população negra. Porém, após a construção de um programa e um caminho mais consolidado para a anemia falciforme, observamos um descolamento de ações entre as duas políticas.

Em realidade, desde as primeiras discussões no Ministério da Saúde os atores ali presentes comentavam que os problemas de saúde da população negra não se restringiam às questões da anemia falciforme. Muitos debates ocorreram até que se pensassem alternativas para os dois caminhos. A estratégia da política voltou-se à expansão das necessidades em saúde da população negra. O documento do DFID confirma esta perspectiva quando propõe a ampliação do foco de abordagem em saúde da população negra, passando de uma reflexão e ação de atenção integral às pessoas com doença falciforme para um estudo e análise do impacto do racismo na qualidade de vida e condições de saúde (DFID, 2007).

Outro grande desafio a ser encarado pela política de SPN diz respeito ao seu eixo fundamental de ação: as discussões do racismo precisam tornar-se mais amplas, configurar-se um debate de todos, indo além do movimento negro. O racismo ainda é um tema tabu para a

sociedade brasileira. Além disso, é preciso que o movimento negro se abra a novos atores de dentro e de fora do movimento negro para que se ampliem as discussões e ações em prol de educação e disseminação da política de SPN. Para um de nossos informantes, é preciso que o movimento negro se desapropriar, permita uma maior penetração da temática racial nos espaços de dentro e de fora do Sistema Único de Saúde:

O movimento negro precisa se desapropriar, não é um elemento nosso, entende, é um elemento de todos. Principalmente quando isso entra na gestão. E aí, quando eu chego lá na gestão, por exemplo, eu tô com pessoas brancas, loiras, eu tô com mulheres que não são nem aí pro movimento feminista, eu tô com mulheres **brancas** que não estão nem aí pro movimento feminista, imagine pro movimento de negros e de mulheres negras! Esse é o ambiente que eu tô. Então eu me pergunto: perfeito, eu tenho uma lógica, eu tenho uma estrutura da política de saúde da população negra, como é que isso entra... (entrevistado 04).

É preciso, sobretudo, continuar as discussões sobre o racismo, a saúde da população negra e suas especificidades diante do cenário nada amistoso no âmbito das relações raciais brasileiras. Nosso entrevistado continua suas observações e comenta sobre a necessidade de publicização da política de SPN:

Então, há um momento, e eu acho que esse era chegado o momento, que era o momento de se abrir, era um momento assim, que eu me desapego, eu me desaproprio e já que a saúde da população negra hoje não é mais 1995, bandeira de luta, em 2010 ela é uma política pública, minha função é fazer com que o público saiba dela. Alguma campanha de mídia sobre saúde da população negra? Nunca. Rádio? Televisão? (entrevistado 04).

## Considerações Finais

Construímos neste trabalho uma análise ‘eminente’ política. Isso significou, além da demarcação de uma posição política acerca das questões étnico-raciais na saúde, um tratamento do tema da política envolvendo suas principais dimensões. Falar de política impõe, necessariamente, uma descrição, mesmo que sucinta, de aspectos em torno de Governo, Estado, Atores, Sociedade, Poder e Ideologia. Entretanto, ao escolhermos a Política de Saúde da População Negra como foco de análise, optamos por acentuar algumas destas dimensões, especialmente diante da realidade social brasileira.

O processo de formulação de políticas públicas no Brasil implica reconhecer, de um lado o Estado a que nos reportamos e o modo como lida com as questões sociais e, de outro, a formação social que se estabeleceu no âmago de uma nação internacionalmente reconhecida como multirracial e racialmente democrática. Esses dois aspectos são fundamentais para que possamos entender as escolhas e as omissões dos atores políticos em ação quando da elaboração de programas e diretrizes de um governo e de suas políticas sociais.

A sociedade brasileira se construiu de modo bastante peculiar. Vista como a nação fundada sob a herança das três raças, jamais pôde debater de modo claro e substantivo os problemas das desigualdades entre brancos e não-brancos, já denunciadas pelo movimento negro em diversos momentos. Organizada atualmente sob as bases de um capitalismo social, o Brasil foi fruto de uma mescla de duas faces de uma mesma moeda: o colonialismo lhe rendeu a constituição de uma sociedade patriarcal, fechada nos moldes do clientelismo – gerador, ele próprio de desigualdades e assimetrias de poder (NUNES, 1997) e, ao mesmo tempo, o racismo – que se ampliou no país a partir dos processos de escravização e estabelecimento de diferenças inferiorizantes e excludentes (ARAÚJO, 2007, LOPES, 2004).

As possibilidades de uma política de saúde para a população negra, responsável pelo combate às iniquidades em saúde, especialmente aquelas relacionadas às desigualdades raciais, reacenderam as questões não resolvidas acerca da problemática social, pois, a política de SPN levou-nos a pensar: como é possível tratar o dilema da desigualdade no Brasil, especialmente em saúde, levando-se em conta aspectos sociais e raciais sem que pareçam completamente distintos entre si e sem que nenhum se sobreponha ao outro? Como é possível pensar ações afirmativas em saúde? Como tratar a categoria “raça” numa política pública de saúde sem que se limite à dimensão das discussões genéticas?



