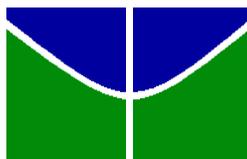


UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

**POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA:
QUESTÕES ÉTNICO-RACIAIS NO CAMINHO PERCORRIDO E OS NOVOS
DESAFIOS**

Antônio Ernesto Pinto – Mat.10/0093400

Brasília, junho de 2016.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

**POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA:
QUESTÕES ÉTNICO-RACIAIS NO CAMINHO PERCORRIDO E OS NOVOS
DESAFIOS**

Antônio Ernesto Pinto – Mat.10/0093400

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como exigência parcial para
obtenção do grau de bacharel em Serviço
Social pela Universidade de Brasília - UnB,
sob orientação da professora Dra. Andréia
de Oliveira.

Brasília, junho de 2016

**POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA:
QUESTÕES ÉTNICO-RACIAIS NO CAMINHO PERCORRIDO E OS NOVOS
DESAFIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília, como exigência parcial para a obtenção do grau de bacharelado em Serviço Social pela Universidade de Brasília.

Aprovado em ____/____/____.

Prof. Dra. Andréia de Oliveira
Universidade de Brasília
Orientador

Profª Dra. Kênia Augusta Figueiredo
Universidade de Brasília
Avaliadora

Profº Dr. Reginaldo Guiraldelli
Universidade de Brasília
Avaliador (a)

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida e as oportunidades que me foram contempladas ao longo da caminhada, inclusive a de estar, neste instante, realizando o sonho de concluir este Curso.

À minha Mãe, pela sabedoria com que soube conduzir os cinco filhos, mesmo com os poucos recursos financeiros disponíveis, fruto de um trabalho exaustivo de lavagem de roupas para as famílias mais abastadas e, mais tarde como varredora de rua. E, apesar de todas as dificuldades, “...não perdeu a ternura jamais”.

À minha Esposa e Filhos, pelo amor e carinho ao longo da nossa caminhada e pelos dias e horas exigidos durante o meu curso. Toda a ausência provocada pelas atividades da Academia está agora sintetizada na finalização deste Trabalho.

Aos meus irmãos e demais familiares que sempre acreditaram em mim.

Aos meus colegas de trabalho do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, do Ministério da Saúde, pelo convívio e a oportunidade de adquirir os conhecimentos sobre a saúde pública no Brasil.

À Professora Andréia de Oliveira, orientadora deste Trabalho, pela paciência e competência com que conduziu todo este processo de aprendizagem e elaboração. Obrigado pelo muito que foi feito e que eu levarei na minha vida profissional.

À professora Kênia Augusta Figueiredo e ao professor Reginaldo Guiraldelli, que gentilmente se disponibilizaram a fazer parte da banca de avaliação.

Aos professores e professoras da UnB, aos companheiros e companheiras de curso, com os quais tive a oportunidade de adquirir e compartilhar os conhecimentos necessários à sedimentação da minha vida acadêmica.

Às Tutoras e Tutores que no decorrer do curso foram de fundamental importância no meu aprendizado, se transformando nos meus ouvidos nas salas de aula.

Ao Programa de Apoio às Pessoas com Necessidades Especiais da UnB, pelo apoio na disponibilização dos tutores e orientações tão necessários à minha formação acadêmica.

Ao Coordenador da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, do Ministério da Saúde, Carlos Alberto Silva Júnior, pela gentileza em conceder a entrevista e que, com suas informações, me permitiu ampliar os conhecimentos referentes à saúde da população negra.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo principal identificar e analisar as dificuldades da população negra nos serviços públicos de saúde, a partir da premissa de que a Constituição Federal de 1988 prevê o direito universal e integral à saúde para todos os brasileiros. Como objetivos secundários propõe-se analisar as desigualdades étnico-raciais no contexto sócio histórico da política de saúde brasileira, como também, identificar fatos e condições de saúde em torno das questões étnico-raciais no âmbito do SUS. Utilizou-se de revisão bibliográfica e documental, por meio de leitura e análise de produções de relevância científica sobre o tema, documentos e normativas do Ministério da Saúde. Para melhor identificar e analisar a temática de estudo com a ênfase no SUS, fez-se uso de entrevista semi -estruturada com o gestor público do Programa Nacional de Saúde da População Negra. Os resultados evidenciaram, com base em estudo da temática associada à compreensão da determinação social do processo – saúde doença, que as especificidades étnico-raciais constituem-se como um dos elementos das desigualdades presentes no âmbito da sociedade capitalista e, portanto, o racismo é também, nessa sociedade, um fenômeno sócio-histórico. Assim, os avanços constitucionais no âmbito da política de saúde e legislações subsequentes, nessa monografia, com ênfase na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN, o desafio recai para inserir as questões étnico-raciais no setor da saúde, no sentido de promover a universalidade, integralidade da atenção à saúde, com qualidade, sem racismo institucional e preservando o direito humano à saúde.

Palavras-chave: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; desigualdade étnicos – raciais; iniquidades raciais em saúde.

LISTA DE SIGLAS

DGSP -Diretoria Geral de Saúde Pública

IAPM -Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos

IAPC -Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes

IAPB - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários

IAPI - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários

IPASE - Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS –Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social

IAPAS –Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

LBA - Legião Brasileira de Assistência

FUNABEM - Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor

DATAPREV –Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social

CEME - Central de Medicamentos

SINPAS –Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

PLUS - Plano de Localização de Serviços de Saúde

PMC - Projeto Montes Claros

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

IPEA –Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

CONASS - Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde

PREVSAÚDE –Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde

AIS -Ações Integradas de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

SUDS –Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

SEPPIR - Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. INIQUIDADE RACIAL NA HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	12
2.1 A saúde no Brasil: breve contextualização dos primórdios do racismo e das iniquidades raciais em saúde.....	12
2.2 Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde no Brasil: o Movimento Sanitário Brasileiro e a luta pela universalização do direito à saúde.....	19
2.3 Sistema Único de Saúde e a Saúde da População Negra: Universalidade ou a perpetuação das desigualdades e Iniquidades?.....	26
3 SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: AVANÇOS E DESAFIOS NO SUS.....	29
3.1 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).....	29
3.2 A saúde da população negra no SUS sob o olhar de um gestor público da política.....	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS.....	41

1.INTRODUÇÃO

Para se chegar ao atual modelo de saúde pública no Brasil, longa foi a caminhada. Ao analisarmos essa trajetória, percebemos que desde o período colonial, nos primórdios do povoamento das terras brasileiras, o sistema de saúde apresenta grandes desigualdades, sejam elas sociais ou étnico-raciais.

Desde o combate às doenças efetuado pelos curandeiros negros ou pelos indígenas, os raríssimos e escassos médicos oriundos de Portugal fizeram com que a precariedade existente criasse um modelo de fácil acesso aos primeiros, ao passo que para os médicos, a possibilidade de se conseguir um profissional da área da saúde se tornasse complexo e quase inacessível para aqueles que não faziam parte da nobreza portuguesa.

Essa situação começa a sofrer alterações a partir da chegada da família real ao Brasil, com a criação das faculdades de medicina, momento esse em que os profissionais de saúde formados nas escolas brasileiras, passam a atender parte dessa população, ou seja, aos mais afortunados.

Esse período, que se apresenta com profundas iniquidades em saúde, marca os primórdios da colonização brasileira em sua fase escravagista, perpassa pela república nas primeiras ações do Estado no âmbito da saúde pública, e na contemporaneidade. Apesar das conquistas com a Constituição Federal de 1988, ainda assim, com o Sistema Único de Saúde, as desigualdades persistem, principalmente para o conjunto da população negra, que ainda não conseguiu se libertar, no sentido amplo que o termo nos coloca, do aparato perverso do período escravagista do Brasil.

Este trabalho tem por **objetivo geral** identificar e analisar as dificuldades enfrentadas pela população negra nos serviços públicos de saúde, a partir da premissa de que a Constituição Federal de 1988 estabelece direito universal e integral à saúde para todos os brasileiros e daqueles que, ainda que não sejam nativos, por alguma razão se fazem presentes no território nacional. Como **objetivos secundários**, propõe analisar as desigualdades étnico-raciais no contexto sócio histórico da política de saúde brasileira; identificar fatos, condições de saúde em torno das questões étnico-raciais no âmbito do SUS.

As questões de saúde da população negra não podem ser dissociadas da compreensão da determinação social no processo – saúde doença, de modo que as especificidades étnico-raciais constituem-se como um dos elementos das desigualdades presentes no âmbito da sociedade capitalista e, portanto, o racismo é também, nessa sociedade, um fenômeno sócio-histórico.

