

Maria Vilma Bonifácio de Almeida

***Caminhos da Política Nacional de Saúde da
População Negra: Ideias, Atores, Interesses e
Institucionalidade***

Brasília

Fevereiro de 2013

Maria Vilma Bonifácio de Almeida

***Caminhos da Política Nacional de Saúde da
População Negra: Ideias, Atores, Interesses e
Institucionalidade***

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Maria Fátima de Sousa

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Brasília

Fevereiro de 2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte e seja sem fins lucrativos.

FICHA CATALOGRÁFICA

Almeida, Maria Vilma Bonifácio de.

Caminhos da Política Nacional de Saúde da População Negra:
Ideias, Atores, Interesses e Institucionalidade

100 páginas

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, na linha de pesquisa em Epidemiologia, Saúde e Educação da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

1. Estado. 2. Governo. 3. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra. 4. Discurso do Sujeito Coletivo. 5. Atores, Ideias, Interesses e Institucionalidade.

Folha de Aprovação

Maria Vilma Bonifácio de Almeida

Caminhos da Política Nacional de Saúde da População Negra: Ideias, Atores, Interesses e
Institucionalidade

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Ciências da Saúde, área de concentração: Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovada em 22/02/2013

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa
Orientadora (Presidente)

Prof. Dr. Miguel Ângelo Montagner
Universidade de Brasília (Titular)

Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa
Universidade de Federal do Piauí (Titular)

Prof. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça
Universidade de Brasília (Suplente)

A minha mãe Zilda e ao meu pai Miguel Bonifácio, pela luta incansável pelos seus filhos! A minha avó Ricarda Alves de Macedo (in memorium).

Agradecimentos

A minha orientadora Maria Fátima de Sousa, a semeadora de sonhos que se transformam em realidade, meu muito obrigado! Ao Professor Edgar e a professora Valéria, exemplos de cidadania, a vida teria sido subtraída se não os conhecesse. Aos meus informantes e entrevistados, pelas valorosas contribuições sobre o movimento negro e a Política de Saúde da População Negra. Ao NESP e a secretaria acadêmica pelo apoio e dedicação aos alunos desta pós-graduação. A Jacinta Senna, Júlia Roland e Kátia Souto pelo apoio aos meus estudos. A amiga Janilce, sempre presente, por isso os/as guardo do lado esquerdo! Rodrigo pela coragem e incentivo a mãe, que não é a do Gorki, mas se esforça; e a Jana, minha guerreira, meu amor a você e aos netos (Maria Clara, João Pedro e Hugo).

*Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
a presença distante das estrelas!*

Das Utopias (Mário Quintana).

Resumo

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi formulada especialmente pela ação dos atores sociais dos movimentos negros em articulação com o Ministério da Saúde e com a participação de intelectuais nos anos 2004—2010. A temática da população negra brasileira vem assumindo relevância cada vez maior nas discussões contemporâneas desde a (re)democratização do país, sem excluir o período fértil de protagonismo do movimento negro e de seus intelectuais orgânicos nos anos 30 com a criação de suas organizações. O tema de Saúde da população negra se inseriu na agenda política do governo desde a Marcha de Zumbi dos Palmares contra o Racismo pela Cidadania e a vida realizada em 1995, um século após a morte do herói do movimento social negro, a Conferência de Durban em 2001 e a criação da Secretaria de Políticas de Promoção de Igualdade Racial (SEPPIR) (2003). Trata-se de uma pesquisa empírica de exploração qualitativa que permite analisar os fatos sócios-políticos dos diferentes contextos da formulação da PNSIPN. Para aprofundarmos nessa compreensão, lançamos os olhares para os construtos teóricos sobre o Estado, Governo, Sociedade e Políticas Públicas. Estes com a finalidade de iluminar as categorias empíricas de atores, ideias, interesses e institucionalidade. Para coleta dos dados foi realizada uma pesquisa documental de cunho oficial e de produção acadêmica. E para dialogarmos com os atores-chaves-sujeitos estratégicos envolvidos nos processos instituintes das ideias geradoras da política de suas correlações de forças, realizamos entrevista com roteiro semi-estruturado. Esta orientada pela técnica de “bola de neve”, o que nos permitiu verificar as questões geradoras da pesquisa e seus momentos de saturação. Foram realizadas nove entrevistas com um roteiro composto de 08 questões. Para análise do conteúdo das falas usamos a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que nos permitiu resgatar as opiniões individuais e construímos os discursos dos sujeitos coletivos. A pesquisa aponta que os atores singulares foram as mulheres e estas participes dos movimentos sociais das causas da população. As ideias centrais foram o combate ao racismo institucional e a necessidade de pautar a saúde na agenda governamental. Os interesses circunscritos dessa política se revelam na presença do movimento negro, do reconhecimento por parte do governo, dos intelectuais e organizações internacionais. E a institucionalidade se apresenta na edição do marco normativo Portaria de nº 992/2009 e formação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra. Essa dissertação foi aprovada pelo Comitê de Ética (registro N^o 008/12).

Palavras-chave: Estado, Governo, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra, Discurso do Sujeito Coletivo, Atores, Ideias, Interesses e Institucionalidade.

Abstract

The National Health Integral Policy for Black Population (PNSIPN) of the Brazilian Government was mostly conceived as a result of an articulation involving the social actors of black movements, intellectuals interesting in that discussion, and the Brazilian Health Minister. Although the black population agenda has gained more attention during the process of *(re)democratization*, the subject of *Black Population Health* only started to be discussed as a government policy during the Zumbi dos Palmares march against racial discrimination and in favor of citizenship and life (1995)— a century after the death of the black social movement martyr, after the Durban Conference in 2001, and after the establishment of a special Brazilian department aimed to promote policies for racial equality (SEPPIR, Secretaria de Políticas de Promoção de Igualdade Racial). This thesis presents an empirical research study, based on qualitative exploration, that aims to investigate the social and politics factors related to the PNSIPN formulation. To get a deeper understanding, we looked at the theoretical constructs of State, Government, Society, and Public Policies, so that we could illuminate the actors empirical categories, ideas, interests, and institutions. The data collection was based on a documentary research under official perspective and academic production. Moreover, in order to dialogue with the strategic actors involved in the formulation process of the PNSIPN, we carried out semi-structured interviews, guided by the snowballing technique. In this way, we were able to verify the *generator research questions* and their saturation moments. Altogether, we interviewed nine actors using nine questions. We analyze those interviews using the Discourse of the Collective Subject (DSC) technique, which allowed us to get the individual opinions as well as to construct the collective discourse of the subjects. The main results points out that the singular actors were the women, who participate in the social movements related to the population causes. The central ideas comprise both the campaign against institutional racism and the need to discuss the black health in the government agenda. The related interests of this policy also reveal the importance of the black movement, the government awareness, and the involvement of intellectuals and international organizations. Finally, in terms of the institutional perspective, the approval of the ordinance nº 992/2009 was considered an important event, as well as the formulation of the Technical Committee of the Health Black Population. This thesis was approved by the Ethical Committee (register number 008/2012).

Keywords: Government, the Brazilian National Health Integral Policy for Black Population, Discourse of the Collective Subject, Actors, Ideas, Interests, and Institutions.

Apresentação

Ghandhi. *“Para chegar a lugares onde ainda não estivemos é preciso passar por caminhos pelos quais ainda não passamos”*

Há muito tempo vinha me interessando pelas questões de raça e etnia, esse processo foi enriquecido pela experiência de ter trabalhado no órgão indigenista (FUNAI, Fundação Nacional do Índio), quando tive oportunidade de ler os relatórios de demarcação das terras indígenas, nos originais. Frequentemente, usava os horários do almoço no centro de documentação indigenista para ler os referidos relatórios, participava das discussões sobre o estatuto do índio, elaborado a época e sem aprovação até o momento, e me incomodava à indiferença do Estado brasileiro sobre essa abordagem, ou não!

Em seguida assumi uma posição na FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), quando tive contato com o Programa Brasil Quilombola e com a produção intelectual do movimento social negro. Fiquei motivada com a capacidade de formulação teórica, do movimento de mulheres negras, em especial, no campo da saúde, no que dizia respeito às denúncias de mortalidade materna e infantil, a epidemia de AIDS, a violência contra jovens negros. Além da ausência de dados estatísticos desagregados por raça/cor, análise e coleta de dados epidemiológicos e sociais pelos sistemas de informações em saúde do Ministério da Saúde que permitissem a confirmação de iniquidades em saúde da população negra, mas nem só a denúncia pela denúncia, observava a potência das reivindicações no campo da saúde que forçaram o Estado brasileiro, um pouco mais tarde, a reconhecer as desigualdades raciais no campo da saúde como processo sócio histórico explicativo das questões sociais e a necessidade da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Posteriormente, quando fui trabalhar no Ministério da Saúde, tive oportunidade de participar das discussões sobre a elaboração do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. E principalmente, da Campanha Nacional Contra o Racismo Institucional e de algumas reuniões do Comitê Técnico de Saúde da população negra.

Foi quando decidi aprofundar os estudos sobre as mulheres negras e porque elas jogaram papel fundamental na elaboração da Política Nacional de Saúde da População e mais como ocorreram as disputas nas Conferências de Saúde, nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde

e na Comissão Intergestores Tripartite para a aprovação da política. Nesse mesmo período estava no Grupo da Terra (GT) que elaborou a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo e da Floresta.

Outro aspecto, o de pertencimento a uma geração que abominava a neutralidade. Comecei logo cedo atuando nos movimentos sociais que lutaram pelo fim da ditadura militar, contra a carestia, pela anistia ampla geral e irrestrita e também no movimento de mulheres, no antigo MDB (Movimento Democrático Brasileiro), a época um partido que abrigava vários outros partidos que se encontravam na clandestinidade. Quando terminei a residência fui trabalhar na Zona da Mata canavieira em Pernambuco, tinha opção de ir para França fazer doutorado, mas preferi ficar no Brasil e na Paraíba para contribuir com o fim do regime militar e vivenciar outras experiências aqui mesmo na república Tupiniquim ou Tupinambá e de tantos povos dizimados na história.

Para Brasília em 1994, mas antes ainda na Paraíba fiz a minha iniciação, no movimento de mulheres, ritual de passagem, como diz Isabel Allende, todas nós temos os ritos de passagem: na adolescência, adulto e climatério são passagens, como em um jogo de aprendizado que sempre ganhamos, nos reelaboramos.

Dei os primeiros passos, tinha uma grande mestra, Professora Lourdes Bandeira, na UFPB (Universidade Federal da Paraíba), que inseriu de forma delicada e sutil as questões do movimento feminista, nacional e internacional, na terra do machismo, em meio à aridez (há flores nos cactos!) e, desigualdade que comove a todos como a morte de Margarida Maria Alves, sindicalista rural, assassinada pelo latifúndio. A minha convivência com Isabel Teixeira, esposa de Pedro Teixeira, assassinado também pelo latifúndio e tantas outras mulheres que despertaram a conscientização e a solidariedade.

Seria impossível não ter feito a opção pela saúde pública sem os embates no campo das idéias, na luta dos contrários, o modelo de saúde centrado na doença, no indivíduo, no mercado e a opção pela universalidade, a cidadania, sem ter me apaixonado pelo Prev- Saúde, pelas idéias da reforma sanitária brasileira. Por tudo isso, a política de saúde da população negra, abriu uma janela de oportunidade para o mestrado na UnB foi uma primavera em minha vida, poder estudar de forma sistematizada, aprimorar os conhecimentos e vislumbrar novos horizontes.

Bem, retomando, o perfil de atuação do movimento negro de mulheres é bastante semelhante à luta mais geral do movimento social negro contra o racismo, mas tem especificidades, não são organizações que têm afiliados no Brasil inteiro como a UNEGRO e MNU, por exemplo, fizeram sua iniciação no campo da saúde ainda nos anos 80 e se caracterizam pela superação do racismo no país e pela extensão da cidadania para negros e negras.

Neste sentido o que busco reconstruir recobre um processo histórico do protagonismo das mulheres negras que fizeram e fazem parte de uma geração do Movimento Negro, principalmente no sudeste: estudaram, foram à academia, fizeram parte da intelectualidade orgânica do movimento Social Negro, eram críticas as posições da academia por considerarem eu-rocêntricas, posteriormente fazem uma revisão de suas posições, retomam se articulam externamente e se especializam, adquirem conhecimentos sobre o racismo, gênero e saúde, ou seja, as discussões no campo da saúde da população negra não vêm da academia, ela é gestada por ativistas do movimento negro e para dentro da academia constrói um campo da saúde, que dá visibilidade aos determinantes sociais da saúde ao fazerem suas análises, incorporam o recorte raça-cor na política de saúde, o racismo institucional e são majoritariamente mulheres.

No primeiro Seminário de Saúde consta no relatório final que (M.I.B), em sua fala representando a SEPPIR (Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial), declara com veemência: vamos transformar os dados em estratégias, em ações, em programas para mudar essa realidade, os dados estão mostrando que existe discriminação na atenção, mesmo porque somos sujeitos da história, se estou em um país racista, não tem porque o profissional de saúde, não ser racista!

Para as lideranças do movimento de mulheres negras, ou para dentro do movimento social negro, espaço de atuação também das mulheres, a saúde desde e sempre foi um campo de preocupações das mulheres negras, mais recentemente, os homens ou parte do movimento masculino incorporou a temática, mas o movimento de mulheres se articulou externamente, internamente, convenceram das mais variadas formas corações e mentes, às vezes fazendo alianças temporárias em prol da saúde da população negra, a época houve resistência do movimento feminista (das brancas), principalmente na experiência de São Paulo e do próprio movimento negro que tinha dificuldades em compreender o protagonismo das mulheres negras, para além da reprodução, então o debate sobre os direitos reprodutivos foi um debate delicado para não serem acusadas de estarem incorporando os discursos das feministas.

É como diz Breilh (1996), (meu guru da epidemiologia social), as mulheres têm avançado e retrocedido, em meio às profundas contradições sociais, entre a solidariedade e a dominação, entre a resistência e a resignação, entre a emancipação e a dominação, suas vidas se constroem em sociedades estruturalmente injustas, etnicamente injustas e ainda mais injustas para as mulheres e só uma análise cuidadosa pode separar o que a realidade vai entrelaçando com está tríplice iniquidade: de gênero, de raça e de classe.

O movimento de mulheres de um modo geral teve presença marcante na luta pela saúde desde a década de 1970 com a instituição da Década Internacional da Mulher pela ONU, esta-

belecendo que os governantes dos países signatários fizessem constar ações nos seus planos de governo em favor das mulheres. De lá para cá as organizações de mulheres no Brasil exercem seu protagonismo com certo nível de organização, articulação e mobilização.

Em meados da década de 1980, no processo de redemocratização do país, foi instalado em São Paulo o Conselho Estadual da Condição Feminina do Estado de São Paulo, no governo de Franco Montoro, era um processo de resignificação da democracia, o Conselho Estadual da Condição Feminina do Estado de São Paulo tinha uma composição com trinta conselheiras, era o embrião da participação e da cidadania, tinha em sua composição Governo e Sociedade Civil, porém era particularmente visível sua composição excludente, pois era formado de mulheres brancas, urbanas e de classe média alta. Para se contrapor à hegemonia no referido conselho, as Mulheres Negras que já possuíam certo grau de organicidade criaram o coletivo de mulheres negras do Estado de São Paulo e passaram a indicar mulheres para participarem das diferentes comissões do conselho de saúde.

Dentro desse conselho existia uma comissão de saúde, as mulheres negras conseguiram indicar duas mulheres, uma titular e uma suplente, o que foi considerado uma vitória naquele momento ter duas mulheres negras no total de 30 mulheres brancas. Esse é o grau absoluto de ignorância do poder público em relação à temática racial.

No Primeiro Encontro Nacional de Saúde da mulher, ocorrido em Itapecerica da Serra, no ano de 1984 estiveram presentes mais de setenta organizações de mulheres vindas de todo os estados da Federação, cabe destacar que esse período é a ante-sala da constituinte, também, na constituinte o fato mais marcante foi a presença das mulheres. Foi no encontro que o movimento de mulheres elaborou o primeiro documento público “Carta de Itapecerica” que passou a subsidiar as políticas de saúde da mulher e foi formalizado o que hoje é a Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos onde as mulheres negras ocuparam vários cargos de destaque.

No mesmo ano (1984) o Ministério da Saúde deu início a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), primeiro programa governamental direcionado ao atendimento à saúde integral da mulher com ações programadas que contemplava entre outras ações a saúde reprodutiva, particularmente o planejamento familiar e deveria ser implementado em todo território nacional.

Em 1986, os dados estatísticos da Pesquisa Nacional por Amostragem em Domicílio (PENAD), documento produzido pelo IBGE identificava um contingente de 44% de mulheres esterilizadas, entre as usuárias de métodos contraceptivos. Desde então esta tendência intensificou-se como procedimentos realizadas por profissionais das redes públicas de saúde e conveniadas, cesáreas desnecessárias, laqueaduras por troca de votos. A Sociedade Civil Bem-Estar Fami-

liar no Brasil (), produziu também informações para a pesquisa do Demographic and Health Surveys (DHS), no período de 1991 a janeiro de 1992, quando foram entrevistadas 6.222 mulheres das áreas urbanas e rurais do nordeste do país com idade entre os 15 e 49 anos, 63% das mulheres entre as que faziam uso de método contraceptivo estavam esterilizadas, o que contribui significativamente para um incremento de 13% em relação aos índices divulgados pela PNAD/1986.

Nesse contexto, o debate sobre saúde, em relação ao Movimento Negro, particularmente na experiência de São Paulo, se dá em torno das questões como esterilização, contracepção, planejamento familiar, saúde da mulher e saúde da mulher negra. As feministas negras, do eixo Rio e São Paulo, que já vinham desde a década de 1980 fazendo denúncias em torno da esterilização cirúrgica, contracepção, planejamento familiar, saúde da mulher negra, ocupam espaço de importância na política e particularmente na Prefeitura Municipal de São Paulo, na Secretaria de Saúde.

Nesse contexto em 1988 Luiza Erundina de Souza, (Paraibana de Uiraúna) foi eleita com 33% dos votos válidos, ante 24% de Paulo Maluf. Na sua gestão foram elaboradas ações importantes nas áreas de saúde e de educação. Para pasta da saúde foi nomeado o Deputado Federal Eduardo Jorge, entre 1989 e 1990, depois o Partido dos Trabalhadores solicita que Eduardo Jorge venha para o Parlamento. Esse debate que já estava se iniciando em São Paulo, a partir dessa Comissão Constituída pelo Conselho da Condição Feminina, do Instituto de Mulher Negra GLDES, e, em 1990, empreende um debate longo em torno da questão da esterilização.

A Campanha Nacional contra a Esterilização de Mulheres Negras, iniciada em 1990 e liderada pela ativista e médica Jurema Werneck, desemboca no Parlamento com a instalação de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI), 1991, destinada a investigar as causas da esterilização em massa das mulheres brasileiras e se existia probabilidade de esterilização das mulheres negras. Então, sobre a saúde em relação ao Movimento Negro se dá a partir desse que se inicia em torno do tema da esterilização, dos métodos contraceptivos e do planejamento familiar da população negra.

A partir dessa CPMI que teve como referência os depoimentos das militantes como Edna Roland, Jurema Werneck e Luiza Barrios apresentaram um conjunto de informações relativas a práticas de esterilização nas mulheres negras, elas apontam:

[...] o Movimento Negro Unificado (Bahia) denuncia que a população negra nunca foi quantificada corretamente e que, antes do último censo, por conquista do movimento negro, a cor é incorporada como quesito censitário; entidades do

movimento negro nacional preocupado com o resgate da cidadania da raça negra foram pioneiras na denuncia de esterilização. Desde 1983 estas entidades vêm advertindo para o direcionamento das políticas de controle demográfico para os negros. A coordenadora do MNU, Luiza Barrios, afirmou também que há entre as mulheres negras maiores evidencias de esterilização involuntária, oriunda de doenças ginecológicas, que resultam da condição econômica de pobreza e miséria. Segundo a depoente, a manipulação dos dados da PNAD não considera o volume total da população feminina negra da Bahia. Naquele estado, entre as mulheres de 15 e 49 anos que usavam algum método contraceptivo, 43% das mulheres brancas estavam esterilizadas.

Apontam ainda:

[...] entre as negras este percentual era de 39%, mas na realidade era muito maior. Para Werneck, o próprio IBGE refere que 45% da população brasileira é negra. Para os movimentos negros, a estimativa empírica é de que 80% da população brasileira é negra. Sua conclusão é de que neste contingente está a maioria de mulheres esterilizadas. Hoje em dia prevalece a idéia que já virou senso comum, que famílias pobres, numerosas, é que são fatores impeditivos para o desenvolvimento do país. Por isso afirma-se que o controle da natalidade praticado no Brasil, por intermédio da esterilização cirúrgica visa impedir o crescimento da população pobre, que é majoritariamente composta de negros.

E encerram dizendo: “Pode-se do mesmo modo afirmar que a presença do negro como componente majoritário da população pobre é decorrente do racismo, responsável por gerar as condições de pobreza do negro no Brasil; Não é pura e simples coincidência quando entidades do movimento negro nacional afirmam que a maioria das mulheres esterilizadas neste país são negras e pobres. E se não existem estatísticas oficiais afirmando isso, deve o congresso contribuir para pressionar os órgãos competentes a incluírem a cor nos levantamentos estatísticos realizados, de forma mais competente do que adotada até hoje ...”.

A conclusão da CPMI foi de que não existia discriminação racial, já que as mulheres brancas tinham maior probabilidade de estarem esterilizadas. O Movimento de mulheres Negras retrucou que havia um sub-registro sobre a população negra no país. Essa polêmica permanece até os dias de hoje já que apesar dos avanços alcançados na Base de dados do Censo Demográfico com se evidencia na diminuição das assimetrias de cor/raça, persistem as diferenças entre brancas e negras, com relação à taxa de fecundidade e de outros indicadores. Em 2008

a taxa de fecundidade das mulheres branca foi de 1,62 por número de nascidos vivos e para as negras 2,13 por número de nascidos vivos conforme dados do Relatório Anuário das Mulheres Brasileiras 2011.

A partir das discussões promovidas na CPMI, o Parlamento brasileiro começou a discutir uma legislação sobre o assunto e em 1996, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 9.263, que regulamenta o §7 do art. 226 da Constituição Federal, que trata do Planejamento familiar no Brasil. Esta Lei incorpora muito do que tinha sido discutido anterior no país sobre o planejamento familiar e, inegavelmente, qualquer discussão que seja feito desde então será impossível não fazer referência as ativistas do movimento negro de mulheres do Brasil.

Ao longo de quase quatro décadas o balanço da participação das mulheres tem sido positivo pela participação política do movimento de mulheres negras e o compromisso com direitos humanos, sexuais e reprodutivos, pelo princípio da igualdade entre os gêneros. Na verdade, a Lei do Planejamento Familiar no Brasil incorpora as deliberações da IV Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, Egito, em 1994, que criticou a abordagem predominantemente demográfica dos programas de controle populacional resgatando a dimensão de direitos reprodutivos e sexuais que devem ser centrais a essa política. A Cúpula de Desenvolvimento Social, realizada em Copenhague constatou que as mulheres são as mais atingidas pelos efeitos da pobreza, do desemprego, da degradação ambiental e da guerra. Enfatizou que o desenvolvimento social e econômico não pode ser sustentado sem a participação integral da mulher.