Guimarães (2002) foi um dos autores responsáveis pela afirmação da raça enquanto uma categoria sociológica necessária ao enfrentamento do racismo. Enquanto categoria analítica, tratou de demarcar aspectos fundamentais da formação da sociedade brasileira, das discussões sobre diferença e igualdade e dos dilemas acerca da classificação sócio-racial no país. Nesse sentido, a retomada das categorias raça e cor da pele no âmbito das políticas públicas foi crucial para as discussões sobre o racismo e as desigualdades raciais em saúde, pois, a despeito das acusações em torno de uma possível racialização deste setor, tais categorias foram fundamentais na demarcação das condições de vulnerabilidade a que foram submetidas esta população.

O período pós-guerras, no século XX, possibilitou uma abertura para as discussões sobre os direitos humanos num contexto internacional, fundando sólidas bases para que organismos internacionais pudessem orientar governos locais em ações afirmativas e reparatórias, em nome do indivíduo detentor de direitos. Esse contexto também auxiliou posteriormente o fomento às ações afirmativas num plano internacional. A saúde global, além de sofrer interferências diretas das demandas econômicas e das variações das condições de saúde num plano macro, também passou a ser depositária de questões como cidadania, territorialização e políticas identitárias (LIMA, 2010).

Transformando-se em lutas por reconhecimento e valorização das populações negras, alguns conceitos foram formulados e levados ao centro da discussão no campo da saúde. A noção de equidade, ainda pouco definida, ampliou as discussões sobre igualdade e justiça e consolidou uma perspectiva teórico-conceitual para a formulação da política de SPN no país. Além disso, o início do século XXI contou com novas possibilidades de acordos entre as nações do globo, obrigando-as a assumirem responsabilidades em nome do combate ao racismo, xenofobia e intolerâncias correlatas.

A busca pelos direitos dos indivíduos também fomentou o surgimento de uma nova sociedade civil, articulada internacionalmente, uma rede de ativistas que passaram a conformar uma nova esfera pública global. Essa nova sociedade civil tratou de estabelecer e cobrar metas dentro de seus governos de modo a construírem políticas afirmativas de valorização, bem como políticas redistributivas. Tais políticas foram, em muitos casos, apoiadas por organismos internacionais, influenciadores de políticas locais e elementos potenciais de construção de arenas políticas dinâmicas (HOCHMAN, 2008).

Numa composição de análises entre o global e o local, destacamos as interferências das demandas internacionais nas políticas afirmativas brasileiras. A formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra contou com ampla participação destas

diversas organizações sociais – nacionais e internacionais – extremamente relacionadas em torno do combate ao racismo e de ações mais justas e equânimes.

No ciclo da política demarcaram-se momentos históricos importantes que ensejaram de uma vez por todas a entrada da questão racial na agenda de saúde do governo. Foram destacados os episódios históricos da Marcha Zumbi dos Palmares, a III Conferência Mundial contra Racismo, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas e a criação da SEPPIR. Tais eventos possibilitaram um conjunto de formulações sobre os problemas e necessidades de saúde da população negra brasileira – um caldo de ideias, conforme as formulações de Kingdon, de modo que a melhor solução pudesse ser “capturada” e levada adiante na construção da agenda-setting.

Na arena política muitos atores se destacaram. Desde as organizações internacionais com interferências diretas no plano nacional, às entidades e organizações não-governamentais do movimento negro, além das instituições do próprio Estado e de ensino. Nesta arena foram lançadas uma série de questões e disputas, consensos e dissensos em torno da temática da saúde da população negra. Certamente, do ponto de vista ideológico, o principal embate envolveu o eixo constitutivo da política, voltado ao combate ao racismo – como admitir e enfrentar o racismo na sociedade brasileira?

Também destacamos desafios técnicos relacionados tanto com a identificação e nomeação da população negra no âmbito do SUS, quanto com as pesquisas epidemiológicas, detentoras de conhecimento acerca das desigualdades raciais. Este último elemento apontou nitidamente as disputas em torno do poder, uma vez que o conhecimento epidemiológico acerca das desigualdades raciais potencializava as ações em prol da população negra, e demonstrou o significado essencial da política, entendida como forma de práxis humana, tem relação direta ou indireta com a conquista do poder sobre a comunidade de indivíduos em um território (BOBBIO, 2003).

Os fluxos estabelecidos no modelo do ciclo da política de Kingdon foram definidos neste caso em torno do fluxo de problemas – relacionados com os indicadores das desigualdades raciais e o racismo em saúde; fluxo de soluções – percebido através da viabilidade técnica apontada nos estudos dos pesquisadores negros e nas proposições do Comitê Técnico de Saúde da População Negra e o fluxo político – responsável pelas discussões e aprovação de soluções em torno de tais temáticas, se expressou na ampliação das discussões dos direitos humanos, nas cobranças internacionais dispensadas ao governo brasileiro pós-conferências internacionais e em mudanças do governo que permitiram a entrada de segmentos do movimento negro para formulação de políticas afirmativas.

A Conferência de Durban (2001) mostrou-se como uma janela de oportunidades para a formulação desta política, diante da possibilidade de rediscussão do racismo no país e da criação da SEPPIR (2003) enquanto estratégia de governo para a busca pela Igualdade Racial. Concretamente, a SEPPIR iniciou suas ações através da saúde, num casamento com o Ministério da Saúde. As inflamadas discussões sobre raça e cor da pele e suas repercussões sobre a identidade nacional e a formulação da política permitiram a entrada de novos intelectuais (pesquisadores negros) na cena política.