Para alguns profissionais de saúde, a mística de que o negro resiste mais à dor do que as demais raças, também é um fator de discriminação no momento de atendimento, ficando os primeiros relegados ao atendimento médico posterior. Dentro dessa lógica, vamos encontrar até a aplicação de anestésias mais fortes aos brancos, em detrimento dos negros e várias são as literaturas existentes sobre essa lógica de atendimento.

Acresce-se a isso, o fato de que os negros, em sua grande maioria, residem nas periferias, muito distantes dos serviços de saúde de média e alta complexidade, o que dificulta sobremaneira o acesso. E ao se encontrarem mais distantes, acabam por se tornar excluído dessa política pública. (Batista;Werneck e Lopes, 2012).

Outra situação a ser analisada é a de que as mulheres negras acabam por não terem o mesmo número de consultas, exames e até mesmo o acompanhamento na gestação, estando em sua grande maioria, fora dos atendimentos mínimos exigidos pelo Ministério da Saúde. Isso pode levar a uma não detecção de doenças nos fetos e bebês. (Batista; Werneck e Lopes, 2012).

Há que se ter em mente a necessidade de romper as barreiras nos cursos de graduação na área da saúde, tanto no que se refere ao acesso ao ensino superior em áreas da saúde pela população negra, quanto na inclusão de conteúdos na grade curricular que contemple as peculiaridades do contingente populacional em termos de saúde dessa população e as iniquidades raciais em saúde ainda presente.

Os assistentes sociais, no âmbito do seu exercício profissional na área da saúde, ao realizar suas ações em consonância com o projeto ético-político profissional, poderá contribuir no processo de superação das iniquidades raciais em saúde, de modo a fortalecer por meio do seu agir cotidiano, novos patamares de civilidade, com garantia dos direitos humanos.

Nessa direção, para o desenvolvimento do presente estudo, utilizou-se de revisão bibliográfica e documental, por meio de leitura e análise de produções de relevância sobre o tema, documentos e normativas do Ministério da Saúde. Para melhor identificar e analisar a temática de estudo com a ênfase no SUS, fez-se uso de entrevista semi-estruturada com o Coordenador-Geral do Programa Nacional de Saúde da População Negra do Ministério da Saúde.

Para melhor compreensão do tema abordado, este Trabalho de Conclusão de Curso foi estruturado em dois capítulos. O primeiro discorre sobre o desenvolvimento histórico da política de saúde no Brasil, contextualizando as iniquidades raciais que perpassam historicamente essa política, passando pelos momentos mais relevantes, como criação do SUS, seus antecedentes, conjuntura atual e as contradições presentes entre a universalidade, perpetuação das desigualdades e iniquidades.

Já no segundo momento, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), com ênfase na sua contextualização histórica, avanços e desafios, para na sequência adentrar na entrevista com o gestor dessa política pública no âmbito do Ministério da Saúde.

Por fim, a título de considerações finais, apresenta algumas reflexões e subsídios, que por mais que não finalísticos, espera-se que venham contribuir no pensar formas de superação das desigualdades sociais e raciais no âmbito da política de saúde.

2 INIQUIDADE RACIAL NA HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.

2.1 A saúde no Brasil: breve contextualização dos primórdios do racismo e das iniquidades raciais em saúde

A sociedade brasileira secularmente mantém a iniquidade racial na história das suas políticas sociais, de modo que naturaliza a presença secundarizada da população negra, suas demandas e necessidades. Situação que não é diferente no caso das políticas de saúde, que ao longo de sua história perpetua a discriminação e exclusão como podemos observar a seguir, na breve contextualização dessa política.

Para contextualizar historicamente a saúde da população negra no Brasil, necessário se faz recorrer “à própria história do Brasil como Estado-Nação.” E isso nos remete à chegada da família real em 1808 e a necessidade de se manter saudáveis os trabalhadores para preservar os negócios “promovidos pela realeza”. Doenças tropicais como a malária e a febre amarela, eram desconhecidas dos médicos europeus, além de outras trazidas pelos colonizadores, tais como a peste bubônica, a cólera e a varíola. Aguiar (2011), afirma que não há uma política de saúde no período colonial e imperial, mas eram desenvolvidas algumas medidas para minimizar os problemas de saúde pública que afetavam a produção econômica e prejudicavam a exportação de mercadorias. Salienta-se que o período colonial/imperial, a base do trabalho era predominantemente escravo, que prevalece também com a proclamação da independência em 1822, sendo somente abolida legalmente no final do século XIX.

O Brasil colônia encontra um país que ainda utilizava práticas rudimentares de tratamento à saúde, pois se de um lado tínhamos os “barbeiros ou práticos”, que eram os conhecedores de algumas técnicas utilizadas pelos médicos europeus àqueles que podiam remunerá-los, por outro ainda contava com os curandeiros e pajés, estes ligados a outras práticas advindas da cultura da população negra e/ou indígena, com a utilização de plantas, ervas e rezas para tratar os doentes. Juntavam-se a esse grupo os jesuítas, com alguma prática médica europeia, que utilizavam a disciplina e o isolamento como técnicas de cuidar dos doentes. (Baptista, 2007)

Para a autora, com a chegada da Família Real, cria-se a primeira faculdade de medicina, a Escola médico-cirúrgica, em Salvador – Bahia, em 1808, portanto, data da sua chegada, que visava à institucionalização da prática médica nos mesmos padrões europeus.

A implantação da escola de medicina altera em muito o modelo de resposta às demandas de saúde a começar pela “...substituição dos religiosos das direções dos hospitais gerais, especialmente a partir da República.” Ao mesmo tempo, iniciou-se a implantação dos hospitais para doenças que necessitavam de um controle maior do Estado, como é o caso das doenças mentais, a tuberculose e a hanseníase, como ocorreu em 1852, com a inauguração do Hospital D. Pedro II, no Rio de Janeiro, voltado para os doentes mentais, conforme relatado por COSTA, (1989).

Ações como proteção ao saneamento das cidades, controle e observação das doenças e as pesquisas, ainda que incipientes com relação ao controle das enfermidades, foram os primeiros passos no sentido de implementar as políticas públicas de saúde da população.

O período da proclamação da República faz com que o Brasil fortaleça a atividade econômica do momento, que era a lavoura do café, principal produto de exportação. E para isso era necessário dar atenção à saúde dos trabalhadores e surge, então, medidas como o isolamento dos doentes, ou seja, as quarentenas, para evitar a propagação de doenças entre eles. No entanto, isso não significava que os indivíduos recebessem qualquer tipo de tratamento, prevalecendo ações e programas de saúde que visavam o controle das doenças epidêmicas e buscavam atrair imigrantes para a lavoura do café e da indústria incipiente. (Aguiar, 2011)

Essas ações visavam, principalmente, a garantia da “sustentabilidade e a produção da riqueza, seguindo uma velha política, já aplicada em outros países da Europa desde o início do século XVIII (Costa, 1985; Rosen, 1979 segundo Baptista (2007), as ações visando dar proteção à saúde da população estavam voltadas, especialmente para,

“proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias, responsáveis pela comercialização e circulação dos produtos exportados; controle e observação das doenças e doentes, inclusive e principalmente dos ambientes; e teorização acerca das doenças e

construção de conhecimento para adoção de práticas mais eficazes no controle das moléstias.”(Baptista , 2007 p. 32)

No entanto, ressalta-se que todas essas ações tinham como escopo a produção e, ao mesmo tempo, a proteção das cidades para não prejudicar o comércio interno e externo, de uma forma geral.

Na sequencia, enumera-se algumas ações de saúde consideradas relevantes no período, citadas por Batista (2007):

- 1) 1897 – criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), voltado às pesquisas nas faculdades de medicina, no âmbito nacional e, no exterior, o Instituto Pasteur;
- 2) 1900 – criação do Instituto Oswaldo Cruz, também voltado para a pesquisa;
- 3) 1903 – Reforma na saúde, coordenada por Oswaldo Cruz, que havia assumido a diretoria geral de saúde pública;
- 4) 1904 – implantação do código sanitário, que segundo a autora, “institui a desinfecção, inclusive domiciliar, o arrasamento de edificações consideradas nocivas à saúde pública, a notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária. Ele também implementa sua primeira grande estratégia no combate às doenças: a campanha de vacinação obrigatória. Seus métodos tornaram-se alvo de discussão e muita crítica, culminando com um movimento popular no Rio de Janeiro, conhecido como a Revolta da Vacina. (Costa, 1985; COC, 1995).

Torna-se mister salientar que a política de remoção de comunidades do Rio de Janeiro, bem como o uso de armas do Estado para ocupar comunidades, já era dotada nos primeiros anos da República quando manifestações da cultura africana eram consideradas vadiagem e reprimidas como crime. A prática do samba e da capoeira eram “questão de polícia” e o governo não hesitava em usar a força para reprimi-las.