A IV Conferência Mundial da Mulher, realizada em Pequim, China, em 1995, cuja plataforma de Ação definida como uma agenda para o emponderamento (empowerment) da mulher nomeia 12 áreas críticas de interesse: mulher e educação; capacitação da mulher; mulher e saúde; violência contra a mulher e conflito armado; a mulher e a economia; a mulher no poder e processos decisórios; mecanismos institucionais para o avanço dos direitos humanos da mulher; a mulher e mídia.

A Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e formas Correlatas de Intolerância, realizada na cidade Sul-africana de Durban em 2001 recomenda a ampliação de ações e políticas em favor das mulheres afro-descendentes e indígenas, dado que o racismo as afeta mais profundamente colocando-as em desvantagem, numa situação mais marginalizada e em favor de programas com o objetivo de promover seus direitos civis, políticos, econômicos por razões étnicas e de gêneros.

Nessa mesma linha de atuação o movimento de mulheres negras em função de sua trajetória política e acadêmica no campo do estudo das relações raciais e a inserção do movimento dos

negros permitiu a construção de uma agenda positiva do Estado brasileiro no que diz respeito às questões raciais e na formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra desde os governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio da Lula da Silva.

Estive e estou imbricada nessa trajetória, logo não posso negar as razões pelas quais escolhi esse tema. Nessa relação entre o pesquisador e os sujeitos a serem pesquisados há uma estreita brecha de distanciamento.

Cuidado com a qualidade dos discursos desses sujeitos, e o que representa suas falas no tocante aos vários momentos, tensos e intensos desse estudo, seguramente sou ciosa. Entretanto, não poderia deixar de expressar esses entrelaçamentos entre eu e eles (as). O que o leitor virá nessa dissertação é de fato os discursos de uma coletividade que historicamente vem co-construindo a política de saúde da população negra no Brasil. Faço parte dessas histórias. Por isso peço licença para preanunciar.

Sumário

Lista de Siglas	p. 21
1 Introdução	p. 23
2 A População Negra no Brasil: Aspectos Históricos	p. 30
3 Categorias Teóricas à Análise das Políticas Públicas e Sociais	p. 40
4 O Percurso Metodológico da Pesquisa	p. 46
4.1 Natureza do estudo	p. 46
4.2 Procedimentos de coleta dos dados	p. 47
4.2.1 Entrevistas semi-estruturadas	p. 47
4.2.2 Técnicas de Análises dos dados	p. 48
5 Atores, ideias, interesses e institucionalidade da PNSIPN: dos sentimentos às ações	p. 51
5.1 Os Atores sociais e suas relações governamentais e não governamentais na construção da PNSIPN no Brasil	p. 51
5.2 As ideias centrais que fundamentam a formulação da PNSIPN	p. 57
5.3 Interesses circulantes nas bases da formulação da Política	p. 61
5.4 Espaços (in)formais na Institucionalidade da PNSIPN	p. 65
6 Um pedaço da História: Uma síntese provisória	p. 70
Apontamento para o futuro: o pensar da autora	p. 72
Referências Bibliográficas	p. 74

Apêndice A – Análise DSC — População Negra	p. 77
Questão 1— Qual a origem da formulação da PNSIPN?	
.....	p. 77
Categoria Atores	p. 77
Categoria Ideias	p. 77
Categoria Interesses	p. 77
Categoria Institucionalidade	p. 77
Categoria Não se aplica	p. 77
Discurso do Sujeito Coletivo — Pergunta 1	p. 78
Questão 2 — Quais foram os principais sujeitos envolvidos na construção dessas ideias?	p. 78
.....	p. 78
Categoria Atores	p. 78
Categoria Ideias	p. 78
Categoria Interesses	p. 78
Categoria Institucionalidade	p. 79
Categoria Não se aplica	p. 79
Discurso do Sujeito Coletivo — Pergunta 2	p. 79
Questão 3- Durante a defesa dessas ideias quem foi a favor, contra, ou não se pronunciou?	p. 79
.....	p. 79
Categoria Atores	p. 79
Categoria Ideias	p. 79
Categoria Interesses	p. 80
Categoria Institucionalidade	p. 80
Categoria Não se aplica	p. 80
Discurso do Sujeito Coletivo — Pergunta 3	p. 80
Questão 4- Com quem contou no governo para ampliar e defender essas ideias?	p. 81
.....	p. 81
Categoria Atores	p. 81

Categoria Ideias	p. 81
Categoria Interesses	p. 81
Categoria Institucionalidade	p. 81
Categoria Não se aplica	p. 82
Discurso do Sujeito Coletivo — Pergunta 4	p. 82
Questão 5- Como o governo transformou essas ideias em uma política?	p. 82
Categoria Atores	p. 82
Categoria Ideias	p. 82
Categoria Interesses	p. 82
Categoria Institucionalidade	p. 83
Categoria Não se aplica	p. 83
Discurso do Sujeito Coletivo — Pergunta 5	p. 83
Questão 6- Qual foi o desenho institucional para operacionalizar a política?	p. 83
Categoria Atores	p. 83
Categoria Ideias	p. 84
Categoria Interesses	p. 84
Categoria Institucionalidade	p. 84
Categoria Não se aplica	p. 85
Discurso do Sujeito Coletivo — Pergunta 6	p. 85
Questão 7- A quem interessa o desenvolvimento dessas ideias?	p. 86
Categoria Atores	p. 86
Categoria Ideias	p. 86
Categoria Interesses	p. 86
Categoria Institucionalidade	p. 86
Categoria Não se aplica	p. 87
Discurso do Sujeito Coletivo — Pergunta 7	p. 87

Questão 8- O que a política traz de novo para a população negra?	p. 88
Categoria Atores	p. 88
Categoria Ideias	p. 88
Categoria Interesses	p. 88
Categoria Institucionalidade	p. 88
Categoria Não se aplica	p. 88
Discurso do Sujeito Coletivo — Pergunta 8	p. 89
 Apêndice B – Resultados Quantitativos	 p. 90

Lista de Siglas

CAPs Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEBRAP Centro Brasileiro de Pesquisa

CIT Comissão Intergestores Tripartite

CNS Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COPENE Congresso de Pesquisadores Negros Brasileiros

CPMI Comissão Parlamentar de Inquérito

CTSPN Comitê Técnico de Saúde da População Negra

DFID Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional

DSC Discurso do Sujeito Coletivo

ENSP Escola Nacional de Saúde Pública

FIOCRUZ Fundação Osvaldo Cruz

FNB Frente Negra Brasileira

FUNASA Fundação Nacional de Saúde

GT Grupo de Trabalho

GTI Grupo de Trabalho Interministerial

IAPs Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LGBTT Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

NEPO Núcleo de Estudo Populacional da UNICAMP

ONG Organizações Não Governamentais

OPAS Organização Panamericana de Saúde

PAISM Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)

PL Projeto de Lei

PNDH Programa Nacional de Direitos Humanos

PNSIPN Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNSIPN Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNUD Programa das Nações Unidas

SEPPIR Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SGEP Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SUS Sistema Único de Saúde

TEN Teatro Experimental Negro

UNIFEM Programa das Nações Unidas para a Mulher

1 Introdução

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em novembro de 2006 e teve a publicação da Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, só ocorreram três anos após a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, contendo o texto da Política e o Plano Operativo (BRASIL, 2010).

Analisar esse processo desde sua origem, composta pela formulação da Política, identificação dos atores, ideias, interesse e institucionalidade no período de 2004-2010 faz dessa dissertação uma contribuição importante juntamente a outras produções acadêmicas já realizadas. Assim, o êxito da aprovação da PNSIPN foi muito importante, entretanto, para sua implementação é precisa ter o mesmo nível de diálogo e negociação.

A PNSIPN até sua aprovação suscitou inúmeros debates acerca dos princípios do Sistema Único de Saúde: a equidade, universalidade, integralidade e participação social já presentes na Lei nº 8080 e nº 8142 e que precisavam ser revisitados, ou seja, foi um momento de dialogar sobre as lacunas no atendimento (iniquidades do SUS) e dos silêncios sobre quilombolas, negros, pardos, povos indígenas, entre outros.

Neste sentido, o Estado brasileiro revê o mito da democracia racial, as diversidades dos sujeitos ou pessoas, entendidos como sujeito de direitos que se propõe a dialogar, construir consensos e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa teve um papel fundamental nessa interlocução intersetorial e nas instâncias de gestão do SUS, especificamente na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) espaço de poder em que os gestores das três esferas de governo debatem e aprovam as políticas as serem implementadas no âmbito do SUS.

Outro aspecto polêmico foi o aporte das discussões sobre o acesso e qualidade do atendimento no Sistema Único de Saúde por homens e mulheres pretos e pardos que revelam atendimento diferenciado quando comparado com a população branca, podendo ser atribuído ao racismo institucional, o qual entende-se como o acesso diferenciado a bens, serviços e oportunidades (JONES, 2000). Outro ponto de discussão é o olhar biologicista sobre a doença repercutindo sobre as discussões já superadas em torno da genética da população que deu ori-

gem ao povo brasileiro e que evidencia ainda resquício ideológico no constructo do racismo institucional.

A questão racial no Brasil é um tema político que apresenta uma pauta imbricada de demandas sociais e para contextualizar as mais recentes vamos iniciar a partir da marcha de Zumbi dos Palmares contra o Racismo pela Cidadania e a vida realizada em 1995, um século após a morte do herói do movimento social negro.

Antes de adentrar na dimensão reivindicatória da política, cabe trazer a definição de política afirmativa, segundo Guimarães:

A desigualdade de tratamento no acesso aos bens e aos meios se justifica, apenas, como forma de restituir a igualdade de oportunidades, e, por isso mesmo, deve ser temporária em sua utilização, restrita em seu escopo, particular em seu âmbito, enfim, a ação afirmativa, sob a ótica da não reificação é vista como mencionamos, um artifício para promover a equidade e a integração social (GUIMARÃES, 2005)

As questões de saúde fizeram parte do documento elaborado pela marcha e enviado ao Presidente da República Fernando Henrique Cardoso e teve como desdobramento mais concreto a criação de um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) que, entre outros objetivos, visava à discussão e implementação de políticas públicas voltadas à superação das desigualdades raciais e a constituição de um subgrupo da saúde com a finalidade de propor ações integradas de combate ao racismo e a desigualdade racial.

No ano seguinte (1996) este Grupo organizou uma mesa redonda sobre a saúde da população negra, onde foram discutidas as doenças com implicações genéticas destacando-se Anemia Falciforme, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e deficiência da glicose-6-fosfato desidrogenase. Outros aspectos discutidos dizem respeito às condições socio-econômicas e educacionais desfavoráveis tais como alcoolismo, toxomania, desnutrição, mortalidade infantil e materna, abortos, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças relacionadas ao trabalho e transtornos mentais (BRASIL, 1998).

O produto dessa reunião foi: a) introdução do quesito raça/cor nos sistemas de informação de morbidade, mortalidade e de nascidos vivos; b) a elaboração da Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, que disciplina aspectos éticos das pesquisas em seres humanos com introdução do recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos; e c) a recomendação de formulação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme (BRASIL, 1998).

Ainda nessa trajetória de luta do movimento social negro durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) ocorreu o seminário internacional: “Multiculturalismo e racismo o papel da ação afirmativa nos Estados Democráticos Contemporâneos”, constituindo um exemplo de mudança no marco vigente. Organizado e financiado por meio da Secretaria dos Direitos Humanos da Cidadania do Ministério da Justiça foi realizado na Universidade de Brasília, Campus Darcy Ribeiro, em julho de 1996, com a presença de intelectuais do Brasil e do exterior. Este evento ganhou expressão política tanto pela importância de serem propositivas na formulação das políticas públicas de enfrentamento das desigualdades, as discriminações raciais, ou seja, das políticas de ações afirmativas no contexto brasileiro e contou na abertura com a presença do Presidente da República Fernando Henrique Cardoso que declarou:

... há uma repetição de discriminação e há inaceitabilidade do preconceito. Isso tem de ser desmascarado, tem de ser, realmente, contra-atacado, não só verbalmente, como também em termos de mecanismos e processos que, possam levar a uma transformação, no sentido de uma relação mais democrática, entre as raças, entre os grupos sociais e entre as classes.

No cenário internacional assinalamos ainda na década de 2000, a Conferência Intergovernamental das Américas, no Chile e, a III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, realizada na cidade de Durban na África do Sul, no ano de 2001. A presença política do Movimento Social Negro junto a governos e organismos internacionais tomou maiores proporções reivindicando compromissos efetivos às desigualdades raciais, entre as quais as políticas de ação afirmativa, bem como o reconhecimento de raça como uma categoria social explicativa das profundas desigualdades sociais existentes em muitas sociedades.

Neste contexto o Brasil deixa de lado a estratégia antirracista, em nome de um antirracismo que nomeia a raça como uma construção social. Outro fato relevante da Conferência foi à relatoria-geral ter ficado a cargo de uma brasileira, Edna Roland, psicóloga, ativista do movimento de mulheres negras e uma das fundadoras da ONG negra Fala Preta.

Em 2003 ocorreu a XII Conferência Nacional de Saúde: A saúde um direito de Todos e Um Dever do Estado, A Saúde Que Temos o SUS Que Queremos. Entre os Eixos temáticos discutidos foi incluído o Eixo temático V Saúde Raça e Etnia, essa conferência teve grande simbolismo no que tange aos resultados alcançados e com o início do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva como presidente da república.

A Conferência tinha sido antecipada por decisão do plenário do Conselho Nacional de

Saúde, constituiu uma espécie de balanço sobre o Sistema Único de Saúde e os rumos a serem trilhados no futuro. As etapas municipais e estaduais da Conferência mobilizaram em torno de 100.000 pessoas.

A população negra se apresentou com um estreitamento do diálogo, entre representantes do movimento e instâncias governamentais a Mesa de nº 9: Direito à Saúde, a médica Maria de Fátima Oliveira Ferreira estava representando a Coordenação Nacional das Entidades Negras, ao lado do Chefe de Gabinete do Ministério da Saúde, o médico Antônio Alves de Sousa. O consenso político no campo da saúde foi expresso no relatório final da XII Conferência: Assegurar e ampliar o acesso da população afro-brasileira aos serviços de Saúde, em todas as áreas de abrangência dos SUS, incluindo o atendimento aos casos de emergência e de rotina, decorrente de suas condições de saúde, com divulgação de informações sobre a localização das unidades públicas e privadas, bem como sobre as normas de funcionamento do SUS.

Aumentar a eficácia da atenção à saúde, incluindo a prestação dos serviços e o conhecimento sobre os múltiplos fatores que intervêm nas condições de saúde da população negra de modo a permitir que: (I). Os espaços tradicionais de matriz africana sejam valorizados como equipamentos de difusão dos saberes e práticas de promoção da saúde da população negra; (II). A elaboração de programas de informação, educação e comunicação levem em conta práticas populares de cuidado com a saúde (BRASIL, 2003).

Garantir a formulação e a implementação de políticas públicas para a atenção aos portadores de anemia falciforme e hemoglobinopatias, com ênfase no atendimento às crianças, que inclua a garantia de recursos financeiros adequados, o desenvolvimento de ações integrais englobando o diagnóstico precoce, a ampliação do serviço de hematologia na rede ambulatorial, o acompanhamento contínuo e regionalizado e a atenção tanto aos familiares quanto aos portadores, por meio de aconselhamento genético, com a qualificação dos profissionais da saúde para a atenção apropriada bem como para o registro adequado das ocorrências e óbitos por anemia falciforme (BRASIL, 2003).

Apesar do conjunto dessas ações serem importantes podemos resgatar aspectos novos de releituras dos técnicos do Ministério da Saúde à época: “a atuação dos movimentos negros na XI e XII Conferências Nacionais de Saúde, realizadas respectivamente em 2000 e 2003, fortaleceu e ampliou a sua participação social nas instâncias de controle social do SUS”. Como resultado dessa articulação foram aprovadas propostas para o estabelecimento de padrões de equidade étnica racial e de gênero na política de saúde da população negra no país (BRASIL, 2007).

Entretanto, o que parece ter sido um divisor foi a Moção de nº 25, aprovada pelo Plenário da

XII Conferência de Saúde que aprova uma recomendação de que fosse realizado um seminário nacional que discutisse, formulasse e indicasse propostas que atendessem às necessidades de saúde da população negra e que fossem integradas ao plano nacional de saúde em elaboração, considerando que a saúde da população negra é marcada pelo racismo e discriminação racial que expõe homens e mulheres negras a situações mais perversas de vida e de morte, as quais só podem ser modificadas se considerados os múltiplos fatores que as condicionam (BRASIL, 2003).

Como se sabe a inclusão de uma proposta no relatório final de uma conferência não significa que seja implementada, ou mesmo que ocupe espaço na agenda de governo, entretanto, o que existia de novo no cenário brasileiro para desvelar a luta anti-racismo do movimento negro e de seus intelectuais fossem tratadas como uma questão de Estado, dessa forma, concordo inteiramente com SANTOS (2005), quando assinala que esse processo decorre dos compromissos assumidos pelo Presidente da República brasileira ao criar em 21 de março de 2003, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR).

No discurso de instalação da SEPPIR, o Presidente Lula ratificou oficialmente o que o ex-Presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) já havia explicitado, em julho de 1996, no seminário internacional Multiculturalismo e Racismo: o papel das ações afirmativas nos estados democráticos contemporâneos. O Presidente Lula também reconheceu oficialmente que há discriminações raciais contra os negros no Brasil.

Desse modo o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva deu continuidade ao rompimento com o antigo discurso oficial de que o Brasil é uma democracia racial. O presidente Lula não só criou a SEPPIR, como também enviou ao Congresso Nacional brasileiro o projeto de Lei nº 3.627, de 20 de maio de 2004 que institui Sistemas Especiais de Reserva de Vagas para estudantes egressos de escolas públicas, em especial negros e indígenas, nas instituições públicas federais de educação superior e da outras providências.

Em agosto de 2004, em um cenário favorável foi possível a realização do I Seminário de Saúde, àquele seminário que tinha sido aprovado na XII Conferência Nacional de Saúde. As relatoras do Seminário foram Jurema Werneck e Maria José Pereira dos Santos, teve uma participação massiva de 300 pessoas, com o objetivo de tratar, 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, 2003).

Foi uma realização do Ministério da Saúde e da Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial e com os apoios do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

(CONASEMS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID), Programa das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM). Foram tratadas questões fundamentais acerca de conceitos de raça e do racismo institucional como determinante social das condições de saúde e fator importante na geração de desigualdades da população negra, direitos humanos e equidade.

Esse seminário “Um grito pela equidade no SUS”, inegavelmente delimitou um campo de atuação em saúde, além de ter propiciado espaços para assinaturas de Termos de Compromissos entre a SEPPIR e o MS, referendando as formulações advindas de ativistas e pesquisadores negros oriundas do referido Seminário e considerando as propostas contidas no documento política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade (OLIVEIRA, 2001).

Ainda em 2004, um grupo constituído pelo Ministério da Saúde, técnicos da SEPPIR e representantes do movimento negros, para subsidiar a promoção da equidade e com vistas a cumprir o acordo feito por ocasião da assinatura do referido termo de compromisso, no que diz respeito à promoção de equidade no âmbito do SUS, foi criado o Comitê Técnico de Saúde da Saúde da População Negra, através da Portaria nº 1.678, de agosto de 2004, com as seguintes competências: sistematizar proposta que visem à promoção de equidade racial na atenção à saúde; 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; elaborar e pactuar proposta de intervenção conjunta nas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde; participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população negra e; colaborar no acompanhamento e avaliação das ações programáticas das políticas emanadas pelo Ministério da Saúde no que se refere à promoção da Igualdade Racial.

O comitê técnico inicialmente estava estruturado na Secretaria Executiva na época em que o Ministro da Saúde era o pernambucano Humberto Costa e o secretário da secretaria executiva Gastão Wagner e tinha outros diretores e assessores ocupando cargos estratégicos no Ministério da Saúde e Fundação Nacional de Saúde, que atuando internamente e externamente com a SEPPIR foi possível compor o Comitê Técnico de Saúde da População Negra que refletia a correlação de forças políticas daquele momento. O comitê está composto por representantes de diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde, da SEPPIR, pesquisadores e ativistas da luta anti-racista no campo da saúde da população negra, seu funcionamento é regido pela Portaria nº 2.632 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004).

Com a mudança do Ministro e a re-estruturação da Secretaria de Gestão Participativa que tinha sido criada em 2003, transformando o departamento de Acompanhamento da Reforma Sanitária em Departamento de Apoio à Gestão Participativa. A Secretaria de Gestão Estratégica e

Participativa passou por intermédio desse Departamento a ser o espaço de acolhimento das demandas oriundas dos movimentos sociais (população negra, população do campo e da floresta, população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT), ciganos, população em situação de rua e outros), gerando comitês técnicos que articulam governo e sociedade civil, mas que ainda não contavam com uma adequada estruturação.

Os anos de 2005 e 2006 continuaram as mobilizações, as manifestações, as articulações, reuniões técnicas e o II Seminário de Saúde da População Negra, no Rio de Janeiro, foi marcado pelo reconhecimento oficial no discurso do Ministro da Saúde, Saraiva Felipe, do reconhecimento da presença do racismo institucional nas instâncias de saúde do SUS. Lançamento oficial da Campanha contra o Racismo Institucional naquele ano e finalmente houve a aprovação da Política Nacional de Saúde Integral pelo Conselho Nacional de Saúde em novembro de 2006.

Sua formulação ficou a cargo da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS), que contou com o apoio do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN). Três anos depois foi publicado em Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, o texto da Política e o Plano Operativo foram pactuados na Comissão Intergestora Tripartite, esse ato deu início à institucionalidade da referida política (BRASIL, 2010).

2 A População Negra no Brasil: Aspectos Históricos

A primeira Constituição do Brasil só foi elaborada em 1824, após 324 anos vividos pelos negros no território nacional e com apenas 64 anos antes da Lei da Abolição, de 1888. Essa realidade condicionou uma uniformidade no comportamento das classes dominantes e dos segmentos brancos da população, em relação à presença majoritariamente do contingente populacional de descendentes africanos.

FERNANDES (2006) apresenta as marcas da formação social no Brasil durante a consolidação do capitalismo. Para o autor, apesar de o capitalismo ter assentado os seus pilares desde o contexto colonial só realmente é impulsionado com a criação do Estado nacional e considera a importância da Independência em 1822, mas a vitória de fato só ocorre em 1889, com a vitória das forças descentralizadoras, o federalismo como princípio constitucional de estruturação do Estado, e a democracia como regime político, entretanto, esse movimento é marcado pela ausência de compromisso com a defesa da cidadania por parte das elites.

O poder dos governadores, por sua vez sustentava-se pelo coronelismo, o fenômeno do coronelismo tem suas raízes nas bases coercitivas das forças e da oralidade, bem como do favor e das obrigações. Esta interdependência é fundamental: O coronel é aquele que protege, socorre, sustenta materialmente seus agregados; por sua vez exige deles a vida, obediência e fidelidade. A relação de força dos coronéis elegia os governadores os deputados e senadores e os governadores que impunham o presidente da República.

