

SAÚDE PARA A POPULAÇÃO NEGRA E SEUS DESDOBRAMENTOS: algumas abordagens

HEALTH FOR THE BLACK POPULATION AND ITS DEVELOPMENTS: some approaches

SALUD PARA LA POBLACIÓN NEGRA Y SUS DESARROLLOS: algunos enfoques

Elisandra Cantanhede Ribeiro

Graduada pela Licenciatura Interdisciplinar em Estudos Africanos e Afro-Brasileiros (UFMA) -
jhuerbete@hotmail.com

Resumo

Este trabalho é resultado da monografia apresentado ao curso de Estudos Africanos e Afro-brasileiros, pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) em 2019 e tem como apresentar uma análise bibliográfica sobre os processos de implementação das políticas públicas de saúde da população negra no Maranhão, contextualizando a população negra na historiografia brasileira e apresentando dados acerca da saúde dessa população, evidenciando como o estado tem se preocupado em colocar em suas agendas essas políticas públicas de saúde relacionadas à população negra, levantando questionamento de como tem se pensado a saúde da população negra e suas principais demandas relacionadas à saúde. Para o desenvolvimento dessa pesquisa partimos para a análise da formulação dessas políticas públicas elencando os fatores que levaram a criação de políticas específicas para a população negra, problematizando algumas questões como: Qual a relevância em se estudar as políticas públicas de Saúde da População Negra? A quem estão direcionadas essas políticas de saúde? Quais foram os fatores que levaram a formulação de tais políticas? Quais as principais demandas das mulheres no campo da saúde? Quais as realidades enfrentadas pelos doentes falciformes? Para responder tais questionamentos apresentaremos uma bibliografia relacionada com a temática, apresentando os resultados desta análise.

Palavras-chave: Políticas públicas. Saúde da população negra. Anemia falciforme.

Abstract

This work is the result of a monograph presented to the course of African and Afro-Brazilian Studies, by the Federal University of Maranhão (UFMA) in 2019 and is able to present a bibliographic analysis on the implementation processes of public health policies of the black population in Maranhão, contextualizing the black population in Brazilian historiography and presenting data about the health of this population, showing how the state has been concerned with putting these public health policies related to the black population on its agendas, raising questions about how the health of the black population has been thought and its main health-related demands. For the development of this research, we started to analyze the formulation of these public policies, listing the factors that led to the creation of specific policies for the black population, problematizing some questions such as: What is the relevance in studying public health policies of the Black Population? Who are these health policies aimed at? What were the factors that led to the formulation of such policies? What are the main demands of women in the health field? What are the realities faced by sickle cell patients? To answer these questions, we will present a bibliography related to the theme, presenting the results of this analysis.

Keywords: Public policies. Health of the black population. Sickle cell anemia.

Resumen

Este trabajo es el resultado de una monografía presentada al curso de Estudios Africanos y Afrobrasileños, por la Universidad Federal de Maranhão (UFMA) en 2019 y es capaz de presentar un análisis bibliográfico sobre los procesos de implementación de políticas de salud pública de los negros. población de Maranhão, contextualizando a la población negra en la historiografía brasileña y presentando datos sobre la salud de esta

población, mostrando cómo el estado se ha preocupado por poner en sus agendas estas políticas de salud pública relacionadas con la población negra, planteando interrogantes sobre cómo la salud de Se ha pensado en la población negra y sus principales demandas relacionadas con la salud. Para el desarrollo de esta investigación, se comenzó a analizar la formulación de estas políticas públicas, enumerando los factores que llevaron a la creación de políticas específicas para la población negra, problematizando algunas preguntas como: ¿Cuál es la relevancia en el estudio de las políticas públicas de salud de la población negra? ¿A quién van dirigidas estas políticas de salud? ¿Cuáles fueron los factores que llevaron a la formulación de tales políticas? ¿Cuáles son las principales demandas de las mujeres en el ámbito de la salud? ¿Cuáles son las realidades a las que se enfrentan los pacientes con anemia falciforme? Para dar respuesta a estas preguntas, presentaremos una bibliografía relacionada con el tema, presentando los resultados de este análisis.

Palabras clave: Políticas públicas. Salud de la población negra. Anemia de células falciformes.

Introdução

A trajetória de desigualdade da população negra¹ existe antes mesmo do período da abolição da escravidão no Brasil, a partir de sua vinda nos navios negreiros², quando de forma desumana e brutal foram arrancados de suas raízes e jogados em outros territórios distante de sua cultura e de seus familiares. Essa vinda teve consequências negativas e segue até os dias atuais. Coube aos negros africanos um logo processo de reestruturação e uma adaptação às novas realidades encontradas no chamado novo mundo. Todo o processo de entrelaçamentos vivenciados pela população negra, população indígena e a população branca, transformaram o que conhecemos hoje de Brasil.

E para tanto, quando agregamos o quesito cor para identificarmos a sociedade brasileira, sejam elas dentro do campo da saúde, da educação, do trabalho ou até mesmo da moradia. podemos identificar todo processo de desigualdade vivenciado pela população negra. Os negros e os índios foram sempre abandonados à margem dentro desse processo de integração de culturas que fora transformada a nação.

Durante todo o período da formação brasileira coube aos negros os espaços mais “subalternos”, eram os negros que trabalhavam nas lavouras, nos moinhos de açúcar, nas minas. Eram obrigados a trabalharem em jornada exaustiva de trabalho braçal e ainda viviam assombrados pelas possibilidades dos castigos.

¹Identificados como pretos e pardos, com descendência africana, formada pelas categorias do censo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

²Conhecidos também como tumbeiros, faziam o traslado de negros do continente africano para América. O tamanho, bem como divisão interna, variava ao longo dos séculos, chegando existir divisões específicas para crianças, mulheres grávidas e idosos. Mas muitos negros vinham amontoados no porão sem as mínimas condições de higiene. (SILVA, 2008, p.38).

Durante mais de três séculos os negros foram obrigados a viverem nas condições de escravizados, pois viviam sob os domínios de uma elite branca portuguesa. E esse longo processo de escravização e de trabalho exaustivo está refletido dentro dos espaços onde podemos conceber a população negra, que hoje apesar de se auto identificar enquanto maioria da população brasileira, mas ainda assim está relegado aos espaços subalternos, das margens. São os considerados não negros que ocupam cada vez mais os espaços considerados de “poder”.

Ao traçamos uma linha do tempo, para especificar a real situação da população negra, podemos visualizar as sucessivas demandas, fruto das lutas em busca de seus direitos essenciais, como saúde e educação. Mas ainda assim esses direitos foram negados e negligenciados durante um longo período da história. E as consequências podem ser analisadas principalmente no campo da saúde.

Ao traçarmos um panorama da saúde da população negra todas as demandas por políticas públicas de saúde que abarcassem tais solicitações para melhorar a qualidade de vida e a qualidade no atendimento, foram e permanecem ainda hoje negligenciadas principalmente pelo poder público e o atendimento nas unidades básicas de saúde.

As políticas existentes atualmente, (leia-se) frutos das reivindicações do movimento negro, não são efetivadas e muito menos garantidas. São amplamente descuidadas pelos “detentores do poder”, claramente visualizamos um problema de racismo explícito, que tem se estruturado ao longo de muitos anos quando diz respeito a esta população, não se importam em cumprir leis ou diretrizes, negligenciam tais atendimento e as informações necessárias não chegam aqueles(as) que necessitam delas.

A relação do processo das políticas e do atendimento relacionados a essas demandas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS³), que deveria em tese ser um espaço de políticas eficazes para população mais pobre, ainda assim o SUS é marcado por muitos entraves que dificultam seu dinamismo e isso tem dificultado o processo da qualidade do atendimento, nas unidades de saúde, principalmente do SUS.

A saúde da população negra deve ser entendida a partir de suas especificidades, que não são levadas em consideração quando as suas demandas são solicitadas. Para Mandarino; Gomberg (2012, p. 25), essa população deve ser entendida a partir de suas

³ Sistema Único de Saúde é um modelo de prestação de serviços ações de saúde no âmbito nacional, com concepção unificada, organizado de uma forma regionalizada e hierarquizada.

particularidades, pois há uma distinção entre essas particularidades, uma vez que algumas das dificuldades de saúde por ela enfrentados vão além do biológico e transcurram pelas relações sociais e culturais historicamente construídas no Brasil.