Ações de saúde, campanhas sanitárias e vacinações perpetradas pelos governos da época, nem sempre foram bem recebidas pela população carioca. Houve muitas revoltas populares, entre elas, a Revolta da Vacina, de 1904, mencionada anteriormente,

que também teve como causa a tomada de medidas impopulares, como as reformas urbanas do centro, executadas pelo engenheiro Pereira Passos.

De modo que a decisão de transformar o Rio de Janeiro em uma cidade internacional levaram à adoção da política do “bota abaixo”, que consistia na demolição das casas de pessoas mais pobres e sua expulsão da cidade. O então presidente da República Rodrigues Alves (1902-1906) deu plenos poderes ao prefeito Pereira Passos, para iniciar uma política de remoções e higienização da cidade com uso inclusive da força para invadir residenciais e vacinar à força seus moradores. (Baptista, 2007)

Impulsionada pelo desemprego, e pelo alto custo de vida, a revolta popular contra a reforma urbana, que derrubou vários cortiços, causou várias manifestações e conflitos, com mobilização do exército, marinha e policia.

Tiros, gritaria, engarrafamento de trânsito, comércio fechado, transporte público assaltado e queimado, lampiões quebrados a pedradas, destruição de fachadas dos edifícios públicos e privados, árvores derrubadas: o povo do Rio de Janeiro se revolta contra o projeto de vacinação obrigatório proposto pelo sanitarista Oswaldo Cruz" (Gazeta de Notícias, 14 de novembro de 1904).

A vitória popular levou, em 16 de novembro de 1904 à revogação da lei de vacinação obrigatória.

Porém, para combater as manifestações culturais de origem africana, a pretexto de reprimir a “vadiagem”, e garantir a “segurança pública”, as incursões policiais em comunidades pobres continuavam constantes. Tudo isso estava ligado à necessidade de se manter uma espécie de terror sobre essa população de forma que ela abandonasse a cidade e a deixasse reservada apenas para os grandes casarões e palacetes da elite social e econômica. A ideia era transformar o Rio em uma vitrine capaz de vender o Brasil para o resto do mundo. Para isso, era necessário reprimir os considerados culpados pela insegurança, ou seja, os pobres. (SILVA, 2010)

Contudo, as ações acima revelam que a saúde pública foi tratada de forma policialesca, impopular, com o intuito de responder aos interesses econômicos. A população empobrecida e a maior parte dela constituída por afrodescendentes, que eram

a parte mais vulnerável, foram os mais atingidos pelas medidas, sendo levados muitos deles à prisão, retirados das suas moradias, criminalizados pela sua cultura e muitos levados à morte.

A partir de 1930, sob o comando de Getúlio Vargas, foram promovidas reformas administrativas, que culminaram em iniciativas de criação dos primeiros mecanismos de garantia de direitos dos trabalhadores. Dando continuidade, as Caixas de Aposentadoria e Pensões, instituídas pela Lei Elói Chaves, em 1923, que tinha como escopo principal, amparar algumas categorias profissionais e isso apenas no campo das garantias das aposentadorias, o novo Ministério do Trabalho incorporou-as e passou a tomar providências para que essa garantia trabalhista fosse estendida a um número maior de trabalhadores. Dessa forma, foi criado o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM) em junho de 1933, ao qual se seguiram o dos Comerciários (IAPC) em maio de 1934, o dos Bancários (IAPB) em julho de 1934, o dos Industriários (IAPI) em dezembro de 1936, e os de outras categorias profissionais nos anos seguintes. Em fevereiro de 1938, foi criado o Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE). A presidência desses institutos era exercida por pessoas livremente nomeadas pelo presidente da República.

Para Baptista (2007), essas iniciativas, tomadas a partir dos movimentos dos próprios trabalhadores, vai culminar com a “consolidação de direitos sociais”, que passa a dar um sentido de proteção a toda a massa de profissionais no mercado de trabalho, que a partir disso tem o vínculo empregatício formalizado através das carteiras de trabalho, a jornada de trabalho de oito horas, férias e a instituição do salário mínimo no Brasil.

Os governos de Vargas correspondem à consolidação do modelo médico assistencial previdenciário claramente voltado para as classes trabalhadoras urbanas e um outro subsetor o de saúde pública, com ênfase em campanhas sanitárias para as condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. (Bravo, 2006)

Assim, a política de saúde formulada nesse período concentrava-se em termos geográficos, e pautava-se na assistência médica individual, com vistas à manutenção da força de trabalho nas áreas metropolitanas.

Este modelo não absorvia a maior parte da população negra, composta por trabalhadores rurais e trabalhadores urbanos que desenvolviam atividades não regulamentadas, ou ainda, habitantes de estados pouco industrializados à época, como os do Norte e Nordeste do país que até hoje possuem os maiores contingentes populacionais negros. (Silva e Damasceno, 2005 p. 390)

Em novembro de 1966, todos os institutos que atendiam aos trabalhadores do setor privado foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Para Baptista, (2007), esse modelo vai se tornar nefasto aos dois segmentos da sociedade, pois centralizado o sistema, os trabalhadores de um lado se vêm prejudicados com as ações que antes eram desenvolvidas pelos próprios institutos, por categoria, e as contribuições já não eram endereçadas aos mesmos e viram, gradativamente, o empobrecimento dos benefícios, com uma assistência que já não era de tão boa qualidade. Essa centralização fez com que os trabalhadores não mais participassem das decisões tomadas, levando às relações clientelistas do Estado, o favoritismo, barganha e troca de favores dos aliados do poder. (Batista, 2007).

A unificação dos IAPs e a criação do INPS, ocorre no pós instaurado regime militar (1964), que nos seus primeiros anos de governo a avaliação interna era de crescimento econômico, mas limitado às classes média e alta. Apenas uma parcela menor dos trabalhadores negros alcançou o mercado formal de trabalho (dado que as condições de ingresso eram distintas para trabalhadores brancos e negros), obtendo, dessa forma, o direito à saúde e à previdência. Assim mesmo, essa parcela assistiu à deterioração das suas condições de vida, com a perda do valor real ou poder de compra de seu salário. (Silva e Damasceno, 2005)

Somente a partir de 1970, novas categorias foram sendo incluídas no sistema, tais como os trabalhadores rurais, empregados domésticos e autônomos, o que fazia com que a procura por serviços aumentasse, elevando significativamente os gastos com a saúde. Com o aumento da demanda foi necessário incluir no sistema a contratação dos serviços privados, que foi nominado “complexo médico-empresarial” (Cordeiro, 1944).

Como descreve BAPTISTA, 2007, p. 41, “as pessoas levavam suas carteiras de trabalho ou carnê de contribuição previdenciária quando procuravam os hospitais ou qualquer outro tipo de assistência, a fim de comprovar sua inclusão no sistema.”

A autora também enfatiza que uma parcela significativa da população continuava sem acesso à saúde e alguns índices mostrava a situação alarmante vivida pelo país: a esperança de vida “em 1970 era de 52,7 anos, a taxa de mortalidade infantil era de 87,9 bebês para 1.000 nascidos vivos, e as doenças infecciosas e parasitárias constituíam uma das principais causas de óbito. A transição demográfica e epidemiológica ocorrida nos países desenvolvidos ainda estava longe de ser alcançada na realidade brasileira, mesmo em face de todo desenvolvimento econômico obtido pelo país desde os anos 50 até o milagre econômico do período 1968-1974. A principal razão para o quadro de estagnação social foi o total descaso dos governantes com relação às políticas públicas comprometidas com o desenvolvimento social. Durante todo o regime militar autoritário, o investimento na área de saúde pública foi precário, doenças antes erradicadas voltaram, doenças controladas apareceram em surtos epidêmicos, o saneamento e as políticas de habitação populares foram desprezados, aumentou a pobreza e, principalmente, a desigualdade social.”(Baptista, 2007. p. 42)

A década de 1970 mostra o paradoxo entre o milagre econômico até 1974 e, após isso, uma estagnação econômica, o que leva os militares a tentar de todas as formas preservar a ditadura, o que vai ficar evidente a crise política, institucional e econômica iminente, (Baptista, 2007).

Para Escorel, 2012, as reformas promoveram apenas um alinhamento com o grande capital multinacional e nacional e, com isso, as reformas previdenciária, tributária e administrativa que se sucederam imediatamente após, que tinham como finalidade modernizar o aparelho do Estado, acabaram por diminuir os gastos com as políticas sociais e, como consequência, o arrocho salarial, a concentração de renda, declínio no poder de compra do salário mínimo, diminuição na oferta de alimentos, colapso dos serviços públicos de transporte e de saúde. Esse agravamento do quadro econômico vai refletir e impactar diretamente na saúde da população, pois cresce o índice de mortalidade infantil, agravado a outras enfermidades que têm um aumento considerável no período.