A política de SPN, enquanto política transversal, está intimamente relacionada com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Seu desafio é garantir a transversalidade das questões étnico-raciais no setor saúde, bem como o combate ao racismo institucional nas instâncias do SUS. O combate ao racismo no seio de uma política pública pareceu-nos uma grande provocação para a sociedade brasileira, centrada na visão de que ou o racismo não existe, ou não é um problema de todos. Deste modo, analisamos um processo em que se conjugaram elementos de governo, orientações de Estado, mas, sobretudo, um processo que se conformou na contramão da ideologia do racismo e da democracia racial, dentro de um ambiente político.

As questões raciais vêm sendo debatidas há muito, por diversos estudiosos das relações raciais brasileiras. Porém, observamos que no âmbito das políticas públicas, o processo de discussão e assunção destas temáticas pelo Estado brasileiro demanda um tempo maior de confronto e convencimento sobre a pertinência de tais questões na elaboração de soluções em políticas públicas. É preciso avaliar a efetividade e aderência das ações e políticas voltadas para a população negra.

Entretanto, há que se pensar sobre os limites da atuação das políticas públicas e do Estado brasileiro não apenas com a temática das relações raciais, mas também os limites institucionais destas esferas de atuação. Os dilemas em torno do racismo e dos outros problemas que afetam a população negra brasileira serão resolvidos meramente dentro da esfera institucional? Outros espaços e instâncias podem e devem ser acionadas. Embora, seja o Estado o responsável direto pela garantia da lei e dos direitos humanos inalienáveis, a presença da lei e do papel é apenas o início da luta.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra se encontra em um momento delicado de mudanças no governo e alterações nos modos de concebê-la dentro do próprio Ministério da Saúde. O contexto nacional aponta um processo de esvaziamento da SEPPIR, tornando-a pouco atuante e o Comitê Técnico de Saúde da População Negra com pouca força política. Os entrevistados assinalaram retrocessos nas discussões raciais por conta

da aprovação de uma versão do Estatuto da Igualdade Racial cheio de vetos em muitos pontos, inclusive relacionados à saúde e uma perda significativa de lideranças do movimento negro para a composição dos quadros de gestão.

São muitos os desafios para uma efetiva implementação da PNSIPN. O primeiro deles corresponde ao modo como deverá atingir o cotidiano das unidades de saúde, já que o enfrentamento ao racismo precisa ser realizado junto aos profissionais, gestores e sociedade civil de uma nação “racialmente democrática”. Além disso, é preciso que a política de SPN ganhe os espaços das ruas, das praças, que ela esteja além dos meandros restritos da dimensão do poder político estatal, ou não seja apenas uma questão de negros, da militância negra, necessitando expandir-se entre outros movimentos sociais.

Ressaltamos também a necessária continuidade de pesquisas neste campo, especialmente investigações que melhor explicitem a participação do movimento negro no campo da saúde, não apenas o movimento feminista da década de 80, mas, sobretudo as manifestações atuais de organização negra e suas contribuições para este campo. Também sugerimos a continuidade da pesquisa sobre a construção da política, focalizando os processos de implementação no âmbito nacional, destacando-se as dificuldades e as diferenças entre as regiões e municípios brasileiros. Por fim, e de fundamental importância, ressaltamos a necessidade de continuação dos estudos sobre os efeitos do racismo para a saúde dos indivíduos. Além das pesquisas epidemiológicas, as experiências e significados em torno da vivência de episódios de racismo e suas implicações para a saúde dos sujeitos pode contribuir para melhorias na organização e proposição de ações em saúde.

## Referências Bibliográficas

- ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira e OLIVEIRA, Lavínia Santos de Souza. Os cursos de Extensão em Saúde e Etnia na Faculdade de Saúde Pública da USP, ou a diferença que precisa fazer diferença. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 156-162, 2007.
- ADORNO, Sérgio. História e Desventura: o 3º Programa Nacional de Direitos Humanos. *Novos Estudos – CEBRAP*, nº 86, São Paulo, mar 2010.
- ALBERTI, Verena e PEREIRA, Almicar Araújo. História do movimento negro no Brasil: constituição de acervo de entrevistas de história oral. Rio de Janeiro: CPDOC, 2004. 15f.
- ALVES, J.A. Lindgren. A Conferência de Durban contra o Racismo e a responsabilidade de todos. *Revista Brasileira de Política Internacional*, v. 45, nº 2, p. 198-223, 2002.
- ARAÚJO, Edna Maria de. Mortalidade por causas externas e raça/corda pele: uma das expressões das desigualdades sociais. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, Tese de Doutorado, 2007.
- ANDRADE, Priscila Almeida. Análise da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (1990 a 2004): a influência de atores e agendas internacionais. Brasília: Departamento de Serviço Social – Universidade de Brasília, Dissertação de Mestrado, 2007.
- BACELAR, Jeferson. A frente negra brasileira na Bahia. In: \_\_\_\_\_. A hierarquia das raças: negros e brancos em salvador. Rio de Janeiro: Pallas, 2001. P. 143-157.
- BAIROS, Luiza. III Conferência Mundial Contra o Racismo. *Revista Estudos Feministas*, ano 10, 2002.
- BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977, p. 27-46, 95-116.
- BATISTA, Luís Eduardo e KALCKMANN, Suzana. Em busca de Equidade no Sistema Único de Saúde. In: BATISTA, L. E. e KALCKMANN, S. (org.). Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo, Instituto de Saúde, São Paulo, 2005.
- BAUER, Martin W.; GASKELL, George (Ed.) Pesquisa Qualitativa com texto, som e imagem. Um manual prático. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, 7ª edição.
- BIRNBAUM, Norman. Interpretações conflitantes sobre a gênese do capitalismo: Marx e Weber. In: Ortiz, R. (org.) Max Weber e Karl Marx. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 99-119.
- BRADFORD, Colin. Antecipando o Futuro: a agenda política para a governança econômica global. *Revista Brasileira de Política Internacional*, v. 46, nº 1, p. 118-134, 2003.

- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. 1996.
- BRASIL, Presidência da República. Construindo a Democracia Racial. Brasília, 1998.  
Disponível em: [www.planalto.gov.br/publi\\_04/colecao/racial.html](http://www.planalto.gov.br/publi_04/colecao/racial.html)
- BRASIL, Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares. Declaração e Programa de Ação da Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlatas, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual de Doenças mais Importantes, por razões Étnicas, na População brasileira Afrodescendente. Brasília, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde. Conferência Sérgio Arouca. Brasília, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 1678/GM agosto de 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Seminário Nacional de Saúde da População Negra. Brasília, agosto, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Pactos pela Saúde. Brasília, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, Distrito Federal, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3060 de 28 de novembro de 2007.
- BRASIL, Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 14 de maio de 2009, Seção 1, p. 31-32.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – uma política do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Série Textos Básicos de Saúde.
- BROWN, Th. M., CUETO, M., FEE, E. A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 13, nº 3, p. 623-647, jul-set 2006.
- BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais. Os pólos da prática metodológica. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexões temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, v. 15, nº 2, mai-ago 2006, p. 23-33.
- CAPELLA, Ana Cláudia N. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M. e MARQUES, E. (org) Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. P. 87-122.

- CARNEIRO, Sueli. A batalha de Durban. *Revista Estudos Feministas*, ano 10, 1º semestre 2002.
- CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, J. et.al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Rio de Janeiro, Vozes, 2008.
- CPDOC. Histórias do Movimento negro no Brasil: depoimentos ao CPDOC. ALBERTI, V. e PEREIRA, A. A. (orgs). Rio de Janeiro: Pallas; CPDOC-FGV, 2007.
- CUNHA, Estela Maria García de Pinto da. Mortalidade Infantil por raça/cor. In: BATISTA, L. E. e KALCKMANN, S. (org.). Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo, Instituto de Saúde, São Paulo, 2005.
- DFID. Department for International Development; Instituto Amma Psiquê e Negritude. Identificação e Abordagem do Racismo Institucional. CRI – Articulação para o combate ao racismo institucional. 2007.
- DOMINGUES, Petrônio. Movimento Negro Brasileiro: alguns apontamentos históricos. *Tempo*. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tem/v12n23/v12n23a07.pdf>> Acessado em: 04.09.09.
- DOPCKE, Wolfgang. O ocidente deveria indenizar as vítimas do tráfico transatlântico de escravos? Reflexões sobre a Conferência das Nações Unidas contra o Racismo, a Intolerância Racial, a Xenofobia e a Intolerância Correlata. *Revista Brasileira de Política Internacional*, v. 44, nº 2, p. 26-45, 2001.
- DURKHEIM, Émile. As regras do método sociológico. Tradução Pietro Nassetti. 3ª edição. São Paulo: Martin Claret, 2008 (Coleção A Obra Prima de Cada Autor).
- ECO, Umberto. Como se faz uma tese. São Paulo: Perspectiva, 2009. 22ª edição.
- FREY, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, nº 21, jun 2000.
- FRY, Peter H. et. al. Cor/raça e HIV/AIDS no Brasil: uma tréplica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 497-523, mar, 2007.
- GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: \_\_\_\_\_. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- GUIDDENS, Anthony. Classe, estratificação e desigualdade. In: \_\_\_\_\_. *Sociologia*. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 233-253.
- GOHN, Maria da Glória. Movimentos Sociais e ONG's no Brasil na era da Globalização. In: \_\_\_\_\_. *Teorias dos Movimentos Sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: Edições Loyola, 2000. P. 295-325.

- GOMES, Marcus Vinícius Peinado. O Movimento Negro e a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial: um estudo sobre a luta por sentidos sobre a desigualdade racial no Brasil. São Paulo, Escola de Administração de Empresas de São Paulo – Fundação Getúlio Vargas, Dissertação de Mestrado, 2009.
- GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. Raça, racismo e grupos de cor no Brasil. *Estudos Afro-asiáticos*, v. 27, p. 45-63, 1995.
- \_\_\_\_\_. A questão racial na política brasileira (os últimos quinze anos). *Tempo Social. Revista de Sociologia da USP*, São Paulo, 13(2): 121-142, novembro de 2001.
- \_\_\_\_\_. *Classes, Raças e Democracia*. São Paulo: Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo, Editora 34, 2002.
- \_\_\_\_\_. Como trabalhar com “raça” em sociologia. *Educação e Pesquisa*. São Paulo, v. 29, n. 1, p. 93-107, jan/jun, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Racismo e Anti-racismo no Brasil*. São Paulo: Editora 34, 2005 (2ª edição).
- GURZA-LAVALLE, Adrián. Cidadania, Igualdade e Diferença. *Lua Nova*, nº 59, 2003.
- GRAMSCI, A. *Cultura y Literatura*. Barcelona: Ediciones Peninsula, 1977.
- HALL, S. *Da diáspora: identidades e mediações culturais*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.
- HASENBALG, Carlos. *Discriminação e Desigualdades Raciais no Brasil*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Editora UFMG/IUPERJ, 2005, 2ª edição.
- HOCHMAN, Gilberto. Agenda Internacional e Políticas Nacionais: uma comparação histórica entre programas de erradicação da malária e da varíola no Brasil. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M. e MARQUES, E.(org). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. P. 369-397.
- IANNI, Octavio. *Pensamento Social no Brasil*. Bauru/SP: EDUSC, 2004.
- LIMA, Márcia. Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula. *Novos Estudos – CEBRAP*, nº 87, São Paulo, jul 2010.
- LOPES, Fernanda. Raça, saúde e vulnerabilidades. *Boletim do Instituto de Saúde BIS 31*, São Paulo, Dez, 2003.
- LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.21, n.5, p. 1595-1601, Rio de Janeiro: set-out, 2005.
- MACHADO, João Guilherme Rocha, PAMPLONA, João Batista. A ONU e o desenvolvimento econômico: uma interpretação das bases teóricas da atuação do PNUD. *Economia e Sociedade*. Campinas, v. 17, nº 1, p. 53-84, abr 2008.



