

Análise da política nacional de saúde integral da população negra, 2006-2011

Análisis de la política nacional de salud integral de la población negro, 2006-2011

Analysis of national health policy entire black population, 2006-2011

Maria Vilma Bonifácio de Almeida¹

Maria Fátima de Sousa²

RESUMO

Este artigo apresenta uma análise da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), no período de 2006 – 2011 e a inserção do movimento social negro como ator importante na defesa dos direitos à saúde como direito de cidadania e dever do Estado. O seguinte pressuposto fundamental deu consistência ao artigo: mesmo que a PNSIPN seja restrita a uma população específica, a mesma foi importante para o contexto histórico sobre as políticas afirmativas frente ao racismo institucional no Brasil. Apesar da aprovação da mesma ser uma vitória, o debate sobre os princípios e as diretrizes precisam ser mantidos no processo de consertação da política do Estado e do movimento social negro, envolvendo os vários níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

1 Mestranda em Ciências da Saúde, Pós Graduação em Ciências da Saúde/FS/UnB.

2 Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela UnB e mestre em Ciências Sociais pela UFPB. Professora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e pesquisadora junto ao núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP) do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM). fatimasousa@unb.br

Palavras-chave: Política Nacional de Saúde integral da População Negra. Análise de políticas. Movimento social da população negra.

ABSTRACT

This paper presents an analysis of the Integral National Politics for African Descedent Health in Brazil (PNSIPN), within the period between 2006 and 2011, as well as the insertion of black social movement as a major player in the health rights of citizenship. The fundamental assumption that gave consistency to this article is: although the constrained nature of PNSIPN, its historical context is still important due to the political statements against the institutional racism in Brazil. Therefore, its approval might be considered a victory, even though the discussion about the principles and guidelines should be maintained along the process agreement between government's policies and the Black social movement, involving the various levels of management of the Unified Health System (SUS).

Keywords: National Health Policy for of African Descendent. Social movement of black people.

RESUMEN

Este artículo presenta un análisis de la Nacional de Salud Integral de las Personas Negro (PNSIPN) en el período 2006 a 2011 y la inserción del movimiento social negro como un actor importante en el derecho a la salud de la ciudadanía como un derecho y un deber del Estado. El supuesto fundamental siguiente dio consistencia a este artículo: incluso si el PNSIPN se limita a una población específica, que es importante el contexto histórico acerca de las declaraciones políticas contra el racismo institucional en Brasil. A pesar del paso del mismo a ser una victoria, el debate sobre los principios y directrices deben ser mantenidos en el proceso de consertação de la política del gobierno y el movimiento social negro, involucrando los diferentes niveles de gestión del Sistema Único de Salud (SUS). Palabras clave: política nacional de salud completo del Pueblo Negro. Análisis de políticas. Los movimientos sociales del pueblo negro.

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por objetivo analisar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra tendo como referência uma base teórico-metodológica capaz de conjugar categorias chaves para o debate político que engloba Estado/sociedade civil, políticas públicas e cidadania.

As chamadas políticas públicas, mediante as quais o Estado se faz presente, consolidam direitos, desfaz iniquidades, fortalece a coesão social e mesmo obstruindo 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 são incipientes.

Dessa forma, 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 Estado¹.

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, que não se devem ser convertidas, 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, ou seja, do método².

O estudo aqui apresentado teve como referência as concepções de Estado e sociedade civil de Gramsci, que enriquece a 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 ampliado³.

Assim, a sociedade civil que interessa 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 a legitimidade aos conflitos e nos quais a medida da equidade e a regra da justiça venham a ser alvo do debate e de uma permanente negociação.

A história da sociedade brasileira está permeada pelas questões sociais que vão desde o declínio do período escravocrata, passando pela velha e nova república formada pelas oligarquias agrárias, populista, a elite conservadora e as forças armadas que, contribuíram em suas conjunturas para o desenho das organizações institucionais, da técnica pautada pela burocracia, do arcabouço jurídico, ou seja, do aparelho ideológico e da base econômica que põe em cheque desde então as relações de Estado e sociedade civil⁴.