O caso da saúde da população negra deve ser entendido como uma necessidade pública e compreendido com as suas especificidades a partir do olhar dos que possam contribuir para combater as dificuldades de diagnóstico precoce, tratamento e cura. A população negra possui doenças específicas que devem ser analisadas e tratadas como tal.

O debate em torno políticas públicas para população negra deve ser lançado à frente dos principais contextos brasileiros e principalmente dando respostas as solicitações da população que necessita dos subsídios acerca dos elementos analisados dentro dos espaços das academias. É imprescindível não apenas aprimorar os diagnósticos sobre a situação presente da saúde da população negra, mas recuperar o passado e resgatar as influências e os fatores que explicam a configuração desse presente.

Após as reivindicações do Movimento Social Negro, que começaram a produzir pesquisas acerca da população negra para que o governo tomasse conhecimento de quais eram suas principais suas demandas, solicitando a inserção do quesito cor nas pesquisas, questionários de levantamento de dados para obter os resultados com a real condição dos negros quando fossem feitas tais investigações, levando em consideração os quesitos referentes aos direitos essenciais.

A saúde dessa população, reflete a desigualdade existente entre negros e brancos, que é assinalada dentro da sociedade brasileira em relação ao seu atendimento. A existência de um pré-julgamento estereotipado em relação a população negra, apontam interferências nas desigualdades raciais em relação à saúde, uma dessas interferências que podemos citar é vulnerabilidade social que afeta de maneira direta a saúde quando se trata da população negra mais pobre.

Este estudo, cuja abordagem gira em torno da saúde para população negra, surgiu a partir do projeto de extensão “Cidadania”, e posteriormente, do projeto “Afros e Étnicos em Cena: promovendo a igualdade racial”, durante o início da minha graduação em Estudos Africanos e Afro-brasileiros(LIESAFRO), pela Universidade Federal do Maranhão(UFMA), executado através de parceria entre a União, por intermédio da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial do Ministério da Justiça e Cidadania e a Universidade Federal do Maranhão, desenvolvido pelo grupo de pesquisa Núcleo de Estudos

Sobre África e o Sul Global (NEAFRICA), intitulada “A Saúde da população Negra”, onde buscando subsídios para a elaboração de oficinas, através destas foi constatado a necessidade de uma maior divulgação das políticas existentes (não efetivadas), e a formulação de novas políticas que suprisse tais necessidades no campo do atendimento e o maior aprofundamento dos estudos de políticas de saúde para população negra no cenário brasileiro e dentro do Estado do Maranhão, por compreender a necessidade de se problematizar tais questões e de apontar possíveis subsídios para essas demandas.

Em meio ao desenvolvimento da pesquisa, notou-se a possibilidade de torná-la um trabalho de conclusão de curso, devido à relevância da problematização do tema e possíveis contribuições que os resultados da pesquisa possam apontar.

Como sustentação teórica adotamos principalmente as seguintes referencial bibliográficos: OLIVEIRA, (2000), CHALHOUB, (1996), (BRASIL, 1988; 1996;2003; 2009; 2013), (GOMES, 2017) e outros que possam ajudar subsidiar tal pesquisa.

Saúde da população negra no contexto brasileiro: uma síntese histórica da ação das mulheres e do movimento negro

As mulheres principalmente as negras têm sido componentes importantes da sociedade brasileira ao longo cinco séculos, enquanto grupo social específico em defesa de interesses em comum, como parte do amplo contingente negro ou geral que luta por justiça e inclusão social. Sua atuação pode ser vista desde o regime escravista até hoje. As mulheres têm se destacado na luta por melhoria de condição da população que sofre com a falta de políticas que abarque os direitos básicos dos seres humanos.

De fato, as lutas das mulheres negras por equidade se desenvolveram ao longo dos anos e devemos reconhecer que têm sido parte fundamental dos amplos segmentos que constroem cotidianamente o Brasil como nação. Ainda que violentamente invisibilizadas – pois atuam numa conjuntura de racismo e sexismo – colocam a disposição da sociedade séculos de lutas, de pensamento a serviço da ação transformadora. Em seu horizonte, há uma sociedade sem iniquidades, sem racismo, sexismo, sem as desigualdades de classe social, de orientação sexual, de geração ou de condição física e mental, entre muitas outras.

As mulheres negras tiveram atuação importante na contribuição no que diz respeito à formulação de políticas públicas que se ampliaram para a saúde da população

negra, a organização em torno das reivindicações, começaram a partir das suas próprias demandas, assumiram o protagonismo exerciam papéis que deram tamanha contribuição à esta população, ajudando para evidenciar suas reais demandas existentes.

A participação das mulheres nos principais eventos relacionados à saúde como a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher realizada em Brasília em 1986, Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida realizada em Brasília em 1995, II Reunião Nacional de Mulheres Negras, Belo Horizonte em Setembro de 1997, Pré-Conferência Cultura e Saúde da população Negra em Brasília em Maio de 2000, Nós mulheres Negras: Diagnóstico e propostas - Articulação de Organizações de mulheres Negras Brasileiras rumo a III Conferência Mundial contra Racismo Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância, 2001.

E essas demandas passaram a existir a partir da falta de atendimento específico para as mulheres, como atendimento ginecológico, atendimento na hora do Pré-natal e parto. A participação nos eventos tinha como objetivo algumas propostas, que melhorasse o atendimento nas unidades de saúde e que não houvesse racismo e nem discriminação.

A formulação da PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) em 1983 representou uma mudança na concepção vigente em relação à saúde materno infantil, incorporando a compreensão da mulher enquanto sujeito ativo no cuidado à saúde, tendo na sua base de elaboração as reivindicações do movimento feminista, que incluíam as questões da sexualidade, envelhecimento, saúde mental e aborto.

Ainda no âmbito do feminismo, em interface com o Movimento Negro, surge o Movimento de Mulheres Negras que problematizava a questão dos direitos reprodutivos, denunciando o racismo e o sexismo que sustentavam as propostas de controle de natalidade nas políticas de saúde. Este movimento de ativistas, no estado de São Paulo nos anos 1980 conquistou políticas saúde que levaram em conta esta questão (MAHER, 2005) e constituiu-se no embrião que viria a ser o campo da Saúde da População Negra nos anos 90, de onde se originou a proposta de formulação uma Política nacional de saúde, voltada para população negra, oficializada mais tarde em 2009.

Até o início da década de 1990 o movimento de mulheres negras apresentava o direito à saúde como uma de suas prioridades de luta, a partir do que impulsiona as discussões sobre o direito à vida, os direitos sexuais e reprodutivos, considerando que o racismo e o sexismo imprimem marcas diferenciadas no exercício desses direitos. Logo no início da

década de 1990 são desenvolvidas duas importantes campanhas nacionais, gestadas e disseminadas por este movimento, juntamente com as organizações negras mistas (de mulheres e homens).

A primeira intitulada "não Matem nossas Crianças", denunciava o extermínio de crianças e jovens negros empreendidas por grupos paramilitares (chamados grupos de extermínio) ou por forças do Estado (as polícias) nos diferentes centros urbanos do país. Esta campanha teve repercussão internacional, suscitando uma mobilização ampla, com forte influência sobre o processo de criação do Estatuto da Criança e do adolescente, em 13 de junho de 1990.

O apelo feito durante essa campanha ainda está muito atual no que diz respeito ao extermínio da população negra, pois segundo os dados do Instituto brasileiro de geografia e Estatística (IBGE, 2019, p.49) sendo que a taxa de homicídios por 100 mil negros foi de 43,1, ao passo que a taxa de não negros (brancos, amarelos e indígenas) foi de 16,0. Ou seja, proporcionalmente às respectivas populações, para cada indivíduo não negro que sofreu homicídio em 2017, aproximadamente, 2,7 negros foram mortos.

Os dados do IBGE, só vem corroborar com o cenário de desigualdades já imposto para população negra ao longo de muitos anos, e todo o processo de abandono sofrido pela população negra, com a falta de políticas públicas para suprir as demandas.