- MAIO, Marcos Chor e SANTOS, Ricardo Ventura (org.). *Raça, Ciência e Sociedade*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- MAIO, Marcos Chor e MONTEIRO, Simone. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.12, n. 2, p. 419-446, mai-ago, 2005.
- \_\_\_\_\_. *Cor/Raça, Saúde e Política no Brasil*. In: SANSONE, L. e PINHO, O. A. (org.) *Raça: Novas perspectivas antropológicas*. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia: Edufba, 2008, 2ª Ed. Rev.
- MAIO, Marcos Chor, PIRES-ALVES, Fernando A., PAIVA, Carlos Henrique Assunção, MAGALHÃES, Rodrigo Cesar da Silva. Cooperação Internacional e políticas de ação afirmativa: o papel da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, nº 7, p. 1273-1291, jul 2010.
- MARQUES, Rosa Maria, MENDES, Áquilas. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. *Revista Katálysis*, v. 10, nº 1, jan-jun 2007.
- MARTINS, Carlos Eduardo. O Brasil e a dimensão econômico-social do governo Lula: resultados e perspectivas. *Revista Katálysis*, v. 10, nº 1, jan-jun 2007.
- MATTOS, Ruben Araújo de. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. de (org.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2003, p. 45-59.
- MAY, Tim. *Pesquisa Social. Questões, métodos e processos*. Porto Alegre: Artmed, 2004 (3ª edição).
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis/RJ: Vozes, 2003, 22ª edição.
- MONTEIRO, Simone e SANSONE, Livio (org.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- MOORE, Carlos. *Racismo e Sociedade. Novas bases epistemológicas para entender o racismo*. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2007.
- NASCIMENTO, Elisa Larkin. O movimento social afro-brasileiro no século XX: um esboço sucinto. In: NASCIMENTO, E. L. (org.) *Cultura em Movimento. Matrizes Africanas e ativismo negro no Brasil*. São Paulo: Selo Negro, 2008. P. 93-178.
- NUNES, Edson. *A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático*. Rio de Janeiro; Brasília: Zahar Editor. Escola Nacional de Administração Pública, 1997.
- OLIVEIRA, Fátima. *Saúde da População Negra: Brasil ano 2001*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

- OSÓRIO, Rafael Guerreiro. Desigualdade Racial e Mobilidade Social no Brasil: um balanço das teorias. In: THEODORO, M. (org.). As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil 120 anos após a abolição. Brasília: IPEA, 2008. P. 65-96.
- PAIM, Jairnilson Silva. Formulação de Políticas de Saúde: comunicação em vigilância sanitária. In: COSTA, E. A.; RANGEL, M. L. (Orgs.) Comunicação em Vigilância Sanitária – Princípios e Diretrizes para uma política. Salvador: EDUFBA, 2007.
- PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira. Contribuição para compreensão e crítica. Salvador: Edufba, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, Planejamento e Gestão em Saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, 40 (n esp), 2006:73-80.
- PAIM, Jairnilson, SILVA, Ligia Maria Vieira. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *Boletim do Instituto de Saúde, Desigualdades e Iniquidades em Saúde*, vol 12, nº 2, ago 2010.
- PAIM, Jairnilson. Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, v. 15, nº 2, p. 34-46, mai-ago 2006.
- PAIXÃO, Marcelo e LOPES, Fernanda. Incidência da AIDS nos contingentes populacionais: existem clivagens? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 497-523, mar, 2007.
- PAIXÃO, Marcelo e CARVANO, Luiz M. Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2007 – 2008. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2008a.
- PAIXÃO, Marcelo e CARVANO, Luiz M. Censo e Demografia. A variável cor ou raça no interior dos sistemas censitários brasileiros. In: SANSONE, L. e PINHO, O. A. (Org.) *Raça: Novas perspectivas antropológicas*. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia: Edufba, 2ª edição rev. 2008b.
- PIMENTEL, Alessandra. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cadernos de Pesquisa*, nº 114, p. 179-195, novembro, 2001.
- PINHEIRO, Marcelo Cardoso, WESTPHAL, Márcia Faria, AKERMAN, Marco. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, nº 2, p. 449-458, mar-abr 2005.
- PINTO, Isabela Cardoso de M. Ascensão e Queda de uma questão na agenda governamental: o caso das organizações sociais da saúde na Bahia. Salvador: Escola de Administração – Universidade Federal da Bahia, Tese de Doutorado, 2004.
- PODKAMENI, Ângela Baraf e GUIMARÃES, Marco Antônio Chagas. Afro-descendência, família e prevenção. In: MELLO FILHO, J. e BURD, M. (org.). *Doença e Família*. 2004.
- PORTELLI, H. Gramsci e o Bloco Histórico. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