Raimundo Nina Rodrigues escreveu, no século passado, que “os negros existentes se diluiriam na população branca e tudo estaria terminado”. Nesse período, o Brasil se insere em uma nova rota ideológica do branqueamento, no qual negros e brancos conviviam sobre o manto da democracia racial, constituía-se então uma nação de iniquidades.

Para Theodoro, esse discurso: desproblematiza, mitiga e termina por rejeitar o reconhecimento da desigualdade racial como problema nacional, assim como o debate sobre suas causas e seus desdobramentos. [...] após 1.880, processos tanto internos como

internacionais fariam com que a potencialidade do regime de trabalho escravo se mostrasse demasiadamente estreita para realizar uma acumulação que, cada vez mais necessitava de um mercado de trabalho volumoso e fluido⁵.

Se há divergências fundamentais quanto à natureza da sociedade brasileira, as características das camadas e dos grupos sociais, isso não impede que exista 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 no Brasil resultam de um processo de transformação, cuja base está vagamente descrita como formação colonial⁶.

No decorrer das décadas de 1920 e 1930 os governos e setores dominantes passaram a reconhecer a questão social como um problema político. Surgem os sindicatos, as organizações feministas, o voto da mulher (1933), outras formas de organizações da sociedade civil como a fundação da Frente Negra Brasileira, em 1931. Entretanto, vale ressaltar que, todos os dias, no Brasil os movimentos sociais de setores populares do campo e da cidade, homens e mulheres, negros e pardos sobre vários aspectos sofrem violência. Outro ponto de confluência de idéias é o esforço do Movimento Negro e de estudiosos do tema para desmistificar o mito da democracia racial, proporcionando avanços significativos em torno da temática racial, nos últimos vinte anos.

Ao ser estabelecido uma nova ordem com o trabalho livre e remunerado, tomada em conjunto, a liberdade contratual e a liberdade de organização política e social, mais do que uma decisão racional do empresário capitalista,

parece fazer parte de um processo mais amplo da inserção da economia brasileira no cenário mundial⁷.

Da abolição dos escravos à atualidade, a população negra vem conquistando apenas os direitos civis em igualdade com os demais cidadãos, nos quais 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. Verifica-se assim que com a nova Carta Magna de 1988 outros direitos foram se consolidando: a saúde, a educação, a habitação a previdência pública e a assistência

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA AÇÃO POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

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. Nesse cenário que a Constituição é promulgada são feitas alterações importantes nos marcos da construção de um Estado de Direito e de um processo democrático. 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 social⁸. 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 da comunidade.

Os direitos que emergem da construção da cidadania 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 democracia⁹.

Como se pode compreender nesse processo, político-histórico, o debate sobre a temática racial no Brasil vem sendo trilhado, ainda na década de 1980, quando da reorganização do Movimento Negro, no contexto da redemocratização, assistimos as primeiras manifestações públicas da politização do movimento de mulheres; a elaboração do programa de Atenção integral à Saúde da Mulher (1983), o Conselho Nacional de Saúde da Mulher (1985), a Comissão de Estudos sobre Direito da Reprodução Humana (1987), os diversos conselhos e as delegacias especializadas de atendimento às mulheres. O conjunto das ações descritas conferiu maior visibilidade às questões específicas de saúde da mulher negra.

Quanto ao racismo e ao sexismo estes continuam imprimindo marcas segregadoras

com restrições aos direitos, invisibilidade e preconceito. Os indicadores de saúde demonstram perfis de desigualdades em saúde denunciados por parte de ativistas femininas do movimento negro no campo da saúde.

Em 1995, a marca da luta do Movimento Social Negro foi a “Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo” que teve como desdobramento a criação de um grupo de Trabalho Interministerial com a finalidade de propor ações integradas de superação do racismo e da desigualdade social. No ano seguinte, este Grupo realizou uma mesa redonda sobre saúde da população negra, cujos resultados foram: a) introdução do quesito cor nos sistemas de informação de morbidade, mortalidade e nascidos vivos; b) a elaboração da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, que disciplina aspectos éticos em seres humanos, introduzindo o recorte racial em qualquer pesquisa e; c) a recomendação de formulação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme.

