

ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Ana Paula Procópio da Silva

NAVIO NEGREIRO

Lá vem o navio negreiro
Com carga de resistência
Lá vem o navio negreiro
Cheinho de inteligência...

(Solano Trindade, *O poeta do povo*, p. 45)

A chegada massiva das populações africanas no Brasil remonta à segunda metade do século XVI. O fato de terem pisado estas terras na condição de escravizadas/os em nenhum momento retirou daquelas pessoas os seus atributos de humanidade. Ao contrário, as resistências, as lutas sociais e a produção de conhecimentos empreendidas pelos africanos e seus descendentes incidiram direta e indiretamente na formação social e histórica brasileira. Essa é a premissa para pensarmos sobre os processos, as determinações e os determinantes sociais que configuram a Atenção à Saúde da População Negra, bem como conhecer as trajetórias históricas das organizações e reivindicações contemporâneas por equidade no acesso às políticas sociais, com destaque para o percurso de institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e os desafios de sua implementação no Sistema Único de Saúde (SUS).

No período escravista o principal fator de vulnerabilidade em saúde das populações negras era a sua condição social de escravização, então ao mesmo tempo que empreendiam lutas e resistências individuais e coletivas, as/os sujeitas/os utilizavam seu conhecimentos e tecnologias ancestrais contidas na natureza para promover o cuidado, o equilíbrio físico, mental e espiritual para aliviar as imposições do sistema, para se fortalecerem e para organizar na forma de quilombos, rebeliões e guerrilhas um constante estado de tensão na sociedade, evidenciando suas contradições (MOURA, 1988).

Faustino; Spiassi (2010) indicam,

[...] como formas de intervenção sobre condições de saúde, diversas ações que visavam minimizar o sofrimento da insalubre travessia transatlântica, como a preservação e recriação do universo cultural africano no contexto do escravismo brasileiro, conservando e adaptando conhecimentos relacionados à arte da cura e, principalmente, os diversos processos de enfrentamentos ao sistema escravista. Ao mesmo tempo em que atuavam, a partir da luta coletiva ou individual, sobre os produtores de vulnerabilidade em saúde, utilizavam seu conhecimento milenar sobre o poder medicinal do cuidado, das folhas e do equilíbrio físico, mental e espiritual para aliviar as situações impostas e até mesmo se fortalecerem (p. 163).

Ao longo de 388 anos as relações sociais no Brasil foram estruturadas pelo racismo, o que significa dizer que todas as dimensões da vida social como a economia, a política e a cultura foram organizadas racialmente. Com a passagem do escravismo para o capitalismo dependente, o racismo passa a atuar também como estruturante dinâmico que, articulado ao patriarcado e ao sexismo, torna-se um elemento de impedimento da erosão das relações de exploração e das condições de desigualdade, ou seja, favorece, condiciona e mantém a racionalidade burguesa. Não se trata, portanto, de uma anomalia no interior de um sistema, mas de um modo próprio de funcionamento (ALMEIDA, 2018).

Partindo de uma abolição inconclusa, sem direitos de reparação ou de integração, o que ficou reservado para as populações negras foi o lugar do pauperismo e da superexploração sob as condições mais precárias. E desde os primeiros anos da República, os movimentos negros organizados constituíram-se como uma força social representativa fundamental no tensionamento com o Estado por melhores condições de vida, assumindo a reivindicação de várias demandas humano-societárias, incluída a luta pelo direito à vida e à saúde. Contudo, apenas em 1988 as políticas sociais foram instituídas como direito de todas/os com a promulgação da Constituição Federal. A partir de então o Estado brasileiro se obrigou a formular e executar políticas públicas. No caso da saúde, com vistas à redução do risco de doenças e outros agravos e garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A saúde passou a integrar o sistema nacional de seguridade social – com a previdência e a assistência social – constituindo-se numa política de direitos, operacionalizada no SUS.