- QUINTANEIRO, Tania; BARBOSA, Maria Ligia de Oliveira; OLIVEIRA, Marcia Gardênia de Oliveira. Um toque de clássicos: Marx, Durkheim e Weber. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002. 2ª edição.
- REIS, Rossana Rocha. Os direitos humanos e a política internacional. *Revista Sociologia e Política*, Curitiba, v. 27, p. 33-42, nov 2006.
- RISÉRIO, Antonio. A utopia brasileira e os movimentos negros. São Paulo: Editora 34, 2007.
- SANTOS, Rosa Maria Rodrigues dos. De Café e de Leite... In: BENTO, M. A. S. e CARONE, I. *Psicologia Social do Racismo: Estudos sobre a branquitude e branqueamento no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- SERRA, A.; LONGO, F. 2004. A Gestão de Políticas Sociais no Contexto Contemporâneo da Gestão Pública. Articulação Horizontal na Gestão de Programas Sociais Escola Nacional de Administração Pública. Apresentação em Power Point. Disponível em: <http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fTransparncias.pdf> Acessado em Fevereiro de 2011.
- SOUSA SANTOS, Boaventura, MENESES, Maria Paula (org). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010.
- SOUZA, Celina. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M. e MARQUES, E. *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. P. 65-86.
- SOUZA, Jessé. Raça ou classe? Sobre a desigualdade brasileira. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*. São Paulo, n. 65, mai/ago 2005.
- SCHWARCZ, Lilia Moritz. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870 – 1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- SKIDMORE, Thomas. EUA Birracial X Brasil Multirracial: O Contraste ainda é válido? Sem data. Texto xerografado.
- TELLES, Edward. As Fundações Norte-Americanas e o Debate Racial no Brasil. *Estudos Afro-asiáticos*, ano 24, nº 1, p. 141-165, 2002.
- TESTA, Mario. *Pensamento Estratégico e lógica de programação. O caso da saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995.
- TODOROV, T. *A conquista da América: a questão do outro*. São Paulo: Martins Fontes, 1983, p. 3-13 e 33-48.
- TORRES, Cristina, MÚJICA, Oscar J. Salud, equidad y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 15, nº 6, 2004.
- UNEGRO. 1995. *Marcha Zumbi dos Palmares, contra o racismo, pela cidadania e pela vida*. Documento apresentado ao senhor presidente da República Fernando Henrique

Cardoso em 20 de novembro de 1995. Disponível em: [http://www.eliagonzalez.org.br/material/Marcha\\_Zumbi\\_1995\\_divulgacaoUNEGRO-RS.pdf](http://www.eliagonzalez.org.br/material/Marcha_Zumbi_1995_divulgacaoUNEGRO-RS.pdf) Acessado em Janeiro de 2011.

- VIANA, Ana Luiza D'Ávila; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. de. Política de Saúde e Equidade. *São Paulo em perspectiva*. V. 17, nº 1, 2003, p. 58-68.
- VIANNA, L. W. Caminhos e Descaminhos da revolução passiva brasileira. In: AGGIO, A. Gramsci, a vitalidade de um pensamento. São Paulo: Fundação Editora UNESP, 1998.
- VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria, ALMEIDA-FILHO, Naomar de. Equidade em Saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, supl. 2, Rio de Janeiro, 2009.
- WEBER, Max. O espírito do capitalismo. In: A ética protestante e o espírito do capitalismo. São Paulo: Companhia das Letras, 2004, p. 25-69. 7ª reimpressão.
- WEBER, Max. Ciência e Política: duas vocações. São Paulo: Cultrix, 1968.
- WERNECK, Jurema. Estatuto da Igualdade Racial é uma ameaça à Saúde da População Negra? Mimeo, s/d.
- YANNOULAS, Silvia, SOARES, Kelma. Políticas Transversais (gênero, raça/etnia e deficiência) e educação/qualificação para o trabalho. *Educação Unisinos*, v.13, nº 1, p. 31-42, jan-abr 2009.

## Anexos

### Anexo I – Termo de Consentimento



Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Rua Basílio da Gama, s/nº 1º andar – Canela  
Salvador – Bahia - Brasil CEP 40110-040  
TELEFAX (71)3336-0173 3283-7397 / 7398

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) senhor (a) foi convidado (a) a participar de um estudo, provisoriamente intitulado **“Política de Saúde Integral da População Negra no Brasil: da formulação às questões teórico-conceituais sobre raça, cor da pele e racismo na produção de uma política pública”** que tem como objetivo analisar o processo de formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, destacando os atores, fatos e discursos principais de sua produção através de análise documental e, em caráter complementar, entrevistas semi-estruturadas com atores políticos deste processo.