No cenário internacional assistimos ainda, na década de 2000, a participação do Brasil na Conferência Intergovernamental das Américas, que foi realizada Chile e, a III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial e a Intolerância Correlata, em Durban, 2001. A presença política da sociedade civil, envolvendo estados, municípios em agências internacionais, produziu experiências de políticas, programas e projetos implementados em diferentes espaços do território nacional. Esse contexto também tem motivado os mais diversos atores a organizarem fóruns de debates, seja na forma de eventos locais, regionais e internacionais.

Como desdobramento da mobilização do movimento negro, foi realizada entre os dias 26 e 28 de julho de 2006, em Brasília, a Conferência Regional das Américas sobre os avanços e desafios no Plano de Ação contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, a referida Conferência foi presidida pelo governo brasileiro, sob a responsabilidade da Secretaria Especial de Promoção de Políticas de Igualdade Racial (SEPPIR), em parceria com o governo do Chile, o objetivo do encontro foi a abordagem das políticas de combate ao racismo, tendo como pressupostos as proposições do Plano de Ação da Conferência de Durban.

O caráter político reivindicatório da Declaração de Salvador e da Conferência Regional das Américas Contra o Racismo reforçaram a adoção de diretrizes de intervenção do governo brasileiro no combate à discriminação racial e ao racismo. A realização de pesquisas sobre as iniquidades raciais, a institucionalização de grupos de trabalhos sobre as especificidades da população negra e a necessidade de implementação de políticas públicas de equidade para a referida população atende a aposta democrática do chamado público participativa que deve atuar na formulação e no controle social das políticas públicas de saúde. Em 16 de agosto de 2004, foi instituído o Comitê Técnico para subsidiar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra¹⁰.

O aparecimento de novos instrumentos de gestão, a exemplo da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SEGEP/MS, no âmbito do Ministério da Saúde, foi nos últimos anos uma tentativa de construção de uma cultura política que possibilitou novos direitos

de cidadania, a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de idéias e saberes com valorização dos mecanismos de participação popular e de controle social, sob essas idéias e valores a SEGEP elaborou a Política Nacional de Saúde da População Negra aprovada, em novembro de 2006, pelo Conselho Nacional de Saúde.

A Política define os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltadas para a melhoria das condições de saúde desse grupo populacional e insere seus objetivos na dinâmica do Sistema Único de Saúde. Reafirmando os princípios da equidade e da integralidade da atenção e da participação e do controle social. O objetivo principal é promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais e o combate ao racismo e a discriminação institucional nos serviços de saúde do SUS.

No contexto da política o desafio do arranjo institucional é a viabilização de um sistema capaz de promover a gestão única de ações articuladas em nível intersetorial, ou seja, nos âmbitos das esferas federal, estadual e municipal do Estado e sob a permanente participação da sociedade civil nas etapas do planejamento, gestão, monitoramento e avaliação por meio dos conselhos de saúde.

Ainda, nesse período, existiram iniciativas que contribuíram para implementar a referida política, cita-se: ampliação da Atenção Básica de Saúde instituição da Política de Saúde Integral da População Negra ¹¹ e a publicação do Estatuto da Igualdade Racial: Lei 12.288/2010 – Título II: Dos Direitos Fundamentais à Saúde (PNSIPN); demarcando

uma etapa decisória desse processo.

No marco dessa análise entende-se que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra tem um caráter público e social, devendo ser considerada sua múltipla causalidade e suas dimensões históricas, econômicas, políticas e culturais. Um ponto a ser considerado refere-se à interconexão entre os temas das desigualdades sociais, ou vistos sob outra forma, entre a problemática racial e a pobreza. Essas dimensões não se excluem, se isolam, ou se complementam, pois fazem parte de uma única totalidade. Nessa perspectiva, os fenômenos sociais são entendidos como uma unidade dialética, e a realidade social como um processo histórico¹².