A saúde na perspectiva ampliada é qualidade de vida e cidadania, é um direito humano que implica o Estado garantir as necessidades básicas das pessoas. Então “ter saúde” é resultado das condições de vida: moradia, educação, cultura, lazer, alimentação e trabalho, dimensões importantes para o desenvolvimento humano em um sentido integral. São formulações da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) que se desdobraram no SUS, cujas diretrizes para o agir em saúde consideram o fato de as condições de saúde serem determinadas por fatores biológicos e sociais de ordem econômica, ambiental, política ou cultural. No entanto, não foi considerado o racismo estrutural refletido institucionalmente nas relações interpessoais, no desenho e desenvolvimento das políticas públicas, nas próprias estruturas de governo e na forma patriarcal e racista do Estado burguês brasileiro.

[...] os avanços nas discussões sobre saúde e direitos não contemplavam o fato de negros e negras acumularem desvantagens no acesso aos benefícios das ações do Estado, de suas instituições e organizações e, por consequência, apresentarem experiências desiguais em nascer, viver, adoecer e morrer (LOPES, 2008).

Em resposta à invisibilização da relação entre racismo e acesso a direitos, o Movimento de Mulheres Negras, na década de 1990, posicionou a saúde como uma prioridade de luta e impulsionou os debates sobre os direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva interseccional relacionando classismo, racismo e sexismo como barreiras conjugadas e reivindicando equidade. Em 1995, a Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida levou militantes de diversos movimentos negros à Brasília com demandas sistematizadas em um documento entregue oficialmente ao governo.

Uma das primeiras respostas foi a inclusão em 1996 do quesito cor da pele nas declarações de nascidos vivos – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) – e nos óbitos – Sistema de Informação sobre Mortalidade.

Na III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata (Durban, África do Sul, 2001), a delegação brasileira contou com a significativa participação de movimentos negros, o que contribuiu na ampliação do debate institucional acerca da questão racial e intensificou as discussões sobre a responsabilidade do setor público em estabelecer compromissos efetivos de combate ao racismo e às iniquidades decorrentes.

Ainda em 2001, em Brasília, ocorreu o Workshop Interagencial de Saúde da População Negra que elaborou o documento *Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade*, estruturado em quatro componentes interdependentes:

1. Produção do conhecimento científico – organização do saber disponível e produção de conhecimentos novos, de modo a responder a dúvidas persistentes e dar consequência à tomada de decisões no campo da saúde da população negra;
2. Capacitação dos profissionais de saúde – promoção de mudanças de comportamento de todos os profissionais da área de saúde, através da formação e treinamento adequados para lidar com a diversidade da sociedade brasileira e com as peculiaridades do processo saúde/doença da população negra;
3. Informação da população – disseminação de conhecimento sobre potencialidades e suscetibilidades em termos de saúde, de modo a conhecer seus riscos de adoecer e morrer, e facilitar a adoção de hábitos de vida saudável e a prevenção de doenças;
4. Atenção à saúde – inclusão de práticas de promoção e educação em saúde da população negra nas rotinas assistenciais e facilitação do acesso em todos os níveis do sistema de saúde (WERNECK, 2016, p. 538).

A criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), por meio da Lei n.º 10.678 de 23 de março de 2003 definiu o caráter transversal e intersetorial do enfrentamento ao racismo no país, bem como a estratégia de acompanhamento e coordenação das políticas de diferentes ministérios, dentre os quais o da Saúde. Em 2004, no I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, foi assinado um Termo de Compromisso entre a Seppir e o Ministério da Saúde (MS), que deliberou pelo acolhimento das demandas relacionadas ao tratamento de pessoas com doença falciforme e pelo reconhecimento dos saberes, tradições e práticas da medicina tradicional e da fitoterapia empreendidas por sacerdotes e sacerdotisas das religiões afro-brasileiras. No mesmo ano foi constituído o Comitê Técnico de Saúde da População Negra/CTSPN (Portaria nº 1.678 de 16 de agosto de 2004), composto por ativistas, pesquisadoras/es e especialistas em saúde da população negra, representantes de todas as áreas técnicas do Ministério da Saúde e instituições a ele conectadas, bem como dos Conselhos Nacionais de Secretários Municipais e Secretários Estaduais de Saúde.

