

Promoção da equidade em saúde para a população negra¹

Equity health promotion for the black population

Ana Maria Costa^{II}

Resumo

Este artigo discute a necessidade do Sistema Único de Saúde formular e implementar políticas para populações ou grupos sociais específicos, em condição de iniquidade. Objetiva contribuir para a reflexão sobre as iniquidades em saúde e apresenta alguns impasses, lacunas, desafios e dificuldades para a implantação e/ou implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Palavras-chave: Saúde da população negra; Equidade; Políticas de saúde

Abstract

This article intends to discuss the necessity of the Brazilian public health system (Sistema Único de Saúde – SUS) to formulate and implement policies for populations or specific social groups in inequality conditions. It also aims to contribute to the reflections involving inequities in the health system and to show some impasses, lacunas, challenges and difficulties for the establishment and/or implementation of the Health and National Politics of Integral Health of the Black Population.

Keywords: Health of the black population; Equity; Health policies

¹Transcrição da fala apresentada na reunião técnica Implementando a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, realizada em Salvador, nos dias 03 e 04 de agosto de 2010, revisada pela autora.

^{II}Ana Maria Costa (email: doutorana@gmail.com) é médica sanitária, Doutora em Ciências da Saúde. Ex-diretora do Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Ministério da Saúde, Brasil. Presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES.



Tem grande importância o fato de que o Sistema Único de Saúde tenha se dado conta da necessidade de formular e implementar políticas para populações ou grupos sociais específicos em condição de iniquidade de acesso a serviços de atenção e cuidado à saúde. Esse fato surge como consequência da mobilização social destes grupos que conseguiu pautar e transformar suas demandas em prioridade de governo. É o caso da população negra, dos grupos de lésbicas, gays, travestis, transsexuais e bissexuais, da população do campo e das florestas, em situação de rua e ciganos.

A ideia, aqui, é contribuir na reflexão sobre as iniquidades em saúde e apresentar algumas notas sobre os impasses, lacunas, desafios e as dificuldades na implementação da Política Nacional de Saúde integral da População Negra², analisando os avanços conquistados. Como é do conhecimento geral, esta política decorre de um longo processo, cujo protagonismo dos movimentos sociais é inegável. Sua possibilidade em ser formulada e sacramentada como política para o SUS resulta da decisão de governo em reduzir as desigualdades e assumir o racismo como um determinante de desigualdade social diretamente relacionada à condição de saúde, por meio da ação efetiva de governo, que decidiu incorporá-la como uma meta importante para se conquistar mais equidade em saúde, enten-

dendo que isso contribui na consolidação da universalidade do acesso à saúde.

Apesar dos movimentos que lutam por melhores condições para a população negra, inicialmente, restringiram suas demandas em saúde ao cuidado de pessoas com doença falciforme e em alertas sobre a maior prevalência de miomas uterinos entre as mulheres negras, a Política Nacional de Saúde integral da População Negra amplia o rol dessas necessidades, discutindo também as condições da atenção, incluindo o racismo como determinante social da saúde.

Partindo dos princípios do SUS, a Política tem no seu cerne o direito universal à saúde e incorpora o conceito da integralidade, que entende a saúde em uma perspectiva ampla e complexa envolvendo ciclos de vida, riscos e vulnerabilidades, níveis de complexidade de assistência, além de equidade e humanização dos serviços.

Torna-se importante ressaltar que, por meio dessa Política, o SUS admite a existência da discriminação e do racismo que podem estar presentes no processo de cuidado. Desta forma, fica claro que a questão étnica, de raça, de cor está associada à discriminação, ao racismo e à exclusão social, que são aspectos que operam de forma cumulativa naquilo que chamamos determinação social da saúde.

Esse conceito, para nós, da saúde, é muito caro, porque, justamente, marca esse lugar de que a saúde

não depende apenas dos serviços e nem tampouco ao caráter biológico do indivíduo, ou mesmo dos agentes patogênicos aos quais ele está exposto. O indivíduo e suas circunstâncias definem e condicionam o processo saúde-doença. Estas circunstâncias poderão estar relacionadas de formas distintas, ou seja, mais próximas ou mais distantes do indivíduo, e em ambos os casos assumem importância na determinação social da doença.