Para Schwarz (1977) a tensão na relação entre as ideias liberais que tem a sua difusão associada ao trabalho livre e uma sociedade escravista, para o autor a retórica liberal européia entre os brasileiros é uma espécie de comédia ideológica, uma impropriedade, um escândalo no país do favor, do clientelismo e da escravidão e acrescenta “o favor é nossa mediação quase universal”. Isto impede de consolidar as ideias liberais, originando um padrão particular de relação entre as classes, frações de classes e instituições do Estado, mediada pela desfaçatez da violência nas relações de produção desde a escravidão e presente até os dias de hoje.

A transição do capitalismo no Brasil é marcada por dois efeitos estruturais globais devido ao crescimento interno da Colônia, que seria a ligação de dentro para fora da economia da Colônia para a economia externa da Metrópole. A renda produzida era destinada a corte e para grupos financeiros fora de Portugal. Dessa forma prevaleceram os interesses do modelo agro-exportador, essa ruptura limitada marca as relações com os países centrais externos, como também marca o estilo de vida desenvolvido pelas diversas camadas sociais no Brasil.

Dessa forma, interesses internos e externos eram convergentes e serviam para manter o exercício do poder autocrático. Se os conflitos entre as elites foram acomodadas, os interesses das classes dos de baixo não eram suportados. Florestan Fernandes explica esses aspectos presentes na sociedade brasileira, como o conservadorismo e dominação burguesa brasileira—manifestada pelo cooptação e ou repressão aos movimentos operários. Isto faz com que a intolerância tenha raízes e sentidos políticos; e que a democracia burguesa, nessa situação seja uma democracia restrita, aberta e funcional só para quem tem acesso à dominação burguesa.

Se há divergências fundamentais quanto à natureza da sociedade brasileira, as camadas sociais e grupos, isso não impede que tenha um ponto de partida comum: a formação colonial. Pode-se afirmar que este será talvez um dos poucos ou único ponto de unanimidade: todos estão de acordo que as feições de hoje apresentadas pela sociedade brasileira e que resultam de um processo de transformação, cuja base subjaz vagamente descrito como formação colonial (SILVA, 2010).

Esses fatos não diminuem a luta pelo fim da escravidão e a formação dos Quilombos, entretanto as iniquidades e o pauperismo como questão social só vão entrar nas demandas políticas com as primeiras lutas do movimento operário do século XX.

No Brasil, as políticas sociais não datam do mesmo tempo histórico dos países de capitalismo central, não houve uma radicalidade do movimento operário que era bastante incipiente para assimilarem a importância da constituição de um ator consciente dos seus próprios fins, com partidos político forte e movimento social. Getulio Vargas ao assumir a presidência como líder civil da revolução de 30, inclina-se para as questões sociais. Logo cria o ministério do trabalho, da educação e da saúde, mais instituí como tutela e favor, o pai dos pobres, como ficou conhecido.

Permeado por duas ditaduras (1935—1945 e 1964—1948) e por momentos de diástoles, onde o movimento sindical teve suas primeiras expressões, assim em 1903 tem a formação dos primeiros sindicatos dos trabalhadores rurais e em 1907 dos demais trabalhadores urbanos, quando é reconhecido o direito da organização sindical. Esse processo é acompanhado pelo período de forte estímulo a migração.

Nesse contexto, consolida-se a visão de cunho racista, de que o progresso do país só se daria com o branqueamento. Raimundo Nina Rodrigues, pioneiro no estudo do negro no Brasil, escreveu, em estudo publicado no século XIX, que “os negros existentes se diluiriam na população branca e tudo estará terminado”. Resgatei o discurso de Nina Rodrigues, pois ele é emblemático na política brasileira e tem implicações sobre o mito da democracia racial, construída pela ideologia hegemônica em boa parte do século passado pelo Estado brasileiro e por boa parte da intelectualidade brasileira em nome de um pacto de construção da nacionalidade e que contribuíram para modelar a exclusão, a desigualdade e a pobreza que se produzem no país até a atualidade.

O racismo no Brasil se manifesta a cada divulgação censitária ou em qualquer levantamento de dados sobre a situação social do povo brasileiro, e revelam invariavelmente a situação de opressão dos negros (as) manifestados pelas piores situações de renda, emprego, educação, moradia, saúde. Racismo que não só existe, mas é tão cruel quanto o racismo em qualquer parte do mundo. Ou dito de outra forma por Florestan Fernandes:

No Brasil democracia efetiva, onde o intercâmbio entre os indivíduos pertencentes a raças distintas começa e termina no plano da tolerância convencionalizada. Esta pode satisfazer às exigências práticas de bom tom, de um discutível espírito cristão e da necessidade prática de manter cada um em seu lugar (FERNANDES, 1960 apud MAIO, 2000).

Entretanto, no Brasil, nunca foi adotado um sistema segregacionista definido em Lei como nos Estados Unidos ou na África do Sul, determinando aos negros lugares públicos reservados, ou proibindo seu acesso às escolas freqüentadas por brancos, entre outros, isto não foi necessário porque a ordem social segregacionista estava introjetada em cada pessoa, levando-o a aceitar com naturalidade uma separação que indicava a cada um o seu lugar, expressão que revela um traço fundamental dessa realidade cruel que é a discriminação racial (RUY, 2007).

Outro traço marcante do racismo brasileiro é que ele é de marca, não de origem, expressão usada por Oracy Nogueira. Isto é, se uma pessoa tiver a pele clara e outros traços físicos de branco, ela é considerada branca, ao contrário do que ocorre nos Estados Unidos, por exemplo, o que conta é a origem. Uma pessoa que tenha até um oitavo de sangue de negro é considerado negro mesmo que tenha traços fisionômicos de branco, ou seja, até a geração dos bisavôs é considerado negro (NOGUEIRA, 2006).

Os imigrantes vindos da Europa, principalmente, trouxeram para o Brasil as experiências dos movimentos socialistas e anarquistas, essa presença contribuiu para uma mudança na correlação

de forças até então existente, em 1911 há uma redução da jornada de trabalho para 12 horas diárias e em 1919 é regulamentada a questão dos acidentes de trabalho no Brasil, mas como uma questão de responsabilidade individual em detrimento da segurança do trabalho.

Em 1922, do ponto de vista da organização política é fundado a agremiação política partidária o PCB, que por muito tempo foi o maior e mais importante organização partidária de esquerda do país, inspirado nos partidos marxista-leninista e na revolução de 1917 na Rússia.

Em 1923 foi importante para os trabalhadores a Lei Eloy Chaves, embrião da formação da política social no Brasil que instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), inicialmente para algumas categorias estratégicas no mundo do trabalho à época, como os ferroviários e os marítimos, certamente essas categorias apresentavam maior poder de barganha já que a economia estava voltada para a monocultura da café e para a exportação, produto que contribuía com 70% do PIB nacional. Com a diversificação da produção, após a revolução de 30 outras categorias foram sendo incorporadas as CAPs e aos Institutos de Aposentadorias e Pensões fundados para os funcionários públicos. Em 1927 foi aprovado o código de Menores com caráter punitivo da delinquência juvenil, cuja modificação só ocorre com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990.

Segundo Fleury (1989), o Brasil passa pelas CAPs, segue com auxílio maternidade, doença, aposentadoria e seguro desemprego. Como dito anteriormente em 1930 foi criado o Ministério do Trabalho e da Saúde e 1932 a carteira de trabalho, que conferia cidadania, ou seja, alguns direitos conferidos aos que tinha registro de trabalho, uma das características do Estado brasileiro: a fragmentação, cidadania limitada e o corporativismo, sem perspectiva da adoção de um sistema universalizado.

Até os anos 30 não havia política nacional de saúde e a iniciativa naquele período contempla dois eixos: a saúde pública e o que seria denominado medicina previdenciária ligada aos IAPS, para as categorias que tinham acesso a eles; já as ações de saúde pública era coordenada de forma centralizada, a maneira militar, daí a herança quando se falam em campanhas, combate e vigilância. Em 1937 com a criação do Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social assume as coordenações dos departamentos estaduais de saúde nos estados de fraco poder político e econômico. Desde então há uma estruturação no âmbito dos estados configurando um padrão de organização formado por uma diretoria, uma coordenação de órgão centralizado (serviços especiais de combate a tuberculose, a lepra, além de hospitais e laboratórios).

Após 15 anos no poder ocorre o fim da ditadura Vargas, abriam-se novos horizontes, o Brasil já não é uma grande fazenda, tornou-se urbanizado, com uma indústria de base organizada, ainda com a vocação agroexportadora mais com um operariado e um movimento popular em

passos largos no percurso rumo à organização.

A constituição de 1946 foi uma das mais democráticas do país segundo Behring e Boschetti (2011) chegando até retirar o PCB da ilegalidade. O período de 1946 -1964 foi marcado por intensa luta de classe, e a aliança do PCB com o PDT visava o desenvolvimento do capitalismo como ante sala da revolução socialista.

Esse período é marcado pela tensão entre projetos políticos em disputa, tendo como pano de fundo o projeto desenvolvimentista, o plano de metas do governo JK, a luta pelo petróleo, e uma classe trabalhadora em ascensão. Naquele período se intensifica a luta no campo com as ligas camponesas em função do latifúndio, experiência peculiarmente vivida no nordeste do país. Também cresce as tensões nas camadas médias e urbanas, com destaque para o movimento estudantil e suas reivindicações pela ampliação do ensino público. O movimento negro será tratado à parte por uma pertinência, assim de uma forma sistematizada na referida constituição o Movimento negro passa a influenciar de maneira decisiva na atuação política e ideológica de vários movimentos sociais que demandam políticas de corte universalista.

Mas é preciso uma imersão no que está sendo denominado movimento social negro já que se constituiu em um movimento de massa organizado desde o século passado, mas antes vamos à definição que consta na Enciclopédia Brasileira da diáspora Africana (LOPES, 2004), Movimento Negro é:

Nome Genérico, dado no Brasil, ao conjunto de entidades privadas integradas por afro-descendentes e empenhadas na luta pelos seus direitos de cidadania. Numa visão mais restrita, a expressão diz respeito às organizações nascidas a partir do final da década de 1960 e que se incluem dentro dessa definição. As diferenças entre estas e as organizações anteriores seriam entre outras, sua continuidade temporal e o fato de compartilharem uma agenda internacional, graças, hoje a popularização das viagens aéreas e do progresso dos meios de comunicação, particularmente a Internet.

Das confrarias à era getuliana: alguns dos marcos iniciais do movimento negro brasileiro estão nas confrarias e sociedade de auxílio mútuo constituídas, ainda na época escravista, com a finalidade de propiciar a alforria de seus membros. Após a abolição, talvez a mais importante entre todas essas entidades tenha sido a Frente Negra Brasileira, fundada em São Paulo em 1931. Depois dela, entre 1935 e 1950 fundaram-se no Brasil, entre outras, as seguintes organizações negras: Movimento Negro Contra o Preconceito Racial (Rio, RJ, 1935); Associação dos Brasileiros de Cor (Santos, SP, 1938); Congresso Brasileiro do Negro (Rio, RJ, 1940); Cruzada

Social e Cultural do Preto Brasileiro (São Paulo, SP, 1948); Teatro Experimental do Negro (Rio, RJ, 1944); União dos Homens de Cor (Rio, RJ, 1948) Justiça Social Cristã (Rio, RJ, 1950).

Reestruturação: Na segunda metade dos anos de 1970, livre do Estado Novo, mas ainda na vigência da ditadura militar instaurada em 1964, o Movimento Negro começa a se reestruturar, de forma contínua, em algumas das principais cidades brasileiras. E se reorganiza certamente inspirado pelos movimentos pelos direitos civis nos Estados Unidos e pela independência dos países africanos. Surgem então em Campinas, SP, o Grupo Evolução, em 1971; e, no Rio de Janeiro, a partir de fóruns de debates promovidos na Universidade Cândido Mendes, a Sociedade de Intercambio Brasil-Africa, Sinba, e o Instituto de Pesquisa das Culturas Negras, IPCN, ambos em 1975. O final da década vê nascer, na cidade de São Paulo, O Centro de Cultura e Arte Negra, CEAM, e a Associação Casa de Arte de Cultura Afro-Brasileira, Acacab, fundados em 1977. E no ano seguinte, em que a cidade paulista de Araraquara sedia o Feconezu, Festival Comunitário Negro Zumbi, nasce o NNU, Movimento Negro Unificada. A partir daí, surgem, em todo Brasil, inúmeras entidades, de vida efêmera ou não.

Os movimentos sociais negros ganharam destaque em fases distintas do cenário brasileiro, mesmo o mundo do trabalho tenha se constituído de vital importância para população afro-brasileira, ao que tudo indica no período pós-abolicionista às manifestações culturais e recreativas foram às primeiras manifestações organizativas contra o racismo e a discriminação. Ao passar do tempo outras formas de organizações foram sendo constituídas geralmente as organizações produziam materiais de divulgação de suas atividades. A imprensa constituída principalmente em São Paulo, nessa primeira fase estava vinculada as associações beneficentes, dançantes e clubes recreativos.

No início da década de 20, do século passado, no Estado de São Paulo, os jornais passaram a publicar artigos sobre diversos assuntos, a educação ganha centralidade nos temas de discussão, em geral, os editoriais eram dirigidos a questão racial, indicando caminhos de conscientização e mecanismo de ascensão do negro, ou seja, os jornais se propunham, por meio de seus editoriais serem instrumentos de educação e formação.

A imprensa negra constituiu um órgão de divulgação e propaganda contra o racismo e tinha como propósito denunciar as precárias condições de vida, a segregação e a violência vivenciada pela população negra, sobretudo nas grandes cidades no período que se segue a abolição, já que a maior parte dessas questões estava ausente do foco da grande imprensa (GOMES, 2005).

Nesse período existiam vários órgãos da imprensa dos negros, como a *Voz da Raça*, ligado a Frente Negra Brasileira e que chegou a ter uma tiragem de cinco mil exemplares; o

Clarim d Alvorada, o *Progresso*, o *Alfinete* e o *Kosmo*. Os fundadores do *Clarim d Alvorada*, José Correia Leite e Jaime Aguiar, trabalharam juntos para realizar o Congresso da Juventude Negra. Esses eventos foram seguidos de uma série de outros encontros que culminou com o surgimento da Frente Negra Brasileira FNB (1931), a qual se constituía a maior expressão de consciência política afro-brasileira da época e era ideologicamente uma organização étnica que cultivava valores comunitários específicos, identificando e recrutando com base na cor ou raça e não na cultura ou nas tradições, buscando afirmar o negro como brasileiro e denunciando o preconceito de cor, ou ainda, que constituiu em uma das mais importantes organizações de luta dos negros contra o racismo, conseguiu mobilizar cerca de 60 mil associados. Constituíam-se a maior expressão de consciência política afro-brasileira da época, em 1936 foi registrada como partido político de negros, de tão abrangente se organizava em vários estados brasileiros como Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo, Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Sul. Com a palavra de ordem congregar, educar e orientar, se tornou referência para os afro-brasileiros de quase todo país e buscava-se assim a ascensão moral e o progresso material:

Níveis de esforços foram canalizados para uma variedade de programas destinados a melhorar a situação da população negra de São Paulo. A Frente subvenzionou cursos de alfabetização e vocacional para adultos e montou uma escola elementar. Criou uma clinica que oferecia cuidados médicos e odontológico a baixo custo, e um departamento legal proporcionava assistência aos membros envolvidos em disputas com proprietários de terras ou com patrões. Também oferecia benefícios de auxílio mútuo e estabeleceu uma cooperativa de crédito como parte de uma campanha compre sua própria casa, destinada a ajudar os afro-brasileiros a escapar dos porões fétidos do centro da cidade comprando terrenos e casas nos então subúrbios periféricos de Jabaquara, Saúde e Casa Verde (SANTOS, 2007).

Com o advento do Estado Novo houve um refluxo do movimento negro, assim como de todos os movimentos sociais, em face da Ditadura de Vargas. No período da Segunda República nos anos 40 surge o Teatro Experimental Negro— TEN (1944), o qual não tinha o mesmo propósito da FNB de arregimentar massas, foi fundado por Abdias do Nascimento, no Rio de Janeiro, cumprindo com um papel fundamental na luta contra o racismo no período da Segunda República (1945—1964).

O TEN ocupou um espaço importante no campo da educação e contra o racismo, herdeiros natural da Frente Negra, o TEN tinha na educação a primeira prioridade de ação, desse modo, passou a oferecer cursos de alfabetização e cultura em geral, ou seja, passou a usar o palco como espaço para os indivíduos que buscavam aprender ler e escrever. Ao longo de sua existência o

TEN teve uma agenda profícua ante o racismo e a discriminação racial a que foram submetidos os afrodescendentes, realizou a Convenção nacional do Negro em 1946, a Conferência Nacional do Negro em 1949.

Por ocasião da Assembléia Constituinte de 1946 foi elaborado um Manifesto à Nação e enviado aos partidos políticos da época no qual tornava explícita na Constituição do país a referência a origem étnica do povo brasileiro e considera como problema urgente a adoção de medidas governamentais visando à elevação do nível econômico, cultural e social dos brasileiros. Esse sentido histórico abre caminho ao enfoque da resistência étnica, política e cultural dos anos 70, que marcará a luta contra o racismo, a memória histórica contra a escravidão, associado ao conteúdo político e revolucionário contra a ditadura.

Retomando a política social em 1941 ocorrem importantes reorganizações no Ministério da Educação e da Saúde. O Departamento de saúde incorpora vários serviços de combate às endemias e assume a formação de técnicos de saúde pública e institucionaliza as campanhas de saúde pública. Em 1953 ocorre a separação da educação e saúde com a criação do Ministério da Saúde e dos novos IAPs, já as leis da Previdência rural e a Lei orgânica da Previdência social só foram aprovadas em congresso em 1960 e 1963. O golpe militar de 1964 instaura a ditadura que vão durar 20 anos impulsionou a modernização conservadora e põe por terra as propostas de reformas de bases.

Entre as décadas de 1970 e 1980, houve uma nova rearticulação dos movimentos sociais, eclodiram no mundo inúmeros movimentos sociais que manifestaram a insatisfação dos negros em relação à qualidade de vida. Assumiu proeminência a luta dos negros nos Estados Unidos pelos direitos civis, dos negros Sul-Africanos contra a Apartheid, e de outros países africanos, mantidos como as colônias portuguesas Guiné Bissau, Moçambique e Angola. Nesse caldo de cultura em 1978 várias entidades negras se rearticulam em âmbito nacional para formar um Movimento Negro de abrangência nacional, essa é a época que ocorre no Brasil uma série de manifestações contra o regime vigente, contra as torturas e as prisões ilegais, em fim, contra as arbitrariedades da ditadura militar, sem esquecer-se do ABC paulista berço desse novo movimento sindical operário.

Dessa forma, desde a abolição dos escravos à atualidade, a população negra vem conquistando apenas os direitos civis em igualdade com os demais cidadãos, a transformação do direito universal ao sufrágio só ocorreu após a Constituição Federal de 1988 que ampliou o direito de voto aos analfabetos, entretanto, o direito a propriedade jamais foi conquistada no Brasil, constituindo enorme dívida social, com relação a enorme dívida social com a população quilombola, foi garantido a propriedade da terra aos remanescentes de quilombos, bem como a preservação

do pleno exercício de seus direitos culturais e valorização as manifestações tradicionais.

A Constituição Federal denominada como Constituição Cidadã representou um marco ao eleger instrumentos importantes para a democratização, pela primeira vez, uma constituição retrata a importância da construção de um Estado Democrático de Direito. A Democracia é definida como a presença efetiva das condições sociais e institucionais que possibilitam ao conjunto dos cidadãos, a participação ativa na formação do governo e conseqüentemente no controle da vida social.

O conceito de seguridade social foi concebido como um sistema que compreende um conjunto integrado de ações e iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, a previdência e à assistência social (BRASIL, 1998) §194. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) emerge como estratégia de descentralização para a atenção à saúde, tendo os princípios e as diretrizes de universalidade, equidade, integralidade e participação social.

Os direitos que emergem da construção da cidadania segundo Dagnino são apresentados como:

Um processo de aprendizado social, de construção de novas formas de relação, que inclui de um lado, a constituição de cidadãos enquanto sujeitos sociais, ativos, do outro lado, para a sociedade como um todo, um aprendizado de convivência com esses cidadãos emergentes que recusam a permanecer nos lugares que foram definidos socialmente e culturalmente para eles, parece está aí a radicalidade da democracia (DAGNINO, 2004).

Como se pode apreender desse processo, socio-político, o debate sobre a temática racial no Brasil vem sendo trilhado como marco temporal desde o século XX e mais recentemente nas décadas de 1970 e 1980, quando ocorre a reorganização dos Movimentos Negros, diversas entidades surgem no bojo desse contexto em 1971 no Rio Grande do Sul surge o Grupo Palmares, em 1978 o Movimento Negro Unificado contra a Discriminação Racial, São Paulo e em 1988 é fundada em Salvador a União dos Negros, UNEGRO, os movimentos de mulheres negras com várias entidades principalmente no eixo Rio — São Paulo, entre outros, essas entidades surgem no contexto da redemocratização e chamam a atenção para a complexidade dos sujeitos submetidos a vários tipos de opressão de gênero, geracional, étnico e de classe e associam a luta contra o racismo e a discriminação racial com uma proposta para o Estado brasileiro contemporâneo, multiétnico e pluricultural.

Conforme já foi mencionado, a inegável importância da Constituição brasileira de 1988 do

ponto de vista dos direitos civis, sociais e políticos, podendo ser considerada bastante avançada sob o ponto de vista jurídico e legal, entretanto é importante ter presente as décadas subseqüentes de desemprego, recessão, dívida externa que forçaram o Estado brasileiro adotar políticas de austeridade econômica, de controle do déficit público e de juros elevados, colocando as conquistas subjugadas a ordem econômica, ampliando as desigualdades sociais na saúde no geral e do particular na oferta das ações e serviços de saúde dirigida a população negra, entretanto, nesse contexto longo, fulguram as estratégias de resistência e organização desenvolvidas pelos sujeitos e se configura o papel do Estado brasileiro.

3 *Categorias Teóricas à Análise das Políticas Públicas e Sociais*

A análise do processo de formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra conduziu a organização de uma base conceitual que envolve categorias chaves: Estado–sociedade civil, políticas públicas e sociais.

O termo política, pode ser compreendida, genericamente, como uma forma de resolver conflitos. Contudo, de maneira específica, a política deve ser compreendida ou analisada a partir de três dimensões: *policy* (conteúdo concreto programas, projetos e ações), *politics* (processo político conteúdo, conflitos e decisões políticas) e *polity* (sistema político instituições políticas administrativas) (FREY, 2000; RUA, 1998).

Polity refere-se a esfera política e faz distinção entre o mundo da política e da sociedade civil, podendo a fronteira entre os dois ser fluida, variar segundo lugares e épocas; *politics* tem como referência a atividade política em geral, a competição para obtenção de cargos político, o debate partidário, as diversas formas de mobilização e *policies* refere a ação pública, ou seja, o processo pelo qual são elaborados e implementados programas de ação pública (MULLER; SUREL, 2002).

Outro aspecto que merece ser mencionado de forma conceitual já que analiticamente há diferenças e que em muitos casos são usados como sinônimo é a diferença entre políticas públicas e políticas sociais. Política pública é uma ação que envolve a participação do Estado e da sociedade, particularmente para o seu financiamento (MULLER; SUREL, 2002).