Naquele mesmo ano tem início a Campanha nacional contra a Esterilização em Massa de Mulheres negras com o slogan "Esterilização de Mulheres Negras: do Controle da natalidade ao genocídio do Povo negro", sob a liderança do Programa de Mulheres do Centro de articulação de Populações Marginalizadas do Rio de Janeiro. Esta campanha visava denunciar o viés racista das iniciativas de controle populacional, eufemisticamente definidas como de planejamento familiar, empreendidas por organizações não governamentais brasileiras e internacionais nas diferentes regiões do país. A campanha apontava também o uso irresponsável, e contrário às legislações nacionais e internacionais, de tecnologias contraceptivas experimentais. Entre as principais organizações envolvidas estavam a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar/ BEMFAM; o Centro de Pesquisas e assistência integral à Mulher e a Criança/CEPAIMC.

A participação do Criola⁴ tem sido fundamental para as ações de monitoramento, assessoramento no que diz respeito à saúde das mulheres.

Para Criola é necessário partir de alguns princípios como:

Atuação direta na formulação de estratégias e no desenvolvimento de ações de advocacy em políticas públicas em especial aquelas de interesse das mulheres negras. Fazem parte deste conjunto as políticas públicas de saúde; equidade; enfrentamento do racismo; sexismo e lesbofobia; intolerância religiosa e promoção de direitos humanos, econômicos, sociais, culturais e ambientais.

Assessoramento, capacitação fornecimento de informações acerca dos conteúdos e mecanismos de advocacy para ativistas de diferentes áreas, organizações da sociedade civil, profissionais e gestores em nível local, regional e nacional. (CRIOLA, 2010, p.2)

As experiências desenvolvidas desde 1992, contribuíram para a promoção da participação negra, em especial de mulheres negras, em diferentes instâncias de monitoramento e avaliação das políticas públicas. O que é especialmente verdadeiro no caso da Criola que, a partir do ano 2000 tem ocupado espaços diversos de interlocução tanto com a sociedade civil quanto com o Estado e seus poderes executivo, legislativo e judiciário.

Esta participação tem apontado uma crescente demanda por informações e capacitações, diante da necessidade de novas instâncias de atuação tanto para Criola quanto para demais ativistas e organizações. Há uma necessidade de maior participação da população negra e principalmente as mulheres para que haja uma mudança na postura da sociedade em relação as mulheres que fazem parte de uma significativa parcela da população e ainda assim sofre com essa ausência de equidade.

Da população negra, aproximadamente a metade é composta de mulheres. As mulheres negras são mais de 41 milhões de pessoas, o que representa 23,4% do total da população brasileira. São estas que sofrem com o fenômeno da dupla discriminação, ou seja, estão sujeitas a “múltiplas formas de discriminação social (...), em consequência da conjugação perversa do racismo e do sexismo, as quais resultam em uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida”. As discriminações de gênero e raça não são fenômenos mutuamente exclusivos, mas, ao contrário, são fenômenos que interagem, sendo a discriminação racial frequentemente marcada pelo gênero, o que significa, portanto, que as mulheres tendem a experimentar discriminações e outros abusos de direitos humanos de forma diferente dos homens. (IPEA, 2017, p.30).

Para que haja uma postura diferente em relação às mulheres em especial a mulher negra, precisamos buscar mecanismo que elimine toda forma de preconceito, sexismo e discriminação em relação às mulheres. Precisamos ampliar e/ou criar espaços que possam

⁴é uma organização da sociedade civil com mais de 25 anos de trajetória na defesa e promoção dos direitos das mulheres negras. Fundada em 1992, a organização atua na construção de uma sociedade onde os valores de justiça, equidade, solidariedade são fundamentais. Durante quase três décadas, a Criola reafirma que a ação transformadora das mulheres negras é essencial para o bem viver de toda a sociedade brasileira.

debater as questões com outros setores da sociedade. É necessário o intercâmbio entre organizações já existentes em todos os espaços e estabelecer laços de cooperação.

O Movimento Negro, por meio de uma ampla articulação com outros movimentos sociais, movimento sindical, ONGs, parlamentares das diferentes esferas governamentais empreenderam durante a década de 90 e início dos anos 2000, duas grandes mobilizações, com características diferentes, mas que se tornaram um marco no que diz respeito à consolidação da formulação de políticas públicas com recorte racial, a Marcha Zumbi dos Palmares e a mobilização em torno da participação de lideranças do Movimento na I Conferência Mundial Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada em Durban, África do Sul. A Marcha Zumbi dos Palmares, realizada em novembro de 1995, promulgou o acúmulo de conhecimentos e o alcance de organização do Movimento Negro brasileiro, motivando um documento contendo o diagnóstico sobre o racismo e um programa de ações.

Uma dessas ações resultou no decreto de 20 de novembro com a proposta do governo federal que 1995 instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) composto por membros da sociedade civil vinculados ao movimento negro e representantes dos ministérios federais, dentre eles o Ministério da Saúde, que cabe a ele a função de elaborar, propor e promover política governamentais relacionadas a cidadania da população negra juntamente com a criação do programa nacional de direitos humanos. Os debates no GTI se intensificaram, resultando em reuniões, mesas-redondas. A partir dos debates o GTI, organizou um relatório onde, foi percebido que há uma necessidade em estudos específicos para população negra.

A população negra brasileira é única do ponto de vista genético, [...] A falta de conhecimento científico sistemático sobre a população afrodescendente é resultado da prática cotidiana de discriminação racial e de longa sobrevivência no conceito equivocado de que o Brasil seria exemplo de democracia racial. A construção científicana área da saúde, sobretudo desse vasto segmento da população, ainda é insuficiente, por vezes distorcida, o que leva a prática da medicina distorcida. (BRASIL, 1996, p.11).

Ainda 1995 o governo passa a adotar como critério a raça para formalizar e direcionar as políticas públicas, (diga-se fruto de reivindicações do movimento negro na década anterior). Através dessas ações o GTI conseguiu implementar algumas ações como o recorte racial nas informações de nascido vivos ou morto, recorte racial nas pesquisas

elaboradas no âmbito nacional e a implementação de política nacional ao doente de anemia falciforme⁵.

A atuação do Movimento Social Negro brasileiro na 11ª e na 12ª Conferências Nacionais de Saúde, realizadas respectivamente em 2000 e 2003, fortaleceu e ampliou sua participação social na instância do SUS. Como resultado dessa atuação articulada, foram aprovadas propostas para o estabelecimento de padrões de equidade étnico-racial e de gênero na política de saúde do país.

O SUS foi instituído como uma política de Estado para garantir a saúde como um direito efetivo para todas e todos. A organização de suas ações e serviços tem como diretrizes a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade para garantir que políticas, ações e programas respondam adequadamente às necessidades das populações em condições de desigualdade e para que sejam ofertadas ações diferenciadas para grupos com necessidades específicas. Desde o ponto de vista organizativo e programático, a integralidade é o princípio fundamental do SUS dado que garante a todas as pessoas uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema. E pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 2009, p. 14).

O tema saúde da população negra que é o tema do presente estudo, começa a se desenhar 1986 com a 8ª Conferência de Saúde, onde discutiram sobre as condições da população afrodescendentes, participaram dessa conferência cerca de 4.000 pessoas, sendo elas tendo como representação 1000 delegados. Este processo materializou-se nos textos, debates, mesas – redonda, trabalho de grupos e seus relatórios, resultando nesse documento aprovado em plenária no final da conferência.

A tema de saúde como direito foi amplamente debatido na ocasião da 8ª conferência, ficando evidente a necessidade de uma mudança na estrutura para além dos limites financeiros e administrativos, evidenciando a reformulação mais profunda no conceito, ação e legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde.