Para Escorel (2012), houve uma tentativa de se legitimar a ditadura e, para isso, a partir de 1974 tentou-se aplicar a “nostalgia das mediações”. Nesse momento, sob a presidência do General Geisel, inicia-se o processo de abertura, chamado de “distensão lenta, gradual e segura”. Nessas mediações com a sociedade civil, algumas iniciativas

foram tomadas, tais como o abrandamento da censura e a negociação com setores da oposição para as reformas da Lei de Segurança Nacional, com o fim do AI-5 e das “salvaguardas nacionais”.

Segundo a autora, a criação do Sistema Nacional de Assistência Médica e Assistência Social, em 1977 extingue o INPS e nele são definidos alguns Órgãos e atividades:

O INAMPS, para a assistência médica, o INPS para os benefícios, o IAPAS para o controle financeiro, duas fundações – a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor (FUNABEM), uma empresa (a DATAPREV) e uma autarquia – a Central de Medicamentos (CEME). (Escorel, 2012, ps. 338/339)

Esse novo modelo estava longe ainda de solucionar os problemas da assistência médica e a saúde pública no País. Isso vai gerar um descontentamento muito grande, de um lado com a própria população, principalmente aquela não beneficiada com os serviços do SINPAS, (INAMPS) e, de outro, os médicos, professores, estudantes e membros da própria sociedade, que exigiam a extensão da assistência médica a toda a população, bases iniciais para a organização de um movimento pelo direito humano à saúde, o que veio posteriormente a constituir o Movimento Sanitário Brasileiro ou o Movimento de Reforma Sanitária, como será abordado no item seguinte.

2.2 Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde no Brasil: o Movimento Sanitário Brasileira e a luta pela universalização do direito à saúde

A política nacional de saúde, no período compreendido entre 1974 – 1979, enfrentou permanentes tensões entre a ampliação de serviços e a disponibilidade de recursos, dos interesses advindos dos empresariais e do Estado e das pressões e reivindicações populares (Bravo, 2006).

Para Escorel (2012), não houve uma substituição do modelo de atenção à saúde durante o governo Geisel, porém, uma mudança na área da política de saúde, ou seja, um movimento, um processo de articulação, uma nova força política. Para ela, surgiram

três movimentos distintos, sendo a primeira pelo movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a segunda, pelos movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica e a terceira vertente, por profissionais das áreas de docência e pesquisa, a academia. Dos três movimentos, o estudantil e o CEBES “caracterizavam-se por difundir a teoria da medicina social.” O movimento estudantil setorial, não era muito perseguido pela repressão quanto o movimento estudantil em geral. Este teve papel importante ao abordar a saúde comunitária.

Para a autora supracitada, o movimento sanitário procura difundir a ideia da saúde pública Estatal e, portanto, em uma posição contrária às ideias privatizantes da saúde. O CEBES traz para a prática o arcabouço teórico, numa tentativa de mudar o modelo existente. “...Dessa forma, foi uma pedra fundamental, embora não a única, do movimento sanitário como movimento social organizado”. (Escorel, 2012, p. 341). A criação da revista “Saúde em Debate” foi o principal meio de fazer com que as ideias não se perdessem ao longo do tempo e, ao mesmo tempo, houvesse um mecanismo de divulgação de todos os assuntos não só da saúde, porém, de conscientização dos profissionais e estudantes da saúde, para a necessidade de uma mudança que refletisse as reais demandas sanitárias da sociedade como um todo.

Em Escorel(2012), a Reforma Sanitária, nas palavras de Sérgio Arouca (1998), é um “projeto civilizatório” contendo em si os valores que queremos para toda a sociedade brasileira. Compreende um processo de transformação da situação sanitária em pelo menos quatro dimensões específicas, que corresponde ao fenômeno saúde/doença; institucional: ideológica; e das relações sociais que orientam a produção e distribuição de riquezas.

Jairnilson Paim (2008), dedicou-se a estudar a Reforma Sanitária brasileira examinando-a como um ciclo composto por “ideia – proposta – projeto – movimento – processo”. No seu entender a Reforma Sanitária é “uma reforma social e “uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes:

- a) Democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão;

b) Democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos;

c) Democratização da sociedade lançando os espaços de organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma ‘totalidade de mudanças’, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral. (Paim, 2008 p. 173-174).

Na visão de Baptista (2007), o movimento sanitário tinha como meta a mudança da lógica da assistência à saúde, o que tornava premente algumas proposições:

- A saúde é um direito de todo cidadão, independente da contribuição ou de qualquer outro critério de discriminação;
- As ações de saúde devem estar integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda população a todos os serviços de saúde, seja de cunho preventivo ou curativo;
- A gestão administrativa e financeira das ações de saúde deve ser descentralizada para estados e municípios;
- O Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde. (Baptista, 2007, p. 43)

Iniciativas como aquelas deixavam claro a existência de um movimento que viria com toda a natureza de mudança não somente no campo da saúde, porém, de um momento político. Esse conjunto organizado de princípios e proposições políticas, tinha como direção estabelecer parâmetros para instaurar um processo democrático e de garantias de direitos sociais. O documento do CEBES trazia um conjunto de medidas a serem apreciadas pelos congressistas:

Deter o empresariamento da medicina; transformar os atos médicos em bem social gratuito; unificar o sistema de saúde; atribuir ao Estado a administração total desse sistema; entregar a esse sistema a tarefa de planejar e executar a política nacional de saúde; estabelecer mecanismos eficazes de financiamento do sistema; descentralizar esse sistema; e viabilizar uma real participação popular em todos os níveis e etapas da política de saúde. (Escorel, 2010 p. 342-343)

Se alguns movimentos foram importantes no processo de alteração do quadro dos serviços públicos de saúde, rompendo com a velha estrutura do regime militar, por outro, em termos institucionais vamos encontrar algumas iniciativas que foram identificadas como propostas inovadoras frente ao modelo dos serviços de saúde até então em prática no Brasil. Dentre eles vale ressaltar:

Plano de Localização de Serviços de Saúde (PLUS), no Projeto Montes Claros (PMC) e no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS, encontram-se os elementos que foram constituindo um modelo alternativo de prestação de serviços de saúde, com diretrizes e premissas que orientaram as propostas da Reforma Sanitária. (Escorel, 2012, p.?),

Segundo Escorel (2012), o PLUS, criado no seio da Previdência Social, como iniciativa de um grupo de saúde pública, visava planejar a expansão física dos serviços de saúde previdenciários, de âmbito nacional que passou a abranger apenas nove regiões metropolitanas, cabendo a integralidade de suas ações somente ao Estado da Paraíba.

O Projeto Montes Claros apresentou um projeto “alternativo de organização de serviços de saúde”, implantado a partir do norte de Minas Gerais, principalmente na região do Vale do Jequitinhonha, no qual permitia “experimentar os princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular.” Em 1978, esse projeto viria a ser incorporado ao PIASS.

Para a autora, o PIASS, criado em 1975-1976, tinha como finalidade implantar uma estrutura básica de saúde pública em comunidades de até vinte mil habitantes, na região Nordeste, em três níveis de atuação: elementar, intermediário e de apoio, sendo os dois primeiros operados por pessoal de nível elementar. Esse programa tem como principal foco, a parceria com os governos estaduais. Essa iniciativa traz para si um modelo nos moldes do movimento sanitário. Pela abrangência, com 10 Estados em sua estrutura, há a criação do Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde – CONASS. O PIASS, então, passa a contar, também, com a participação da previdência social, fato inédito até então nos programas de saúde pública. A partir de 1979, há a expansão nacional, que duraria até 1981, momento em que o Programa foi incorporado à estrutura do Ministério da Saúde, passando a integrar o Programa Nacional de Serviços Básicos.

As propostas alternativas, que caminham em direção da expansão da cobertura em saúde e que direcionam para uma tendência de fortalecimento da proposta de universalização da atenção à saúde, representam para a população negra, principalmente, uma perspectiva segundo Silva e Damasceno (2005), de rompimento com a figura do indigente, ou seja, aquele que era atendido sem possuir vínculo previdenciário, e dá-se início à ideia, a ser perseguida, de universalidade nos marcos da seguridade social. E essas propostas ao caminharem no âmbito das ações e serviços de saúde concomitante ao Movimento de Reforma Sanitária, constituíram em bases político organizativas fundantes para o projeto em torno do direito universal a saúde.

No cenário social, o final dos anos 1970 e início da década de 1980, vai encontrar um país com sérias dificuldades econômicas, agravado pela crise internacional, gerando o arrocho salarial, o desemprego e as profundas desigualdades sociais resultantes do modelo econômico. Politicamente falando, o regime militar se encontrava esgotado, tendo perdido o apoio da classe empresarial e o resultado das eleições de 1982, para os governos dos Estados demonstrou que a população ansiava pelo fim da ditadura militar. As manifestações da sociedade recrudescem movimentos de repressão e atentados nos grandes centros. É nesse momento que surgem os principais movimentos populares do período, incluindo-se o das “Diretas Já”, que reivindicava eleições diretas para presidente da República.