A análise do Estado em ação tem como objetivo o estudo de programas governamentais, suas condições emergenciais, mecanismos operacionais e prováveis impactos sobre a ordem social e econômica (ARRETCHE, 1998).

Assim, uma política pública é um conjunto de medidas concretas que constituem a substância visível da política. Constituída de recursos financeiros (os créditos atribuídos aos ministérios), intelectuais (a competência que os atores são capazes de mobilizar) reguladores (o fato de ela-

borar uma nova regulamentação constitui um recurso novo para os tomadores de decisões) e materiais, usados conjuntamente ou não, e gerando produtos reguladores financeiros ou físicos de forma conjunta ou não. O que deve ser destacado é o fato de que os resultados da ação pública podem ser muitas vezes contraditórios (MULLER; SUREL, 2002).

Outro aspecto que merece aprofundamento se há diferenças consideráveis entre as Políticas de Estado e de governo. As políticas de Estado tendem a caracterizar políticas para um determinado segmento ou área de abrangência em um período de longa duração, considerando determinados aspectos da realidade social que precisam de atenção continuada, para além da temporalidade da política é importante o quadro normativo, ou seja, se esteve aberto a participação através de mecanismo de participação social tais como as conferências e os conselhos que contribuíram com sua elaboração. Política de Governo atendem ao mesmo princípio, entretanto estão sujeitas as conjunturas políticas dos governantes. Assim, do ponto de vista teórico-conceitual, a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares; e seu foco está na explicação sobre a natureza da política pública e de seus processos, pode-se também acrescentar o debate em torno das ideias, dos interesses, dos conflitos e dos limites em torno das decisões dos governos, bem como das possibilidades de cooperação entre governo, outras instituições e grupos sociais.

Para as políticas sociais, existem definições que expressam uma tendência a especificação do gênero da política pública, voltada para os setores sociais como saúde, educação, previdência, assistência. Assim são objetivos da política social realizar a promoção social gerando solidariedade social, garantindo a segurança individual em situação de incapacidade vulnerabilidade ou risco (CASTRO et al., 2009).

As políticas sociais constituem elementos de um processo complexo e contraditório de regulação política e econômica das relações sociais, a avaliação das políticas sociais deve se constituir na compreensão do significado do papel do Estado e das classes sociais na construção dos direitos e da democracia (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Frente ao ajuste fiscal neoliberal, a política social tem passado pela adoção de orçamentos cada vez mais equilibrados entre receita e despesas. Visões menos ideologizadas defendem que, apesar da existência das limitações e constrangimentos os governos, estes não inibem a capacidade das instituições governamentais de governar a sociedade, apesar de tornar a atividade de governar e de formular políticas públicas mais complexas (PETERS, 1998 apud SOUZA, 2006).

Outros debates suscitados no desenho das políticas sociais frente as necessidades sociais são as de corte universal dirigidas a todos sem discriminação; as seletivas que impõe limites

ao acesso de acordo com o padrão de necessidade mediante comprovação (exemplo a bolsa família). Para os que defendem a seletividade das políticas ela se situa em um padrão de resolver a situação da pobreza e da exclusão social. Outra discussão é quanto à focalização que invés de selecionar um segmento da população para atender as suas demandas define apenas um grupo e dentre eles algumas ações (exemplo o programa saúde da mulher rede cegonha) e está associado ao caráter econômico.

Muller e Surel (2002), citando Jones, referem que durante muito tempo os estudos de políticas públicas foram estruturados pela abordagem seqüencial. Essa abordagem consiste de cinco ou seis pontos que permitem acompanhar a política:

- (i) colocação na agenda (*agenda sitting*): atores identificam o problema gênese da ação pública e apresentam uma gama de caminhos possíveis de acordo com o *input* inicial;
- (ii) produção de alternativas ou possíveis soluções envolvendo os objetivos adaptados ao problema constatado *policy formulation*;
- (iii) tomada de decisão, a mais visível, entretanto a mais difícil de ser isolada já que ultrapassa o estrito quadro institucional;
- (iv) a implementação *implementation* diz respeito a execução (ou não execução) prática das decisões elaboradas e formalmente adotadas nas etapas anteriores;
- (v) avaliação *policy evaluation* averiguar as várias maneiras do impacto do programa, se realiza de duas maneiras— quais são os efeitos da política decidida e implementada? E se os efeitos correspondem aos esperados? (Se é preciso modificar a política na sua concepção ou na sua implementação; e
- (vi) a conclusão envolve controvérsias entre os defensores dessa abordagem no que se refere à questão de extingue a política e/ou da reavaliação dos objetivos alcançados.

Há vantagens e desvantagens na abordagem seqüencial, vantagens: apresentar um quadro de análise simples da ação pública, põe ordem na complexidade das ações e decisões no campo da formulação, implementação e avaliação de políticas sociais, desvantagens da abordagem seqüenciais são mais evidentes e dizem respeito à visão linear e etapista, não considerando a complexidade dos fenômenos sociais e do processo de construção de respostas às questões sociais; postura teórica simplista, que concebe as políticas sociais como instrumentos de resolução de problemas individuais; supervaloriza as funções das políticas sociais e desconsidera que o

enfretamento das desigualdades sociais é muito mais complexo e se situa no âmbito da estrutura econômica e social (MULLER; SUREL, 2002).

As chamadas políticas públicas, mediante as quais o Estado se faz presente, consolidam direitos, desfaz iniquidades, fortalece a coesão social e obstruí ciclos viciosos de reprodução de desigualdades, pela distribuição ou redistribuição de bens e serviços sociais em resposta às demandas da sociedade civil, como expressão do compromisso em relação a equidade racial, ainda estão em processo e datam dos Governos dos presidentes FHC e LULA.

Desde meados da década de 1990, a problemática racial vem obtendo uma atenção progressiva e reconhecimentos na esfera da gestão federal em especial destacam-se a criação da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), no ano de 2003, que possui status de Ministério e está ligada à Presidência da República. As iniquidades vêm sendo enfrentadas pela implementação de valorização da identidade negra tendo como parâmetro: os projetos em conjunto com estados e municípios no âmbito da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial, no que tange a Lei nº 10.639, que torna obrigatório o ensino de história e cultura africana e afro-brasileira; a implementação de ações afirmativas; a articulação da temática de raça e gênero e o acesso das populações quilombolas ao direito a posse de terra e reconhecimento de sua diversidade cultural, entre outras ações.

Esse período também coincide com as reformas orientadas para o mercado, herdadas do período de Collor de Melo (1990– 1992), onde as questões sociais foram apontadas como as causas centrais da crise econômica e social vivida pela sociedade brasileira. Desde o início dos anos 1980, a profunda recessão econômica ocasionou as reforma com ênfase principalmente na previdência social e nas conquistas da constituição de 1988. Outro aspecto das reformas foi a criação do terceiro setor para a execução das políticas públicas, com uma dicotomia entre quem formula e quem executa as políticas, gerando as característica do credo neoliberal para as políticas sociais privatização, focalização/seletiva e descentralização.

Dessa forma, estudiosos da área, consideram que o artigo 6 da Constituição Federal que institui como direitos a educação, a saúde, o trabalho, moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção a maternidade e à infância e a assistência social significou um dos mais importantes avanços na política social brasileira, com possibilidade de estruturação tardia de um sistema de proteção social, mas que não se materializou, permanecendo, ainda, inconclusa.

Com relação à população negra, entende-se que, para a promoção da garantia da Saúde Integral da População Negra é necessário a efetiva constituição de um Estado Social, assentado no direito e na responsabilidade pública, a partir de um novo tipo de regulação social, regido pelo estatuto do direito do cidadão e do dever do Estado (PEREIRA, 2002).

Quanto ao estudo das políticas sociais, no qual a política de saúde se insere de um modo geral e, em particular a da população negra, o que se busca é o conhecimento de suas múltiplas dimensões e determinações, do real significado das políticas públicas sociais. Bering e Boschetti (2011), alertam que não se deve contentar, com esquemas abstratos de explicações, nem com as simples evidências das representações do senso comum, é necessário conhecer o significado real, o que se esconde no mundo da aparência.

Este estudo tem como referência as concepções de Estado e sociedade civil de Gramsci, enriquecida pela teoria marxista clássica de Estado, que surge no final do século XIX e se reforça no século XX. A sociedade civil gramsciana é uma esfera pública situada fora do Estado, com isso, o âmbito do Estado se amplia e ganha novas determinações. Em, Hegel e Marx a sociedade civil é representada pelo mundo da economia, o mundo dos interesses privados, esse pensamento em Gramsci retrata um fenômeno historicamente novo um espaço público situado entre a economia e o governo entre a sociedade econômica e sociedade política. Dessa forma, a sociedade civil tornou-se um momento do Estado, de um estado concebido de modo ampliado (COUTINHO, 1999; GRAMSCI, 1999).

Assim, a sociedade civil está mediada pelo reconhecimento de direitos e de representações dos interesses, de tal forma que se torne possível a construção de espaços públicos que configurem legitimidade aos conflitos. No contexto de análise da política, o estudo baseou-se no entendimento de que as políticas públicas constituem-se legitimamente na relação de Estado e sociedade civil, por meio de etapas, ou seja, a partir de um modelo que organiza os processos em fases.

Contudo, é importante esclarecer que o processo de análise de políticas se difere da abordagem de avaliação de políticas. Para Arretche (2001), a avaliação de políticas é um processo capaz de atribuir uma relação causal entre uma determinada modalidade de ação pública e o sucesso ou fracasso na realização dos seus propósitos, ou ainda, entre esta ação e um dado resultado, ou impacto sobre a situação social prévia para a sua materialização. Dessa forma, analisar uma política é diferente de avaliar, na medida em que a análise configura-se como exame da engenharia institucional e dos traços constitutivos dos programas (ARRETICHE, 2001).

Por fim, o conteúdo intrínseco das políticas constitui o que poderia ser chamado de economia política, já que se refere ao sentido e a lógica da dinâmica dos programas, movidos por interesses, conflitos e eventuais negociações (ARRETICHE, 2001). Trata-se do momento da formulação da política, em que são tomadas as decisões iniciais e definição das estratégias para sua implementação.

A chamada síntese, esses referenciais, nos auxiliam a compreender melhor o fenômeno da

formulação dessa política pública centrada na população negra no Brasil, a partir dos atores, instituições, ideias e interesses.

As instituições são compreendidas como um conjunto relativamente estável de práticas, regras, procedimentos ou normas formais que definem o comportamento apropriado de um determinado grupo de atores, indivíduos, comunidades, organizações, grupos de interesses em situações especiais (HALL, 1997; ANDRADE, 2007)

Já ideias são definidas como valores, crenças, relações causais, símbolos e imagens que expressam identidades, concepções de mundo e ideologia dos atores. São com esses referenciais, mundo das ideias que os atores formam suas visões de mundo, concepções, paradigmas, ideologias que levam a leitura da realidade e a construção de interesses que são as prioridades, as escolhas pelas quais os atores se movem, gerando conflitos, negociações e consensos. O que ora vamos apresentar no tocante ao trajeto metodológico, parte foi iluminado pelos autores aqui mencionados.

4 O Percurso Metodológico da Pesquisa

4.1 Natureza do estudo

O presente estudo trata-se de uma pesquisa empírica de exploração qualitativa, que permeia a análise dos fatos sócio-políticos e dos diferentes contextos da formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra. A pesquisa de cunho qualitativo permite compreender os fatos de que são necessários para conhecermos os contextos, os atores, as ideias, os interesses e os formatos nas instituições na implantação e implementação da política em estudo.

Segundo Minayo (2006), pesquisa dessa natureza caracteriza-se como um método científico que além dessa compreensão dos fatos cotidianos contextualizados nos revelam os fenômenos sociais, suas contradições, interconexões e causalidades que não são identificados pelos métodos quantitativos tradicionais.

Esta pesquisa tem como objetivo geral: compreender o processo que deu origem a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra identificando atores, ideias, interesses e institucionalidade em sua implantação no período de 2004 a 2010. Para aprofundar a compreensão desse fenômeno desenhamos quatro objetivos específicos, a saber:

- (1) mapear os atores demandantes da PNSIPN;
- (2) apontar a origem das ideias do Movimento Social Negro como subsídio à PNSIPN;
- (3) identificar interesses dos atores participantes da formulação da política; e
- (4) verificar a institucionalidade no processo de implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Por isso escolhemos seguir esse trajeto o que nos auxiliou nas análises das categoriais centrais: atores, ideias, interesses e institucionalidade em contextos e práxis da política pública e

social em estudo. Para aprofundarmos nessa compreensão, lançamos os olhares para os construtos teóricos sobre o Estado, Governo, Sociedade e Políticas Públicas. Estes com a finalidade de iluminar as categorias empíricas de atores, ideias, interesses e institucionalidade. Para a coleta dos dados, foi realizada uma pesquisa documental de cunho oficial e de produção acadêmica. Finalmente, para dialogarmos com os atores chaves, envolvidos nos processos instituintes das ideias geradoras da política, realizamos entrevistas com roteiro semi-estruturado.

4.2 Procedimentos de coleta dos dados

4.2.1 Entrevistas semi-estruturadas

A pesquisa de campo iniciou-se com a realização de entrevistas com roteiros semi-estruturadas, em abril de 2012. As mesmas foram realizadas por meio de relações dialógicas, onde se estabeleceu confiança entre os sujeitos chaves da pesquisa, fato esse que contribuiu em momentos virtuosos para a construção na coleta de dados. Os informantes chaves foram identificados a partir da notoriedade de saberes, práticas, vivência e experiências com a temática, ou seja, terem participado nos processos relacionados à elaboração da PNSIPN.

A técnica adotada para a coleta de dados e informações foi denominada “bola de neve”, o que nos permitiu verificar as questões de pesquisa e seus momentos de saturação. A partir de uma lista de indicações, com a primeira entrevistada indicada pelo movimento social negro e posteriormente foi indicado o próximo e assim sucessivamente. Os entrevistados totalizaram 9 pessoas, assim representados: três da academia, e seis da sociedade civil (originários do movimento negro e/ou pesquisadores do movimento). Em termos de perdas houve uma recusa de uma escritora e pesquisadora do movimento negro, uma representante de organismo internacional que terminou tendo uma agenda no exterior na época e o outro pesquisador com vivência em práticas popular em saúde preservada pelas religiões de matrizes africanas que terminou não dando retorno e, totalizando 12 das entrevistas contactadas. Entretanto, na terceira ou quarta entrevista o processo de saturação já se fazia evidenciar.

Para realizar as entrevistas junto aos atores entrevistados foram feitos contatos pessoalmente, telefônicos ou por e-mail para convidá-los e, como se tratava de pessoas que moravam em outros estados do país, já que a pesquisa foi realizada em âmbito nacional, as entrevistas foram realizadas de várias formas: Um das entrevistas foi realizada por Skype¹, com duração de 2 horas em média, quatro das outras entrevistas foram realizadas nos dias e horários marcadas, aqui mesmo em Brasília e quatro dos entrevistados responderam as questões por e-mail. Os en-

¹www.skype.com

entrevistados foram informados sobre os objetivos da investigação, da participação voluntária, da garantia de sigilo dos dados e da necessidade de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Assim a coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semi-estruturadas, a partir de um roteiro elaborado para ser aplicado junto aos informantes chaves, composto de oito questões abertas que possibilitava ao entrevistado discorrer sobre os temas, cinco entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. O Apêndice A apresenta tanto essas transcrições quanto as respostas enviadas por e-mail.

4.2.2 Técnicas de Análises dos dados

A síntese das falas foi categorizada à luz do marco analítico: contexto histórico, ideias, atores, interesses e instituição e analisados a partir do uso de técnicas do Discurso do Sujeito Coletivo— DSC é uma técnica metodológica (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003) que permite o resgate das opiniões coletivas. Segundo essa técnica é realizada entrevistas individuais com questões abertas nas quais o pensamento dos entrevistados possam se expressar como comportamento discursivo e fato social individualmente internalizado.

Desse modo, o DSC pode ser definido numa forma não matemática nem metalinguística de representar (e de reproduzir), de modo rigoroso, o pensamento de uma coletividade, o que se faz mediante uma série de operações sobre os depoimentos culminando em discursos-síntese que reúne respostas de diferentes indivíduos, com conteúdos discursivos de sentidos semelhantes.

O DSC constitui uma soma qualitativa, como expressão do pensamento de indivíduos distintos e que ao serem agregados por semelhanças compõem uma determinada qualidade um discurso coletivo com sentido e qualidade, porque individualiza um determinado sentido (uma opinião coletiva), diferentemente de outro sentido (outra opinião coletiva), que conforma outro discurso e, outra qualidade. De outra forma, sem entrar em discussões excludentes entre qualidade e quantidade já que pode ser observada outra faceta do processo quando o depoimento é individualizado quantitativamente por um determinado sujeito já que a técnica permite a fusão da qualidade e a quantidade.

Para consecução dessa proposta do DSC foi utilizado um software desenvolvido em 2000, o QualiQuantSoft², uma ferramenta de linguagem computacional, que como tal é ágil, versátil, com controle de variáveis mesmo quando utiliza grandes amostragens.

Na sua operacionalização foi realizada uma série de procedimentos operadores/operações:

²<http://www.spi-net.com.br/html/software.html>

Expressões Chave (E-Ch); ideias Centrais (ICs); Ancoragens (ACs) e Discurso do sujeito Coletivo (DSCs) conferindo sentidos, propriamente dito:

- As Expressões Chave são trechos de cada depoimento que são resgatados e que representam a essência do conteúdo do discurso;
- As ideias Centrais abordam de maneira sintética e precisa os sentidos presentes nas Expressões Chave e também no conjunto de discursos de diferentes sujeitos, com sentido semelhante ou complementar; e
- As Ancoragens, tais como as ideias Centrais são expressões sintéticas que abordam não somente os sentidos, mas as ideologias, crenças e valores presentes nos depoimentos dos indivíduos ou nos agrupamentos de maneira genérica e enquadradas em circunstâncias particulares. Para haver Ancoragens é preciso marcas discursivas explícitas dessas afirmações genéricas nos depoimentos.

Por fim uma pesquisa que usa técnica de DSC é uma pesquisa de “opinião” a cerca de um tema, constituída entre três a oito perguntas abertas que podem ser respondidas por uma amostragem populacional definida. O Discurso de Sujeito Coletivo mostra uma soma qualitativa composto por extratos de vários depoimentos que apresentam sentidos semelhantes. O fundamento quantitativo também é importante na pesquisa de opinião para que possam aparecer opiniões presentes na consciência dos indivíduos pertencentes a uma comunidade ou sociedade.

Procedeu-se para análise das entrevistas uma técnica metodológica que permite o resgate do Discurso do Sujeito Coletivo. Lefevre (2003), que define Discurso do Sujeito Coletivo como um conteúdo de mesmo sentido, reunidos num único discurso por estarem redigidos na primeira pessoa do singular, busca produzir ao leitor um efeito de coletividade falando; além disso, dão lugar a um acréscimo de densidade semântica nas representações sociais, fazendo com que a ideia ou posicionamento dos depoentes apareçam de modo encorpado, desenvolvido, enriquecido, desdobrado (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

Com o DSC mais definido, mais claro foi possível realizar uma leitura individual das entrevistas, das narrativas sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra identificando as Expressões Chaves e as ideias Centrais para cada uma das oito respostas dos nove entrevistados, em seguida foi inserido todas as entrevistas, pergunta por pergunta de cada entrevistado no programa Qualiquantisoft.

Após ser inserido no sistema foram gerados relatórios síntese das Expressões Chave e das ideias Centrais dos depoimentos que apresentam sentidos semelhantes, agrupando-as em cate-

gorias geradas no decorrer do processamento, consiste numa produção empírica, pela pesquisa, de uma coisa coletiva, permitindo a construção do DSC pela construção de um sujeito único que incorpora na sua fala os conteúdos e os argumentos de falas semelhantes, numa mesma categoria de respostas.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade de Brasília, de acordo com o que determina a Resolução nº 196/10/10/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que aprova as diretrizes e normas reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Além disso, todas as informações e seus informantes foram mantidos em sigilo sob os aspectos éticos em pesquisa.

5 Atores, ideias, interesses e institucionalidade da PNSIPN: dos sentimentos às ações

Os resultados e as discussões desta dissertação estão organizados segundo as categorias analíticas: atores, ideias, interesses e institucionalidade. As mesmas foram se constituindo conforme as oito questões dirigidas aos sujeitos chaves que fizeram parte desse estudo.

A análise dos dados, ora apresentados em resultados, foram discutidos à luz do marco conceitual das ciências políticas e sociais, nas categorias teóricas de Estado, Governo, Sociedade Civil e Políticas Públicas de Saúde, no horizonte dos direitos de cidadania. Portanto, a análise da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi tratada nessa pesquisa como um dever do Estado em assegurar a população negra seu fortalecimento no tocante a distribuição ou redistribuição de bens e serviços sociais em resposta as suas demandas, como expressão do compromisso em relação à equidade racial, e a diminuição das brechas de desigualdade na saúde. O que apresentaremos nos itens seguintes sobre à inserção dos atores sociais, a construção das ideias, o conjunto dos interesses e sobretudo a presença da política na gestão do SUS, instituindo-a, resultam dos discursos dos sujeitos coletivos e da análise do seu marco teórico e base legal.

5.1 Os Atores sociais e suas relações governamentais e não governamentais na construção da PNSIPN no Brasil

Os atores envolvidos na formulação da PNSIPN conforme evidencia nosso estudo traz a mulher negra como protagonista desse movimento, segundo releva o discurso abaixo:

*[...] iniciou com o Movimento Negro, Grupos de mulheres negras e só recentemente o Estado vem se preocupando com políticas públicas com recorte racial
[...] são as mulheres negras, ativistas do movimento negro, parte de uma geração*

que se especializou no campo da saúde da população a partir da Conferência de Durban. Elas ampliam esse movimento quando participam, de acordo com suas falas, da Marcha de Zumbi dos Palmares e foi formado um grupo que dialogava com o Ministério da Saúde quando houve a formação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, com o grupo integrante do workshop Intergerencial Saúde da População Negra, OPAS e PNUD e a publicação de um livro sobre a situação da saúde da população negra no governo de FHC e, no governo Lula ocorre à institucionalização da agenda de saúde.

A síntese do DSC traz em termos teóricos que a PNSIPN é a expressão do movimento negro, dos atores, ativistas do movimento social negro e no campo da saúde são especialmente as Mulheres Negras que se constituem como referência do processo de negociação com o Estado brasileiro, também visto como um ator.

As décadas de 1970 a 1980, de um modo geral, ocorreu um refluxo nos movimentos sociais no Brasil em decorrência da vigência da ditadura militar. Mas, de forma contraditória como era de se esperar, eles se reinventam com a resistência política à própria ditadura, uma vez que muitas das organizações mantiveram suas atividades mesmo na clandestinidade, foi o que ocorreu com as organizações sociais negras de São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador e Rio Grande do Sul, entre outras.

O movimento de mulheres que atuava nos movimentos sociais naquela época tinha inúmeras tarefas: a luta contra a ditadura, já que muitas se encontravam engajadas em outras organizações e para as mulheres negras as exigências de atuar em um ator social foi muito maior frente aos movimentos de feministas no Brasil que eram constituídos pela hegemonia de mulheres brancas urbanas e de classe média e de certa forma foram beneficiado com a dominação racial expressos no nível de escolaridade, no mercado de trabalho, entre outros.