O direito a saúde significa a garantia, pelo estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização do texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. (CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE, 1986, p.4)

⁵Anemia Falciforme: resulta de uma mutação genética na molécula de hemoglobina, que adquiriu a forma de meia lua ou foice, dando origem ao nome: anemia falciforme. Essa mutação se deve a mutação na hemoglobina: substituição dos aminoácidos. (OLIVEIRA, 2010)

Com a Constituição Federal de 1988, a população negra passou a ter mais visibilidade no que tange seus direitos, como o direito a saúde universal independente de raça, cor, religião, local de moradia, e orientação sexual promovido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O combate às desigualdades raciais não foi objeto de tratamento específico pela Constituição Federal. Contudo como tem se destacado nas diversas bibliografias sobre o tema, a centralidade dada aos princípios da dignidade da pessoa humana (Art.1º), redução das desigualdades (Art. 3º), da promoção dos bem de todos(Art. 3º), da recusa de qualquer forma de preconceito ou discriminação (Art. 3º) , da prevalência dos direitos humanos (Art.4º e da defesa da igualdade (Art.5º) permitiu o acolhimento não apenas do repúdio do racismo (Art.5º, inciso XLII) da defesa da justiça, do combate aos preconceitos e da defesa da pluralidade, todos com transbordamento direito à questão racial. (BRASIL, 1988)

O direito a saúde passou a ser positivado na Constituição de 1988, enquanto direito social e fundamental, validando o ingresso aos serviços segundo o respeito à dignidade da pessoa humana. Assim, a saúde no Brasil percorreu um caminho desde a beneficência até a garantia constitucional, sendo direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Para a população Negra a partir da Constituição de 1988, passa a ser pensada a possibilidade de efetivação de direitos, como no caso da saúde, que no artigo 196 passa a ser considerada como um

[...] direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação[...] (BRASIL, 1988, Art.196).

E o Movimento Negro tem um papel fundamental para essa luta onde homens e mulheres buscam a melhoria de seus pares. O Movimento Negro que é compreendido como um Movimento Social, que está intimamente relacionado com as classes subalternas, que desenvolve sua práxis em um conjunto de valores, ideias, costumes, entrelaçados nos mais diversos setores da vida social, inclusive no setor saúde, na construção de projetos que podem auxiliar os interesses corporativos e universais, ou ainda de conservação e/ou mudança. Para Gomes,

Os movimentos sociais são produtores e articuladores dos saberes construídos pelos grupos hegemônicos e contra hegemônicos da nossa sociedade. Atuam como pedagogos nas relações políticas e sociais. [...] é também esse movimento social que fez e faz a tradução intercultural das teorias e interpretações críticas realizadas sobre a temática racial no campo acadêmico para população negra. (GOMES, 2017, p.16-17)

Os movimentos sociais em especial o movimento negro estão sempre presentes na luta em busca de melhores condições para a população negra e a população mais vulneráveis.

exercendo um papel significativo na luta por políticas públicas que seja igual para todos, e lutando para superar toda forma de preconceito racismo e discriminação.

Racismo e saúde: A invisibilidade da população negra

O racismo⁶ veio se cristalizando ao longo dos séculos através de uma cruel engenharia científica e política que justificou por muito tempo as atrocidades cometidas contra vários povos ditos inferiores, ao pregar a ideia de uma raça superior, importados de países europeus e essas concepções chegaram com muita força ao Brasil no século XVI vitimando dezenas de povos.

O racismo se mantém às custas dos privilégios de alguns que se auto definem como superiores racialmente. Segundo a Declaração da UNESCO sobre a Raça e os Preconceitos Raciais, de 27 de novembro de 1978:

O racismo se manifesta por meio de disposições legais ou regimentais e por práticas discriminatórias, assim como por meio de crenças e atos antissociais; impede o desenvolvimento de suas vítimas, perverte quem o pratica, divide as nações internamente, constitui obstáculos para a cooperação internacional e cria tensões políticas entre os povos; é contrário aos princípios fundamentais do direito internacional e, por conseguinte perturba seriamente a paz e a segurança internacionais. (UNESCO, 1978, p.2)

O racismo e seus reflexos na distribuição dos recursos são elementos estruturantes das desigualdades sociais. O peso de seus efeitos é reafirmado por meio da evidência estatística da magnitude. A persistência da diferenciação racial no acesso aos serviços públicos, na aquisição de capacidades e na posição social desvela as consequências da atuação sistemática de construção de produção e reprodução das desigualdades em vários campos da vida social.

No caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento determina condições específicas de vulnerabilidade. Além da inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades reais nas ações e programas de atenção e prevenção (vulnerabilidade programática), mulheres e homens negros vivem em um constante estado defensivo. Essa

⁶ É uma forma sistemática de discriminação que tem fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial a qual pertençam. [...] Ele se expressa concretamente como desigualdade política, econômica e jurídica. Porém o uso do termo estrutural não significa dizer que o racista seja uma condição incontornável e que as ações políticas institucionais antirracistas sejam inúteis; ou ainda que o indivíduo que comete atos discriminatórios não deva ser pessoalmente responsabilizado. (ALMEIDA, 2018, p.25)

necessidade infindável de integrar-se e, ao mesmo tempo, proteger-se dos efeitos adversos da integração, pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas (vulnerabilidade individual).

Há um reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde e isso é visto nos lugares de atendimento, onde o acolhimento e o tratamento dos usuários nos serviços de saúde há uma relação desigual.

O perfil de saúde da população negra é demarcado por singularidades, tanto do ponto de vista genético, como das condições de vida, que determinam diferenças no processo de adoecimento, cura e morte.

As condições materiais de vida, (meio Ambiente físico, social, político e cultural) influenciam de modo contundente, ainda que maneira indireta, no processo saúde/doença e consequentemente, a expectativa de vida. Há fatores que influenciam diretamente na atenção à doença; dentre outros, destacam-se: restrições de oportunidades e/ou a qualidade da atenção e a discriminação- tendo por base a classe social, o gênero, a raça/etnia, a faixa etária e a orientação sexual por parte das instituições e profissionais de saúde. Exercem também influências indiretas: o lugar, e o tipo de moradia; o tipo de ocupação e o nível de renda; a qualidade e o acesso à educação; o direito ou não ao alimento; e o estilo de vida (hábitos alimentares e comportamentos saudáveis ou nocivos à saúde). (OLIVEIRA, 2010, p.23)

E este perfil é assinalado pela mortalidade precoce, discriminação na assistência e pela qualidade dessa assistência, que de acordo com diferentes estudos apontam que existem um diferencial em saúde. Entre saúde do negro e saúde do não negro. Para algumas associações e movimentos são necessárias estratégias monitoradas mais de perto, como a exemplo do Criola que faz esse acompanhamento.

As relações entre raça, doenças, epidemias e saúde públicas estiveram em evidência desde as últimas décadas do século XIX e os anos de 1940, desde o fim da escravidão e o advento do regime republicano elites dirigentes, intelectuais se depararam com o desafio de repensar as noções e suas possibilidades de adentrar o mundo moderno com uma população composta majoritariamente por mestiços e negros. E todo esse processo foi marcado através de lutas, para que a população negra fosse vista de maneira diferente e que tivessem pessoas que valorizavam a vida das pessoas negras.

No campo dos direitos esse debate não poderia ser diferente, pois foram anos de negação de tais direitos e atualmente persiste. A população negra continua a lutar para que sejam efetivados os mínimos direitos que já foram conquistados, essa temática deve ser evidente e não pode abstrair-se do debate político sobre as reais condições sociais e

educacionais da população negra dentro da sociedade brasileira, apontando para as necessidades de efetivação das políticas públicas específicas já existentes voltadas para esse segmento étnico/racial.

Apesar da população negra se reconhecer enquanto maioria da população do Brasil ainda pode-se identificar o quanto o país está visivelmente desigual, principalmente no que diz respeito a população negra com a população não negra, isso se refletem no acesso aos principais serviços e garantias dos direitos fundamentais que quase sempre implicam em práticas desiguais e de baixa qualidade.

Temos que ter concepção que há uma necessidade de lutar contra toda e qualquer forma de racismo, de exclusão social e de quaisquer formas que extirpe os direitos de muitos em prol de uma minoria opressora, que tem como prática recorrente o racismo institucional.