Sobre a abordagem do 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 racial¹³.

A discriminação que ocorre no cotidiano das instituições extrapola as relações interpessoais e tem repercussão na implementação de políticas públicas, fomentando desigualdades raciais e iniquidades e possibilitando a politização do debate sobre a questão nos termos das dimensões políticas.

Desse modo, as ações afirmativas para a isenção da população negra nas políticas públicas têm suscitado intensos debates, especialmente por trazerem de forma explícita ou implícita as concepções de racismo e as discriminações presentes na sociedade brasileira. “As ações afirmativas se definem como política pública

e, principalmente, voltadas à concretização dos preceitos constitucionais e da igualdade material e à neutralização dos efeitos da discriminação racial, de gênero, de idade e de origem nacional”¹⁴.

Uma das questões recorrentes em torno da saúde da população negra diz respeito às iniquidades presentes no SUS, na medida em que os princípios e diretrizes do SUS estão ancorados em ideais de igualdade e justiça social e, por esta razão se espera que a política pública implementada contribua para reduzir os brutais índices de desigualdade social. A sugestão é que uma vez apresentada às noções de justiça social, esses conceitos possam se tornar atrativos no desenho e na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), cabendo aos gestores do Sistema Único de Saúde zelar pela promoção da equidade, o que implica basicamente na garantia dos direitos ampliados à saúde.

Destaca-se que historicamente, o SUS tem implementado as políticas de forma focalizadas e dirigidas aos grupos biologicamente e historicamente em condições de vulnerabilidade, sendo considerado como políticas de combate às desigualdades sociais e ampliação do acesso e o que propõe a PNSIPN, é romper com esse ciclo de desigualdade social.

A complexidade sobre o tema de justiça social se aprofunda face aos problemas estruturais do Estado Brasileiro, nesse sentido a equidade assume um caráter de inclusão de grandes parcelas da população historicamente alijadas do acesso. É importante que as ações estejam integradas a uma Política que forneça suporte social, garanta os direitos universais

e possibilite aos diferentes grupos sociais, o desenvolvimento de suas capacidades econômicas, políticas e sociais.

O processo de implementação da PNSIPN ainda é recente, sobretudo se considerarmos a diversidade de sua implantação nas Unidades Federadas, entretanto, isto não impede que esforços analíticos sejam desenvolvidos na perspectiva de contribuir com o debate sobre os alcances e os limites da implementação da Política quanto à equidade, a justiça reparatória ou distributiva e, principalmente o combate ao racismo institucional.

Uma agenda de governo, com prioridades em projetos sociais, nos quais predominem estratégias para alcançar a equidade, com uma noção de justiça social, previamente acordada entre os atores poderia ser transformada no campo de luta por conquistas social.

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. 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 programas¹⁵.

O termo política, de forma genérica, pode ser considerado como uma forma compreendida consensual 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)¹⁶.

Por fim, o conteúdo intrínseco nas 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. Trata-se do momento da formulação da política, em que são tomadas as decisões iniciais e definição das estratégias.

O CARÁTER FOCALIZADOR DA POLÍTICA DE SAÚDE DA POLUIÇÃO NEGRA

Desde meados da década de 1990, a problemática racial vem obtendo uma atenção progressiva e reconhecimento na esfera da gestão federal, em especial destaca-se a criação da Secretaria Especial de Promoção da Política de Igualdade Racial (SEPPIR), no ano de 2003, que possui status de Ministério e está ligada à Presidência da República e, nesse processo enfatiza-se que o movimento negro ganhou maior densidade. No mesmo período, o Programa Brasil Quilombola, que tem diversas frentes de atuação, apresenta um espaço importante no campo da saúde integral da população negra.