Em 1985 no 3º Encontro de Feminista da América Latina e do Caribe que ocorreu em Bertioga, São Paulo, o movimento de mulheres negras explicitou suas próprias demandas e experiências da violência doméstica, a prática do racismo no mercado de trabalho e deu ênfase as questões de saúde, tendo como referência a mortalidade materna e infantil, saúde reprodutiva e sexual da mulher negra.

No artigo *“Teorizando sobre gênero e relações raciais”* de Sandra Azeredo (1994), a autora compara teorias e práticas feministas nos Estados Unidos e no Brasil de modo a entender por que em um país racista e desigual como o Brasil, em que a experiência de escravidão foi tão marcante, a questão racial permanece silenciado em grande parte da produção teórica e

prática contrastando com os Estados Unidos, nos chama a atenção de que nos estados Unidos a questão racial tem sido incorporada em cheio à produção feminista e adverte que no Brasil a questão racial tem ficado a cargo das mulheres negras como se só a elas fossem marcadas pela raça (AZEREDO, 1994).

Gonzalez (1982) critica os estudos sobre abordagens às mulheres brasileiras por “neutralizar” o problema da dominação racial e reafirma que as negras sofrem uma tripla opressão vinda de raça gênero e classe (GONZALES, 1982).

Nesse sentido as organizações de mulheres negras foram se estruturando no eixo Rio e São Paulo como Organizações não governamentais (ONGs): Criola (RJ), Fala Preta (SP), Instituto de Mulher Negra, GLEDES (SP) e Nzinga, Instituto de Mulheres Negras (RJ), entre outras. Essas organizações de mulheres têm se caracterizado por suas estratégias de atuações frente ao Estado e a própria sociedade civil e vêm conquistando espaços no país.

No Cenário Internacional, por exemplo, exerceram seus protagonismos no processo preparatório à III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e intolerância Correlata, em Durban (África do Sul), as feminista tiveram destacada participação tanto nas etapas preparatórias nacionais quanto na própria conferência, haja visto, que a relatoria ficou a cargo de uma brasileira Edna Roland— da ONG Fala Preta! Organização de Mulheres Negras

No tocante a questão de saúde que constitui uma área específica de atuação das organizações de mulheres negras, outro ponto de convergência do movimento é o combate ao racismo e a extensão da cidadania para os negros, como fases do mesmo processo.

Ao que tudo indica, naquele período, o marco de atuação das mulheres negras foi à realização do Seminário Nacional de Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras no Brasil (1993) em Itapequerica da Serra em São Paulo, onde reuniu organizações como o Movimento Negro Unificado de Salvador, Criola, SOF e o Centro Brasileiro de Pesquisa (CEBRAP), Núcleo de Estudo Populacional da UNICAMP (NEPO), representados especialmente pelas importantes contribuições sobre os estudos sócio-raciais da demógrafa e pesquisadora Elza Berquó, entre outros. E ainda teve como um dos objetivos discutir os direitos reprodutivos frente à participação das mulheres na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo (1994) e na Declaração de Itapequerica da Serra, elaborada pelo programa de saúde GLEDÉS, demarcam suas posições sobre a política de saúde reprodutiva que vinha sendo implementada no país desde a década de 1960 e constam que:

As políticas deliberadas ou não vêm controlando o nascimento das populações

não brancas; os reflexos da esterilização em massa das mulheres negras no país já são evidenciados na redução do percentual da população negra na década de 1990 em comparação com a década anterior; o aumento de casos de HIV/AIDS em mulheres negras; propõe ampliação das ações à saúde reprodutiva das mulheres negras no Brasil através das ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 1983); desenvolvimento de ações de saneamento básico e instituição de procedimentos para detectar nos primeiros anos de vida a anemia falciforme, tais propostas serviram de referências para as discussões das participantes na Conferência Internacional de População no Cairo em 1994.

Outro aspecto, também relevante à época, foi a partir das denúncias formuladas pelo movimento de mulheres negras e das evidências existentes o Congresso Nacional instalou no ano de 1992 uma Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar o uso abusivo de esterilização em massa no Brasil.

Houve apreciação por parte dos parlamentares de nove itens entre esses se havia motivação racista, participação de interesses internacionais, o estágio de implementação do PAISM a disponibilidades de informações e métodos contraceptivos para a população de baixa renda e o uso de laqueaduras por troca de votos. A militância feminina do movimento negro jogou importante papel na criação da CPMI e no item denominado esterilização feminina sob o ponto de vista étnico os depoimentos de Edna Roland, Jurema Werneck e Luiza Bairros constituíram peças fundamentais na instauração da referida CPMI.

Entretanto, os membros da CPMI não confirmaram que a esterilização cirúrgica ocorrida na década de 1980 tenha sido direcionada ao controle da natalidade da população negra, constataram a ineficiência do PAISM e a baixa cobertura do planejamento familiar e recomendou entre outras medidas uma auditoria no Sistema Único de Saúde.

Em janeiro de 1996, em decorrência desse amplo debate envolvendo o parlamento, estudiosos, pesquisadores e movimento social em especial as mulheres negras, durante o Governo de Fernando Henrique Cardoso foi aprovada a Lei nº 9.263 que estabelece a esterilização cirúrgica para mulheres acima de 25 anos e com dois filhos.

Os anos que se seguiram reforçam essa tendência do protagonismo das mulheres negras sabendo conjugar a luta geral nacional e internacional às questões específicas no campo da saúde da população negra reafirmada tanto pelos sujeitos coletivos quanto por pesquisadores e organizações que até então não havia se ocupado do tema.

Em 1995 em torno das comemorações dos 300 anos da morte de Zumbi dos Palmares ocorreu a “Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, Pela Cidadania e Vida” realizada em Brasília, capital do País que reafirmavam a luta contra o racismo, as desigualdades sociais e exigiam políticas públicas para a população negra, igualdade racial e liberdade. O evento contou com cerca de trinta mil pessoas e com a participação de entidades sindicais e de movimento social.

O documento elaborado durante a marcha e enviado ao presidente da república teve o peso político de serem recebidos, no mesmo dia, pelo então Presidente da República— Fernando Henrique Cardoso, o governo federal, instituiu por decreto presidencial um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para Valorização da População Negra que, entre outros objetivos, visava à discussão e implementação de políticas públicas, constituição do Subgrupo da Saúde com a finalidade de propor ações integradas de combate ao racismo e a desigualdade racial.

O GTI foi instalado em 1996 e funcionou como uma instância de articulação interministerial e estatais com vistas a promoção da igualdade racial por meio de articulação, discussão, elaboração e implementação de políticas públicas direcionadas a população negra. O GTI não dispunha de infra-estrutura e de recursos financeiros para o seu funcionamento adequado, entretanto cumpriu agendas importantes no campo da articulação política.

No ano seguinte (1996) este Grupo organizou uma Mesa Redonda sobre a saúde da população negra, onde foi discutido às doenças geneticamente determinadas, destacando-se Anemia Falciforme, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e deficiência da glicose-6-fosfato desidrogenase. Outros aspectos discutidos dizem respeito às condições socioeconômicas e educacionais desfavoráveis tais como alcoolismo, toxomania, desnutrição, mortalidade infantil e materna, abortos, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças relacionadas ao trabalho e transtornos mentais (BRASIL, 1998).

O produto dessa reunião foi: a) introdução do quesito raça/cor nos sistemas de informação de morbidade, mortalidade e de nascidos vivos; b) a elaboração da Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, que disciplina aspectos éticos das pesquisas em seres humanos com introduzido do recorte racial em todas e qualquer pesquisa; e c) a recomendação de formulação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme.

No cenário internacional ainda na década de 2000 ocorre a Conferência Intergovernamental das Américas, no Chile e, a III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, realizada na cidade de Durban na África do Sul, no ano de 2001. A presença política do Movimento Social Negro junto a governos e organismos internacionais tomou maiores proporções reivindicando compromissos efetivos de combate as

desigualdades raciais, entre as quais as políticas de ação afirmativa, bem como reconheceram a raça como uma categoria social explicativa das profundas desigualdades sociais existentes em muitas sociedades.

Ainda em 2000, em Recife, ocorreu o I Congresso de Pesquisadores Negros Brasileiros (COPENE), que contou com mais de 300 pesquisadores negros de diversas regiões do Brasil e do estrangeiro, 2002 em São Carlos e no ano seguinte São Luiz no Maranhão e assim, sucessivamente, esses congressos e encontros constituíram-se em espaços de fomento de ensino e pesquisa do Diretório dos grupos de Pesquisa no Brasil— CNPq: Raça/etnia e saúde (Universidade Federal de Mato Grosso), Raça/etnia, gênero e saúde (Instituto de Saúde, SES/SP) e Relações raciais e Desigualdades raciais no Brasil Contemporâneo que foi moldando estratégias de convencimento e legitimação da luta por igualdade racial no Brasil e implementação de ações afirmativas para os negros conquistarem o direito à saúde, como direito de cidadania.

Em 2003 ocorre a XII Conferência Nacional de Saúde: A saúde um direito de Todos e Um Dever do Estado, A Saúde Que Temos o SUS Que Queremos. Entre os Eixos temáticos discutidos foi incluído o Eixo temático V— Saúde Raça e Etnia. A Mesa de nº 09: Direito à Saúde, a médica Maria de Fátima Oliveira Ferreira estava representando a Coordenação Nacional das Entidades Negras, ao lado do Chefe de Gabinete do Ministério da Saúde, o médico Antônio Alves de Sousa. Foi incluído no relatório final da XII Conferência: Assegurar e ampliar o acesso da população afro-brasileira aos serviços de Saúde, em todas as áreas de abrangência dos SUS, incluindo o atendimento aos casos de emergência e de rotina, decorrente de suas condições de saúde, com divulgação de informações sobre a localização das unidades públicas e privadas, bem como sobre as normas de funcionamento do SUS.

Esse processo de confronto e antagonismo que tinha marcado a relação entre Estado e sociedade civil nas décadas anteriores deu lugar a uma aposta de ação conjunta para o aprofundamento democrático. Dessa forma foi constituída a PNSIPN como uma aposta democrática na busca de universalização de direitos à saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 constitui um marco nesse percurso por condições dignas de saúde da população, uma vez que as principais forças envolvidas nesse processo compartilham um projeto de saúde como direito universal de cidadania e dever do Estado. Na referida conferência, o Movimento Negro participou ativamente ao lado de outros movimentos da sociedade civil em especial o Movimento pela Reforma Sanitária (BRASIL, 2007).

Dagnino (2004) analisando o processo democratizante do Estado brasileiro que vem desde a referida Constituição de 1988 ilumina sobre marcos importantes: a democracia formal, com

eleições livres e a organização partidária permitiu que esse projeto da sociedade que orientou a prática de vários setores fosse levados para o âmbito do poder do Estado e em vários níveis do executivo (DAGNINO, 2004).

No que tange ao Estado brasileiro em face do quadro de desigualdades raciais instaladas no país são inúmeras as iniciativas no âmbito do poder legislativo de ações afirmativas em prol da promoção da igualdade racial, em meio aos conflitos de interesses sobre as cotas raciais na educação finalmente se encerrou décadas de luta com a aprovação da Lei 12.711/2012, que prevê ingresso de negros, índios e pobres nas universidades públicas federais e até 2016 essas universidades deverão reservar 50% das vagas para esses alunos vindos das escolas públicas.

Nas palavras da vice procuradora geral da República, Deborah Duprat, as cotas seriam “uma política onde as diferenças se encontram e se celebram”, trazendo para o espaço público a multiplicidade da vida social brasileira (DUPRAT, 2010).

O Estatuto da Igualdade Racial (PL 3.198/2000), também, após várias PLs, finalmente foi transformado em Lei 12.288/10 (Estatuto da Igualdade Racial). Onde foi retirado as menções referentes à raça e a identidade negra, no entendimento de que não há diversidade da identidade nacional.

Segundo Milton Santos os pobres não estão apenas desprovidos de recursos financeiros para consumir, a eles é oferecida uma cidadania abstrata; que não cabe em qualquer tempo e lugar e que muitas vezes, não pode se quer ser reclamada. Por mais que se deseje negar, essa cidadania não consistente e não reivindicável vem sendo oferecida ao longo dos tempos, prioritariamente aos negros e negras, índios e índias (SANTOS, 2000).

A proposta da PNSIPN segundo o IPEA (2007) foi um compromisso do governo federal em âmbito internacional pela promoção da igualdade e equidade racial e tiveram seus reflexos no campo da saúde.

5.2 As ideias centrais que fundamentam a formulação da PNSIPN

As ideias centrais que orientaram a formulação da PNSIPN, segundo aponta o estudo em questão não circunscrevem as questões biológica, propriamente dita e sim ao combate ao racismo institucional. Destaca, sobretudo, que a conquista dos direitos à saúde é o eixo orientador do conjunto das ideias que expressam na referida política se iniciou fortemente com o movimento de Mulheres Negras e posteriormente parte do movimento masculino foi sendo

incorporado durante a Gestão dos presidentes Fernando Henrique e Lula. Assim, confirma o seguinte discurso: [...] *sujeitos coletivos de várias organizações do movimento negro, sujeitos individuais como profissionais de saúde e pesquisadores negros, Movimento Negro, Intelectuais do Grupo de Mulheres negras pesquisadoras, e outros que não eram do movimento e que estavam nas Universidades, no CEBRAP e outras instituições e pesquisadores que foram motivados pelos estudos das desigualdades em saúde da população negra. Técnicos que estavam na Gestão do Ministro Humberto Costa ocupando cargos com poder de decisão; o Movimento de Mulheres Negras, algumas também, com cargos no governo e na academia, Movimentos de Mulheres Negras, por dentro do próprio Movimento Negro. Organizações de Mulheres e outras pessoas vinculadas ao CONEN. Os participantes de WHO/PAHO, da Conferência de Durban e posteriormente o DFID-UP deu continuidade ao processo, além do Comitê Técnico de Saúde da População Negra.*

O discurso do sujeito coletivo reafirma que o movimento negro foi responsável por construir ao longo do tempo um campo de ação em torno de gênero, raça e saúde, ou uma referência de autoconsciência e identidade coletiva que visava ganhos políticos e possui uma expectativa de autodeterminação.

A mulher a responsável pela “transmissão das tradições religiosas e culturais ([...]) o elo entre o sagrado e a vida comunitária”, estas mulheres também são pilares fundamentais da educação nas comunidades onde estão inseridas. Teodoro (1996) considera que em torno da liderança da mulher a comunidade negra se organiza e possibilita a construção da sobrevivência da coletividade, mediante as adversidades imposta pela sociedade de desiguais.

A promoção da saúde da população negra passa a ser entendida em sua especificidade a partir principalmente do movimento negro, como campo de estudo transdisciplinar, o racismo, a discriminação racial expõem mulheres e homens negros a situações mais perversas de vida, as quais só podem ser modificadas pela adoção de políticas públicas capazes de reconhecer os múltiplos fatores que resultam nas condições de saúde (OLIVEIRA, 2001).

Para o movimento negro gestado no curso da história seja ele das mulheres negras ou dos movimentos sociais negros, pois tem mais de uma organização e de várias concepções, fazeres e saberes, ao longo da sua constituição como campo de conhecimento o que essas organizações têm em comum é a discussão do racismo agregado as lutas sociais, ou seja, (re) configuram no debate político sobre a discriminação, identidade racial e os diferenciam com relação aos demais movimentos.

A questão da identidade racial se coloca como um desafio ético e político para o movimento negro, isso nos permite afirmar que a peculiaridade que distingue este dos demais movimentos

sociais, está na compreensão que tem de uma ponte de equilíbrio entre a tradição nossa herança cultural fundada na ancestralidade e na modernidade. Por essa razão a matriz discursiva deste movimento está fundada na herança histórico-cultural-negro-africana (ancestralidade) e daí a sua diferença com os demais atores sociais da realidade política e marca a singularidade do movimento (CARDOSO, 2002).

Esse quadro assinala a crescente importância que assume a singularidade do movimento, esse referencial de ideias que circunda a identidade étnica vai imprimir a marca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnicas raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade (BRASIL, 2007).

Guimarães (2005) destaca o racismo institucional o qual atua no nível das instituições sociais, em relação às formas como estas funcionam, seguindo as forças sociais, reconhecidas legitimamente pela sociedade e, assim contribuindo para a naturalização e reprodução da hierarquia racial (GUIMARÃES, 2005).

A construção da PNSIPN foi obra dos movimentos sociais em especial das mulheres negras, mas contou com novos atores nesse cenário, tais como a presença deles nos governos de FHC e Lula quanto na SEPPIR e de outros atores nas universidades que vinham se dedicando a análise das desigualdades sociais em saúde além do Ministério da Saúde ao aportar às discussões que vinham sendo apresentadas sobre o racismo para uma análise das condições de saúde/sócias da população negra no Brasil e foram essências para a formulação da PNSIPN.

O ambiente institucional em que ocorre a formulação e as decisões em torno da política de saúde da população negra caracteriza-se pela presença cada vez maior de atores, com poder de articulação, esses agentes, ou atores, ou instituições anti-racista, ONGs e de intelectuais que assumem a luta no campo da saúde, gênero, geracional entre outras áreas. O grupo constituído pelo Ministério da Saúde, técnicos da SEPPIR que estavam visceralmente envolvidos com as questões de equidade em saúde e do racismo como um dos determinantes social da saúde representantes do movimento negro deu origem ao Comitê Técnico de Saúde da população Negra instituído pela Portaria nº 1.678/2004.

O DSC valoriza a PNSIPN como instrumento de combate ao racismo na democratização do SUS e da sociedade brasileira [...] *A população negra e a população brasileira por permitir fazer um resgate cultural das origens do povo brasileiro, a população negra de forma especial e para a população brasileira de uma forma geral, pois o enfrentamento do racismo contribuirá com a construção de um país democrático, interessa a mais ou menos 51% da população brasileira, aquele/as que se autodeclararam pretos e pardos no último censo e a todos que con-*

tribuem com o SUS, a toda nação brasileira, a todos que se preocupam com a efetivação do SUS, com a vontade expressa na Constituição [...] com os que respeitam os direitos humanos, principalmente a população negra e a qualquer pessoa que queira um Brasil superando o racismo nas relações de trabalho e prestação de serviços à população, aos que acreditam que há que se ter uma sociedade que efetivamente todos partilhem de riquezas e bens socialmente construídos. São com esses pares que vamos contar, por outro lado, estamos lidando com concepções ideológicas hierarquizadas, arraigadas e que não mudam porque se faz um decreto [...] são trabalhos que precisam ser feitos, estratégias que precisam ser adotadas porque estão desconstruindo o racismo e isso envolve uma correlação de força e poder; não basta só estar no espaço político de poder é preciso compreender, aceitar e crer que existe uma diferença pautada nas desigualdades, ou seja, pautada no racismo.

A democracia deliberativa se pauta segundo Avritzer (2000), em fóruns que compartilham três características centrais para que a argumentação deliberativa ocorra. A primeira: implica na existência de um espaço decisório por parte do Estado em relação a uma forma ampliada de participação; a segunda característica se refere à maneira como a informação é tratada pelos atores sociais e que o Estado tenha informações incompletas para a tomada de decisão, dessa forma os atores sociais possuem informações para que as deliberações contemplem os problemas políticos envolvidos, as informações devem ser compartilhadas e discutidas num processo que leve a construção de soluções coletivas e, a terceira são as possibilidades dos arranjos deliberativos serem testados e os resultados partilhados.

Uma série de medidas analisadas por meio do Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil (2009 - 2010) faz referência ao contexto de que houve redução da inflação, aumento real do salário mínimo, expansão de políticas governamentais de transferência de renda (Programa Bolsa Família), de um aumento de escolaridade e de apoio a maternidade e aos cuidados com as crianças nos primeiros anos de vida contribuíram para reduzir as assimetrias de cor ou raça em um conjunto de indicadores: renda média do trabalho, taxa de desassistência e pobreza, anos médios de estudos, mortalidade infantil e em menores de cinco anos de vida, esperança de vida ao nascer, entre outros.

O Censo Demográfico (IBGE/2010), confirma uma tendência anteriormente percebida de desconstrução da hegemonia da população branca no Brasil, (atualmente 51% da população se auto declara preta e parda), entretanto, as assimetrias ainda exigem a efetivação dos compromissos assumidos pelo governo federal em âmbito internacional pela promoção da equidade racial que tiveram seus reflexos em particular no campo da saúde com a institucionalização da política.

O processo de construção democrática enfrenta hoje no Brasil um dilema cujas raízes estão na existência de uma confluência perversa entre dois processos políticos distintos. De um lado, um processo de alargamento da democracia, que se expressa na criação de espaços públicos e na crescente participação da sociedade civil nos processos de discussão e de tomada de decisão relacionados com as questões e políticas públicas (TEIXEIRA; DAGNINO; SILVA, 2002). O marco formal desse processo é a Constituição de 1988, que consagrou o princípio de participação da sociedade civil. As principais forças envolvidas nesse processo compartilham um projeto democratizante e participativo, construído desde os anos oitenta ao redor da expansão da cidadania e do aprofundamento da democracia. Esse projeto emerge da luta contra o regime militar empreendida por setores da sociedade civil, entre os quais os movimentos sociais desempenharam um papel fundamental.

Esse projeto emerge do movimento social que compartilha os pressupostos de um projeto democrático e participativo, entre os espaços implementados destacam-se a gestão solidária e participativa na implementação da PNSIPN e fica evidenciado a participação do movimento negro e que suas reivindicações começaram a ser incluídas na agenda política brasileira, além disso a luta anti racista dos movimentos negros apresentam maior autonomia e sustentação em um projeto participativo e de redução da exclusão social.

Dessa forma, no DSC fica claro que não se muda uma história de exclusão por decreto, mas o fato de ter uma política elaborada em torno de alguns consensos, entre os quais a luta por saúde de qualidade para a população negra em todos os níveis do SUS e implementação de ações afirmativa de combate a racismo institucional, isso possibilitou uma mudança normativa e nos discursos sobre a questão racial brasileira visando combater a discriminação e as desigualdades raciais no Brasil, bem como a elaboração de políticas públicas para a população negra, especialmente na área da saúde.