No ano de 2005 destacam-se a Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial, estratégica para os avanços em saúde da população negra e a Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia, que estabeleceu a agenda da Saúde da População Negra entre as prioridades para investimentos e pesquisas. Em continuidade ao reforço de investimentos, a

Revisão do Plano Plurianual 2006-2007 aprovou linha orçamentária específica para a saúde da população negra, no qual foram definidos valores para a criação e/ou consolidação de redes, com ênfase para a Rede de Religiões Afro-brasileiras e Saúde (RENAFRO); ampliação da participação nos espaços formais de controle social; criação de comitês técnicos de saúde da população negra nos estados e a realização do 2º Seminário Nacional de Saúde da População Negra.

Em 13 de maio de 2009 foi promulgada a Portaria GM992 que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, cuja principal marca foi o reconhecimento da relação entre *Racismo e Saúde*, com desdobramentos que afetam negativamente o acesso das populações negras às políticas públicas de saúde em decorrência das desigualdades étnico-raciais estruturais e do racismo institucional materializado no atendimento direto realizado nas unidades de saúde. Tendo como objetivo geral: “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.” Posteriormente, o Estatuto da Igualdade Racial (Lei n.º 12.288/2010) incorporou a PNSIPN como lei, inserida na dinâmica do SUS, demandante de estratégias de gestão participativa que incluem: uso do quesito raça/cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial.

O processo de formulação da PNSIPN foi dirigido pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), com assessoria do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), cabendo a SGEP a responsabilidade pela articulação para sua aprovação no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a pactuação do Plano Operativo na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), comprometendo todas as esferas de gestão do SUS com o desenvolvimento de iniciativas e metas em prol da saúde da população negra.

As orientações para a execução da Atenção à Saúde da População Negra estão descritas nas Estratégias, Indicadores e Metas dos três Planos Operativos da PNSIPN (2008, 2013, 2017), construídos para propor e desenvolver intervenções, monitorar e avaliar políticas, ações, programas e projetos de enfrentamento às iniquidades raciais.

Matta e Morosini (2009) definem a Atenção à Saúde como “organização estratégica do sistema e das políticas de saúde em resposta às necessidades da população” (p. 39). Com base nessa afirmação, entendemos que a Atenção à Saúde da População Negra na perspectiva do SUS exige o planejamento estratégico e participativo pautado pelos seus três princípios fundamentais. A Universalidade, pela construção de um conjunto de ações e práticas institucionais voltadas para a incorporação dos segmentos negros historicamente afastados dos serviços de saúde, como por exemplo a garantia e ampliação do acesso da população negra residente em áreas urbanas, no campo e na floresta, às ações e aos serviços de saúde previstos no I Plano Operativo da PNSIPN (2008). A Integralidade, implicando a produção de serviços, ações e práticas de saúde mais abrangentes em relação às necessidades das populações negras através do fomento ao papel social das comunidades tradicionais de terreiro enquanto espaço privilegiado de promoção da saúde, uma das estratégias de Promoção e Vigilância em Saúde do II Plano Operativo (2013). E em relação à Equidade, a

orientação de implementação, monitoramento e avaliação de serviços e ações de saúde que considerem as diferenças históricas expressas em formas desiguais de vivenciar a diversidade humana, uma indicação do III Plano Operativo (2017), que define como estratégico o fortalecimento e a articulação de ações de enfrentamento das altas taxas de mortalidade materna de mulheres negras, visando reduzir as disparidades nos índices de morte entre mulheres brancas e negras, especialmente porque este é um indicador importante da qualidade de vida da população em geral.

