

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS NACIONAIS**

**ANA KÁTIA MELO DE AGUIAR**

**ATUAÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO DIREITO  
A SAÚDE DAS POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE, COM  
FOCO NA POPULAÇÃO NEGRA**

**Brasília  
2012**

**ANA KÁTIA MELO DE AGUIAR**

**ATUAÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO DIREITO  
A SAÚDE DAS POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE, COM  
FOCO NA POPULAÇÃO NEGRA**

**Monografia apresentada a Universidade  
Federal de Minas Gerais, como requisito.  
Obrigatório para obtenção do título de  
Pós Graduação do Programa de  
Formação de Conselheiros Nacionais**

**Brasília  
2012**

## **AGRADECIMENTOS;**

Agradeço primeiramente a minha amiga Claudia Spinola pelo apoio, incentivo, ajuda e orientação em todo o período da minha pós-graduação, obrigada amiga, agradeço também Jacinta Senna por ter me ajudado no início do curso a fazer a minha inscrição me dando voto de confiança, assinando toda documentação para que pudesse ter acesso à concorrência, agradeço ainda a orientação, que Lilian Gomes, proporcionou no percurso do curso, pela paciência, conversas e pelos primeiros incentivos para continuar pesquisando sobre Atuação do Conselho Nacional de Saúde em relação ao Direito a Saúde das Populações em situação de Vulnerabilidade, com foco na População Negra.

## RESUMO

Esta Monografia procurou demonstrar em sua análise avaliativa alguns elementos e às nuances que perpassam a Atuação do Conselho Nacional de Saúde em relação ao Direito a Saúde das Populações em situação de Vulnerabilidade, com foco na População Negra.

A aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a sua respectiva implantação está sendo fundamental para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da população negra no País, uma vez que se evidencia que os negros estão presentes nos estratos mais pobres e vulneráveis da população, gerando, inclusive desigualdades raciais, que pode ser constatadas quando se observa a precocidade dos óbitos na mortalidade infantil e materna presente nesse segmento da população. Relacionado a este fato percebe-se, também, que historicamente, a discriminação racial está ligada diretamente ao racismo. É importante notar que os processos de atenção e cuidado à saúde quando direcionados para determinado segmento populacional influenciam na melhoria dos serviços e na qualidade do atendimento, contribuindo assim para minimizar as desigualdades e as injustiças sociais que este povo vem sofrendo ao longo dos anos.

Atualmente trabalhar com a saúde da população negra exige uma ação abrangente e planejada, que envolva parcerias internas e externas ao Conselho Nacional de Saúde, não tem-se dúvida de que se trabalhando com as três esferas de governo possa de maneira a permitir a redução dos efeitos acumulados da omissão em relação à realidade deste segmento populacional. A consolidação de uma política relacionada à saúde de negros e negras no Brasil só será possível com a proposição de estratégias que permitam a implementação da PNSIPN que possibilita a correção de desigualdades sociais e da discriminação nos serviços e ações de saúde em todo o território.

## SUMÁRIO

<b>Introdução.....</b>	<b>6</b>
<b>1- Os Preâmbulos do SUS e o Movimento da População Negra.</b>	
1.1 - Reforma Sanitária.....	10
1.2 – VIII Conferência Nacional de Saúde.....	13
1.3 – Constituinte de 1988.....	18
<b>2 – Os instrumentos da Participação e do Controle Social e o Movimento Negro inserido nesse processo.</b>	
2.1 – Conferências de Saúde.....	23
2.2 – Conselhos de Saúde.....	27
<b>3 – O Controle Social na defesa dos direitos à saúde das populações em situação de vulnerabilidade com foco na população negra.</b>	
3.1 – Direito à saúde e a população negra.....	28
3.2 - População em situação de vulnerabilidade.....	31
3.3 – A participação e o controle social na saúde da população negra.....	34
<b>4 – O Conselho Nacional de Saúde e a sua atuação na saúde da população negra.</b>	
4.1 – A Atuação do C.N.S em prol a saúde da população negra.....	35
4.2 – As ações/resoluções/recomendações aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, de 2000 a 2012, para o fortalecimento do SUS com foco da SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.....	36
4.3 – Aspectos fundamentais que pautam a atuação dos Conselheiros Nacionais de saúde em relação à saúde da população negra.....	37
4.4 – A atuação do Conselho Nacional de Saúde em relação a Saúde da População Negra.....	39
4.5 – As ações aprovadas pelo conselho que são instrumentos para o fortalecimento do SUS em favor à saúde da população negra.....	40