Portanto, a doença ou a vulnerabilidade em adoecer é dependente das condições sociais, econômicas e culturais nas quais as pessoas estão inseridas. O conceito de determinação social faz alargar a visão de saúde e relativizar o papel estrito do setor saúde na produção de saúde. Por meio dessa constatação, verificam-se os limites do sistema de assistência médico-sanitário, sem, no entanto, menosprezar a sua importância, o que requer a convocatória aos demais setores de políticas sociais para participarem com sua parcela de responsabilidade sobre o nível e a condição de saúde de um grupo social.

Desta maneira, é importante ressaltar que as mudanças do nível de saúde da população negra envolvem um modelo de desenvolvimento social centrado nos direitos sociais e no bem-estar da população. Trata-se de um desenvolvimento que promova a inclusão social, a eliminação do analfabetismo, garantia de trabalho e emprego, com melhores níveis de distribuição de renda, enfim, avançando de fato na democracia social. Isso é importante tomar como norte ao analisar as metas da Política que, em última instância, pretendem melhorias da condição de vida e de saúde da população negra, como assim expressam os indicadores selecionados no seu plano operativo.

As mudanças nos indicadores sociais nos últimos tempos no Brasil reduziram as desigualdades. Uma das principais causas destas mudanças é da responsabilidade da implementação do Programa Bolsa Família, cuja repercussão nos indicadores de saúde é evidente. Isso ocorreu como resultado da ampliação do acesso das pessoas ao alimento, a bens de consumo e serviços que modificam positivamente a condição de vida. As mudanças significativas ocorridas na mortalidade infantil, nos últimos anos, podem ser explicadas pela ampliação do acesso aos serviços de atenção primária proporcionada pela Estratégia de Saúde da Família, associada ao Programa Bolsa Família.

Entretanto, a consolidação do SUS merece ainda um grande investimento social e requer dos movimentos so-

ciais uma luta por mais conquistas setoriais. O sentido de um sistema de saúde que funcione com qualidade e acesso universal equânime visa atender às necessidades sentidas da população que precisa de atenção de forma imediata para o alívio do seu sofrimento. Esta é uma condição básica para garantir o direito humano de ser assistido na sua condição de necessidade e dor. Por isso, é importante que se mobilize pela consolidação do Sistema Único de Saúde, que nasceu da mobilização social. Para que o sistema seja capaz de resolver os problemas atuais da assistência médico sanitária em todas suas variantes e dimensões, há muitos desafios. Esta abordagem não envolve apenas o cuidado à saúde e doença, mas incluem a dimensão da prevenção e da promoção da saúde, essenciais para a população em geral e em particular para a população negra.

Verificando o mapa das mortes por violência, se constata que é importante causa de mortalidade de jovens e adultos negros. Esse é um caso para o qual a promoção da saúde assume o papel de reduzir a vulnerabilidade destas pessoas. A redução da violência precisa de ações intersetoriais articuladas com a participação, por exemplo, das escolas, dos serviços de saúde e segurança pública. Mais uma vez, é reafirmado, aqui, a complexidade de produzir saúde e qualidade de vida.

A implantação da Política de Saúde da População Negra deve ser realizada por meio da mobilização das secretarias municipais e estaduais, apoiadas pelo Ministério da Saúde no âmbito federal. Juntas, deverão exercer ações convergentes para enfrentar os diversos problemas da saúde da população negra. Esta é a lógica do Sistema Único de Saúde, que, como o nome diz, deve ter uma forma de operar nacionalmente, com uma lógica única. As responsabilidades se distribuem em cada nível de gestão, de cada instituição, de cada âmbito de gestão do SUS. O Ministério da Saúde tem um papel fundamental nesse processo, porque é a cabeça do Sistema Único de Saúde, é quem formula as políticas, quem define as grandes diretrizes e as grandes normas operacionais do sistema. É ainda o Ministério que gerencia o recurso federal da saúde e o distribui aos Estados e Municípios.

O papel do Ministério da Saúde é também induzir, apoiar estados e municípios para que realizem a implantação das políticas formuladas e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde e que, via de regra, são posteriormente pactuadas na Comissão Intergestora

Tripartite. Esta é a instância de negociação e acordo entre todos os gestores: o municipal, o estadual e o federal. E lá, na comissão tripartite, são definidas as metas que cada estado e município deverão perseguir descritos sob a forma de um pacto, que cada gestor deve cumprir sua parte para mudar uma determinada situação sanitária. O pacto expresso em um Plano Operativo destinado a dar consequência à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é bastante avançado por envolver mudanças de indicadores importantes para esse grupo populacional. Por outro lado, é preciso ter consciência de que somente a médio e longo prazo serão demonstráveis as mudanças que se fizerem hoje no sistema de atenção.