Para tanto, declaro que fui informado (a) que:

1 – Os achados deste estudo auxiliarão as pesquisadoras a compreender o processo de formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, especialmente a partir das concepções sobre raça e cor que subjazem a produção de tal política para o campo da Saúde Pública. Serão considerados os discursos e práticas que permeiam a produção de uma política pública no campo da saúde, destacando: os atores políticos envolvidos neste processo, os principais marcos históricos e a retomada do conceito de raça nos espaços acadêmicos e das políticas de Estado. As pesquisadoras se comprometem em divulgar os resultados obtidos;

2 – A participação neste estudo será no sentido de fornecer informações aos pesquisadores a respeito do processo de formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Tais informações serão narradas aos pesquisadores em um momento de entrevista individual, em horário, data e local de seu interesse. Outras pessoas também serão entrevistadas pela pesquisadora. As entrevistas serão gravadas em um gravador digital e os dados coletados neste estudo serão estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento dos dados coletados;

3 – Serão respeitadas a privacidade e confidencialidade das pessoas entrevistadas: o nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo (a), será mantido em sigilo;

4 – Este estudo não trará benefício direto às pessoas entrevistadas; assim como não deve suscitar desconfortos e prejuízos. Estou livre para interromper a entrevista a qualquer momento, por qualquer motivo que não precisa ser justificado à pesquisadora. É possível também remarcar a entrevista, se ainda for do meu interesse, ou mesmo recusar a participação no estudo a qualquer momento. É possível retirar o consentimento a qualquer momento, sem que eu precise justificar-me. As informações aqui fornecidas estão submetidas às normas éticas destinadas a pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA;

5 – As pesquisadoras envolvidos neste projeto e seus respectivos telefones com os quais se poderão manter contato são:

Sandra Assis Brasil – ISC/UFBA: (71) 8799-9823

Leny Alves Bomfim Trad – ISC/UFBA: (71) 9975-4408

É assegurado a mim durante toda pesquisa, o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências; tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Por fim, tendo sido orientado (a) quanto ao teor de tudo aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do estudo aqui exposto, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. Ressalto ainda que estou ciente da possibilidade, em qualquer momento da pesquisa, de retirar meu consentimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2010

\_\_\_\_\_  
Nome do (a) Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

## **Anexo II – Roteiro de Entrevista**

### IDENTIFICAÇÃO

- Dados pessoais: Nome, Idade, Raça, Escolaridade, Estado Civil.
- Profissão, atividades que desenvolve.
- Posição Econômica.
- Cultura Política: relações com o mundo exterior, acontecimentos políticos e sociais, nacionais e internacionais que marcaram a sua vida.
- Acontecimentos e conjunturas de sua geração.
- Concepções Ideológicas (influências pessoais, leituras e correntes).
- \* Posição político-ideológica assumida diante da PNSPN.

### FORMULAÇÃO DA POLÍTICA SAÚDE POPULAÇÃO NEGRA e ATORES POLÍTICOS

- Qual a conjuntura sócio-política do período de sua proposição? \*(Que situações facilitaram e/ou dificultaram sua proposição?)
- Quais eventos/marcos/fatos históricos foram importantes e marcaram a construção da política nacional?
- Quais discursos embasavam a possibilidade de construção da política?
- Quais os principais espaços de participação política para a proposição da PNSPN?
- Como se deu o Processo de construção da política;
- Quem participou? \*(Cargos exercidos - Ações políticas)
- Grupos, instituições e movimentos que atuaram.

### CONCEPÇÕES RAÇA E COR

- Tem acompanhado os debates e discussões em torno das categorias raça, cor e etnia na academia?
- Como percebe tais discussões?
- Como entende o uso das categorias raça e cor no campo da saúde?
- Quais as dificuldades/limitações de uso destas categorias nas políticas públicas e, especialmente, nas políticas de saúde?

### Anexo III – Resgate Documental

Classificação	Título	Tipo Documento	Ano de Publicação	Fonte	Resumo
Seminário	I Seminário Nacional de Saúde da População Negra (15 – 20/08/2004)	Síntese do Relatório	2006	Ministério da Saúde (Digital)	
Seminário	Um grito pela equidade (2004)	Carta	2004	Ministério da Saúde e SEPPIR	Carta redigida pelos participantes do I Seminário Nacional SPN: Manifesto em Prol da Saúde da População Negra
Seminário	II Seminário Nacional de Saúde da População Negra (2006)				
Seminário	I Seminário Estadual de Saúde da População Negra da Bahia	Relatório e Propostas de Encaminhamento	2008	SESAB/SEPROMI /Comitê Estadual de Saúde da População Negra	Relata os objetivos do seminário e as propostas
Seminário	Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo	Publicação do Instituto de Saúde	2005	Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo	Contém as apresentações dos principais convidados do seminário e importantes anexos
Políticas, Leis, Portarias	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – Uma política do SUS	Publicação do Ministério da Saúde (série Textos Básicos de Saúde)	2010	Editores: Ministério da Saúde (impresso)	Contém: a política SPN; portaria 992/2009; Plano Operativo da política SPN
Políticas, Leis, Portarias	Portaria nº 992/13 de maio 2009	Portaria	2010	Editores: Ministério da Saúde (impresso)	Institui a Política nacional de Saúde Integral da População Negra
Políticas, Leis,	Plano Operativo de Saúde	Plano Operativo	2010	Editores: Ministério	Estabelece as estratégias,