## **Introdução**

A referida monografia traz em seu conteúdo uma análise da atuação do Conselho Nacional de Saúde em Relação ao Direito a Saúde das Populações em Situação de Vulnerabilidade, com foco na População Negra, tendo como referência a base teórico-metodológica capaz de conjugar categorias-chaves para o debate político que engloba Estado/sociedade civil, políticas públicas e cidadania.

Através das Políticas públicas, o Estado tem como objetivo a expansão de direitos, a minimização das desigualdades sociais permitindo assim que a justiça seja efetivada. Uma política pública deve incorporar demandas da sociedade civil e no caso em foco a preocupação com a equidade racial tem por objetivo transpor barreiras que reproduzem as desigualdades, pela distribuição ou redistribuição de bens e serviços sociais em resposta às demandas da sociedade civil, como expressão do compromisso em relação à equidade racial, ainda são incipientes.

Dessa forma, entende-se que para a promoção da garantia da Saúde Integral da População Negra é necessário à efetiva constituição de um Estado Social, embasado por direitos e responsabilidades públicas, a partir de um novo tipo de regulação social, regido por estatutos de direitos do cidadão e dever do Estado (PEREIRA, 1999).

Raimundo Nina Rodrigues escreveu, no século passado, que “os negros existentes se diluiriam na população branca e tudo estaria terminado” (Gazeta Médica da Bahia. n. 76. Suplemento 2, 2006).

Nesse período, o Brasil se inseriu em uma nova rota ideológica do branqueamento, no qual negros e brancos conviviam sobre o manto da democracia racial, constituía-se então uma nação de iniquidades. Para Theodoro (2010), esse discurso: deixa de ser um problema, mitiga e termina por rejeitar o reconhecimento da desigualdade racial como problema nacional, assim como o debate sobre suas causas e seus desdobramentos.

Se há divergências fundamentais quanto à natureza da sociedade brasileira, as características das camadas e dos grupos sociais, isso não impede que exista um ponto de partida comum: a formação “colonial”. Pode-se afirmar que este será talvez um dos poucos ou

único ponto de unanimidade: todos estão de acordo que as características de hoje apresentadas pela sociedade no Brasil resultam de um processo de transformação, cuja base está vagamente descrita como formação colonial (SILVA, 2010).

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

Da abolição dos escravos à atualidade, a população negra vem conquistando apenas os direitos civis em igualdade com os demais cidadãos, nos quais a transformação do direito universal ao sufrágio só ocorreu após a Constituição Federal de 1988 que ampliou o direito de voto aos analfabetos, entretanto, o direito a propriedade jamais foi conquistada no Brasil, constituindo enorme dívida social. Verifica-se assim que com a nova Carta Magna de 1988 outros direitos foram se consolidando: a saúde, a educação, a habitação a previdência pública e a assistência.

A Constituição Federal denominada como Constituição Cidadã representou um marco ao eleger instrumentos importantes para a democratização. Pela primeira vez, uma Constituição retrata a importância da construção de um Estado Democrático de Direito. Nesse cenário que a Constituição é promulgada são feitas alterações importantes nos marcos da construção de um Estado de Direito e de um processo democrático. A democracia é definida como a presença efetiva das condições sociais e institucionais que possibilitam ao conjunto dos cidadãos, a participação ativa na formação do governo e conseqüentemente no controle da vida social.

O conceito de seguridade social foi concebido como um sistema que compreende um conjunto integrado de ações e iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, a previdência e à assistência social (CF artigo 194). Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) emerge como estratégia de descentralização

para a atenção à saúde, tendo os princípios e as diretrizes de universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade.