O Plano Plurianual 2005 – 2008

estabeleceu, como um dos 31 desafios do Governo Federal, “promover a redução das desigualdades raciais, com ênfase na valorização cultural das etnias”. Além das ações presentes no programa orçamentário, faz parte da Agenda Social Quilombola, que é um programa interministerial, as ações de saúde são executadas pelo Ministério da Saúde, configurando o financiamento e a execução das ações, demonstrados na Tabela 1 e 2.

Tabela 1. Execução Orçamentária do Programa Brasil Quilombola por Ação do Ministério da Saúde (R\$ 1,00).

| Execução | Ano | | | |
|------------------------------|------------|------|------------|--------------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
| Dotação Inicial | 305.467,00 | - | 211.356,00 | 1.000.000,00 |
| Autorizado | 305.467,00 | - | 211.356,00 | 1.000.000,00 |
| Liquidado | 112.518,00 | - | 74.925,00 | 1.000.000,00 |
| Nível de execução (%) | 36,8 | - | 35,45 | 100 |

Fonte: Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI) da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) – 2008.

Tabela 2. Recursos Definidos no Mais Saúde - Direito de Todos e Pacto pela Vida

| Ação | Ano |
|--|------------------|
| | 2008-2011 |
| Contração e Capacitação de Equipes de Saúde da Família | 1.510.294.110,00 |
| Saneamento Básico em Comunidades de Quilombos | 170.000.000,00 |
| *Enfrentamento de Iniquidades em Saúde | 27.000.000,00 |

Fonte: Mais Saúde Direito de Todos/MS – 2008 e Port.: 90/2008.

Ressalta-se, ainda, que o Plano Operativo dessa Política estabeleceu estratégias, indicadores e metas de intervenção no SUS e nas esferas de gestão descentralizadas, no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdade em saúde, com enfoque na abordagem étnico - racial. Essas estratégias operacionais e as metas propostas estão em consonância com o Programa Mais Saúde: Direito de Todos e Pacto pela Saúde¹⁷.

Em 2008, com a publicação da Portaria GM/MS nº 90, que atualiza as bases populacionais da população quilombola e assentados da reforma agrária, foram implantadas 1.519 equipes de saúde da família (ESF) e 1.151 equipes de saúde bucal (ESB), totalizando 2.670 equipes que promovem atenção à saúde integral às populações quilombolas e assentados da reforma agrária. Deste total, 471 ESF e 352 ESB, representam 31%, que atende exclusivamente às comunidades remanescentes de quilombos (Brasil, 2008). Em 2011, segundo dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES houve um crescimento das equipes para 519 ESF e 429 EBS, totalizando 36% (948) de equipes implantadas.

Parece ser dotada de especial relevância as discussões em torno da Estratégia Saúde da Família, implantado pelo Ministério da Saúde (MS) em âmbito nacional a partir de 1995. O caráter focalizado dessa política de saúde reflete sobre a política de saúde da população negra, no que tange seu potencial de incorporar segmentos sociais em situação de iniquidades e da justiça social no contexto do SUS, nesse sentido a ESF teria o compromisso em promover o acesso desses setores anteriormente excluído, já que as desigualdades sociais regionais impactam

diferentemente na incidência de doença e no acesso universal aos serviços, tanto no que se refere ao cuidado quanto à promoção e prevenção.

Em que pese os avanços observados, como ocorre no caso das políticas afirmativas no campo da educação, a aprovação do Estatuto da Igualdade Racial, a política de saúde para a população negra também enfrenta críticas. O argumento que embasa a crítica é que a universalização já permitiria o acesso igualitário a todos os cidadãos às ações e serviços de saúde de acordo com art.196 do texto constitucional.

Contudo, apesar do Brasil ter avançado na redução das desigualdades, ainda permanece como um dos países mais desiguais do mundo, o capital nunca ganhou tanto, o crescimento ocorreu pela ampliação do consumo de bens e serviços.

Outro fator, que tem fragilizado o avanço da saúde brasileira, tomando-se como referência o Estado de Bem-Estar é que, de um modo geral, não se pode falar da existência e continuidade deste na América Latina, sem que considere ausências importantes, tendo em vista que, com raras exceções, a democracia não tenha prevalecido de maneira duradoura¹⁸.