Para Escorel (2012), os anos “Figueiredo” são marcados por várias ações na área da saúde. A primeira delas, em novembro de 1979, com o I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados. Dele nascem as propostas que deram origem às Ações Integradas de Saúde, em 1982, baseado no arcabouço teórico do movimento sanitário, que começa a construir e ampliar sua organicidade, assim como a sua configuração e alianças com os demais movimentos pela democratização do país. Foi a época, também, do sonho tecnocrático do PREVSAÚDE, que aglutinava experiências institucionais anteriores.

Relembra, Escorel (2012), que em março de 1980 a realização da 7ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema: “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”, em face do reconhecimento, pelo Ministério da Saúde, em 1980, que o contingente de brasileiros sem acesso aos serviços de saúde era algo em torno de 40 milhões de brasileiros (Ribeiro, 1983). PREVSAÚDE e PRÓ-SAÚDE são as iniciativas

primeiras de se tornar universal o atendimento à saúde, sendo este último nascido de um grupo técnico do próprio Ministério da Saúde, com o objetivo de integrar as ações de saúde com o Ministério da Previdência e Assistência Social, a partir dos serviços básicos de saúde, baseado na experiência progressa do PIASS.

Segundo Escorel (2012), com a abertura política há um avanço nas políticas públicas de saúde e, a partir daí, inicia-se a criação de alguns organismos na direção da universalização da prestação dos serviços. É criado inicialmente o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que a partir de 1983 passa a ser implantado nos Estados, numa proposta de convênio trilateral, porém sem recursos financeiros para as suas ações. Essa proposta vai encontrar rejeição no aparelho do Estado, que possuía forte tendência privatizante. Embora sofrendo resistências, ao final de 1984 todos os Estados haviam assinado os convênios. Com esse programa inicia-se, finalmente, a universalização da assistência médica, ficando o INAMPS encarregado de repassar os recursos às Prefeituras. Em 1984 esse programa será transformado em Ações Integradas de Saúde – AIS, com os seguintes princípios: integração interinstitucional, descentralização e democratização.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, segundo Escorel (2012), é considerada um marco de transformação desses fóruns, sendo fundamental para o processo da reforma do sistema de saúde brasileiro, desembocado na Constituição de 1988. Deixa o seu caráter institucional apenas e promove a participação das organizações da sociedade civil de todo o país com delegados eleitos, incluindo as representações sindicais, das associações de profissionais de saúde, de movimentos populares em saúde, do Cebes e Abrasco, dentre outros. A conferência discutiu temas que se desdobraram em diretrizes válidas ainda hoje: 1) busca da equidade; 2) garantia de acesso universal às ações e serviços de saúde; 3) aumento do financiamento público do setor saúde; 4) unificação e integração das ações do ponto de vista de seu conteúdo – preventivas, curativas e de reabilitação – e do ponto de vista de sua gestão, integração entre os níveis federal, estadual e municipal de governo e unicidade das estruturas gestoras em cada nível; e 5) atribuição de maiores poderes à população para participar ativamente na formulação, implementação e controle das ações de saúde.

Para a mesma autora, essa Conferência não fica restrita ao momento de sua realização, ela vai se desdobrar por todo o ano de 1986 e 1987 em temas específicos

como a saúde da mulher, da criança, dos índios, do trabalhador, do consumidor, recursos humanos, saúde bucal, saúde mental, grandes endemias. Sobre esses temas foram realizadas conferências estaduais e nacionais, utilizando-se o Relatório Final da 8ª CNS, como elemento norteador.

Contudo, este debate antecedeu a proposta de Reforma Sanitária brasileira num contexto de reorientação política/institucional e de democratização no país. Frente ao quadro de desigualdades sociais e os debates em torno da determinação social, política, econômica e das condições de saúde da população, desenvolveu-se a ideia da construção de um novo sistema de saúde.

Em 1987 são criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, a partir de uma diretriz do INAMPS, visando à descentralização dos serviços de Saúde.

Esses sistemas trazem como principais pontos: enxugamento da estrutura previdenciária de nível estadual; transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios; gestor único de saúde em cada esfera de governo; transferência para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle sobre o setor privado. O SUDS como estratégia transitória para a criação do Sistema Único de Saúde.” (Scorel, 2012)

No entanto, forças contrárias ao SUDS surgem regionalmente, principalmente na SUCAM e na Fundação SESP, aliadas ao setor privado.

Mas a semente da Reforma Sanitária estava plantada e a realização da Plenária Nacional de Saúde passou a elaborar a proposta constitucional para o capítulo de saúde, a ser levada à Comissão Afonso Arinos, que estava elaborando a proposta da nova Constituição Federal de 1988, que em seu Art. 196, estabelece: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

2.3 Sistema Único de Saúde e a Saúde da População Negra: Universalidade ou a perpetuação das desigualdades e iniquidades?

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser legalmente constituída como um “direito de todos e dever do Estado”, de modo que as ações e serviços públicos passam a ser realizados por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada por um Sistema Único em Saúde- SUS. Tal sistema foi implementado depois da promulgação das Leis Orgânicas da Saúde, n. 8080, de setembro de 1990, e Lei n. 8.142 de dezembro de 1990. Na Lei n. 8.080/1990, o SUS é definido, como o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. (BRASIL, 1990)

A lei 8080/1990, também estabelece os seguintes princípios e diretrizes do SUS: Universalidade, integralidade de assistência; igualdade na assistência; participação da comunidade; descentralização político- administrativa.

Ao analisar as conquistas legais no âmbito da política de saúde advindas da Constituição Federal de 1988, Matta (2007) expõe que a saúde ao tornar-se um direito, não é um serviço ao qual se tem acesso por meio de uma contribuição ou pagamento de qualquer espécie. Todos os cidadãos brasileiros têm direito à atenção à saúde. Em outro ponto, reconhecendo as iniquidades do sistema de saúde e das desigualdades sociais no Brasil, a autora supracitada afirma que a equidade apresenta-se como desafio na construção de estratégias que reflitam a participação e a emancipação cívica e social, proclamadas no texto constitucional e presente nas lutas históricas pelo direito à saúde. Matta (2007), ainda nos conduz a refletir sobre o conceito de integralidade, ao apresentar diferentes sentidos atribuídos na área da saúde, a saber: a) sentido histórico, dá ideia de construção de um sistema único de saúde em contraposição à dicotomia da gestão da prevenção e da assistência médica no país; b) sentido epistemológico da concepção de saúde, na organização de uma prática em saúde integral; c) sentido do planejamento em saúde, na formulação de políticas pautadas na atenção integral; d) sentido das relações entre trabalho, educação e saúde, na formação e gestão do trabalho em saúde.

Contudo, a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a implantação do SUS ocorre em meio a um contexto de hegemonia da ideologia neoliberal, onde institui-se políticas econômicas e sociais voltadas para a lógica de valorização do mercado e de minimização do papel do Estado para com sua reponsabilidade no provimentos de políticas sociais publicas. Dessa forma, a década de 1990 e nas décadas seguintes, a proposta de universalização do direito à saúde com responsabilização Estatal é um campo de tensão permanente, diante das disputas presentes com o segmento privado. (Bravo, 2006).

Diante desse contexto, o acesso universal à politica de saúde ainda está por ser garantido na sua prática. Muito se conquistou nesses anos com a implantação do SUS, mas temos ainda muito a ser conquistado.

E nesse processo de conquista do acesso universal e com qualidade, Silva e Damasceno (2005), ao analisar as políticas públicas de saúde do ponto de vista das relações raciais, observamos que o esforço para criar um sistema de saúde equânime, universal e integral tem produzido resultados satisfatórios, tais como: expansão do acesso à saúde, da cobertura dos serviços, da disponibilidade de procedimentos de média e alta complexidade, porém, estes resultados têm impacto diferenciado sobre brancos e negros no Brasil, e têm sido mantidas as diferenças de desempenho em saúde destes dois grupos populacionais, permanecendo os negros com as maiores taxas de mortalidade infantil, mortalidade materna, mortes por causas externas, mortes por causas evitáveis e menor esperança de vida. (Silva e Damasceno, 2005)

Para as autoras supracitadas, embora o Sistema Único de Saúde tenha sido concebido para a população como um todo, sabe-se que são os cidadãos mais empobrecidos, sem acesso à saúde suplementar, que efetivamente fazem uso do sistema público de saúde.

Os negros representam 45% da população brasileira, mas correspondem a cerca de 65% da população pobre e 70% da população em extrema pobreza e que os brancos, por sua vez, são 54% da população total, mas somente 35% dos pobres e 30% dos extremamente pobres, têm a certeza de que nascer negro no Brasil implica maior probabilidade de crescer pobre. A pobreza no Brasil tem cor. A pobreza no Brasil é negra. (Henriques, 2003 apud Silva e Damasceno, 2005 p. 388).