O Racismo Institucional que está diretamente ligado à forma como a sociedade está estruturada e com a falta de reconhecimento da cidadania plena da população negra, resultando na redução do acesso integral a bens e serviços de qualidade, menor participação e negligência das necessidades específicas, potencializando agravos à saúde. As práticas discriminatórias oriundas do racismo são eventos que emergem em vários âmbitos: nas relações interpessoais, na família, na distribuição geográfica dos espaços urbanos, na formação de círculos sociais e mesmo nas instituições, dificultando e muitas vezes impedindo o acesso a um serviço de saúde de qualidade.

O racismo institucional pode ser definido como o fracasso coletivo das organizações e instituições em promover um serviço profissional e adequado às pessoas devido a sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ancorada em um esquema interpretativo que reconhece a existência de fenômenos sociais irreduzíveis ao indivíduo, e apontando a reprodução de práticas discriminatórias que se assentam não apenas em atitudes inspiradas em preconceitos individuais, mas na própria operação das instituições e do sistema social, o enfoque do racismo institucional oferece uma nova abordagem analítica e uma nova proposta de ação pública (JACCOUD, 2008, P. 5)

O Racismo Institucional está também ligado à falta de respeito à pessoa tanto pelo estereótipo étnico quanto pelo pertencimento cultural, como a sociedade está estruturada, racismo institucional coloca os indivíduos de determinados grupos raciais em posição de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pela ação das instituições e organizações. Na saúde, as disparidades se refletem nos números epidemiológicos que confirmam a diminuição da qualidade e da probabilidade de vida da população negra, tanto pelas altas taxas de morte materna e neonatal, como pela violência vivenciada de forma mais clara por esse grupo populacional, principalmente os jovens negros. Informações como estas apontam a contrassenso existente em nossa situação de saúde, já que atualmente a maioria dos

atendimentos feitos no SUS são de pessoas negras. Segundo Cruz (2012) a falta de cuidado para com os doentes pela cor de pele tem se compreendido como agravo, sendo considerado o racismo institucional que está estruturado pela prática dentro das unidades de saúde dificultando a vida daqueles que estão em busca do atendimento.

A falta de respeito à pessoa tanto pelo estereótipo étnico, quanto pelo pertencimento cultural. São causas de racismo institucional que podem levar a prática dentro do ambiente da unidade de saúde causando ao doente um receio em buscar a unidade de saúde e o profissional de saúde. (CRUZ, 2012, p.45)

As manifestações do racismo institucional tornam-se origem de agravo do problema e se estabelece também como a principal barreira de cuidado responsivo as necessidades da população negra. As manifestações do racista nos estabelecimentos de saúde são constatadas por meio de princípios, práticas e condutas discriminatórios naturalizados, da falta de atenção, preconceito ou de estereótipos racista. Em qualquer situação, o racismo institucional reduz o acesso das pessoas, de grupo raciais ou étnico discriminados aos benefícios gerados pelo estado e pelas instituições organizadas que o representam. As informações devem ser disseminadas, os investimentos para os programas específicos devem acontecer em todas as esferas de governo. Segundo o Ministério da Saúde:

A dimensão programática do racismo institucional é caracterizada pela dificuldade em reconhecer o problema como um dos determinantes das iniquidades do processo saúde-doença, cuidado e morte; falta de investimentos em ações e programas específicos de identificação de prática discriminatória dificulta na adoção de mecanismo e estratégias de não discriminação; enfrentamento e prevenção do racismo; ausência de informação adequada sobre o tema; falta de investimentos na formação de profissionais; dificuldade de implementar mecanismo e estratégias de redução das disparidades e promoção da equidade. (BRASIL, 2013, p.16)

Há uma necessidade de esquematizar mecanismo que perpassasse por todos os profissionais da área da saúde para facilitar o entendimento da temática, quebrando estereótipos existentes e enfrentando o problema da desigualdade seja étnico ou social. O processo tem que ser contínuo, para que as mudanças sejam perceptíveis e os resultados sejam satisfatórios para a demanda solicitada.

Com a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial (SEPIR), em 2003. O enfrentamento de tais iniquidades tomaram novos rumos, um desses passos foi a valorização da identidade negra e a promoção de igualdade no acesso dos serviços públicos de saúde. Para tanto muitos são os desafios, exigindo do governo e da sociedade um combate às desigualdades raciais existentes.

Com a sua participação na Conferência de Durban o Brasil, se compromete em vários níveis de governo com a promoção da igualdade racial e se propõe a organizar e

participar de eventos e projetos que contribuam para combater a discriminação indireta e o racismo institucional. Segundos dados do IPEA, a saber:

Em 2006, o Brasil foi sede de duas conferências internacionais que contribuíram, não apenas para a ampliação do debate de temas relevantes para as políticas públicas nacionais como reafirmaram o compromisso do governo brasileiro com a promoção da equidade racial: a II Conferência de Intelectuais Africanos e da Diáspora e a Conferência Regional das Américas sobre Avanços e Desafios no Plano de Ação contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e as Intolerâncias Correlatas. - A II Conferência de Intelectuais Africanos e da Diáspora (Ciad), que ocorreu no período de 12 a 14 de julho de 2006, na cidade de Salvador, Bahia, teve como objetivo aprofundar a relação do Brasil com o continente africano, assim como debater estudos e experiências no que tange aos temas das relações de gênero, educação, identidade cultural, saúde, democracia, paz, desenvolvimento, idiomas, colonialismo, religiosidade, cooperação internacional, ações afirmativas e políticas de combate ao racismo, à xenofobia e a outras formas correlatas de discriminação. - Foi realizada entre 26 e 28 de julho de 2006, em Brasília, a Conferência Regional das Américas sobre Avanços e Desafios no Plano de Ação contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e as Intolerâncias Correlatas. Presidida pelo governo brasileiro, sob a responsabilidade da SEPPIR, em parceria com o governo do Chile, o objetivo do encontro foi debater as políticas de combate ao racismo, tendo como pano de fundo as proposições do Plano de Ação da Conferência de Durban. (IPEA, 2009, 18-19)

Apesar de todas estas ações no âmbito governamental seja ele nos níveis federal, estadual ou municipal, as ações não chegam à população a quem se destina tais ações. O racismo perpetua, a violação dos direitos, as várias formas de inferiorização social associadas aprofundam e intensificam os efeitos concretos decorrentes da baixa inserção socioeconômica dessa população.

A construção desse racismo é marcada pela raça, e podemos constatar quando elencamos índices dessas desigualdades e de vulnerabilidades sempre deparamos no topo da tabela a população negra, a exemplo é o atlas da violência publicado em 2018, onde as maiores vítimas do homicídio são os jovens negros:

De cada 100 pessoas que sofrem homicídio no Brasil, 71 são negras. Jovens e negros do sexo masculino continuam sendo assassinados todos os anos como se vivessem em situação de guerra. Cerqueira e Coelho (2017), a partir de análises econométricas com base nos dados do Censo Demográfico do IBGE e do SIM/MS, mostraram que a tragédia que aflige a população negra não se restringe às causas socioeconômicas. Estes autores estimaram que o cidadão negro possui chances 23,5% maiores de sofrer assassinato em relação a cidadãos de outras raças/cores, já descontado o efeito da idade, sexo, escolaridade, estado civil e bairro de residência. Cerqueira e Coelho mostraram que, do ponto de vista de quem sofre a violência letal, a cidade do Rio de Janeiro é partida não apenas na dimensão econômica entre pobres e ricos, ou na dimensão geográfica, mas também pela cor da pele. (IPEA, 2018, p.30)

Os principais índices no campo da saúde, educação, segurança evidenciam as desigualdades existentes. E quando trazemos esses índices de violência para o campo do gênero esses dados possui um determinante a mais.

E chegamos à conclusão de que a desigualdade racial no Brasil se expressa de modo cristalino no que se refere à violência letal e às políticas de segurança. Os negros, especialmente os homens jovens negros, são o perfil mais passível de homicídio no Brasil, sendo muito mais vulneráveis a qualquer forma de violência do que os jovens não negros. Por sua vez, os negros são também as principais vítimas da ação fatal das polícias e o perfil predominante da população prisional do Brasil. Para que possamos reduzir a violência letal no país, é necessário que esses dados sejam levados em consideração e alvo de profunda reflexão. É com base em evidências como essas que políticas eficientes de prevenção da violência devem ser desenhadas e focalizadas, garantindo o efetivo direito à vida e à segurança da população negra no Brasil.