Considerando, a redução da mortalidade materna, que é um dos compromissos deste Plano Operativo, sabidamente um dos problemas sanitários de maior expressão a essa população coube a construção de um pacto de estratégias particulares para a redução da morte materna entre mulheres negras. Isso é necessário por que são as mulheres negras que mais morrem de morte materna, ou seja, de mortes relacionadas à gravidez, parto e puerpério. A morte materna é na sua grande maioria evitável e é dependente, fundamentalmente, de garantia de acesso aos serviços de saúde de qualidade. Pelo fato de morrerem mais, precisamos ter meta e ações diferenciadas⁴. Isso implica que estados e municípios se comprometam a promover as mudanças necessárias que reduzam a desigualdade desfavorável às negras. O pacto realizado entre as representações dos gestores deveria gerar de forma automática um compromisso de todo o Brasil. A forma como esse compromisso é realmente assumido varia com as intenções políticas dos respectivos gestores e, por isso, torna-se uma questão política.

Esse pode ser identificado como um primeiro impasse na implantação das Políticas. Se o fato de pactuar na Tripartite uma determinada meta sanitária for pra valer, exigiria, imediatamente, um compromisso político, de cada gestor municipal e estadual, para implementar ações, de forma a alcançar a meta pactuada.

O SUS é desenhado de forma que a secretaria estadual apoie os municípios de seu território para que eles operacionalizem mudanças para implantar e consolidar a política. Caberiam às secretarias estaduais a realização de um conjunto de atividades que dessem conta de sua tarefa. Isso envolve apoio ao treinamento, capaci-

tação de profissionais e prover apoio técnico para que municípios possam planejar e executar suas funções.

As políticas de promoção de equidade no SUS exigem que a lógica de planejar e operar envolva olhar de forma particular para aquela população mais vulnerável em situação de iniquidade. Planejar identificando territórios, grupos populacionais de maior vulnerabilidade e risco, entendendo os territórios onde moram as pessoas. É preciso ir onde o povo mais necessitado está, fazer buscas ativas e transformar a qualidade do atendimento ao pré-natal oportuno e voltado ao monitoramento das condições de risco da gravidez. Simples assim: que as pessoas mais necessitadas sejam cuidadas de forma diferenciada, para evitar a morte materna. Também é necessário garantir um parto adequado e de boa qualidade, bem como atenção oportuna e qualificada ao puerpério. Para isso, é necessário que os profissionais sejam comprometidos e que haja serviços complementares, medicamentos, insumos e a infraestrutura adequada. Isso é o que a população, no caso a mulher, precisa.

Entre as divisões de papéis no SUS, planejar a assistência para oferecer o que a população precisa é função essencialmente do município. Ao estado, mesmo que lhe caibam alguns serviços estratégicos, cabe a indução e o apoio aos municípios, para que eles passem a implementar a política, cuidando de forma diferenciada dos negros em condição de iniquidade.

O mesmo raciocínio de abordagem das iniquidades é aplicável às mudanças necessárias aos outros indicadores pactuados: mortalidade infantil, mortalidade relacionada às doenças infecciosas, aids, tuberculose, e todas as outras situações que constituem as metas sanitárias da política.

Por outro lado, também é necessário que seja difundido por todo o país aquilo que é estruturante na política, que é a redução, a eliminação da discriminação, do racismo, no âmbito da rede do serviço do SUS. Pois, se há evidências do racismo, ao ponto de ter conduzido o Ministério da Saúde a assumir sua existência, seu combate deve ser uma responsabilidade de todo o sistema e de toda a sociedade nacional. A desconstrução de valores e moralidades que alimentam os preconceitos e a discriminação é uma tarefa que exige a participação de todos. Mas, no âmbito do SUS, há que se estabelecer um processo de vigilância especial para que essa discriminação dos serviços não possa se constituir em uma condição a

mais na perversa desigualdade que os negros já possuem em relação à saúde.

Está constatado que é menor a presença das mulheres negras nos serviços para o cuidado a sua saúde, e uma das hipóteses explicativas para o fato que deve ser explorada é a de que as mulheres negras comparecem pouco ao serviço pelo mal-estar ocasionado pela discriminação.