Nessa direção, Silva e Damasceno (2005), enfatizam que a falta de utilização do recorte racial nas políticas e nas ações de saúde tem servido para manter a população negra em situação de vulnerabilidade, mantém a dificuldade na identificação das disparidades, obstaculizando a assunção de medidas que melhorem suas condições de saúde e contribui para tornar a área da saúde produtor e reprodutor de desigualdades raciais.

Corroborando na reflexão, Soares Filho (2012), é salutar e imperioso esclarecer que na história do Brasil a informação estatística esteve envolta numa “cultura do silêncio”, pois se se houvesse a inclusão da origem étnico-racial das pessoas, isso levaria a uma caracterização de que havia desigualdade racial. E que acontecimentos que pudessem denotar racismo eram acontecimentos pontuais. Nessa linha, supunha-se que a democracia racial era uma prática em todos os quadrantes nacionais. Isso não permitia a inclusão desses aspectos raciais nas políticas públicas, o que levou o IBGE a coletar os dados estatísticos de raça/cor em seus censos.

Assim, a discussão sobre uma política específica para a saúde da população negra no âmbito do SUS, tornou-se uma agenda necessária:

A inclusão de uma política específica de saúde dirigida à população negra na agenda setorial brasileira constitui um processo relativamente recente, mas que resultou de larga trajetória de lutas e reivindicações de lideranças do movimento negro e de outros atores sociais. Desde a década de 1980, destacava-se a importância do uso da variável raça em estudos sobre condições de saúde e suas relações com a desigualdade ou iniquidades sócio sanitárias no Brasil.(TRADet al, 2012, p. 183)

Contudo, ao mesmo tempo em que se buscam e implantam políticas afirmativas no Brasil, ocorrem as tensões na sociedade, tornando-se polêmicas no seio da população, inclusive de vertentes dentro da própria população negra, tornando as medidas conflitantes com relação à sua aplicabilidade sem maiores resistências. Ao mesmo tempo, colocam em evidência as contradições e os desafios inerentes à articulação entre universalidade e equidade, princípios básicos do SUS, e isso para uma

negros, no último senso e, desse total, 70% se disseram usuários do SUS, conforme dados do IBGE.

3. SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: AVANÇOS E DESAFIOS NO SUS

3.1 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)

Em 2003 foi criada a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), pela Lei nº 10.678/2003, com status de ministério, tendo como finalidade prestar assessoramento direto à Presidência da República, e como princípio institucional a promoção da igualdade e a proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais e étnicos, visando o acompanhamento e a coordenação das políticas de diferentes ministérios, dentre eles o da Saúde e outros órgãos federais. Essa iniciativa do Executivo veio contemplar uma antiga reivindicação do Movimento Social Negro, que desde a década de 1970 buscava medidas capazes de reverter as desigualdades econômicas e sociais da população negra do Brasil.

O casamento entre o Ministério da Saúde e a SEPPIR promoveu uma articulação fundamental para que a política de saúde da população negra começasse a ser pensada. Esse 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 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. (BRASIL e TRAD, 2012, p. 84)

O grupo de especialistas 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 por meio da criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, através da Portaria nº 1678/2004 (Brasil e Trad, 2012). O referido Comitê Técnico, formulou as linhas mestras da Política, tendo sido aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e a pactuação de seu Plano Operativo na Comissão Intergestores de

Saúde Tripartite – CIT, oficializando o compromisso das três esferas de governo e, ao mesmo tempo, com a participação da sociedade civil, por intermédio dos Conselhos de Saúde. (Brasil, 2010)

Em agosto de 2004 realizou-se o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, quando foi assinado o Termo de Compromisso entre a SEPPIR e o Ministério da Saúde, visando o encaminhamento da “Política Nacional de Saúde da População Negra”.

Tinha-se, ali, o reconhecimento pelo próprio Ministério da Saúde, das desigualdades existentes no SUS no que tange ao tratamento dado aos seus usuários afrodescendentes. No Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em publicação de 2008, vamos encontrar: “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”, como marca da nova Política a ser implantada e visando a diminuição das iniquidades raciais em saúde.

A Portaria 992 de maio de 2009, instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN, respaldada pelos princípios da universalidade, equidade e a integralidade, assim como, do Art. 196, da Constituição Federal/1988, que assegura a saúde como um direito de todos e dever do Estado, e dos preceitos constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana, da igualdade (BRASIL, art. 5o, caput). (BRASIL, 1988, art. 1o, inc. II e III), e do repúdio ao racismo (BRASIL, 1988, art. 4o, inc. VIII).

Na mesma Portaria, encontram-se as diretrizes gerais da PNSIPN, destacando-se: inclusão dos temas racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde; ampliação e fortalecimento da participação do movimento social negro nos espaços de controle social do SUS; incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra; reconhecimento das práticas populares de saúde, inclusive de matrizes africanas; monitoramento e avaliação das ações de combate ao racismo, assim como a busca pela redução das desigualdades étnico-raciais na área da saúde. Da mesma forma, prevê o desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos e que venham a

fortalecer uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades. (BRASIL, 2009)

Esta Política, concebida de caráter transversal, abrange ações e programas de diversas secretarias e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde, tem como propósito principal, 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.

Os objetivos específicos marcam um avanço em termos das políticas de saúde no Brasil, pois vão focar diretamente uma parcela da população, em princípio por reconhecer as deficiências no atendimento a esse segmento e, ao se reconhecer isto, reforça os pontos principais a serem trabalhados e avigorados em todo um Sistema que foi instituído para promover a universalização do acesso à saúde.

Em linhas gerais esses objetivos são: a garantia e ampliação do acesso à saúde da população negra urbana e da floresta, e em particular às populações quilombolas; coordenação, monitoramento e avaliação da implementação da PNSIPN, em conjunto com o Pacto pela Saúde; inclusão do tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra na formação permanente no SUS; identificação, o combate e a prevenção de situações de abuso, exploração e violência contra a população negra; aprimoramento da qualidade dos dados referentes à saúde, visando a inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS; formulação, gestão e operação compartilhadas entre as três esferas de governo, seja no campo restrito da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, seja em áreas correlatas.

O Ministério da Saúde ao criar uma política específica para a saúde da população negra, expressa a necessidade de dar um enfoque mais urgente e incisivo, sob pena de relegar a uma situação de marginalização dessa população tão expressiva no conjunto da sociedade brasileira, como descrito:

Ao longo de nossa história, condições desiguais foram geradas para determinados segmentos da população, com características étnicas

e raciais específicas, resultando no quadro atual de iniquidades enfrentadas por esses segmentos e, no caso da população negra, num racismo que, ao ter sido internalizado antes e após a abolição oficial da exploração dos povos africanos em território nacional, persistiu silencioso, não declarado e muitas vezes negado.

Deste modo, a população negra, devido a essas condições históricas, apesar de numerosa, encontra-se hoje nos extratos mais pobres e em crônica situação de iniquidade em termos sociais, em especial no acesso à saúde pública, traduzida especialmente pela comprovada precocidade dos óbitos e pela alta taxa de mortalidade materna neste segmento, situação agravada pelo racismo que muitas vezes é responsável pela discriminação que ocorre em várias instituições e também nos serviços de atenção à saúde.

Por outro lado, há também uma persistente resistência histórica a essas condições, representada por vários movimentos de mulheres e homens negros dentro da sociedade, os quais criaram diversas dinâmicas para a transformação das desigualdades produzidas historicamente, a partir de reivindicações para um atendimento mais equânime por parte das instituições públicas. (BRASIL, 2010 p. 5)

Quanto às estratégias e responsabilidades das esferas de gestão, a PNSIPN foi criada com o intuito de implementar as ações de combate ao racismo institucional, a redução das disparidades étnico-raciais, com enfoque na morbimortalidade materna e infantil, assim como nas demais causas, tais como as mortes violentas, doença falciforme, DSR/HIV/aids, tuberculose, hanseníase, câncer de colo uterino e de mama, transtornos mentais e outras. Inclusas estão outras estratégias, tais como o fortalecimento à saúde mental em todas as fases de vida da população negra, inclusive aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas; um melhor atendimento, incluindo-se a humanização, na atenção à saúde da mulher negra, a assistência ginecológica, obstétrica, puerpério, climatério e em situação de abortamento; maior atenção às situações de violência sexual, doméstica e intrafamiliar; implantação e implementação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde nos Estados e Municípios, visando a redução da vulnerabilidade da população negra, em especial a população jovem negra; aplicação da política, também, no Sistema Penitenciário e, por último, apoio técnico e financeiro para a realização de eventos que permitam a formação de lideranças negras que permitam a ampla divulgação e eventos que contribuam na sua consolidação.