O Brasil iniciou o Sistema de Proteção Social nos anos de 1920 e teve sua expansão gradual de cobertura dos serviços de saúde, sem ter sido estruturado completamente em todo território nacional, uma vez que se deu de forma tardia, e em período coincidentemente com diretriz hegemônica de contenção de gastos e aumento de competitividade.

Esta orientação refletiu na saúde de diversas formas, inclusive no que se refere ao subfinanciamento desse setor; outro aspecto, quando da criação do SUS, o setor privado já se encontrava razoavelmente organizado, fruto das estratégias de desenvolvimento do sistema médico-previdenciário e subsidiado pelo poder público; como consequência, os preceitos constitucionais do SUS, apesar dos avanços, abriu espaço para o mercado privado, configurando-se como um sistema dual e desigual como o observado atualmente por Gadelha e Costa ¹⁹.

Por fim, outro aspecto consiste na fragilidade do federalismo brasileiro como questão central para a consolidação da atenção integral e universal. A fragilidade de coordenação em cada esfera de governo no que tange à prestação de serviços públicos de um modo geral e da saúde em particular, especialmente somada à crise fiscal e, às mudanças de governo na década de 1990, restringindo a participação da União na composição dos recursos públicos para a Saúde, levou a importantes desigualdades regionais na oferta de serviços de saúde, colocando barreiras à universalização da mesma persistindo até os dias atuais.

O Brasil investe em saúde 3,7% do PIB, metade do necessário, segundo parâmetros da OMS, sistemas de cobertura universal, como o Brasil, demandam em torno de 6,5 % do PIB. Mesmo com a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, que se encontrava tramitando desde o ano 2000, os investimentos em saúde ainda são insuficientes, proposto de 10% da receita corrente bruta da União sem incidência da desvinculação de Recursos da União (DRU) e superação das amarras impostas

pela lei da responsabilidade Fiscal (LRF).

ESPAÇOS PÚBLICOS DE PARTICIPAÇÃO: DESAFIOS DA DEMOCRACIA PARTICIPATIVA

O conceito de público participativo compreende “cidadãos organizados que buscam superar exclusão social e política por meio da deliberação pública, promoção de transparência e responsabilização (accountability) e da implementação de suas preferências políticas”. Os orçamentos participativos, os conselhos e as conferências constituem exemplos virtuosos para construir uma nova hegemonia, evidenciando espaços de disputa de interesses entre os setores públicos e privados²⁰.

Os chamados públicos participativos presentes na VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida na década de 1980 constituíram-se e consolidaram-se em uma nova forma de participação política e de novos espaços públicos de cidadania. Esta Conferência lançou as bases que deram sustentação ao capítulo da saúde na Constituição de 1988, que inscreve a saúde como um direito de todos e um dever do Estado e para as Leis Orgânicas da Saúde (8.080 e 8.142). Desde então, o controle social no SUS é reafirmado nas demais conferências²¹.

A participação social como mostra a literatura, está fundamentada nas deliberações também da 10º e 11º Conferência Nacional de Saúde, cujas, as temáticas da participação e do controle social ocupam lugar de destaque, aprofundando a discussão de participação para além dos conselhos. Emerge a concepção de que o papel dos conselhos não se limita a fiscalização, mas a formulação e participação social nas decisões do SUS.

As 12^o e a 13^o Conferências, ambas ocorreram nos governos do presidente Lula, e tiveram ampliação da participação popular com retomada da discussão de saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Nesta conjuntura, o país se desenvolve com certo nível de distribuição de renda e ampliação das políticas públicas.

A PNSIPN ganhou uma janela de oportunidades políticas, nesse período, houve uma mobilização dos atores sociais, sejam pelo ativismo do movimento negro, da militância partidária ou parlamentar, a realização da “Campanha Nacional Contra o Racismo institucional”, a formação de comitês e áreas técnicas de assessoria às secretarias estaduais e municipais de saúde, as representações nos conselhos de saúde, nacional, estadual e municipal.