O estudo do professor Naomar Almeida Filho¹ busca conhecer as vulnerabilidades em relação à depressão, tomando as variáveis de gênero e raça, tendo sido realizado em Salvador, na Bahia, cujos resultados dão evidências na determinação social desta morbidade pela condição de gênero sobreposta à raça. Então, como o estudo deixa claro, as mulheres negras são mais acometidas de depressão e algo precisa ser feito de forma diferenciada para evitar essa desigualdade que certamente resulta da associação de situações acumuladas de discriminação às mulheres e aos negros. A eliminação do preconceito e da discriminação deve estar na agenda de todos os governos.

Os governos nacionais, desde 2003, têm adotado a iniciativa de criar os campos de política de promoção da igualdade racial, com o sentido de enfrentar essa difícil questão, frequentemente camuflada na chamada democracia racial. A discriminação social e institucional é o traço comum das populações em condição de iniquidade – negros, ciganos, em situação de rua, LGBT – e, por isso, qualquer política de melhoria de condição de vida desses grupos sociais deve valorizar o combate ao preconceito e à discriminação.

A formulação de políticas de saúde que produzam mais equidade social cumpre o princípio do direito universal à saúde como base do SUS. Todas as instituições que compõem o SUS deverão se tornar responsáveis pelo desenvolvimento de ações específicas que contemplem esse recorte de equidade para que não só na retórica, mas na prática, procedam-se a mudanças que eliminem o preconceito e a discriminação reduzindo vulnerabilidades e ampliando o acesso a estas pessoas. Instalar uma cultura de reclamação junto a canais de ouvidoria pode ser uma iniciativa importante para identificar e punir a discriminação.

Até o presente, não há registro de denúncia de discriminação nas estatísticas das ouvidorias, apesar das evidências de que esse fenômeno perverso já fora identificado no SUS interferindo negativamente no acesso de gestantes aos serviços de saúde. Essa questão é

muito importante, pois esteve vendo a estatística da Ouvidoria do SUS e não temos reclamação de discriminação. É muito baixa, também, a presença de processos, no campo da justiça, que envolva a discriminação no serviço. Quando assumimos isso como uma questão importante, foi interpretativo aos próprios indicadores de saúde e aos próprios estudos de processo de assistência médica relacionado à mulher negra. No caso das grávidas, o estudo da Maria do Carmo Leal, lá do Rio de Janeiro³, aponta essa discriminação.

Diante disso, torna-se importante estimular que as pessoas denunciem os casos de discriminação no âmbito do SUS e levem o problema às ouvidorias, que, por sua vez, deverão estar preparadas para apurar e encaminhar os responsáveis para as devidas punições. Se houvesse estímulo às denúncias de discriminação, seria possível construir uma excelente estratégia de conhecimento da dimensão do problema com mapeamento da localização da discriminação na rede de saúde.

Por outro lado, voltando a essa dinâmica do processo de implantação da política, é preciso que os serviços tenham um olhar diferenciado sobre a população negra e que possam, por meio desse olhar diferenciado, incidir sobre as vulnerabilidades dessa população.

O caminho escolhido para a Política de Saúde Integral da População Negra é o da transversalidade. Integralidade com transversalidade. O que é isso? Significa que as diretrizes e orientações desta Política devem incidir e impactar todas as áreas de organização do processo de cuidado à saúde: da atenção básica a alta complexidade, da atenção neonatal, infantil, ao idoso, do homem e da mulher. Esta lógica de redução das iniquidades deve ser transversal no trabalho de cada instituição de saúde.

A necessidade de combate ao racismo na atenção à saúde da população infantil, adolescente, da mulher, de idosos. Isso deve ser transversal, incluídas as formas de organização voltadas para o controle de algumas patologias. Mas é necessário também que, além de trabalhar com todas essas áreas que compõem a linha de cuidado, voltar a atenção para mudanças nos diversos tipos de serviços que compõem a rede do SUS.

Por ser porta de entrada, a atenção primária, ou também chamada de básica, tem um papel muito importante na implantação da Política. Alertar sobre os riscos e capacitar para a atenção adequada os profissionais que integram a equipe de saúde da família é uma estratégia

eficaz para a implantação desta Política. Portanto, é estratégico, fundamental, seduzir a atenção básica do estado para que incorpore esse olhar diferenciado que a política nacional integral da saúde da população negra convoca e exige do SUS.