A saúde da população negra no Brasil, assim como toda sua história é permeada por desigualdades, reivindicação e todo um processo de resistências. Desde as décadas de 1930 a 1980 surgiram movimentos sociais organizados, que lutaram pela garantia da efetivação de direitos como foi o caso das irmandades religiosas⁷, que lutavam pela igualdade de direitos: educacionais, pela saúde e direitos culturais. Durante um longo período eram as irmandades as responsáveis pelas festas, sepultamentos, funerais dos negros, prestando-lhes assistências.

A luta pela valorização dos seus direitos levou os negros brasileiros a mudar as atitudes, para que fosse mudado o cenário dessa população em relação às suas reivindicações como no caso da saúde. Os negros americanos e sul-africanos assim como os brasileiros conviviam em torno a um regime de diferenças raciais não menos intenso que o brasileiro, os negros dos Estados Unidos lutaram contra as regras de segregação racial, e os da África do Sul que eclodiu contra o sistema de apartheid existente no país esse foram alguns países que os negros brasileiros seguiram o exemplo em sua luta pela efetivação desses direitos. Essa luta pela garantia de direitos passa a ganhar espaço no cenário brasileiro, a partir da Constituição Federal de 1988, e foi sendo inseridas nas agendas dos estados como garantia de efetivação de direitos.

⁷A irmandade representava um espaço de relativa autonomia negra, no qual seus membros construíam identidades sociais vivenciadas no interior de uma sociedade opressora. A irmandade era uma espécie de família ritual em que tanto os africanos desenraizados de suas terras, como os negros brasileiros deslocados no contexto social viviam e morriam solidariamente. Foi um meio de constituição de instrumento de identidade e solidariedade coletivas. Toda a dinâmica que vivenciavam em torno das políticas dentro das irmandades visavam à integridade do negro diante da sociedade branca e paternalista. Os fundos arrecadados promoviam a vida através de várias benfeitorias, e a morte a partir de um funeral apresentável.

O Brasil coexistiu com o momento de escravidão durante mais de 350 anos, sendo um dos últimos a “abolir” a escravidão. E nesse processo não foram asseguradas à população negra as políticas que abarcassem seus direitos. A população negra encontrava-se na sociedade brasileira como um problema social a ser resolvido. Várias foram as tentativas ideológicas e políticas para a solução desses “problemas”, a ideologia do branqueamento com a substituição da mão de obra e a diluição étnico-racial da população.

A “raça” se desenha como construção social nesse contexto histórico e político, que recai sobre as pessoas descendentes de escravizados, essa descendência vai além dos condicionantes culturais ou étnicos. No século XIX tornou-se se evidente no Brasil a associação de epidemias relacionadas aos cortiços⁸, davam conta que com a ideologia de branqueamento trazendo muitos imigrantes, esses se alastraram nos cortiços juntamente com os negros recém saído do processo de escravização. Para os higienistas eram dentro dos cortiços que estavam às epidemias principalmente a tuberculose e a varíola que eram mais característicos nas pessoas negras. Conforme Chalhoub

[...] os cortiços supostamente geravam e nutriam “o veneno” causador do vômito preto. Eram precisos, dizia-se, intervir radicalmente na cidade para eliminar tais habitações coletivas e afastar do centro da capital as “classes perigosas” que nelas residiam. Classes duplamente perigosas, porque propagavam a doença e desafiavam as políticas de controle social no meio urbano. (CHALHOUB, 1996, p.8-9).

Com a formulação de novas políticas de saúde, os higienistas, buscavam melhorias nas condições de salubridades da corte e do país. A febre amarela flagelo da população imigrante, eram colocadas como centro das atenções dos médicos higienistas. Já a população negra que sofria com doenças como tuberculose, era largada para definhando ou morrer, cabendo a eles o cuidado de si próprio. Como fruto do processo de racismo e discriminação os negros, não foram assistidos, pois eram vistos como causadores de doenças como a cólera, bexiga e a própria febre amarela. A população negra era considerada como a “classe perigosa” e isso refletia no seu acesso à saúde.

Para tornar o ambiente mais salubre os higienistas passaram a intensificar a retirada da população negra e da população mais pobres dos centros, onde eram localizados os cortiços, conforme Chalhoub,

⁸Cortiço é uma denominação dada no Brasil para uma moradia cujos cômodos são alugados para famílias inteiras. É um aglomerado de casebres, onde há pessoas pobres morando juntas. Os cortiços são das regiões de favelas e possuem condições precárias de habitação. Em meados do século 19, um tipo de moradia começava a se alastrar pelo Rio: os cortiços. Erguidas principalmente por imigrantes portugueses, as construções precárias eram formadas por dezenas de quartos pequenos, sem cozinha, com banheiros e tanques coletivos.

[...] a intervenção dos higienistas nas políticas públicas parecia obedecer ao mal confessado objetivo de tornar o ambiente urbano salubre para um determinado setor da população. Tratava-se de combater as doenças hóstias à população branca, e esperar que a miscigenação promovida num quadro demográfico modificado pela imigração europeia – e a moléstias reconhecidamente grave entre os negros lograssem o embranquecimento da população, eliminando gradualmente a herança africana da sociedade brasileira. (CHALHOUB, 1996, p. 09):

A formulação de políticas, não contemplava as doenças acometidas pela população negra, o projeto de higienismo racista não contemplava doenças característica na população negra. Das medidas sanitárias indicadas, encontravam-se a retirada dos cortiços, e a alteração nos hábitos alimentares, para facilitar a aclimação dos estrangeiros recém-chegados. Se os imigrantes adotassem as mesmas tradições e costumes mais particulares aos tópicos, acabariam conquistando o mesmo equilíbrio fisiológico dos nativos.

As classes mais pobres que viviam amontoados, nos casebres vivendo em condições insalubres, isso para os governantes e higienistas facilitava a proliferação das doenças. A classe mais pobre representa o perigo, a doença se prolifera através dos hábitos dos moradores dos cortiços. Os negros eram considerados os culpados pela proliferação das doenças. Segundo aponta Chalhoub,

[...] Os pobres ofereciam também perigo de contágio, por um lado, o próprio perigo social representado pelos pobres aparecia no imaginário político brasileiro de fins do século XIX, através da metáfora da doença contagiosa.[...] E houve então o diagnóstico de que hábitos de moradia dos pobres eram nocivos à sociedade, e isto porque as habitações coletivas seriam focos de irradiação de epidemias, além de, naturalmente terrenos férteis para propagação de vícios de todos os tipos. (CHALHOUB, 1996, p.29):

Era nítida a intenção dos higienistas, a ideia de um branqueamento da população, ao preferir a população imigrante, cuidando de suas mazelas e deixando a população negra, para ser dizimada com a infestação de doenças consideradas incuráveis.

A efetivação de políticas que garanta direito da população torna-se essencial, mas diga-se que a luta não é do presente, embora estejam sendo apresentados nesse presente. As conquistas de políticas públicas explícitas por parte dos movimentos sociais no país serviram de direção para um conjunto de organizações e entidades dos movimentos sociais no Brasil que tinham como horizonte, dentro dos marcos da estrutura do sistema social, o enfrentamento de suas problemáticas e o reconhecimento dos seus direitos sociais.

Ao atenderem solicitação do movimento social negro, para que fossem levados em consideração o quesito cor nas pesquisas e levantamentos, pode-se observar determinadas

doenças características na população negra e as doenças negligenciadas que assolam a população negra. Podemos destacar algumas como afirma o Ministério da Saúde:

Anemia falciforme; Diabetes de mellitus; Hipertensão arterial; Miomatose; Câncer de Mama, uterino, próstata e intestinal; Hepatite (B e C); Tuberculose; AIDS. Doenças crônicas negligenciada que normalmente não tem programa e atenção tão prioritária: Chagas; Esquistossomoses; Leishmaniose; Doenças mentais. (BRASIL, 2009, 12)

O modo como são negligenciados o atendimento à população negra faz com que o fator dessas doenças se agrave, o diagnóstico e tratamento sejam dificultados e o acesso ao tratamento mais difícil. As influências negativas sofridas em relação ao acesso dos usuários aos sistemas de saúde, faz com que evitem buscar estes espaços de saúde que são disponibilizados à população, preferindo fazer um tratamento com plantas e ervas medicinais, que são eficazes, mas que necessitam de um acompanhamento.