Os direitos que emergem da construção da cidadania segundo Dagnino (1994), são, assim apresentados como:

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

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

Quanto ao racismo e ao sexismo estes continuam imprimindo marcas segregadoras com restrições aos direitos, invisibilidade e preconceito. Os indicadores de saúde demonstram perfis de desigualdades em saúde denunciados por parte de ativistas femininas do movimento negro no campo da saúde.

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

No contexto dessa análise política de saúde da população negra está ancorado em Guimarães (2005), sobre a abordagem do racismo institucional o qual atua no nível das instituições sociais, em relação às formas como estas funcionam, seguindo as forças sociais, reconhecidas legitimamente pela sociedade e, assim, contribuindo para a naturalização e reprodução da hierarquia racial.

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

Desse modo, as ações afirmativas para a isenção da população negra nas políticas públicas têm suscitado intensos debates, especialmente por trazerem de forma explícita ou implícita as concepções de racismo e as discriminações presentes na sociedade brasileira. Segundo Gomes (2002), “as ações afirmativas se definem como política pública e, principalmente, voltadas à concretização dos preceitos constitucionais e da igualdade material e à neutralização dos efeitos da discriminação racial, de gênero, de idade e de origem nacional”.

## Capítulo 1

### Os Preâmbulos do SUS e o Movimento da População Negra

#### 1.1 - Reforma Sanitária

As questões relacionadas à saúde pública brasileira são históricas, desde o início da república foram apontadas diversas proposições a serem alcançadas, com o objetivo de obter um sistema de saúde que fosse eficiente. No início do século a falta de um sistema sanitário público que atendesse as necessidades da população do nosso País se focou em graves epidemias, um exemplo citado por diversos autores ocorreu na cidade do Rio de Janeiro no início da República brasileira, quando se alastrava por todo o município a presença de diversas doenças que acometiam a população, como a malária, a varíola e a febre amarela. Oswaldo Cruz, numa atitude de coragem instituiu a Lei Federal de nº 1261 de 1904, que tornou obrigatória a vacinação antivaríola, essa ação ficou conhecida como a revolta da vacina, devido à falta de informação dos brasileiros.

O Brasil, devido ao processo de escravidão, ainda vive um período de evolução com relação ao reconhecimento do negro na sociedade. Segundo Sueli Carneiro, "esse tipo de pensamento é tolerância com as nossas misérias. É achar que mais de um século é tempo insuficiente para promover a verdadeira inclusão social dos negros e para promover uma verdadeira democracia social. Isso é ser tolerante com a nossa miséria cultural, é ser antiético, inclusive, na percepção do fenômeno social brasileiro.”.

Assim, durante muitos anos os avanços do movimento sanitário ocorreram concomitantemente às ações do movimento negro e a Reforma Sanitária Brasileira que teve seu ápice com uma proposta inovadora onde o Brasil se encontrava num momento de intensas mudanças, ressaltando-se que sempre se pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial. Acontecia uma intensa crise financeira na previdência social, que era na época, a principal fonte de financiamento da área da saúde. Diante dessa realidade, onde se almejava restrições de gastos previdenciários com a assistência médica, foi necessário que surgissem alternativas e propostas de fortalecimento do setor saúde e se apresentasse uma nova maneira de remuneração para a compra dos serviços privados de assistência médica.

Paralelo a esse movimento da reforma, Sueli Carneiro, ainda, demonstra que a discriminação e a intolerância no Brasil são resultados de uma postura de negação histórica. Agravando-se com a impunidade em relação às práticas criminosas de racismo, violência

contra a mulher e homofobia. Todos esses temas contidos nas políticas públicas que estão a contribuir para a melhoria de vida desse segmento populacional.

Nesse contexto histórico, apresentou-se a proposta de reestruturação da rede pública de serviços de saúde, apontando para a universalização e a racionalização desses serviços. Apesar de um bom projeto este não foi para frente, encontrando retaliações do próprio Ministério da Saúde, não sendo efetivado.