Portarias	Integral da População Negra - 2008	SPN		da Saúde (impresso)	indicadores e metas que orientam a intervenção no SUS para enfrentamento de desigualdades e iniquidades étnico-raciais.
Políticas, Leis, Portarias	Portaria nº 1678 GM 13 agosto 2004	Portaria	2004	Ministério da Saúde (Digital)	Cria Comitê Técnico Saúde da População Negra
Políticas, Leis, Portarias	Portaria nº 2632/ 15 de dezembro de 2004	Portaria	2004	Ministério da Saúde (Digital)	Aprova o regimento interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra
Políticas, Leis, Portarias	Diário Oficial da União – DOU 14 maio de 2009	DOU	2009	Digital	Publicação da portaria 992/2009
Políticas, Leis, Portarias	Portaria nº 3060/ 28 de novembro de 2007	Portaria	2007	Digital	Regulamenta aplicação do incentivo financeiro para implementação do componente de Qualificação da Gestão do SUS
Políticas, Leis, Portarias	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	Publicação Ministério da Saúde e SEPIR	2007	Fonte site do Ministério da Saúde	Define princípios, objetivos e diretrizes da Política Nacional de Saúde da População Negra
Políticas, Leis, Portarias	Portaria nº 399/ 22 fevereiro de 2006	Portaria	2006	Digital	Divulga o Pacto pela Saúde 2006
Políticas, Leis, Portarias	Portaria nº 1391/ 16 agosto de 2005	Portaria	2005	Digital	Institui no âmbito do SUS as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias
Políticas, Leis, Portarias	Portaria nº 1678/GM 13 agosto de 2004	Portaria	2004	Digital	Cria Comitê Técnico para subsidiar o avanço da Equidade na Atenção à Saúde da População Negra
Políticas, Leis,	Diário Oficial da União –	DOU	2004	Digital	Publica as portarias de 13 de

Portarias	DOU 16 agosto 2004				agosto (nº 1678/2004)
Políticas, Leis, Portarias	Lei 12.288/20 julho de 2010	Lei	2010	Planalto Governo - Digital	Institui o Estatuto da Igualdade Racial
Políticas, Leis, Portarias	Projeto de Lei nº 6264/2005	Projeto de Lei	2005	Comissão Especial do Senado	Projeto para instituir Estatuto da Igualdade Racial
Políticas, Leis, Portarias	Texto Construindo a Democracia Racial do GTI para Valorização da população Negra – capítulo 9: Saúde	Publicação do Planalto de governo	1998	Digital – site do Planalto de Governo	Discute o tema da saúde da população negra no âmbito do GTI para Valorização da População Negra
Políticas, Leis, Portarias	Programa Nacional de Direitos Humanos – População Negra	Programa Nacional	X	Digital: site portal do ministério da justiça	Traça as metas de curto prazo para o ano de 2002
Conferências Nacionais de Saúde	10ª Conferência Nacional de Saúde (1996)	Relatório Final	1998	Ministério da Saúde (site)	Tema Central: construção de modelo de atenção a saúde
Conferências Nacionais de Saúde	11ª Conferência Nacional de Saúde (2000)	Relatório Final	2002	Ministério da Saúde – Série Histórica do CNS (versão impressa)	Tema Central: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social
Conferências Nacionais de Saúde	12ª Conferência Nacional de Saúde (2003)	Relatório Final	2004	Ministério da Saúde (site)	Tema Central: Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos
Conferências Nacionais de Saúde	13ª Conferência Nacional de Saúde (2007)	Relatório Final	2008	Ministério da Saúde (site)	Tema Central: Políticas de Estado e Desenvolvimento
Conferência de Durban	Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata	Declaração e Programa de Ação	2001	Digital	
Agências Internacionais	As Nações Unidas e as Políticas de Redução da	Documento elaborado pela	2010	Distribuído no VI COPENE	Resume o posicionamento das Nações Unidas em relação às

	Desigualdade Racial	equipe de país do sistema das Nações Unidas			políticas de enfrentamento às desigualdades raciais e informa sobre os consensos mundiais e compromissos internacionais.
Agências Internacionais	Identificação e Abordagem do Racismo institucional	Publicação do PCRI (Programa de Combate ao Racismo)	Terceira tiragem	Imprensa, distribuição no VI COPENE	Propõe metodologia de identificação e combate ao Racismo Institucional
Agências Internacionais	Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de saúde da População Negra - Uma questão de equidade	Sistema Nações Unidas	2001	Digital	
Outros	Programa de Atenção a Saúde da População Negra (PRONEGRO), FAMED/CEAO/UFBA	Projeto (pesquisa, intervenção e medidas educacionais)	X	(Digital)	
Outros	Manual de Doenças mais importantes por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente	Manual	2001	Ministério da Saúde	Manual criado pelo GTI de Valorização da População Negra
Outros	Boletim Saúde da População Negra	Boletim Eletrônico	2007	Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa	Divulgação de ações em saúde da população negra
Outros	Invisibilidade a maior das dores	Artigo revista “Radis Comunicação em Saúde” (ENSP e Fiocruz)	2004	ENSP e FIOCRUZ	Discute o tema Saúde da População Negra e entrevista Maria Inês e Valcler Rangel
Outros	A Saúde da População	Publicação do	2005	Ministério da	Saúde da População Negra e o

	Negra e o SUS – Ações Afirmativas para avançar na Equidade	Ministério da Saúde		Saúde (digital) – Série Textos Básicos em Saúde	SUS; Linhas de Ação do Comitê Técnico
Outros	O papel da cor nas políticas de promoção da igualdade	Publicação do CEERT	2003	Digital	Anotações sobre a experiência do município de Santo André