5.3 Interesses circulantes nas bases da formulação da Política

A pesquisa também nos chama atenção para os interesses que permearam a formulação da PNSIPN. Esses circularam entre diversos atores e suas ideias defendidas por meio do Movimento Negro (interesse singular). E associado aos interesses de técnicos e gestores do Ministério da Saúde (2006) que também agregaram valor no campo de interesses da formulação e implantação da política. Ainda contou-se com o interesse das Agências Internacionais da ONU. Segundo os dados do estudo, outro ator que compunha a gestão estadual e municipal não se pronunciou a favor dessa política. Nesse sentido, o discurso que segue reafirma os in-

teresses dos atores mencionados: [...] *O discurso sanitarista sempre teve muita dificuldade na incorporação da questão racial, como também, parte do movimento feminista. Ainda confirma o DSC que [...] A favor o movimento de mulheres, contrária a FIOCRUZ/ENSP [...] o Movimento negro, incluindo intelectuais, mestiços, brancos que defendem as ações afirmativas e a equidade em saúde, sem prejuízo da universalidade do SUS [...] Contra alguns pesquisadores e intelectuais que questionam a racialização [...] Movimento da Reforma Sanitária era contra, mas não se pronunciou e alguns setores do MS, a FUNASA o DFID foram a favor, MS era a favor, hoje há divergências [...] Na XII CNS muitos conselheiros eram contra, e durante as reuniões do Comitê Técnico de Saúde da População Negra tivemos muitas vezes a ausência de alguns representantes do MS, mas tivemos vários apoios do mesmo [...] Ser contra é politicamente incorreto, as críticas por parte de pessoas ou pesquisadores foi a partir da visibilidade da política [...] O Movimento da Reforma Sanitária vem todo da esquerda e ao longo do surgimento do movimento negro sempre estiveram muito presentes, já setores da igreja e alguns acadêmicos do CNS e lideranças do movimento sanitário também eram contra, mas não se pronunciaram, não é politicamente correto.*

A aprovação da PNSIPN em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde e a realização do II Seminário de Saúde da População Negra, marcado pelo reconhecimento oficial do MS da presença do racismo institucional nos Serviços do SUS deu origem a uma Campanha Nacional Contra o Racismo Institucional no mesmo ano e configura-se como uma estratégia de desconstrução do racismo e se integrava ao movimento.

O ambiente institucional em que ocorreu a formulação da PNSIPN deixou claro a adoção dos princípios da universalidade e da igualdade de direitos, o reconhecimento do SUS como um sistema em aperfeiçoamento na implementação do Pacto pela Saúde, instituído por meio da Portaria nº 399/2006 parte de uma constatação de que o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais e comprometendo-se com o desenvolvimento de ações de enfrentamento dessas iniquidades de ordem sócio econômico e cultural que atingem a população negra (BRASIL, 2007).

Durante esse processo vai sendo revelado à pluralidade de contextos e estratégias desenvolvidas por alguns grupos de intelectuais manifestados principalmente com relação às cotas e ao Estatuto da Igualdade Racial, em “Carta pública ao Congresso Nacional: todos têm direitos iguais na República Democrática”, essa carta alegava que os projetos poderiam suscitar um acirramento dos conflitos raciais no país. Esse processo que vem desde a primeira metade da década de 1980 foi movimentado pela democratização e pelas bandeiras levantadas pelo Movimento Social Negro e seus aliados na ótica da cidadania.

As pressões dos movimentos negros contribuíram para as mudanças dos discursos oficiais sobre as questões raciais, como também provocou alterações nos marcos legais. No Decreto de nº 1.994, de 13 de maio de 1996, por ocasião da instituição do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) o Presidente Fernando Henrique Cardoso afirma que não há como conciliar democracia com as serias injustiças sociais, as formas variadas de exclusão e as violações reiteradas aos direitos humanos que ocorrem em nosso país.

Dessa forma, diante do fortalecimento do marco institucional e da pressão do movimento social as questões relacionadas à saúde da população negra ganharam destaque envolvendo organizações que até então não tinha se ocupado da temática, nas discussões sobre os determinantes sociais elegeram novos enfoques como grupos excluídos historicamente e a inclusão de famílias chefiadas por mulheres que contribuíram com adoção de políticas no sentido da focalização na pobreza e na desigualdade racial.

Todos esses avanços contribuíram para conquistas de direitos fundamentais da população negra e parda como a renda, a previdência, assistência social e moradia. Os indicadores de concentração de renda tiveram uma queda no período de 1995 a 2008 de 9% no coeficiente de Gini do rendimento médio domiciliar por pessoa e as taxas de pobreza diminuíram mais de 10% no mesmo período (PAIXAO, 2010).

Sabe-se também que para a superação da cidadania burguesa é preciso um foco no poder e que não fica limitada a aquisição formal de um conjunto de marco político-jurídico, a nova cidadania é um projeto que se inscreve em uma nova sociabilidade: o reconhecimento do outro como sujeito portador de interesses válidos e de direitos legítimos. Esse novo projeto parece que vem sendo construído quando a população negra se recusa a ser tratada como antes e de permanecerem nos lugares definidos socialmente e culturalmente por outros!

[...] E ainda o Discurso do Sujeito Coletivo também faz referência a vários espaços de articulação intra e interinstitucional que contribuíram com a formulação da política [...] *Os núcleos de Estudos de Epidemiologia da SES/SP, o Ministério da Saúde, a SEPPIR, OPAS, algumas áreas do MS (AIDS, DECITE, DAGEP), Secretaria de Direitos Humanos/MJ, Ministério da Saúde, o GT de Gênero e Raça das Nações Unidas no Brasil e posteriormente a SEPPIR [...] a Militância do Movimento Negro, Lideranças do Movimento Negro quando chegaram ao governo e trabalharam para inserir a cunha da igualdade racial na política de governo, a guerra foi de trincheira o fogo era e ainda é amigo, [...] técnicos do MS com poder de mando do período do Ministro Adib Jatene, o próprio Ministro da Saúde (Humberto Costa) no Governo Lula, no MS teve equipe técnica que entendiam a necessidade de aprimorar o SUS com políticas para grupos específicos.*

Pode-se elencar uma série de instrumentos normativos e iniciativas que poderiam ser nomeadas como olhares sensíveis as questões étnicas raciais: a) criação do Centro Epidemiológico, Pesquisa e Informação (CEPI), que mobilizou a Secretaria Municipal de Saúde/SP na coleta de dados; b) intensificação da pressão do movimento negro, em particular do Grupo Negro da PUC/SP, bem como de ONGs que trabalhavam com a saúde da mulher, para a introdução do quesito raça/cor na área da saúde da mulher, por meio da sensibilização do secretário de saúde Eduardo Jorge; c) realização dos Seminários: Quadro Negro da Saúde Implantação do Quesito Cor no sistema Municipal de Saúde (1990); *É Preto no Branco: vencendo a conspiração do silêncio* (1992). Dessa forma com a instituição da Portaria nº 696/90 pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo permitiu inicialmente conhecer a morbimortalidade materna e implantação do recorte raça/cor nos sistemas de informações.

A ONG Fala Preta, Gledés entre outras ONGs que abordam as questões de saúde envolvendo AIDS, violência urbana, saúde da mulher, entre outros temas, com relação à população negra no estado de São Paulo e o que foi possível constatarem tanto nas leituras efetuadas quanto pelas entrevistas que os governos do estado de São Paulo desde Montoro até Alckmin entre pressões e negociações foi sendo estruturado um espaço de mediação ou representação entre os atores envolvidos e definindo políticas de equidade no campo da saúde na legislação estadual.

O Seminário de 2004, em São Paulo, teve a presença de 600 pessoas, envolveu gestores municipais, regionais e locais das áreas de saúde e educação, entre outros. Um aspecto relevante desse seminário foram às discussões das questões relacionadas com raça/etnia na implementação de políticas públicas que deve ser orientadas como um tema transversal e requer dos profissionais de diferentes esferas e setores da saúde o entendimento crítico das desigualdades raciais como expressões das iniquidades as quais foram sendo produzidas secularmente e exige o comprometimento da Secretaria de Estado da Saúde com a Saúde da população negra (BATISTA; KALCKMANN, 2005).

A Criação da Secretaria Especial de Políticas da Igualdade Racial (SEPPIR), pela Lei nº 10.678/2003 com atribuição institucional de promover a igualdade racial e étnico, por meio de acompanhamento e coordenação das políticas de diferentes ministérios, dentro os quais o Ministério da Saúde, e outros órgãos do Governo brasileiro (BRASIL, 2003).

Em agosto de 2004 no encerramento do I seminário Nacional de Saúde da População Negra foi firmado um termo de compromisso entre a SEPPIR e o MS, tendo como referencia as formulações oriundas de ativistas e pesquisadores negros contidas no documento Política nacional de saúde da população negra: uma questão de equidade (OLIVEIRA, 2001).

O Comitê Técnico de Saúde da população Negra foi instituído por meio da portaria nº 1.678/2004, coordenado pela SEGEP e composto por representantes de diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde, da SEPIR, pesquisadores e ativistas da luta anti-racista na área da Saúde da população negra constitui um espaço de legitimação da PNSIPN.

5.4 Espaços (in)formais na Institucionalidade da PNSIPN

O Discurso do Sujeito Coletivo destaca a presença de atores políticos administrativos nas instituições comprometidos com a articulação nas esferas intra e interinstitucional e para isso o Movimento Negro promoveu diversas articulações para que essas ideias fossem debatidas em Seminários Nacionais, nas Conferências Nacionais de Saúde e possibilitou a formulação da política em parceria do MS e da SEPPIR [...] *As ideias e a PNSIPN ainda não são partes das ações cotidianas dos serviços do Governo (muito menos do Estado), a conjuntura favorável no período da transição do governo FHC2 para Lula I [...]* O governo de fato nunca assumiu essa política e o papel foi do Comitê Técnico de Saúde da População Negra de assessorar o MS, o governo ainda está no processo de implantação dessa política [...] *A primeira coisa foi abrir a discussão e tínhamos pessoas no governo que foram se sensibilizando nesse processo e foram extremamente importantes porque estavam num cargo de poder.*

Conforme o DSC a PNSIPN não faz parte das ações cotidianas, ou seja, que a política ainda encontra-se em fase de implantação/implementação e consideram a conjuntura favorável da transição do Governo de FHC II para Lula I para a gênese da política que vinha desse movimento já instaurado e que foi importante a articulação institucional.

Muller e Surel (2002) consideram que uma medida isolada não constitui uma política pública, isso não quer dizer que para que se tenha uma política pública essa deva ser resumida em um quadro cognitivo e normativo perfeitamente coerente, isso significaria dizer que jamais existiria verdadeira política pública. Ou seja, a contradição é o caráter intrinsecamente contraditório da política.

Citando Frieberg, Muller e Surel (2002) apontam que toda política pública assume, de fato, a forma de relações interorganizacionais que ultrapassa a visão estritamente jurídica e que a política pública constitui uma ordem local, ou seja, um constructo político relativamente autônomo que opera, em seu nível, a regulação dos conflitos entre os interessados e assegura entre eles a articulação e a harmonização de seus interesses e seus fins individuais, assim como dos interesses coletivos.

Dessa forma o público da PNSIPN é a população negra constituída por pretos e pardos, mas

também dos gestores municipais estaduais de saúde, ou seja, do CONASEMS e do CONASS e as comissões intergestores CIT e CIBs. A esses atores é preciso acrescentar os profissionais de saúde, o sistema de saúde público e privado que com regularidade tomam posições de acordo com os dispositivos sancionados, ou com seus interesses

Conforme Carvalho (2005) discorre não há neutralidade na política, objetivos abstratos podem ser apresentados de forma neutra, mas políticas neutras simplesmente não existem (CARVALHO, 2005).

Acrescenta-se que o movimento negro vem atuando de forma sistemática na ótica da reconfiguração social o tema da cidadania e da justiça social estão presentes nas narrativas que os atores fazem das tomadas de posição em defesa do SUS e na mobilização para debater com a sociedade as desigualdades raciais no acesso à saúde da população negra e o enfrentamento do racismo institucional no processo de implantação da PNSIPN no SUS.

Podemos observar por meio do DSC certo grau de insatisfação e de conflito com referência as tomadas de decisões dos gestores e da técnico burocracia, dessa forma se manifesta expressando [...] *o pensamento hegemônico do SUS é resistente às mudanças [...] foi elaborado um plano operativo para que a PNSPN, fosse implementada nas diversas esferas governamentais [...] A transversalidade da PNSPN, para sua operacionalização deveria ficar no Gabinete do Ministro com poder de interlocução com todos os setores do SUS e outros. Porém, não são os ingênuos que galgam os cargos campo de decisão. A PNSIPN foi alocada na SGEF e não poderia ser pior, ficou junto com o "controle social institucional do MS" em termos de organograma e ficou também sem uma equipe diretamente responsável pela sua execução, a PNSIPN tornou-se mais um panfleto do Ministério da Saúde a serem distribuídos nos dias de eventos e tem o nome de Política e ausência de recursos. [...] A formação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra é composta por representantes de todas as áreas técnicas do MS e um comitê consultivo, formado por técnicos, pesquisadores (as), ativistas da luta anti-racista no campo da saúde da população negra e representantes da SEPPIR [...] A institucionalização da política de saúde da população negra implicou na inserção do recorte racial no Plano Nacional de Saúde, como estratégia de combate as diversas formas de preconceitos e as desigualdades sociais, pois um pacto pela saúde no Brasil requer a compreensão das necessidades de recortes que permitam o estabelecimento de prioridades e a identificação de lacunas de política de saúde brasileira, permitindo avaliar as desigualdades existentes na sociedade [...] Trata-se de mecanismos de inclusão por entidades públicas e privadas por órgãos dotados de competência com vista à concretização de um objetivo constitucional universalmente reconhecido como o direito à saúde. Outro aspecto diz respeito às dificuldades relacionadas à saúde da população negra,*

não são resultantes de suas características genéticas; mas de suas condições socioeconômicas e educacionais e das desigualdades históricas relacionadas à pobreza imputadas pelo racismo [...] A Saúde da População Negra no Plano Nacional de Saúde apresenta desafios a serem superados de forma a garantir a promoção da igualdade racial em saúde, desafios estes que se configuram na formação de recursos humanos [...] A desconstrução do racismo institucional, a gestão diretiva que respeite as diferenças socioculturais [...] ao reconhecimento das ações de saúde prestadas pelos terreiros de candomblé [...] Falta potencia a política, como uma política transversal é necessário um locus de poder que dialogue com todos os setores e não se dilua nas políticas de equidade, porque o racismo requer a capacidade efetiva de ser discutido como ideologia da classe dominante, da classe hegemônica [...] A política é uma verdadeira carta de intenções e o que está escrito precisa ser inserido nos planos estaduais e municipais. Ter uma área técnica só não resolve, é preciso a criação de grupos, comissões, comitês estaduais para implementação da política e a elaboração de plano operativo para sua implementação. É necessário ter pessoas da população negra ocupando cargos, espaços de poder com compreensão do racismo enquanto uma situação vivida, percebida de modo consciente; a agenda hegemônica não percebe a desigualdade presente no Brasil, isto é o racismo, a expressão do racismo institucional está aí.

A Política Nacional de Saúde da População Negra se apresenta com a marca “o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnicas raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vista à promoção da equidade em saúde” no SUS (BRASIL, 2010).

Deste modo, em resposta ao movimento negro, que vinha acumulando conhecimentos sobre implantação de políticas públicas, sobre o funcionamento do Estado brasileiro, a presença de partidos políticos engajados na luta anti-racismo, entre outros fatores, conseguiram sob a liderança da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e com assessoria do CTSPN a elaboração da PNSIPN e aprovação por unanimidade pelo CNS em novembro de 2006 e pactuação na Comissão intergestores Tripartite em 2009.

Todavia o que é importante destacar ante os DSC é que a política não foi beneficiada ao ir para a SGEP, que o local da política é a Secretaria Executiva por se tratar de uma política transversal o que justificaria este locus de poder, pois estaria em articulação intra e interinstitucional com distintos projetos já que o combate ao racismo e a equidade no SUS exige um espaço de decisão política, articulação e qualificação na formulação, gestão e operacionalização nas três esferas de governo dada a sua inserção na dinâmica da democratização da sociedade brasileira.

A implantação da política segundo a SGEP se insere na dinâmica do SUS por meio de

estratégias de gestão participativa e solidária adotando as ações: utilização do quesito raça/cor para informações epidemiológicas sobre a população negra; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção de racismo institucional e a discriminação racial e implementação de ações afirmativas para promover a equidade em saúde.

Segundo Muler e Surrel, política pública e gasto público (ausência de recursos) são características da ação do Estado e vão além dos indicadores orçamentários, o que deve deixar de sobreaviso os analistas de políticas públicas e chama atenção sobre erros a) o impacto de uma política não é necessariamente proporcional às despesas que ela ocasiona, por exemplo: os gastos com as campanhas de vacinação é bem menor do que o custo com a doença, não se deve confundir indicadores de meios por indicadores de resultados; b) dentro da mesma ordem de ideias, não é porque uma política custa pouco que seu impacto é fraco, pode ser verificado com medidas de legislação, de uma nova forma jurídica das diferentes atividades sociais; e c) a dimensão simbólica da política, cujo o impacto passa também pela construção de imagens do mundo que modifica as representações que os atores fazem do seu próprio ambiente, ou da população negra, poderemos no futuro ter uma percepção do impacto da política com relação ao combate ao racismo institucional (MULLER; SUREL, 2002), e maior participação social no SUS.

No DSC a PNSIPN constitui a possibilidade de lutar contra o racismo institucional e que o racismo seguramente compromete a saúde e o MS ainda não deixa isso explícito. [...] A possibilidade de superar as desigualdades apresentadas pela sociedade brasileira e de discutir o racismo é a grande novidade da política e colocar o racismo como determinante da saúde. [...] *A PNSIPN constitui um instrumento oficial que permite a inclusão de suas especificidades nos diversos programas, o enfrentamento do racismo institucional e suas consequências; outro aspecto é quanto à cidadania, o protagonismo dos sujeitos na luta pela equidade em saúde e o exercício da democratização da saúde proporcionando pela Reforma Sanitária Brasileira [...] O reconhecimento do Racismo Institucional e das desigualdades com determinantes das condições de saúde da população negra [...] dentro de um mesmo extrato social e de gênero a possibilidade do atendimento de uma mulher negra ser diferente de uma mulher branca é muito menor que em anos atrás e a PNSIPN evidencia o racismo, [...] e que chegou o tempo de olharmos para as nossas feridas, o que está sendo sentido nas mentes e nos corações, o sofrimento trazemos para o campo da política.*

A institucionalização da política leva a possibilidade da discussão do racismo como determinante social do processo saúde/doença; a possibilidade de superar as desigualdades presentes

na sociedade brasileira; outro aspecto é quanto à cidadania, o protagonismo dos sujeitos na luta pela equidade em saúde e o exercício da democratização da saúde proporcionado pela Reforma Sanitária.

A institucionalização da política praticamente é uma síntese do que foi apresentada anteriormente: a participação dos atores, o combate ao racismo e esse processo é de domínio da ação pública cujas instituições podem influenciar na tomada de decisões frente à natureza dos problemas encontrados, os recursos e os repertórios mobilizadores pelos atores envolvidos, as ideias, os diagnósticos e as tomadas de decisões, ao adotar tal perspectiva supõe identificar quais são as características institucionais (MULLER; SUREL, 2002).

A incorporação do quesito raça cor nos sistemas de informação de saúde permite evidências empíricas das diferenças raciais e vulnerabilidades ocorridas no processo saúde e doença, a auto declaração étnico-racial permite construir os perfis de morbimortalidade, informações essenciais para o planejamento e monitoramento de políticas de saúde de corte universal com vistas a superação de iniquidades de grupos específicos e no caso da população negra constitui mais de 50% da população brasileira e que são usuários do SUS, como aspecto relevante dessa política.

A PNSIPN pode ser pensada como as políticas de Estado que são destinadas a um determinado segmento ou área de abrangência em um período de longa duração, considerando determinados aspectos da realidade social que precisam de atenção continuada, para além da temporalidade da política é importante o quadro normativo, ou seja, se esteve aberto à participação através de mecanismo de participação social tais como as conferências e os conselhos que contribuíram com sua elaboração. Esses aspectos foram os que mais se destacaram a participação social nos conselhos, conferências, seminários e reuniões e a instituição do quadro normativo.

Os princípios que regem a PNSIPN estão ancorados nos ditames constitucionais, saúde como direito de cidadania, dignidade da pessoa humana, principio da igualdade e repúdio ao racismo. A utilização dessas referências que são comuns aos princípios do Sistema Único de Saúde: Universalidade no acesso, integralidade da atenção, igualdade na atenção e a descentralização político-administrativa, reforçam e buscam resgatar a dignidade e cidadania da população negra.

6 *Um pedaço da História: Uma síntese provisória*

Essa dissertação foi construída na pluralidade dos olhares sobre a Política Nacional de Saúde da População negra, a qual se reveste de especial importância no combate ao racismo institucional e na promoção do acesso à saúde como direito de cidadania. Nessa travessia dialogamos com os campos de conhecimentos das ciências sociais e humanas em torno das discussões contemporâneas da teoria de Estado, Governo, Sociedade e Políticas Públicas de Saúde.

A pesquisa em síntese nos iluminou no horizonte das categorias empíricas: atores, ideias, interesses e institucionalidade: no que se referem aos atores as mulheres foram determinantes nos processos participativos e decisórios por meio dos movimentos sociais no que se refere às causas da população negra [...] *quando perguntado sobre as ideias da Política foi respondido que vem do Movimento Negro, Grupos de mulheres negras e só recentemente o Estado vem se preocupando com políticas públicas com recorte racial. São mulheres negras, ativistas do movimento negro, parte de uma geração que se especializou no campo da saúde da população negra a partir da Conferência de Durban e da Marcha de Zumbi dos Palmares foi formado um grupo que dialogava com o Ministério da Saúde quando houve a formação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra.*

No tocante as ideias o que mais apareceu nos discursos foram as ideias centrais sobre o combate ao racismo institucional e a necessidade de pautar a saúde na agenda governamental. [...] *Então, são trabalhos que precisam ser feitos, estratégias que precisam ser adotadas porque estamos desconstruindo o racismo e isso envolve uma correlação de força e poder; não basta só estar no espaço político de poder é preciso compreender, e aceitar e crer que existe uma diferença pautada nas desigualdades, pautada no racismo e a possibilidade de lutar contra o racismo institucional, o racismo seguramente compromete a saúde e o MS ainda não deixa isso explícito. A possibilidade de superar as desigualdades apresentadas pela sociedade brasileira e de discutir o racismo é a grande novidade da política e colocar o racismo como de-*

terminante social da saúde. A PNSIPN constitui um instrumento oficial que permite a inclusão de suas especificidades nos diversos programas, o enfrentamento do racismo institucional e suas conseqüências; outro aspecto é quanto à cidadania, o protagonismo dos sujeitos na luta pela equidade em saúde e o exercício da democratização da saúde proporcionando pela Reforma Sanitária Brasileira. O reconhecimento do Racismo Institucional e das desigualdades com determinantes das condições de saúde da população negra; dentro de um mesmo extrato social e de gênero, a possibilidade do atendimento de uma mulher negra ser diferente de uma mulher branca é muito menor que em anos atrás. Ela evidencia o racismo, chegou o tempo de olharmos para as nossas feridas e o que está sendo sentido nas mentes e nos corações, o sofrimento trazemos para o campo da político.