A participação no controle social apresenta variações de acordo com os interesses hegemônicos representados nos conselhos, ou seja, do governo, do prestador, do trabalhador e usuários. Mas há também outras articulações (não institucionalizada, visíveis ou invisíveis) que são capazes de influenciarem na construção de agendas acerca das necessidades de saúde da população negra.

Um fato inédito ocorreu na 14^o Conferência Nacional de Saúde, a qual foi secretariada por uma mulher, representante do Coletivo de Mulheres Crioula, Rio de Janeiro. Essa visibilidade importante na ocupação dos espaços de representação social, todavia, não ocorre em todos os conselhos de saúde, se não vejamos: O movimento negro está organizado em 52% das Capitais, porém sua representação é de apenas 37% nos CES e de 22% nos CMS das

Capitais, já nos demais conselhos municipais de saúde, não há informações da presença do movimento negro, o que nos leva a pensar sobre as relações de forte poder das oligarquias locais ainda prevalentes, com práticas de cooptação de lideranças, clientelismo e forte resistência a mecanismos participativos.

Outro aspecto que chama a atenção é quanto as responsabilidades dos estados e municípios em promoverem o debate sobre a gestão democrática e participativa do SUS e da mobilização popular. As Regiões Norte (57%) e Nordeste (66%) são as que promovem mais ações de informações e conhecimentos acerca do SUS, junto à população, em seguida vem a Região Sudeste (25%) e, por fim a região Sul (10%)²².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação da PNSIPN constitui um desafio imenso, pois, as diversidades e enfrentamentos com as questões de interesses econômicos, o financiamento do SUS, o combate ao racismo institucional e a saúde não se resume a atenção básica.

É importante distinguir equidade em saúde, de equidade no uso ou consumo de serviços de saúde. Essa distinção é importante uma vez que os determinantes das desigualdades no adoecer e no morrer, diferem das desigualdades no consumo de serviços de saúde. As desigualdades em saúde refletem, predominantemente, as desigualdades sociais, e, em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços é condição importante, porém não suficiente, para diminuir as desigualdades relativas ao adoecimento e a morte, existentes entre os

grupos sociais²³.

Essa complexidade se aprofunda em face das grandes heterogeneidades regionais, sociais, econômicas, políticas e administrativas que marca a história de exclusão da sociedade brasileira. No entanto, a focalização assume o caráter de inclusão de grandes parcelas da população tradicionalmente alijadas do acesso a um mínimo de garantias sociais. É imperativo que as ações focais estejam integradas a uma política mais ampla que forneça suporte social, garanta direitos universais e que permita aos diferentes grupos sociais o desenvolvimento de suas potencialidades, caso contrário, tais ações acabam por reproduzir desigualdades e reforçar a segmentação social.

Ainda é recente o processo de implementação da PNSIPN, no entanto, isto não impede que seja adotado medidas para o enfrentamento das desigualdades que demarcam o processo e impõe mudanças radicais na estrutura política e econômica do país, as discussões atuais que demarcam a necessidade de desenvolvimento econômico com justiça social seria a melhor solução.

Na perspectiva da emancipação, não se pode ampliar o nível de satisfação das demandas sociais além do ponto que tal ampliação impeça acumulação de capital global; por outro lado, não se pode reduzir o nível de satisfação abaixo do limite mínimo a não ser que se rompa as regras da ordem política liberal democrática. Este limite esbarra de forma positiva na perspectiva do protagonismo social.²⁴

No que pese o papel fundamental que o movimento social negro e outros atores do movimento sanitário ainda exerce na

construção do SUS é necessário reiterar o papel fundamental do Estado na garantia dos direitos sociais. Historicamente, o Estado não apresenta neutralidade, reflete uma relação biunívoca com o a produção capitalista, no entanto não é um bloco monolítico, há contradições no seu interior daí a importância das alianças táticas na estratégia de transformações sociais.