No entanto, a atenção básica não é suficiente. Para ser integral, é necessário ir além da atenção básica e, para isso, incorporar os outros níveis de cuidado, pois há outros momentos em que a população negra precisa ser atendida no hospital, no sistema mais especializado. No hospital, não é só a redução, ampliação do acesso da população negra, mas é oportuno lembrar as diferenças e especificidades que envolvem o respeito às culturas e cultos religiosos dentro do hospital.

O respeito aos religiosos de matriz africana e outros é lei nacional e consta da Carta de Direito dos Usuários da Saúde. Essa Carta trata de divulgar vários aspectos legais relacionados aos direitos e deveres dos usuários. Em relação à população negra, a Carta assegura seus direitos, e, se professam algum credo de origem de matriz africana, de terem ali os seus sacerdotes na sua assistência direta, no momento da internação hospitalar. Isso já é uma lei e está ressaltada e divulgada na Carta de Direito dos Usuários da Saúde. Respeitar a cultura de um povo tem um sentido muito importante também de promover a saúde.

É necessário que seja feita uma ampla disseminação acerca do direito a saúde, ampliando a consciência sanitária. Esta é a base de uma mobilização social imprescindível para consolidar a saúde como um direito social. É preciso lembrar sobre a necessidade de politizar o tema da saúde, nos movimentos negros, na população negra, para formar consciência crítica e pressionar pela implantação das demandas e ações necessárias.

Por isso, é importante a representação de negros nos conselhos, conferências e nas instâncias de gestão participativa no SUS. O impasse político entre quem precisa e os que gerenciam as instituições públicas aumenta a chance de compromisso maior para com as políticas de promoção da equidade. A ação política de um representante da população negra envolve o convencimento de outras representações sobre as demandas e necessidades de seu grupo representado. Idealmente, um conselho eficaz politicamente é aquele que assume defender as necessidades coletivas.

Embora previsto, a criação de comitês de saúde da população negra tem efeito relativo no contexto da im-

plantação da Política. É necessário rever a orientação pela instituição de uma área de saúde da população negra no município, ou no estado. O que é necessário, de fato, é ter a presença das ações da política de saúde da população negra nos planos municipais de saúde. Esta condição, aliada à possibilidade dos conselhos atuarem na cobrança de iniciativas, é importante para que as instituições avancem rumo à consolidação da política.

A pauta da inclusão das ações necessárias e que envolvem a população negra nos planos municipais de saúde é imprescindível. Os planos municipais de saúde são as ferramentas que orientam as ações do município. É importante que as iniciativas avancem, e que as metas que o município promete realizar, em termos da população do seu território, fiquem confirmadas e sacramentadas nos respectivos planos. Estas metas devem constar de ações diferenciadas à população negra, e precisam ser divulgadas para que a população possa acompanhar por meio da ação efetiva dos conselhos.

As populações e grupos sociais em condição de iniquidade muitas vezes superpõem, por exemplo, pessoas LGBT podem ser negras e em situação de rua. Todas as políticas relacionadas ao enfrentamento das iniquidades devem buscar realizar uma ação com interação convergente. Portanto, essas políticas que acolhem esses grupos particulares em situação de desigualdade precisam ter estratégias específicas de forma a promover a saúde e cuidar garantindo lhes o direito a saúde. Todas elas se imbricam, se matriciam e, na prática, a abordagem das iniquidades deve ser idealmente simultânea e articulada preservando as especificidades de cada grupo.

Importante lembrar que esta Política não tem linha de financiamento vertical, já que os recursos destinados à atenção médica e sanitária desta população já são normalmente repassados aos estados e municípios. Isso porque os recursos de assistência médica-sanitária, destinados à população em geral, envolvem a população negra, porque a base é a população residente no território. Cada pessoa residente no município recebe um valor per capita para que o município dê conta de realizar a assistência médica na sua rede.

Referências

1. Almeida Filho N. A saúde e o paradigma da complexidade. Cadernos IHU 2006; 4(15) . [acesso em 3 jun. 2011]; Disponível em: http://www.ihu.unisinos.br/uploads/publicacoes/edicoes/1158325839_84pdf.pdf.
2. Brasil, Ministério da Saúde, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. Brasília; 2010.
3. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto,1999-2001. Rev. Saúde Pública 2005;39(1):100-7.
4. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL.Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. The Lancet 2011; 377 (9780): 1863-76; Disponível em: <http://download.thelancet.com/fla-tcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>.