Anemia falciforme e a política nacional e estadual de saúde integral da população negra

Os compromissos assumidos pelo governo a partir das conferências Internacionais para promover a igualdade e a equidade, tem se refletido no campo da saúde. E a saúde da população negra passa a ser beneficiada através de uma política específica, que trata exclusivamente da população negra e suas especificidades. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN.

Leia – se que ao falar de políticas públicas no solo brasileiro, não podemos esquecer que os primeiros beneficiários de políticas públicas não foram os negros ou os mais pobres como afirma Fonseca;

No decorrer do século, XVI, o Estado português inaugurou outro momento da conquista do Brasil, lançando mão da política de doação de grandes extensões de terra a fidalgos lusos, filho da baixa e média nobreza e da pequena elite empreendedora lusa, que não herdavam a fortuna e outras honrarias de seus pais. Essa política pública foi adotada a fim de explorar terra de modo regular e preservar a conquista diante dos interesses de outras nações europeias. Assim o estado luso constituiu a primeira política social e pública em solo brasileiro. (FONSECA, 2009, p.21-22).

O debate em torno das políticas públicas relacionadas à população negra com viés étnico racial, começaram a ser delineada a partir da década de 1980 com as políticas educacionais e de saúde, após as contínuas reivindicações da população negra, através do Movimento Social Negro e de Grupos de Mulheres organizados, pra que fossem pautados e implementados políticas que pudesse ir de enfrentamento às desigualdades raciais compartilhadas nos mais diversos estados do Brasil. E uma das principais solicitações era

levar em consideração o quesito cor, (que até então não era considerado uma possibilidade) nas principais pesquisas que levassem a colaborar melhorar a situação do negro. Passaram a evidenciar a necessidade de formulação de políticas públicas com estes recortes na saúde.

A promoção da igualdade racial passou por avanços, mas nada que suprisse a necessidade das demandas da população preta e pobre. A consolidação do reconhecimento e da valorização dos direitos humanos passa pela compreensão de que as desigualdades raciais são estruturantes na formação social do país. É importante assegurar que os problemas relacionados à saúde da população negra não são decorrentes de suas particularidades genéticas; mas de suas classes socioeconômicas e educacionais proveniente das disparidades históricas relacionadas a pobreza e o racismo

O diálogo entre política e a questão racial corresponde à importância do combate contra disparidades raciais como um aspecto imprescindível para pensar a democratização efetiva do poder político, admitindo garantia do direito a diferença, motivando nos legisladores e gestores públicos a busca de políticas públicas que superem as desigualdades sociais e raciais.

Com a solicitação de maior atendimento à população negra e o assessoramento diretamente dessas demandas o então presidente da república cria uma secretaria específica para atender a população negra:

A criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), pela Lei n. °10.678, de 23 de março de 2003, como órgão de assessoramento direto da Presidência da República, com status de ministério, representa uma conquista emblemática do Movimento Social Negro. A SEPPIR tem como atribuição institucional promover a igualdade e a proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais e étnicos, por meio do acompanhamento e coordenação das políticas de diferentes ministérios, dentre os quais o da saúde, e outros órgãos do governo brasileiro (BRASIL, 2013, p.11)

A SEPPIR, passa a atuar diretamente com as solicitações, demandas da população negra, com o papel de fiscalizar, assessorar as políticas existentes e promover políticas públicas que abarquem essa população. Pensando nas diversidades de sujeitos existentes no país. O reconhecimento da necessidade da construção de uma política específica para a população negra, que compreendesse as relações raciais existentes no contexto histórico brasileiro, pautados no racismo, fez surgir a Lei 8.080/90 para que fosse estabelecido prioridades, alocação de recursos e a orientação programática tem como a epidemiologia por baliza.

Esta Política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1.º, inc. II e III), do repúdio ao racismo (BRASIL, 1988, art. 4.º, inc. VIII), e da igualdade (BRASIL, art. 5.º, caput). É

igualmente coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quais quer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988, p.18).

Essa política visa garantir a equidade na efetivação do direito humano à saúde da população negra em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional, como por exemplo, a doença falciforme, miomatose, diabetes tipo 2, dentre outras.

No Brasil a 8.^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, constituiu um marco na luta por condições dignas de saúde para a população negra, uma vez que fechou questão em torno da saúde como direito universal de cidadania e dever do Estado. Na conferência, o Movimento Social Negro participou ativamente, ao lado de outros movimentos, em especial o Movimento pela Reforma Sanitária, do processo de elaboração e aprovação das propostas e alguns desdobramentos que são apontados na Constituição de 1988.

A consolidação de políticas públicas de saúde, com o recorte étnico/racial, no Maranhão teve como início as ações e serviços do Programa de Atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS da Secretaria de Estado da Saúde/SES, coordenado pela Doutora em Políticas Públicas e Professora da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, Silvia Viana, no início da década de 2000, com a contribuição no debate e mudanças de atitudes antirracistas nos serviços de saúde. A mobilização em torno da criação de tal política, e a luta pela sua efetivação tem sido frequente e continua, apesar de somente em 2017 tal política tenha sido decretada, mas a solicitação é de anos anteriores.

Os documentos, publicados, em âmbito nacional em 2001: Relatório Final da 12.^a Conferência Nacional de Saúde, com destaque para o Eixo V, item: saúde, raça e etnia, o Documento Equidade em Saúde: uma visão pelo prisma da etnicidade e o Manual de Doenças mais Importantes por razões étnicas na população brasileira afrodescendente (BRASIL, 2001) possibilitaram a Secretária Estadual de Saúde (SES), compreender e posicionar-se para a busca de parceria com as entidades e instituições representativas do movimento negro no estado.

Foram realizadas e apoiadas inúmeras iniciativas, ações e serviços na área de promoção, prevenção e atenção da saúde da população negra. Inúmeras foram as ações realizadas no âmbito estadual segundo os dados das políticas de saúde da população negra do

estado. Após sucessiva participação nos eventos no âmbito federal, o estado começa a promover uma série de projetos e atividades para que seja implementada a Política Estadual de Saúde Integral da População Negra e Comunidades Tradicionais de Matriz Africana e Quilombola do Maranhão.

Segundo os dados da Secretária Estadual de Saúde, 2017, houve inúmeras atividades,

Realizado em 2004 o Seminário Nacional de Saúde da População Negra que deu ênfase para o relatório preliminar da 12ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2003 e a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, com participação de representantes do movimento negro e pesquisadores (as) negros (as), dentre estes, o Dr. Luiz Alves Ferreira (Quilombola, Médico Patologista/Professor da UFMA – um dos fundadores do Centro de Cultura Negra do Maranhão e membro dos Comitês Técnico de Saúde da População Negra e Assessor de Pesquisa do Programa Nacional de DST/AIDS-MS) (MARANHÃO, 2017, p. 5).

Nesse período, registra-se um importante acontecimento de luta pela saúde das pessoas com traços e doenças falciformes e conseqüentemente, de fortalecimento da luta pela saúde da população negra no Estado - a criação da Associação de Pessoas com Doenças Falciformes e Talassemia do Maranhão (ASPDOSP) em 2006, que desde então, vem contribuindo para acolher os portadores e doentes, de modo a possibilitar orientações, acompanhamento e tratamento na rede pública de serviços e exigir do poder público o estabelecimento de uma linha de cuidado com referência e contra referência, nos diferentes níveis de atenção.

A Política Estadual de Saúde Integral da População Negra e Comunidades Tradicionais de Matriz Africana e Quilombola do Maranhão, apresenta diretrizes e princípios para que seja conduzida a saúde da população negra em âmbito estadual e que sejam tomadas decisões que ajude a erradicar o racismo nos estabelecimentos de saúde, impedindo o racismo institucional e colabore para que a equidade de direitos seja efetivada.