A população brasileira é constituída de aproximadamente de 52% da população negra, ou seja, representa a maioria que põe em cheque o Sistema Único de Saúde cotidianamente, o qual precisa ser capaz de concretizar ações universais voltadas para o conjunto da sociedade civil brasileira, daí o potencial de radicalidade intrínseco do movimento social negro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Pereira PA. A metamorfose da questão social e reestruturação das políticas sociais. Capacitação em serviço social e política social, módulo 1: política social. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/NED-UNB, 1999.
- 2 Behring ER. Política social: fundamentos e história/Elaine Rossetti Behring, Ivanete Boschetti. – São Paulo: Cortez, 2006. – (Biblioteca básica de serviço social; v. 2).
- 3 Gramsci A. Escritos políticos. v.I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.
- 4 Nogueira M.A. As possibilidades da política: idéias para a reforma democrática do Estado. São Paulo: Paz e Terra, 1998.
- 5 Theodoro M. As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil – 120 após a abolição. IPEA, Brasília, 2010.

- 6 Silva, AR. Presença e silêncio da colônia à pós modernidade: sinais do personagem negro na literatura brasileira [S.1]: Ícone Gráfica e Editora, 2010.
- 7 Singer P. O Brasil no contexto do capitalismo internacional – 1889-1930. In: Fausto B. (org.). *O Brasil republicano*. Tomo III, v. 1. São Paulo: DIFEL, 1975.
- 8 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil; promulgada em 5 de outubro de 1988. [S.I], 1988.
- 9 Dagnino E. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova cidadania. In: Dagnino E Os anos 90: política e sociedade no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 103-118.
- 10 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1678, de 13 de agosto de 2004. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 16 de agosto de 2004b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/drtl2001.saude.gov.br/sas/portaria2004/GM/GM-1678.htm>.
- 11 Brasil. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. [S.1], 2010.
- 12 Coutinho CN. Gramsci: Um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. 320p.
- 13 Guimarães R. Ciência, Tecnologia e Inovação: Um paradoxo na Reforma Sanitária. In: Lima NT.; Gerschman S.; Edler FC. (Org). Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- 14 Gomes JB. Ação Afirmativa: aspectos jurídicos. Racismos no Brasil. São Paulo: Peirópolis: Abong, 2002.
- 15 Arretche MTS. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado Federativo. Rev. Bras. Ci. V.14, p.111-141, 1999.
- 16 Ruas MG. Análise de políticas públicas: conceitos básicos. In: RUAS, MG.; M.I.V.(orgs.) Brasília: Paralelo: 15, 1988.
- 17 Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Mais Saúde: direito de todos: 2008-2011/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – 4. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- 18 Stein HR. Estado de Bem – Estar: Origem, modelos e terminologia. Cap.1 [Tese de Doutorado] As políticas de transferência de renda na Europa e na América Latina: recentes ou tardias estratégias de proteção social? CEPPAC/Unb, 2005.
- 19 Gadelha CG.; Costa LS. Saúde e desenvolvimento. In: Machado CV. et al (Org). Políticas e saúde no Brasil: continuidades e mudanças nos anos 2000. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- 20 Avritzer L.; Wlampler BP. Públicos participativos: Sociedade civil e novas instituições no Brasil democrático. In: Coelho S.; Nobre MP. (Org.) Participação e deliberação. São Paulo: Editora, 34, 2004.
- 21 Brasil. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 20 de set. de 1990a. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislaçãolei8080_190990.htm.
- 22 Tempus. Actas de Saúde Coletiva/Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília. Vol. 1, n.1 (2009) – Brasília: NESP, 2009.
- 23 Travassos C. Equidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para debate. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.13, n.2,

p.325-330, abr./jun. 1997.

24 Coutinho CN. Notas sobre cidadania e Modernidade. Ver. Praia Vermelha Estudos de Política e Teoria Social. UFRJ/ PPGESS – Vol I. NºI. P. – primeiro semestre de 1997. p. 145.