Enfrentar as iniquidades que o racismo impõe às populações negras no Brasil requer o acúmulo de dados qualificados sobre quem somos e como vivemos. A informação é essencial para a tomada de decisões em políticas públicas e a falta dela impede a implementação de políticas de promoção da igualdade racial, o combate à discriminação e ao racismo institucional, o desenvolvimento de estratégias e a fixação de metas com vistas à equidade. Em 2017, o Ministério da Saúde através da Portaria n.º 344 instituiu o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde, visto que os dados permitem identificar e planejar intervenções sobre a precocidade dos óbitos, as altas taxas de mortalidade materna e infantil, a maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, bem como os altos índices de violência urbana que incidem sobre a população negra.

Todo o percurso político institucional que abrange ações e programas de diversas secretarias e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde caracteriza a PNSIPN como uma política transversal do SUS uma vez que sua proposta ética, estética e política, requer a quebra dos paradigmas que mantêm as relações verticalizadas entre as/os sujeitas/os para que concretamente sejam incorporados os princípios, objetivos, diretrizes e estratégias voltados para promoção de igualdade de condições de saúde das populações negras. Contudo, ainda que construamos sólidas justificativas políticas e econômicas e estabeleçamos criticamente as premissas histórico-estruturais para a implementação da PNSIPN, a maior barreira que enfrentamos nos espaços formativos e nos serviços é o mito da democracia racial, uma ideologia de negação,

[...] que opera encobrendo a dimensão histórica do racismo, produzindo, dessa forma, um deslocamento para o campo individual. Assim, o senso comum identifica as razões da “inferioridade” do negro na sua condição de ex-escravo, cabendo-lhes as migalhas do produto do trabalho, embora tenha por mais de 300 anos, trabalhado forçadamente sem receber nada por isso. Assim operou a ideologia dominante na colonização e ainda está presente no imaginário social (ALMEIDA, 2014, p. 278).

Ajéjé owo kan ko gbe igbá de orí (Com apenas uma mão não se pode levantar uma cabaça cheia na cabeça) é um Provérbio africano. Para nós, significa que nem a PNSIPN será implementada e nem a Atenção à Saúde da População Negra será concretizada sem a reivindicação coletiva das/os ativistas negras e negros, e de todos os segmentos sociais que compartilham uma práxis ético-política antirracista, antissexista e anticapitalista. Axé! Ubuntu!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, S. O que é racismo estrutural? São Paulo: Pólen, 2018.
- ALMEIDA, M. S. Saúde da população negra e equidade no Sistema Único de Saúde. In: DUARTE, M. J. O. *et al.* Política de saúde hoje: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais. Campinas / SP: Papel Social, 2014.
- ALVES, A. L. *et al.* Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saudepopnegra.pdf>>.
- BRASIL. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm>.
- FAUSTINO, D.; SPIASSI, A. L. Movimento negro, vulnerabilidade e saúde. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) v. 12 n. 2 São Paulo ago. 2010. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1048332/bis-v12n2-desigualdades-e-iniquidades-162-166.pdf>>.
- LOPES, F. Se você me nega eu me assumo: o direito à saúde e a busca por justiça social. 2008. Disponível em: <<http://redesaudedapopulacaonegra.blogspot.com/2008/10/se-voc-me-nega-eu-me-assumo-o-direito.html>>.
- MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção à saúde [verbetes]. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM992 de 13 de maio de 2009. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf>. Acesso em 12 de out. de 2019.
- _____. Portaria n.º 344, de 1º de fevereiro de 2017: dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde.
- _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3 ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf>
- _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf>.
- _____. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n.º 16, de 30 de março de 2017. Dispõe sobre o III Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/res0016_26_04_2017.html>.
- _____. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n.º 2, de 02 de setembro de 2014. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2013-2015) da Política Nacional de Saúde Integral

da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2014/res0002_02_09_2014.html>.

_____. Comissão Intergestores Tripartite. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra Plano Operativo, 2008. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_populacao_negra_plano_operativo.pdf>.

MOURA, C. Rebeliões da senzala. 4 ed. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1988.

TRINDADE, S. O poeta do povo. Rio de Janeiro: Ediouro, 2008.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde Soc. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.