As questões raciais vêm sendo debatidas por diversos estudiosos das relações raciais brasileiras (Brasil e Trad, 2012), com expressão nos últimos anos também na área da saúde. Na área da saúde, estudos apontam que há algumas doenças e agravos prevalentes que são características desse segmento populacional, como no estudo de Soares Filho (2012):

Entre as causas diretas de óbito materno, as jovens negras apresentam maior proporção que as brancas, particularmente no óbito em decorrência de aborto e eclâmpsia (Tabela 6). A população negra morre mais jovem que a população branca; homens negros de 10 a 29 anos apresentam risco de morrer 80% maior do que os jovens brancos. Mulheres negras da mesma idade, o risco é 30% maior do que o apresentado para as brancas (Tabela 4). O risco de morte é maior tanto nas causas transmissíveis como nas causas não transmissíveis entre a população negra de 10 a 29 anos. No primeiro grupo, a chance de morrer por aids (40%) ou tuberculose (130%) é maior entre a população jovem negra. O mesmo é observado no segundo grupo, particularmente nas doenças falciformes e hipertensivas. (SOARES FILHO, 2012 p. 40)

Tais questões, evidenciam que é imprescindível abordagens e intervenções que considerem as diferenças existentes, de modo a garantir os preceitos constitucionais, sob pena de se inviabilizar a promoção da equidade em saúde no âmbito do SUS.

Contudo, a PNSIPN, está intimamente relacionada com os princípios e diretrizes do SUS. “Seu desafio é garantir a transversalidade das questões étnico-raciais no setor da saúde, bem como combater o racismo institucional nas instâncias do SUS”. (BRASIL e TRAD, 2012 p.88).

Porém, segundo as autoras supracitadas, no âmbito das políticas públicas, o processo de discussão dessas temáticas pelo Estado brasileiro demanda um tempo maior de confronto e convencimento sobre a pertinência dessas questões na elaboração de soluções em políticas Públicas, seus limites institucionais dessas esferas de atuação, onde mesmo sendo 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”.(BRASIL e TRAD, 2012 p.88)

3.2 – A saúde da população negra no SUS sob o olhar de um gestor público da política

Com o intuito de identificar a compreensão do gestor federal sobre os avanços e desafios no âmbito da PNSIPN, realizou-se entrevista semi-estruturada com o Coordenador-Geral do Programa Nacional da Política Nacional da População Negra. Na entrevista, ao ser questionado sobre os avanços da PNSIPN, obteve-se a seguinte resposta:

Antes não se falava sobre o racismo no Brasil. Pelo fato do mito da democracia racial não ter aquela ruptura que houve em outros países, de segregação racial, aqui a população negra (e boto muitas aspas), sempre conviveu harmonicamente com a elite branca deste país. Isso não é verdadeiro, pois sempre se reporta à cor da pele e coloca o negro numa situação de exclusão e marginalização para as ações públicas e políticas públicas deste País. (sujeito de pesquisa – gestor)

O mito da democracia racial, é descrito por Munanga, 2004, p 131 apud Tradet al, 2012 p. 201, onde prevalece a ideia de um país no qual “todos são iguais”, diante de um ideal de que “fomos misturados na origem e hoje não somos nem pretos, nem brancos, mas sim um povo miscigenado, um povo mestiço”. Para o autor, tal concepção “fragiliza a noção da identidade étnica e a noção de necessidades específicas”. (MUNANGA, 2004,p 131 apud TRAD et al, 2012 p. 201)

Na continuidade de sua resposta sobre os avanços da PNSIPN, o coordenador assim explicita:

Houve diversos avanços. E pode-se perguntar: e são suficientes? Não, não são. Tem que se haver muito mais. Para se ter um país, uma nação desenvolvidos e democraticamente para os seus cidadãos e cidadãs, precisa evoluir muito mais. Não é à toa que as campanhas denunciam: “racismo faz mal à saúde”. Porque sabemos que temos que combater e fazer com que ele não se identifique dentro do sistema público de saúde, porque com isso não podemos apontar o dedo, mas devemos olhar e revelar essas situações. Exemplo disso é quando chega um negro com cabelo hastafari, e o médico quer cortar aquele cabelo porque diz que aquele cabelo é

anti-higiênico e só vai fazer se ele cortá-lo. E aquele cabelo daquele cidadão é cultural, é uma marca dele, a identidade daquela pessoa. É como se retirasse de uma outra pessoa, por exemplo, os olhos, que a gente que não tem a ver. E se isso acontecesse com as demais pessoas, ainda assim seria preconceito. E com a pessoa negra. E ninguém vai falar que o cabelo de uma branca, loira, mesmo que estiver fedido, tenha que ser cortado. Não existem relatos sobre isso, mas quando há um elemento da população negra, aí sim a gente precisa criar uma cultura, que aquilo é estritamente normal, que ser negro não tem nenhuma vergonha, que ser negro não tem nenhum elemento pejorativo. Se uma pessoa é negra ela tem dignidade, ela pode estar numa condição de situação de rua, mas o médico que está atendendo, enfermeiros e agentes de saúde têm que atender aquela pessoa como um cidadão e não olhar para a cor da pele dela, não olhar para a cultura dela, aí ele é um profissional e cuida da população e se ele não tiver a capacidade de olhar dessa forma, que ele saia do SUS e vá fazer saúde em outro local, porque ali não há espaço, nenhum espaço de discriminação, de preconceito ou de intolerância, ali é um espaço de inclusão e que as pessoas sejam capazes de se sentirem acolhidas no SUS. A beleza do Sistema está aí, no acolhimento de todos os brasileiros, de todos os cidadãos. É isso então, é nessa linha. (Sujeito de pesquisa – gestor)

No relato acima, o sujeito de pesquisa argumenta que o racismo persiste, inclusive nos espaços institucionais, gerando dificuldades no acesso, no atendimento e no acolhimento no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em estudo de Tradet al (2012), no quesito possibilidade de haver racismo nas unidades de saúde, não houve consenso entre os sujeitos usuários da pesquisa. Há relatos em que os usuários entrevistados expressam nunca ter vivenciado ou presenciado o racismo institucional, por outro lado, há também relatos em que os usuários confirmam ter vivenciado algum tipo de racismo institucional. Também, emergiu em alguns relatos de agentes comunitários de saúde a ideia de que há preconceito de classe e não de cor e nas falas de alguns usuários, “a questão do negro também é relacionada à classe social, mostrando que a precariedade vivida pela população acaba por comprometer seu estado de saúde”. (TRAD et al, 2012 p. 197)

O coordenador também em sua fala se reportou a fase de repactuação do Plano Operativo da PNSIPN entre o Ministério da Saúde e demais gestores da unidade federativa nas três esferas de governo. Para tanto, faz referência ao Comitê Técnico de Saúde da População Negra, formado por técnicos, segmento representantes da academia (comunidade científica) e setores ligados aos movimentos sociais da população negra, a exemplo, LGBT, população de rua, mulheres. O Comitê Técnico, para o gestor (sujeito de pesquisa), tem papel importante, sobretudo diante de sua função de:

contribuir para o movimento social sobre a política integral da saúde da população negra. Ele tá pra contribuir tecnicamente pelo movimento social, para as questões, questionar um pouco da política, ele é um movimento social, academia e os usuários. Estão ali para contribuir com a questão. É uma forma participativa da gente fazer a política. [...]fazer uma avaliação do que foi cumprido desse Plano Operativo e o que não foi a gente vai repactuar essas ações internamente no nível federativo. É basicamente isso que vamos fazer. A gente vem travando algumas discussões com bastante importância, de como as particularidades da população tem que ver o SUS, a necessidade de também identificar e viabilizar essa política, para os populares e os documentos do Ministério da Saúde possam ter o quesito raça/cor, faz parte da repactuação interna. E você pode questionar comigo: ah, porque é necessária, porque é necessário ter esse termo. Porque a gente precisa, a gente trabalha a população quilombola. Será que a pasta materna da população materna da população quilombola é a mesma daquele município? Será que ela não precisa que a gente olhe pra ela de uma forma diferenciada?.