O governo define uma série de diretrizes para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, levando em consideração todas as portarias já definidas.⁹

Considerações finais

⁹ Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, como diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias:

O debate que vem sendo pautado acerca da saúde da população negra precisa ser intensificado para tanto é necessário a efetivação de tais políticas citadas anteriormente. A academia precisa ultrapassar os muros para que sejam debatidos com a sociedade, construir estratégias de efetivação delas, juntamente com os governos em todas as suas esferas sejam elas, federal, estadual ou municipal. A uma urgência nessa divulgação de tais diagnósticos, análises e constatações.

A população negra por muito tempo lutou, por meio dos Movimentos Sociais, na busca pela humanização do acesso a saúde, contra as iniquidades dos serviços, o racismo institucional e efetivação da universalidade a esse direito social, a fim de dirimir algumas questões sociais, como falta de políticas educacionais, políticas de saúde e o combate ao racismo que é constante. A partir de suas lutas é que foram sendo geradas em algumas agendas estaduais, e que houvesse um amplo debate em torno de tais questões. Mas ainda há uma necessidade em se construir ou efetivar as políticas já existentes.

Percebemos também que apesar das leis e decretos existentes, muito ainda precisa se conquistar. Embora haja uma política específica voltada para questão étnico/racial, percebemos que não há uma visibilidade nessa temática, entretanto desde 1988, existem princípios constitucionais que atestam o direito da população negra a uma saúde específica. E essa falta de uma maior divulgação se reflete no atendimento ao paciente, ao diagnóstico e tratamento dele.

Muitas são as políticas de saúde para a população negra e para doente de anemia falciforme, mas necessita de monitoramento e aprimoramento, manutenção no combate ao racismo institucional e a eficiência na aplicabilidade das políticas já existentes. A circulação entre as redes existentes nas mais diversas esferas do governo e a participação dos ativistas e movimentos sociais e movimentos negros, para que sejam cumpridas as agendas determinadas. O controle, prevenção e a divulgação dos índices positivos durante o processo de tratamento. A expansão desses documentos torna-se tão necessária quanto à elaboração de tais documentos.

O doente falciforme e seus familiares necessitam de uma maior atenção e suporte para que a vida do doente seja preservada e aqueles em melhores condições o estágio da doença possam viver em “condições de vida quase que igual ao não doente”. Os doentes

devem ser garantidos a eles uma melhor infraestrutura de moradia, alimentação e acompanhamento para que as vidas desses doentes tenham uma maior qualidade.

A anemia falciforme é a doença genética comum no Brasil, com cerca de 200 mil casos por ano. A deformação nas hemácias traz sérias complicações de saúde, como dores, úlceras e implicações no sistema circulatório. No Brasil os registros mostram que um a cada mil brasileiros têm anemia falciforme.

Não adianta o conhecimento acadêmico ficar limitado à academia, ou a informação do campo não chegar à universidade. É preciso diálogo e intercâmbio entre os dois, é importante alutar contra a invisibilidade desta doença e as parcerias com os movimentos sociais, para garantir estratégias que leve a melhoria da saúde desses doentes.

Ao se debater e analisar a inclusão do negro dentro dessas políticas públicas, na dinâmica brasileira, deve-se questionar a real inclusão da população negra enquanto ator social e político, na sua organização. Tratar a questão racial no Brasil está diretamente ligada à problemática da desigualdade social, sendo que existem vários estudos dedicados ao tema da condição do negro no seio da sociedade brasileira, bem como os papéis preteridos à população negra, enquanto ator social e componente de uma identidade nacional.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Silvío Luiz de O que é Racismo Estrutural? Belo Horizonte (MG), Letramento, 2018.

ATLAS DA VIOLÊNCIA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, e FBSP- Fórum Brasileiro de Segurança Pública, Rio de Janeiro, 2017. disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/170602_atlas_da_violencia_2017.pdf; Acessado em 30/03/2020

_____, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e FBSP- Fórum Brasileiro de Segurança Pública, Rio de Janeiro, 2018. disponível em:

http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossies/fontes-e-pesquisas/wp-content/uploads/sites/3/2018/06/IPEA_FBSP_AtlasdaViolencia2018Relatorio.pdf acessado em 30/03/2020

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, poder Executivo, Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm, Acesso em 20 de janeiro de 2020.

_____. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 setembro 1990. Acessado em 14/02/2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendentes, 2001, p.18-31.

_____. Lei Nº 10.678, de 23 de maio de 2003. Diário Oficial da União, poder Executivo, Brasília, DF, 26 de maio de 2003. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.678.htm acessado em 16/02/2019

_____. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial. I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial (I CONAPIR): Relatório Final. Brasília, Distrito Federal, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 20 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_pep.pdf Acesso em 12/01/2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.

_____. Retrato das Desigualdades Gênero Raça, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Raças e etnias – 2010. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/raca_etnias.pdf acessado em 16/2/2019

_____. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Diário [da] República Federativa do Brasil. 21 jul. 2010. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/L12288.htm acesso em 04/01/2020

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil, 2011: uma análise da situação de saúde e a

vigilância da saúde da mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf acessado em 13/02/2020

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2015.pdf. acessado em 04/03/2019

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: Enfrentando o Racismo Institucional, unidade 3, 2016. UNA SUS (Universidade Aberta do SUS)

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. Declaração da UNESCO sobre raça e os preconceitos raciais. Disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/UNESCO-Organiza%C3%A7%C3%A3o-das-Na%C3%A7%C3%B5es-Unidas-para-a-Educa%C3%A7%C3%A3o-Ci%C3%A2ncia-e-Cultura/declaracao-sobre-a-raca-e-os-preconceitos-raciais.html> acesso em 27/04/2020

GOMES, Nilma Lino, O Movimento Negro Educador: saberes construídos nas lutas por emancipação, Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015. P.53

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, Nº 41, Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil, Diretoria de Pesquisas, coordenação de população e Indicadores Sociais. – IBGE, 2019.p.1-12, disponível em https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf acessado em 20/04/2020.

JACCOUD, L. Racismo e República: o debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil. In: THEODORO, M. (Org.). As políticas públicas e as desigualdades raciais no Brasil 120 anos após a abolição. Brasília: IPEA, 2008.

LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, out. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2005000500034&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 12 dez 2018. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500034>

MANDARINO, Ana Cristina de Souza; **GOMBERG**, Estélio. Leituras Afro-brasileiras: territórios, religiosidades e saúdes, Salvador, BA: EDUFBA, 2012. P.45

MENDONÇA, Maísa; **WERNECK**, Jurema; **WHITE**, Evelyn C. (ORGS). O Livro das Mulheres Negras: nossos passos vêm de longe. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Pallas/Criola, 2006

MESA REDONDA SOBRE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: relatório final/ Ministério da Saúde – Brasília, 1996

OLIVEIRA, Fátima. Saúde da população Negra no Brasil. Brasília: OPAS/OMS, 2001.

SAÚDE da População Negra: passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de Políticas Públicas. Rio de Janeiro: Criola, 2010. Disponível em:
http://www.criola.org.br/pdfs/publicacoes/Livreto2_Saude.pdf Acesso em 17/01/2019

SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, 2004, Brasília. Síntese do relatório... Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/seminario_pop_negra.pdf Acesso em 12/01/2019

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL (SEPPIR), Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Brasília, 2007.

SILVA, Silvio José Albuquerque e. As Nações Unidas e a luta internacional contra o racismo, Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2011.

SILVA, Tatiana Dias, **GOES**, Fernanda Lira, (ORGS), Igualdade Racial no Brasil: reflexões no Ano Internacional dos Afrodescendentes- Brasília: Ipea, 2013.

TORRES, C. Etnicidade e saúde: outra perspectiva para alcançar a equidade. In: Equidade em saúde: pelo prisma da etnicidade. Organização Pan-Americana de la Salud. Washington, OPS, pp. 155-204, 2001.

WERNECK, Jurema. Saúde da população negra. Passo a passo, defesa, monitoramento, e avaliação de políticas públicas. Rio de Janeiro, Criola, 2010.