Sobre os interesses circunscritos nessa política os discursos dos sujeitos coletivos revelam na presença do movimento negro, do reconhecimento por parte do governo, dos intelectuais e organizações internacionais. [...] *o discurso sanitarista sempre teve muita dificuldade na incorporação da questão racial, como também, parte do movimento feminista. A favor o movimento de mulheres, contrária a FIOCRUZ/ENSP. Movimento negro, incluindo intelectuais mestiços, brancos que defendem as ações afirmativas e a equidade em saúde, sem prejuízo da universalidade do SUS. Contra alguns pesquisadores e intelectuais que questionam a "racialização". A favor o movimento negro, Agências internacionais, Movimento da Reforma Sanitária era contra, mas não se pronunciou alguns setores do MS, a FUNASA o DFID foram a favor, MS era a favor, hoje há divergências. Na 12 CNS muitos conselheiros eram contra, e durante as reuniões do Comitê Técnico de Saúde da População Negra tivemos muitas vezes a ausência de alguns representantes do MS, mas tivemos vários apoios do MS. Ser contra é politicamente incorreto, as críticas por parte de pessoas ou pesquisadores foi a partir da visibilidade da política. O Movimento da Reforma Sanitária vem todo da esquerda e ao longo do surgimento do movimento negro sempre estiveram muito presentes. Setores da igreja e alguns acadêmicos do Conselho Nacional de Saúde e lideranças do movimento sanitário também eram contra, mas não se pronunciaram, não é politicamente correto. Os Núcleos de Estudos de Epidemiologia da SES/SP, o Ministério da Saúde, a SEPPIR, OPAS. Algumas áreas do MS (AIDS, DECITE, SEGEP), Secretaria de Direitos Humanos/MJ, Ministério da Saúde, o GT de Gênero e Raça das Nações Unidas no Brasil e posteriormente a SEPPIR; a Militância do Movimento Negro, Lideranças do Movimento Negro quando chegaram ao governo e trabalharam para inserir a cunha da igualdade racial na política de governo. A guerra foi de trincheira o fogo era e ainda é amigo, técnicos do MS com poder de mando do período do Ministro Adib Jatene, o próprio Ministro da Saúde (Humberto Costa) no Governo Lula, no MS teve equipe técnica que entendiam a necessidade de aprimorar o SUS com políticas para grupos específicos.*

E ainda nas menções acerca da institucionalidade as falas permeiam principalmente no que se apresenta na edição do marco normativo (Portaria de n 992, de maio de 2009) e formação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra regido pela Portaria n 2.632, de dezembro de 2004 [...]. *O Movimento Negro promoveu diversas articulações para que essas ideias fossem debatidas em Seminários Nacionais, nas Conferências Nacionais de Saúde o que possibilitou a formulação da política, a pareceria do MS com a SEPPIR, com realizações de seminários e outros eventos. As ideias e a PNSIPN ainda não são parte das ações cotidianas dos serviços do Governo (muito menos do Estado). A conjuntura favorável no período da transição do governo FHC2 para Lula 1. O governo de fato nunca assumiu essa política. O papel foi do Comitê Técnico de Saúde da População Negra de assessorar o MS, o governo ainda está no processo de implantação dessa política. A primeira coisa foi abrir a discussão e temos pessoas no governo que foram se sensibilizando nesse processo e que foram extremamente importantes, porque estava num cargo de poder.*

Apontamento para o futuro: o pensar da autora

A PNSIPN se propõe a dialogar com princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde Integralidade; universalidade do atendimento; equidade e participação social, como direito a ter direito, a cidadania pensada por Hanna Arendt (1991).

Quando falamos de equidade no SUS sabemos que isso só é possível se resgataremos as discussões que acalentaram a proposta da Reforma Sanitária Brasileira como uma utopia a ser perseguida. O espaço da igualdade nos remete a uma construção social e o SUS foi gestado no movimento democrático que pois fim a ditadura militar em 1985 e desembocou na Constituinte de 1988. Nesse processo conquistamos a democracia, ainda não a que desejamos, mas ganharam os movimentos sociais antes silenciados, toda a sociedade e também os Movimentos Sociais negros. Estes defenderam bandeiras de combate ao racismo institucional, pelas cotas por educação, por saúde, entre outras, por meio de reivindicações e pressões que orientam a sociedade quanto a possibilidade de se construir um movimento contra-hegemônico e essa tarefa não é uma responsabilidade exclusiva do movimento negro, somos chamados a uma nova prática, de acordo com esses atores uma vida digna e, com um *bem viver* segundo Aristóteles

... era boa exatamente porque, tendo demandado as necessidades do mero viver, tendo se libertado do labor e do trabalho e tendo superado o anseio inato da sobrevivência comum a todas as criaturas vivas deixava de ser limitada a processos biológicos da vida.

Longe de ter esgotado, eu diria que os direitos sociais permitem a construção da cidadania e são sobretudo resultados das lutas sociais e, portanto, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é fruto dessa luta!

Referências Bibliográficas

- ANDRADE, P. A. *Análise da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (1990 a 2004): a influência de atores e agendas internacionais*. Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Política Social do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, Brasília, 2007.
- ARRETCHE, M. Tendências no Estudo Sobre Avaliação. In: RICO, E. M. (Ed.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. [S.l.]: Editora da PUC-SP, 1998. ISBN 852490674X.
- ARRETCHE, M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. d. C. B. (Ed.). *Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais*. São Paulo, Brasil: Instituto de Estudos Especiais (PUC-SP), 2001.
- AVRITZER, L. Teoria democrática e deliberação pública. *Lua Nova*, v. 50, p. 25—46, 2000. On-line:<http://www.scielo.br/pdf/ln/n50/a03n50.pdf>.
- AZEREDO, S. Teorizando sobre Gênero e Relações Raciais. *Estudos Feministas*, Florianópolis, Brasil, Ed. Especial / Segundo Semestre, 1994. ISSN 0104-026X.
- BATISTA, L.; KALCKMANN, S. *Seminário Saúde da População Negra: Estado de São Paulo, 2004*. [S.l.]: Instituto de Saúde, 2005. (Temas em saúde coletiva). ISBN 9788588169043.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. *Política Social— Fundamentos e História*. [S.l.]: Cortez, 2011.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 1998. Promulgada em 5 de outubro de 1988.
- BRASIL. *Lei ordinária 10.678/2003*. Brasília, DF, Maio 2003.
- Brasil, Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, DF, 1983.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *XII Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca: Relatório Final*. Brasília, DF, 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria 1.678/GM*. Brasília, DF, Agosto 2004.
- Brasil, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília, DF, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília, DF, 2010.
- CARDOSO, M. *O movimento negro em Belo Horizonte: 1978–1998*. [S.l.]: Mazza edições, 2002.

CARVALHO, F. de. Entre a política econômica e a questão social. *OBSERVATÓRIO DA CIDADANIA* 2005, p. 33, 2005.

CASTRO, J. A. ao de et al. A CF/88 e as Políticas Sociais Brasileiras. In: JR., J. C. C. (Ed.). *A Constituição Brasileira de 1988 Revisitada: recuperação histórica e desafios atuais das políticas públicas nas áreas econômica e social*. [S.l.]: Intituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2009.

COUTINHO, C. *Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político*. [S.l.]: Civilização Brasileira, 1999. ISBN 9788520004944.

DAGNINO, E. Construção democrática, neoliberalismo e participação: os dilemas da confluência perversa. *Política e Sociedade*, Santa Catarina, Brasil, v. 3, 2004.

DUPRAT, D. *Audiência de Cotas (Dra. Deborah Duprat)*. Maio 2010. [Online; acessado em 09 de Dezembro de 2012]. Disponível em: <<http://goo.gl/Uyj4P>>.

FERNANDES, F. Prefácio. *Cor e mobilidade social em Florianópolis*, 1960.

FERNANDES, F. *A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica*. [S.l.]: Globo, 2006. (Biblioteca de ciências sociais). ISBN 9788525040558.

FREY, K. Políticas Públicas: Um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, v. 21, 2000.

GOMES, L. F. *Negros e Política*. Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar, 2005. ISBN 8571108765.

GONZALES, L. A mulher negra na sociedade brasileira. In: LUZ, M. T. (Ed.). *O lugar da mulher; estudos sobre a condição feminina na sociedade atual*. [S.l.]: Graal, 1982. p. 87–106.

GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. [S.l.]: Civilização Brasileira, 1999.

GUIMARÃES, A. S. *Racismo e Anti-Racismo no Brasil*. São Paulo, Brasil: Editora 34, 2005. ISBN 9788573261394.

HALL, P. The role of interests, institutions, and ideas in the comparative political economy of the industrialized nations. *Comparative politics: Rationality, culture, and structure*, Cambridge University Press Cambridge, p. 174–207, 1997.

JONES, C. P. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. *American Journal of Public Health*, American Public Health Association, v. 90, n. 8, p. 1212, 2000.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. [S.l.]: EDUCS, 2003. ISBN 9788570612465.

LOPES, N. *Enciclopédia brasileira da diáspora africana*. [S.l.]: Selo Negro Edições, 2004. ISBN 9788587478214.

MAIO, M. C. O Projeto Unesco: Ciências Sociais e o Credo Racial Brasileiro. *Revista da Universidade de São Paulo (USP)*, São Paulo, Brasil, v. 46, p. 115–128, 2000.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 9 edição revista e aprimorada. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

- MULLER, P.; SUREL, Y. *A análise das políticas públicas*. Pelotas, Brasil: Educat, 2002.
- NOGUEIRA, O. Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem. *Tempo Social, revista de sociologia da USP*, SciELO Brasil, v. 19, n. 1, p. 288, 2006.
- OLIVEIRA, F. de. *Subsídios para o debate da Política Nacional de Saúde da População Negra: Uma questão de Equidade*. [S.l.], 2001.
- PAIXAO, M. *Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009-2010*. [S.l.], 2010.
- PEREIRA, P. A. Estado, regulação social e controle democrático. In: PEREIRA, M. I. B. e P. A. (Ed.). *Política social e democracia*. [S.l.]: Cortez, 2002. ISBN 9788524918551.
- PETERS, B. G. Review: Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability by R. W. Rhodes. *Public Administration*, v. 76, p. 408–509, 1998.
- RUA, M. das Graças. *Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos*. 1998. [Online; acessado em Dezembro de 2012]. Disponível em: <<http://goo.gl/Uyj4P>>.
- RUY, J. C. *Um olhar negro sobre o Brasil*. São Paulo, Brasil: Anita Garibaldi, 2007.
- SANTOS, M. *Por uma outra globalização*. [S.l.]: Editora Record, 2000.
- SANTOS, S. *Movimentos negros, educação e ações afirmativas*. Tese (Doutorado) — Dept. de Sociologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, 2007.
- SANTOS, S. A. dos. A lei nº 10.639/03 como fruto da luta anti-racista do Movimento Negro. In: OUANE, A. (Ed.). *Educação anti-racista: caminhos abertos pela Lei Federal nº 10.639/03*. [S.l.]: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2005. p. 21–38.
- SILVA, A. R. d. *Presença e silêncio da colônia às pós-modernidade: sinais do personagem negro na literatura brasileira*. Brasília, Brasil: Ícone Gráfica e Editor, 2010.
- SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Programa de Pós-Graduação em Sociologia (UFRGS), v. 16, p. 20–45, Dez 2006. ISSN 1517-4522.
- TEIXEIRA, A.; DAGNINO, E.; SILVA, C. La constitución de la sociedad civil en Brasil. *Sociedad civil, espacios públicos y democratización: Brasil. México: Fondo de Cultura Económica*, p. 21–76, 2002.

APÊNDICE A – Análise DSC — População Negra

Questão 1— Qual a origem da formulação da PNSIPN?

Categoria Atores

... Vem do Movimento Negro, Grupos de mulheres negras. Só recentemente o Estado vem se preocupando com políticas públicas com recorte racial Mulheres negras, ativistas do movimento negro, parte de uma geração que se especializou no campo da saúde da população.

Categoria Ideias

A Conferência de Durban.

Categoria Interesses

Na Marcha de Zumbi de Palmares foi formado um grupo que dialogava com o Ministério da Saúde.

Categoria Institucionalidade

A formação do Comitê Técnica de Saúde da População Negra. O Grupo integrante do workshop Intergerencial Saúde da População negra, OPAS e PNUD e a publicação de um Livro sobre a situação da saúde da população negra no governo de FHC e governo Lula ocorre a institucionalização da agenda de saúde.

Categoria Não se aplica

Não acompanhou a política nessa fase.

Discurso do Sujeito Coletivo — Pergunta 1

... Vem do Movimento Negro, Grupos de mulheres negras e só recentemente o Estado vem se preocupando com políticas públicas com recorte racial. São mulheres negras, ativistas do movimento negro, parte de uma geração que se especializou no campo da saúde da população a partir da Conferência de Durban. Na Marcha de Zumbi dos Palmares foi formado um grupo que dialogava com o Ministério da Saúde quando houve a formação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra. com o grupo integrante do workshop Intergeneracional Saúde da População Negra, OPAS e PNUD e a publicação de um livro sobre a situação da saúde da população negra no governo de FHC e governo Lula ocorre à institucionalização da agenda de saúde.

Questão 2 — Quais foram os principais sujeitos envolvidos na construção dessas ideias?

Categoria Atores

Líderes do Movimento Negro, na Gestão dos presidentes Fernando Henrique e Lula, Movimento de Mulheres Negras e posteriormente parte do movimento masculino foi sendo incorporado, Sujeitos coletivos de várias organizações do movimento negro, sujeitos individuais como profissionais de saúde e pesquisadores negros, Movimento Negro, Intelectuais do Grupo de Mulheres negras pesquisadoras, pesquisadores que não eram do movimento negro e que estavam nas Universidades, no CEBRAP e outras instituições pesquisando e foram motivados pelas desigualdades em saúde da população negra, Técnicos que estavam na Gestão do Ministro Humberto Costa ocupando cargos com poder de decisão, o Movimento de Mulheres Negras, algumas também, com cargos no governo e na academia, Movimento de Mulheres Negras, por dentro do Movimento Negro. Organizações de Mulheres e outras pessoas vinculadas ao CONEN.

Categoria Ideias

Os participantes de WHO/PAHO, de Durban e posteriormente o DFID-UP deu continuidade ao processo.

Categoria Interesses

Não houve.

Categoria Institucionalidade

Comitê Técnico de Saúde da População Negra

Categoria Não se aplica

Não houve.

Discurso do Sujeito Coletivo — Pergunta 2

Movimento de Mulheres Negras e posteriormente parte do movimento masculino foi sendo incorporado durante a Gestão dos presidentes Fernando Henrique e Lula; sujeitos coletivos de várias organizações do movimento negro, sujeitos individuais como profissionais de saúde e pesquisadores negros, Movimento Negro, Intelectuais do Grupo de Mulheres negras pesquisadoras, e outros que não eram do movimento e que estavam nas Universidades, no CEBRAP e outras instituições pesquisando e foram motivados pelas desigualdades em saúde da população negra. Técnicos que estavam na Gestão do Ministro Humberto Costa ocupando cargos com poder de decisão; o Movimento de Mulheres Negras, algumas também, com cargos no governo e na academia, Movimentam de Mulheres Negras, por dentro do próprio Movimento Negro. Organizações de Mulheres e outras pessoas vinculadas ao CONEN. Os participantes de WHO/PAHO, da Conferência de Durban e posteriormente o DFID-UP deu continuidade ao processo, além do Comitê Técnico de Saúde da População Negra.

Questão 3- Durante a defesa dessas ideias quem foi a favor, contra, ou não se pronunciou?

Categoria Atores

Não houve.

Categoria Ideias

Não houve.

Categoria Interesses

A favor o Movimento Negro, grande parte do Ministério da saúde, agências internacionais (ONU, UNFPA), contra ou não se pronunciou o governo em nível estadual, a favor as mulheres negras, o discurso sanitarista sempre teve muita dificuldade na incorporação da questão racial e parte do movimento feminista. A favor o movimento de mulheres, contrária a FIOCRUZ/ENSP. Movimento negro, incluindo intelectuais mestiços, brancos que defendem ações afirmativas e a equidade em saúde, sem prejuízo da universalidade do SUS. Contra alguns pesquisadores e intelectuais que questionam a "racialização". A favor o movimento negro, Agências internacionais, Movimento da Reforma Sanitária era contra, mas não se pronunciou alguns setores do MS, A FUNASA o DFID foram a favor,MS era a favor, hoje há divergências. Na 12º CNS muitos conselheiros eram contra, e durante as reuniões do CTSPN tivemos muitas vezes a ausência de alguns representantes do MS, mas tivemos vários apoios do MS. Ser contra é politicamente incorreto, as críticas por parte de pessoas ou pesquisadores foi a partir da visibilidade da política. O Movimento da Reforma Sanitária vem todo da esquerda e ao longo do surgimento do movimento negro sempre esteve muito presente. Setores da igreja e alguns acadêmicos do CNS lideranças do movimento sanitário também eram contra, mas não se pronunciaram, não é politicamente correto.

Categoria Institucionalidade

Não houve.

Categoria Não se aplica

Não houve.

Discurso do Sujeito Coletivo — Pergunta 3

A favor o Movimento Negro, grande parte do Ministério da saúde, agências internacionais (ONU, UNFPA), contra ou não se pronunciou o governo em nível estadual, a favor as mulheres negras. O discurso sanitarista sempre teve muita dificuldade na incorporação da questão racial, como também, parte do movimento feminista. A favor o movimento de mulheres, contrária a FIOCRUZ/ENSP. Movimento negro, incluindo intelectuais mestiços, brancos que defendem as ações afirmativas e a equidade em saúde, sem prejuízo da universalidade do SUS. Contra alguns pesquisadores e intelectuais que questionam a "racialização". A favor o movimento negro,

Agências internacionais, Movimento da Reforma Sanitária era contra, mas não se pronunciou alguns setores do MS, a FUNASA o DFID foram a favor, MS era a favor, hoje há divergências. Na 12º CNS muitos conselheiros eram contra, e durante as reuniões do CTSPN tivemos muitas vezes a ausência de alguns representantes do MS, mas tivemos vários apoios do MS. Ser contra é politicamente incorreto, as críticas por parte de pessoas ou pesquisadores foi a partir da visibilidade da política. O Movimento da Reforma Sanitária vem todo da esquerda e ao longo do surgimento do movimento negro sempre estiveram muito presentes. Setores da igreja e alguns acadêmicos do CNS e lideranças do movimento sanitário também eram contra, mas não se pronunciaram, não é politicamente correto.

Questão 4- Com quem contou no governo para ampliar e defender essas ideias?

Categoria Atores

Os Núcleos de Estudos de Epidemiologia da SES/SP, o Ministério da Saúde, a Militância do Movimento Negro e a SEPPIR

Categoria Ideias

Não houve.

Categoria Interesses

A favor algumas áreas do MS (AIDS, DECITE, SEGEP), Secretaria de Direitos Humanos/MJ, Ministério da Saúde, o GT de Gênero e Raça das Nações Unidas no Brasil e posteriormente a SEPPIR.

Categoria Institucionalidade

Lideranças do Movimento Negro quando chegaram ao governo trabalharam para inserir a cunha da igualdade racial na política de governo. A guerra foi da trincheira o fogo era e ainda é amigo, técnicos do MS com poder de mando e o próprio Ministro da Saúde (Humberto Costa), SEPPIR, do período do Ministro Adib Jatene ao Governo Lula no MS teve equipe técnica que entendiam a necessidade de aprimorar o SUS com políticas para grupos específicos, Ministério da Saúde, SEPPIR e OPAS.

Categoria Não se aplica

Não houve.

Discurso do Sujeito Coletivo — Pergunta 4

Os Núcleos de Estudos de Epidemiologia da SES/SP, o Ministério da Saúde, a SEPPIR, OPAS. Algumas áreas do MS (AIDS, DECITE, SEGEP), Secretaria de Direitos Humanos/MJ, Ministério da Saúde, o GT de Gênero e Raça das Nações Unidas no Brasil e posteriormente a SEPPIR; a Militância do Movimento Negro, Lideranças do Movimento Negro quando chegaram ao governo e trabalharam para inserir a cunha da igualdade racial na política de governo. A guerra foi de trincheira o fogo era e ainda é amigo, técnicos do MS com poder de mando do período do Ministro Adib Jatene, o próprio Ministro da Saúde (Humberto Costa) no Governo Lula, no MS teve equipe técnica que entendiam a necessidade de aprimorar o SUS com políticas para grupos específicos.

Questão 5- Como o governo transformou essas ideias em uma política?

Categoria Atores

Não houve.

Categoria Ideias

O Movimento Negro promoveu diversas articulações para que essas ideias fossem debatidos em Seminários Nacionais, nas Conferências Nacionais de Saúde o que possibilitou a formulação da política, a pareceria do MS e da SEPPIR, com realizações de seminários e outros eventos.

Categoria Interesses

Não houve.

Categoria Institucionalidade

As ideias e a PNSIPN ainda são parte das ações cotidianas dos serviços do Governo (muito menos do Estado). Conjuntura favorável no período da transição do governo FHC2 para Lula 1. O governo de fato nunca assumiu essa política. O papel foi do Comitê Técnico de Saúde da População Negra de assessorar o MS, governo ainda está no processo de implantação dessa política. A primeira coisa foi abrir a discussão. Temos pessoas no governo que foram se sensibilizando nesse processo e que foram extremamente importantes, porque estava num cargo de poder.

Categoria Não se aplica

Não houve.

Discurso do Sujeito Coletivo — Pergunta 5

O Movimento Negro promoveu diversas articulações para que essas ideias fossem debatidas em Seminários Nacionais, nas Conferências Nacionais de Saúde o que possibilitou a formulação da política, a pareceria do MS e da SEPPIR, com realizações de seminários e outros eventos. As ideias e a PNSIPN ainda não são parte das ações cotidianas dos serviços do Governo (muito menos do Estado). A conjuntura favorável no período da transição do governo FHC2 para Lula 1. O governo de fato nunca assumiu essa política. O papel foi do Comitê Técnico de Saúde da População Negra de assessorar o MS, o governo ainda está no processo de implantação dessa política. A primeira coisa foi abrir a discussão e temos pessoas no governo que foram se sensibilizando nesse processo e que foram extremamente importantes, porque estava num cargo de poder.

Questão 6- Qual foi o desenho institucional para operacionalizar a política?

Categoria Atores

Não houve

Categoria Ideias

O pensamento hegemônico do SUS é resistente às mudanças.

Categoria Interesses

Não houve.

Categoria Institucionalidade

... Elaborado um plano operativo para que a PNSPN fosse implementada nas diversas esferas governamentais. A PNSPN é transversal e para sua operacionalização deveria ficar no Gabinete do Ministro com poder e interlocução com todos os setores do SUS e outros. Porém, não são os ingênuos que galgam os cargos no campo da decisão, dessa forma, a PNSIPN foi alocada na SGEF e não poderia ser pior, pois ficou junto com o "controle social institucional do MS" em termos de organograma e ficou também sem uma equipe diretamente responsável pela sua execução. APNSIPN tornou-se mais um panfleto do Ministério da Saúde a ser distribuído nos dias de eventos. Grupos técnicos formuladores de programas especiais com o nome de Política e ausência de recursos. Formação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, composto por representantes de todas as áreas técnicas do MS e um comitê consultivo, formado por técnicos, pesquisadores (as), ativistas da luta antirracista no campo da saúde da população negra e representantes da Seppir. A institucionalização da política de saúde da população negra implicou a inserção do recorte racial no Plano Nacional de Saúde, pois um pacto pela saúde no Brasil requer a compreensão da necessidade de recortes que permitam o estabelecimento de prioridades e a identificação de lacunas de política de saúde brasileira. Outro aspecto diz respeito às dificuldades relacionadas à saúde da população negra não são resultantes de suas características genéticas; mas de suas condições socioeconômicas e educacionais e das desigualdades históricas relacionadas à pobreza e imputadas pelo racismo. A Saúde da População Negra no Plano Nacional de Saúde apresenta desafios a serem superados de forma a garantir a promoção da igualdade racial em saúde, desafios estes que se configuram na formação de recursos humanos, à desconstrução do racismo institucional, a gestão diretiva que respeite as diferenças socioculturais; ao reconhecimento das ações de saúde prestadas pelos terreiros de candomblé. Falta potencia a política, como uma política transversal é necessário um lócus de poder que dialogue com todos os setores e não se dilua nas políticas de equidade, porque o racismo requer a capacidade efetiva de ser discutida como ideologia da classe dominante, da classe hegemônica - A política é uma verdadeira carta de intenções e o que está escrito precisa

ser inserido nos planos estaduais e municipais. Ter uma área técnica só não resolve... Criação de grupos, comissões, comitês estaduais para implementação da política, elaboração de plano operativo para implementação da política. Comitê Técnico a necessidade de ter pessoas da população negra ocupando cargos, compreender o racismo enquanto uma situação vivida, percebida de modo consciente A agenda hegemônica não percebe a desigualdade presente no Brasil, isto é o racismo, a expressão do racismo institucional está aí. Comitê Técnico, formado por áreas do ministério e cabe a SEPPPIR indicar especialista, ativistas do movimento negro.