Além de enfatizar a importância da participação social no âmbito do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, o gestor, ressalta a importância de contemplar na política as necessidades de saúde dessa população:

será que está fabricando medicação para as doenças particulares que a comunidade quilombola tem? É uma comunidade de campo, rural, e aí eu te pergunto: será que ela não é mais atingida por doenças como leishmaniose visceral, que é o Calazar, que dá em terrenos úmidos? Etem folha de campo, floresta, que é o barbeiro, que transmite a doença de chagas. São particularidades que a gente tem que olhar e desenvolver medicamentos que sejam o melhor para essa comunidade. (Sujeito de pesquisa – gestor)

Nessa direção, o sujeito de pesquisa ainda complementa:

A doença falciforme que tem um traço mais da anemia e outras, que têm prevalência sobre a população negra. Por isso precisamos ter uma política específica para combater a doença falciforme, são particularidades que têm que estar dentro dessa política. E além de tudo isso, a gente precisa entender que o racismo que está posto, ele é um determinante, porque o SUS é um grande sistema, ele é o maior sistema público de saúde do mundo, não tem um, no mundo, maior do que o nosso e ele acolhe integralmente todo cidadão e além de atender integralmente, ele precisa saber das diferenças e particularidades desse cidadão, porque a pessoa quilombola que vai lá, ela precisa ser atendida como você ou qualquer outra pessoa que vai lá procurar, mas existem outros, por exemplo, a população de rua, que é discriminada ao ser atendida, porque ele acha que ali não é o local de os atender. (Sujeito de pesquisa – gestor)

A anemia falciforme, segundo TRAD (et al 2012 p. 186), “foi a principal bandeira levantada pelo movimento negro nos primórdios das discussões sobre a saúde da população negra”. Porém, a partir dos anos subsequentes e de novos estudos incluindo o recorte étnico-racial na saúde, novas lutas e bandeiras foram sendo travadas.

O relato acima ainda explicita a necessidade de repensar as ações e serviços de saúde, sob o desafio da inclusão da equidade na política pública de saúde.

Tal perspectiva assim é reafirmada pelo entrevistado:

Existe luta cotidianamente para que a gente possa reverter as práticas que possam haver, mas para além das práticas que a gente tenta reverter, e tenta dar dignidade e equidade, com as políticas de proteção aos quilombolas, situação de rua, e tratar, também, a saúde da população negra. E as políticas que fazemos aqui são políticas de equidade. (Sujeito de pesquisa – gestor)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao estudar o Sistema Único de Saúde e abordar um tema tão polêmico em suas entranhas, foi-me permitido conhecer um pouco mais dos problemas enfrentados pela população negra no Brasil.

Historicamente esse contingente populacional esteve relegado a um papel secundário em termos de políticas públicas de saúde, pois o acesso daqueles que não estavam formalmente no mercado de trabalho ou não podiam recorrer à rede privada, estava diretamente ligada ao atendimento filantrópico, das práticas relacionadas ao conhecimento popular em saúde, a exemplo das benzedadeiras e curandeiros afrodescendentes, como descrito no Capítulo II.

Ao procurar analisar as desigualdades étnico-raciais no contexto sócio histórico da política de saúde brasileira, com ênfase nos desafios presentes no SUS, os resultados evidenciaram que a compreensão das iniquidades raciais em saúde, constitui-se em um dos elementos das desigualdades presentes no âmbito da sociedade capitalista. Nesse sentido, o racismo é também, nessa sociedade, um fenômeno sócio-histórico e, compreendê-lo, no âmbito da saúde, demanda inserir as especificidades étnico-raciais no contexto da determinação social do processo saúde-doença.

Assim, apesar dos avanços constitucionais no âmbito da política de saúde, e as legislações subsequentes, com ênfase para a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN, ainda persiste o desafio no sentido de superar as iniquidades étnico-raciais e o racismo institucional, de modo a promover a universalidade, integralidade da atenção à saúde com qualidade e preservando o direito humano à saúde.

A revisão de literatura e a entrevista com o gestor apontam para a necessidade de incorporar estratégias de formação continuada dos profissionais em saúde, para que estes se tornem agentes capazes de defender e proporcionar novos caminhos e modos no agir cotidiano profissional e que venham contribuir na garantia de um atendimento universal e igualitário para toda a população.

Por outro lado, há que se considerar os limites da própria política setorial e da institucionalidade, ao considerarmos que a questão envolve o conjunto da sociedade, a exemplo do “mito da democracia racial” como expresso no último capítulo desse estudo.

Nessa direção, questiona-se: Como garantir a universalização e, ao mesmo tempo, fazer com que a população negra se sinta inserida no contexto da saúde pública do Brasil? Em que momento esse contingente populacional será parte integrante das políticas públicas?

Os movimentos populares e entidades representativas da sociedade brasileira, que ajudaram a derrubar o regime militar, implantado no Brasil durante quase três décadas, serviram de base para a elaboração da Constituição Federal de 1988, dentre eles o Movimento Sanitarista, que não pouparam esforços para que o texto constitucional fosse aprovado contemplando todos os segmentos da população, dentre eles a população negra. No entanto, o histórico do racismo presente em todos os seguimentos sociais não foi desfeito, ainda que todo o sentido da Carta Magna tenha sido direcionado à universalização e integralidade das ações.

Muito tem a ser feito no sentido de modificar esse processo de iniquidades presentes no atendimento da população negra em suas demandas de saúde. Várias são as iniciativas de outras áreas visando a inserção desse segmento nas diversas políticas públicas. Inúmeros são os casos em que são os movimentos representativos dos negros que por meio da denúncia dos abusos praticados, procuram alterar esse quadro que se perpetua historicamente. A mudança da cultura requer esforços conjuntos, como ações governamentais intersetoriais e com participação social. Para tanto, necessário se faz trabalhos de educação em saúde no sentido de construir espaços de conscientização ético-político, com os profissionais, sujeitos populares locais, população em geral, além da inclusão nos currículos escolares de disciplinas que abordem o tema racismo em toda a rede de ensino, seja a pública ou privada.

Contudo, o presente Trabalho de Conclusão de Curso trouxe importantes contribuições no processo de formação em serviço social, uma vez que o estudo das dificuldades da população negra nos serviços públicos de saúde, a partir da premissa de que a Constituição Federal de 1988 prevê o direito universal e integral à saúde, apresenta relação direta com o projeto ético-político da profissão. O Serviço Social brasileiro contemporâneo compromete-se com a defesa da democracia, da liberdade, da

igualdade e da justiça social. Nesse sentido, a luta pela afirmação dos direitos de cidadania da população negra é, também, luta pela democratização da sociedade e do Estado.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. Sistema Único de Saúde. Antecedentes, percurso, perspectiva e desafios. São Paulo: Martinari, 2011 – pag. 15 -40.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à Saúde, in Política de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007)

BAPTISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema e LOPES, Fernanda (orgs.). Saúde da população Negra. 2. Ed. Brasília, DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

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

BRASIL. PNSIPN. 2009.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade / Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2005. 446 p.: i

BRASIL, Sandra Assis e TRAD, Leny Alves Bomfim. O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o Estado brasileiro. In. BAPTISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema e LOPES, Fernanda (orgs.). Saúde da população Negra. 2. Ed. Brasília, DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In. MOTA, Ana Elisabete (et al) Orgs. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. ABEPSS/OPAS, 2006.

CHACHAM AS. Condicionantes Socioeconômicos, Etários e Raciais. *Jornal da Rede Saúde* 2001 mar. 23; p. 44-47.

CORDEIRO, H. *As Empresas Médicas*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

COSTA, J.F. In *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

ESCOREL, Sarah. In *História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: Do Golpe Militar à Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

JAKOB, Alberto E.I & CUNHA, Estela.M.G.P.C de Pinto da Cunha. Diferenciais raciais nos perfis e estimativas de mortalidade infantil para o Brasil. In: Lopes F (coord) *Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]*. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Organizado por Gustavo Corrêa Marra e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

PAIM, J. A. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador, Rio de Janeiro: Edufba, Editora Fiocruz, 2008.

PAIN, Jairnilson Silva & SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, Integralidade, Equidade e SUS. *Boletim do Instituto de Saúde*, vol. 12, N. 2. Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>. Agosto de 2010. São Paulo/SP. Acessado em 15.05.2016

PERPÉTUO, Filho. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva. *Jornal da RedeSaúde* 2000, 22: 10-16.

RIBEIRO, H.P.. (Org) **Políticas de Saúde e Assistência Médica**: um documento de análise. Associação Médica Brasileira: s. 1., 1983.

REVISTA CARTA CAPITAL, publicada em 13/10/2010 – 07h54, última modificação em 13/10/2011 às 08h06, por Edimilson Rosário da Silva, acessada em 25/10/2015

SILVA, Marta de Oliveira e DAMASCENO de Figueiredo, Nataly. Crítica sobre políticas, ações e programas de saúde implementados no Brasil. In. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2005 p. 389 – 438.

SOARES FILHO, Adauto Martins. O Recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde do Brasil: Potencialidades para a tomada de decisão. In: Saúde da população Negra. BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema e LOPES, Fernanda (orgs.). 2. Ed. Brasília, DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

TRAD, Leny [et al]. Percepção sobre a Política de Saúde da População Negra: perspectivas polifônicas. In. BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema e LOPES, Fernanda (orgs.). 2. Ed. Brasília, DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.