Categoria Não se aplica

Não houve.

Discurso do Sujeito Coletivo — Pergunta 6

O pensamento hegemônico do SUS é resistente às mudanças...Elaborado um plano operativo para que a PNSPN, fosse implementada nas diversas esferas governamentais. A transversalidade da PNSPN, para sua operacionalização deveria ficar no Gabinete do Ministro com poder e interlocução com todos os setores do SUS e outros. Porém, não são os ingênuos que galgam os cargos campo de decisão. A PNSIPN foi alocada na SGEP e não poderia ser pior, ficou junto com o "controle social institucional do MS" em termos de organograma. Mas, ficou também sem uma equipe diretamente responsável pela sua execução, a PNSIPN tornou-se mais um panfleto do Ministério da Saúde a serem distribuídos nos dias de eventos tem o nome de Política e ausência de recursos. A formação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra é composto por representantes de todas as áreas técnicas do MS e um comitê consultivo, formado por técnicos, pesquisadores (as), ativistas da luta antiracista no campo da saúde da população negra e representantes da Seppir. A institucionalização da política de saúde da população negra implicou a inserção do recorte racial no Plano Nacional de Saúde, pois um pacto pela saúde no Brasil requer a compreensão da necessidade de recortes que permitam o estabelecimento de prioridades e a identificação de lacunas de política de saúde brasileira. Outro aspecto diz respeito às dificuldades relacionadas à saúde da população negra, não são resultantes de suas características genéticas; mas de suas condições socioeconômicas e educacionais e das desigualdades históricas relacionadas à pobreza e imputadas pelo racismo. A Saúde da População Negra no Plano Nacional de Saúde apresenta desafios a serem superados de forma a garantir a promoção da igualdade racial em saúde, desafios estes que se configuram na formação de recursos humanos, à desconstrução do racismo institucional, a gestão diretiva que respeite as diferenças socioculturais; ao reconhecimento das ações de saúde prestadas pelos terreiros de

candomblé. Falta potencia a política, como uma política transversal é necessário um lócus de poder que dialogue com todos os setores e não se dilua nas políticas de equidade, porque o racismo requer a capacidade efetiva de ser discutida como ideologia da classe dominante, da classe hegemônica - A política é uma verdadeira carta de intenções e o que está escrito precisa ser inserido nos planos estaduais e municipais. Ter uma área técnica só não resolve é preciso a criação de grupos, comissões, comitês estaduais para implementação da política e a elaboração de plano operativo para sua implementação. É necessário ter pessoas da população negra ocupando cargos, espaços de poder com compreensão do racismo enquanto uma situação vivida, percebida de modo consciente; a agenda hegemônica não percebe a desigualdade presente no Brasil, isto é o racismo, a expressão do racismo institucional está aí.

Questão 7- A quem interessa o desenvolvimento dessas ideias?

Categoria Atores

A população negra.

Categoria Ideias

....A população brasileira por permitir fazer um resgate cultural das origens do povo brasileiro.

Categoria Interesses

Não houve.

Categoria Institucionalidade

A população negra de forma especial e para a população brasileira de uma forma geral, pois o enfrentamento do racismo contribuirá com a construção de um país democrático, ou seja, interessa a mais ou menos 51% da população brasileira, aquele/as que se autodeclaram pretos e pardos no último censo e a todos que contribuem com o SUS, a toda nação brasileira, a todos que se preocupam com a efetivação do SUS, com a vontade expressa na constituição, com os que respeitam os direitos humanos, principalmente a população negra e a qualquer pessoa que queira um Brasil superando o racismo presente nas relações de trabalho, na prestação de serviços à população, aos que acreditam que há que se ter uma sociedade que efetivamente

todos partilhem de riquezas e bens socialmente construídos. São com esses pares que vamos contar. Ao mesmo tempo que estamos lidando com concepções ideológicas hierarquizadas, ou seja, que não muda porque se faz um decreto, então, são trabalhos que precisam ser feitos, estratégias que precisam ser elaboradas porque estão sendo desconstruído o preconceito e isso envolve uma correlação de força e poder; não basta só estar no espaço político de poder é preciso compreender, e aceitar e crer que existe uma diferença pautada nas desigualdades, pautada no racismo.

Categoria Não se aplica

Não houve.

Discurso do Sujeito Coletivo — Pergunta 7

A população negra e a população brasileira por permitir fazer um resgate cultural das origens do povo brasileiro, a população negra de forma especial e para a população brasileira de uma forma geral, pois o enfrentamento do racismo contribuirá com a construção de um país democrático, interessa a mais ou menos 51% da população brasileira, aquele/as que se autodeclararam pretos e pardos no último censo e a todos que contribuem com o SUS, a toda nação brasileira, a todos que se preocupam com a efetivação do SUS, com a vontade expressa na constituição, com os que respeitam os direitos humanos, principalmente a população negra e a qualquer pessoa que queira um Brasil superando o racismo nas relações de trabalho e prestação de serviços à população, aos que acreditam que há que se ter uma sociedade que efetivamente todos partilhem de riquezas e bens socialmente construídos.... São com esses pares que vamos contar, por outro lado, estamos lidando com concepções ideológicas hierarquizadas, arraigadas e que não mudam porque se faz um decreto. Então, são trabalhos que precisam ser feitos, estratégias que precisam ser adotadas porque estão desconstruindo e isso envolve uma correlação de força e poder; não basta só estar no espaço político de poder é preciso compreender, e aceitar e crer que existe uma diferença pautada nas desigualdades, pautada no racismo.

Questão 8- O que a política traz de novo para a população negra?

Categoria Atores

Não houve.

Categoria Ideias

A possibilidade de lutar contra o racismo institucional, o racismo seguramente compromete a saúde e o MS não deixa isso explícito. A possibilidade de superar as desigualdades apresentadas pela sociedade brasileira é a possibilidade de discutir o racismo e a grande novidade da política é colocar o racismo como determinante da saúde.

Categoria Interesses

Não houve.

Categoria Institucionalidade

Um Instrumento oficial que permite a inclusão de suas especificidades nos diversos programas, o enfrentamento do racismo institucional e suas consequências. A cidadania, o protagonismo dos sujeitos na luta pela equidade em saúde e o exercício da democratização da saúde proporcionando pela Reforma Sanitária Brasileira. Reconhecimento do Racismo Institucional e das desigualdades com determinantes das condições de saúde da população negra. Dentro de um mesmo extrato social a possibilidade do atendimento de uma mulher negra ser diferente de uma mulher branca é muito menor que em anos atrás. Ela evidencia o racismo, chegou o tempo de olharmos para as nossas feridas e o que está sendo sentido nas mentes e nos corações, o sofrimento trazemos para a política.

Categoria Não se aplica

Não houve.

Discurso do Sujeito Coletivo — Pergunta 8

A possibilidade de lutar contra o racismo institucional, o racismo seguramente compromete a saúde e o MS ainda não deixa isso explícito. A possibilidade de superar as desigualdades apresentadas pela sociedade brasileira e de discutir o racismo é a grande novidade da política e colocar o racismo como determinante da saúde. A PNSIPN constitui um instrumento oficial que permite a inclusão de suas especificidades nos diversos programas, o enfrentamento do racismo institucional e suas consequências; outro aspecto é quanto à cidadania, o protagonismo dos sujeitos na luta pela equidade em saúde e o exercício da democratização da saúde proporcionando pela Reforma Sanitária Brasileira. O reconhecimento do Racismo Institucional e das desigualdades com determinantes das condições de saúde da população negra; dentro de um mesmo extrato social e de gênero a possibilidade do atendimento de uma mulher negra ser diferente de uma mulher branca é muito menor que em anos atrás. Ela evidencia o racismo, chegou o tempo de olharmos para as nossas feridas e o que está sendo sentido nas mentes e nos corações, o sofrimento trazemos para o campo da política.

APÊNDICE B – Resultados Quantitativos

No restante deste capítulo, apresentamos os resultados que quantificam as análises dos Discursos dos Sujeitos Coletivos, gerados pela ferramenta Qualiquantsoft e organizados conforme segue:

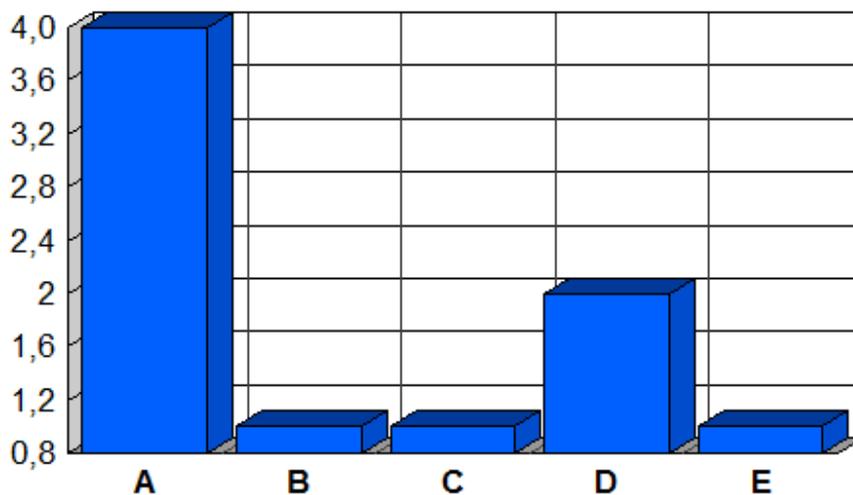
1. Qual a origem da formulação da PNSIPN?
2. Quais foram os principais sujeitos envolvidos?
3. Quem foi a favor, contra ou não se pronunciou?
4. Com quem contou no Governo para ampliar ou defender a ideias?
5. Como o Governo transformou essas ideias em política?
6. Qual foi o desenho institucional para operacionalizar a política?
7. A quem interessa o desenvolvimento dessa política?
8. O que a política traz de novo para a população negra?

População Negra Vilma

1) Qual a origem da formulação da Política Nacional de Saude Integral da população Negra?

A Atores	4	44,44 %
B Ideias	1	11,11 %
C Interesses	1	11,11 %
D Institucionalidade	2	22,22 %
E Não se aplica	1	11,11 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA **9**

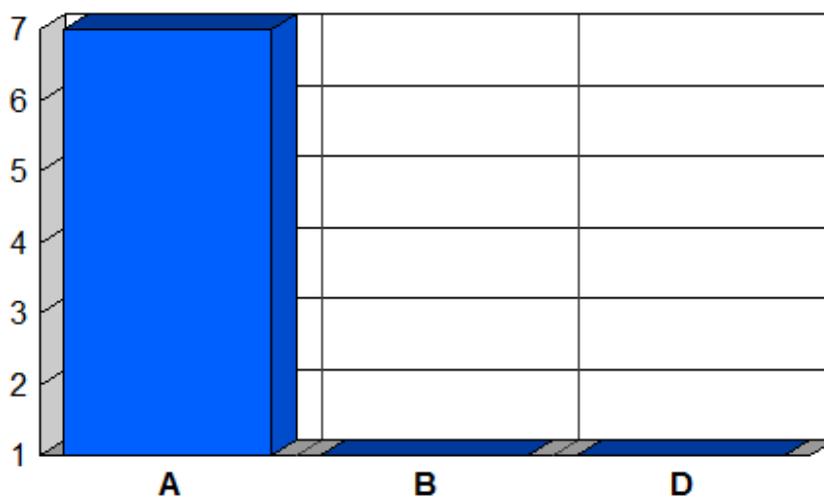


QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

2) Quais foram os principais sujeitos envolvidos na construção dessas ideias?

A Atores	7	77,78 %
B Ideias	1	11,11 %
D institucionalidade	1	11,11 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA **9**



QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

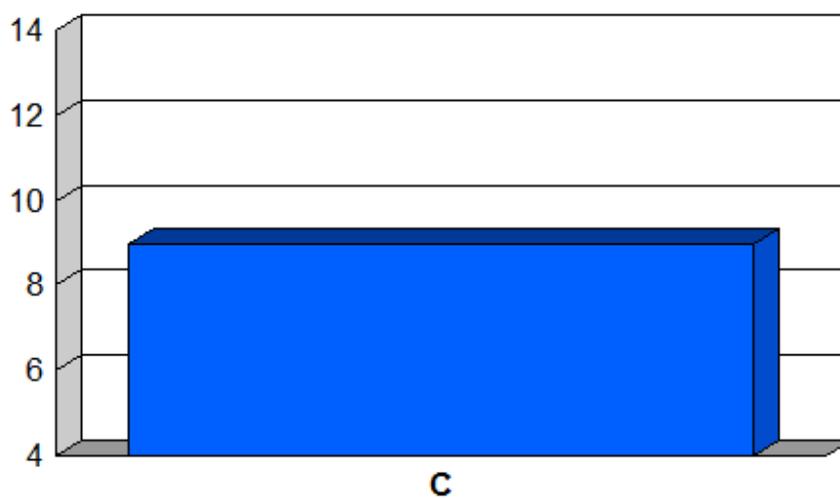
3) Durante a defesa dessas ideias quem foi a favor, contra, ou não se pronunciou?

C interesses

9 100,00 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA

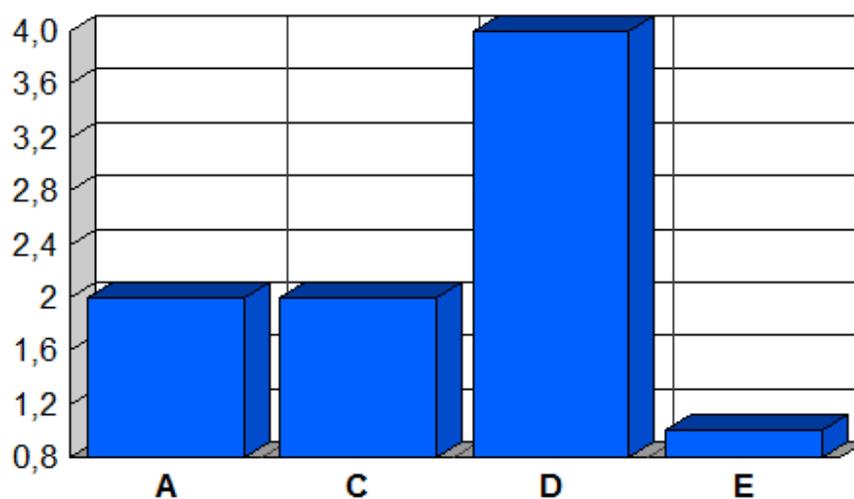
9



4) Com quem contou no governo para ampliar e defender essas ideias?

A Atores	2	22,22 %
C Interesses	2	22,22 %
D Institucionalidade	4	44,44 %
E Não se aplica	1	11,11 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA **9**



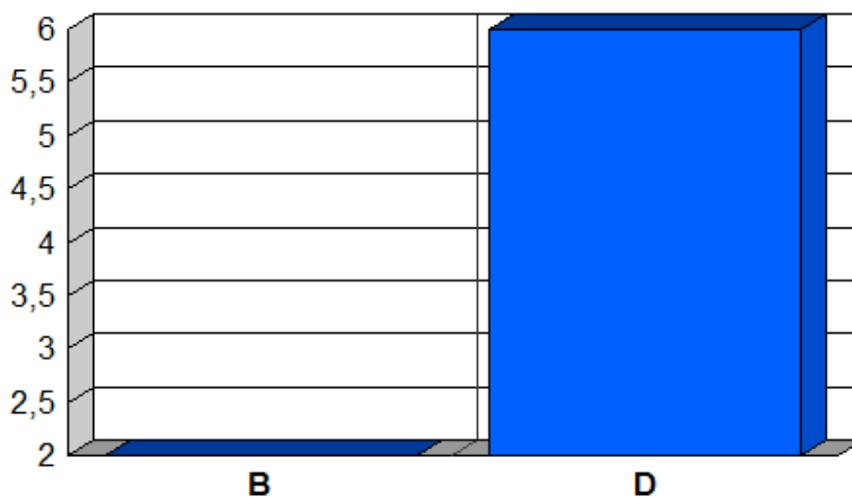
QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

5) Como o governo transformou essas ideias em uma política?

B Ideias	2	25,00 %
D Institucionalidade	6	75,00 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA

8

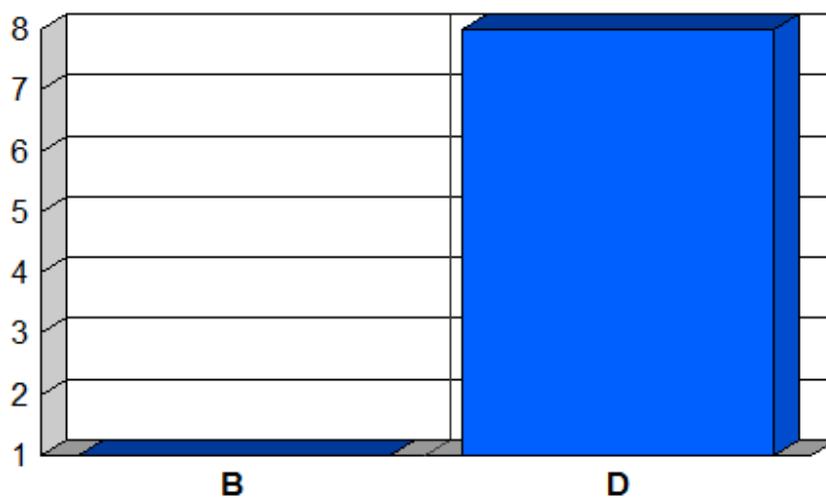


QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

6) Qual foi o desenho institucional para operacionalizar a política?

B Ideias	1	11,11 %
D Institucionalidade	8	88,89 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA **9**

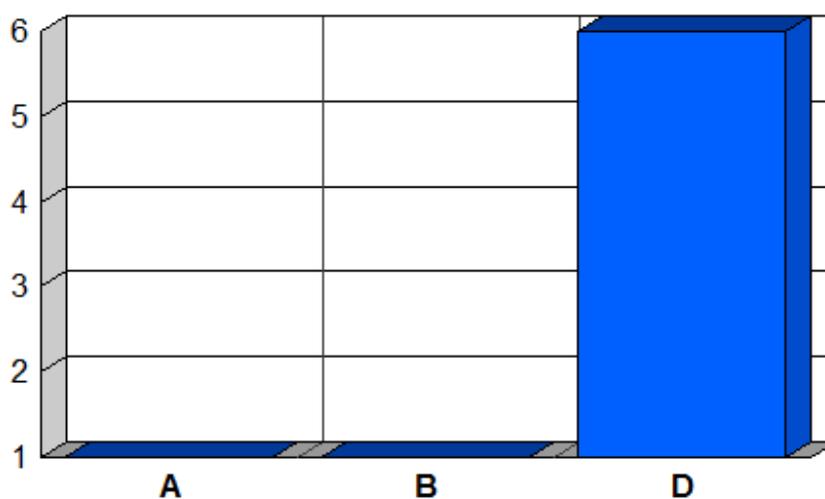


QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

7) A quem interessa o desenvolvimento dessa política?

A Atores	1	12,50 %
B Ideias	1	12,50 %
D Institucionalidade	6	75,00 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA **8**

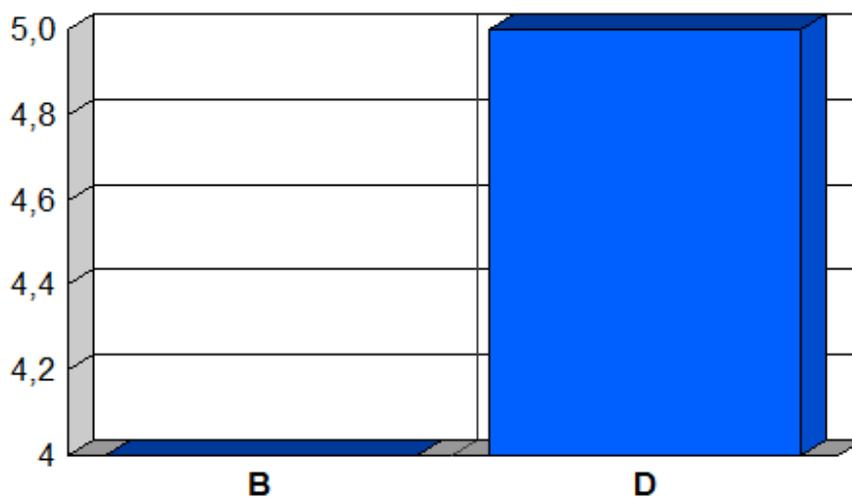


QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

8) O que a política traz de novo para a população negra?

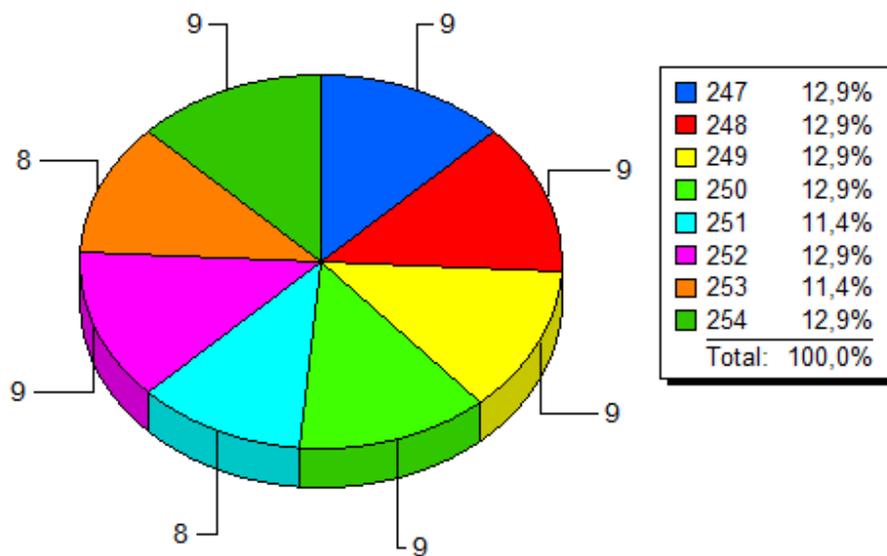
B Ideias	4	44,44 %
D institucionalidade	5	55,56 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA **9**



TOTAL DE RESPOSTAS DA PESQUISA

70



Distribuição das perguntas