Fleury demonstra que no período da democracia populista (1946-1963), a expansão do sistema de seguro social faz parte do jogo político de intercâmbio de benefícios por legitimação dos governantes, beneficiando de forma diferencial os grupos de trabalhadores com maior poder de barganha, fenômeno este que ficou conhecido como massificação de privilégios e implicou o aprofundamento da crise financeira e de administração do sistema previdenciário.

Segundo Elias (1993) a Reforma Sanitária sofreu, também, forte influência do processo vivenciado pela Itália, a partir da segunda metade da década de 60. Fazendo comparações relevantes aponta o processo italiano como um padrão das democracias representativas clássicas, onde o movimento fundamental era a sociedade em direção ao Estado, enquanto no Brasil a situação era bastante diferente desta, sendo o movimento fundamental do Estado em direção à sociedade.

Já na década de 1970/80 desenvolveu-se um movimento denominado sanitarista composto, essencialmente, por profissionais e trabalhadores integrantes da área da saúde, onde eram discutidos e debatidos grandes temas ligados à política de saúde pública e outras prioridades do setor (Cohn, 1989).

Novas tentativas de mudança ganharam forma, foi Lançado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), que teve a sua origem no Ministério da Previdência e Assistência Social, prevendo convênios que envolviam a Previdência, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde. Estes começaram a ser efetivados a partir de 1983. Nessa mesma época o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) iniciou o pagamento por procedimento médico as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH).

Paralelamente, a esse processo, os integrantes do movimento da reforma sanitária trabalhavam militantemente em estratégias e modelos alternativos para a política pública de saúde, surgindo como alternativa o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Dessa vez os convênios referentes ao SUDS foram assinados, tripartite, englobando as esferas federal, estadual e municipal, acontecendo a partir de 1988. Entretanto, já se conseguia visualizar a universalização do acesso aos serviços de saúde, trabalhando-se para o fortalecimento do setor público.

Segundo Cohn (1989) essas experiências apresentaram vulnerabilidade política e institucional. Tendo em vista que os convênios que eram assinados seguiam a lógica clientelista, que podiam ser percebidas de diversas formas, uma vez que os convênios não eram todos assinados ao mesmo tempo e nem os critérios de assinatura que se seguiam não correspondiam à mesma lógica de processo de negociação. Era importante demonstrar que o INAMPS se constituía na exclusão dos cidadãos enquanto pessoas necessitadas de atendimento, uma vez que esse só atendia os trabalhadores. O que isso significava? Que à assistência em saúde estava voltada somente aos trabalhadores com vínculo formal ao mercado de trabalho, o que contemplava somente a parcela da população que contribuía para a previdência social e privava a maioria da população ao acesso às ações de saúde, restando a elas a assistência prestada por entidades filantrópicas. Enquanto isso o direito era reconhecido internacionalmente em 1948, quando da aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU). No Brasil, ele foi incorporado como o “direito” apenas dos trabalhadores.

Essa exclusão incentivou o movimento sanitário a crescer e a ganhar forças, pois tinha proposições concretas, que direcionavam para a universalização e a inclusão de todos os cidadãos brasileiros à assistência pública de saúde. Observa-se que a medicalização não era mais prioridade, mas sim a prevenção e a proteção da saúde, sendo estas integradas ao novo sistema proposto de saúde. A descentralização já fazia parte, também, das propostas desse movimento, assim como a participação da comunidade contribuindo para que a gestão seguisse o rumo apontado por ela para a melhoria dessa saúde.

Todo esse movimento da reforma sanitária trouxe discussões, inclusive, sobre a equidade e os negros, pauta constante de debates. Batista e Kallman (2004) ressaltam que o movimento negro, há muitas décadas, sempre teve consciência de que negros e negras

morrem mais e que suas condições de vida determinam como adoecem e morrem, corroborando assim, com a concepção dos determinantes sociais.

Roland (1991) aponta para a percepção das desigualdades raciais no tocante à saúde no Brasil, ressaltando que esta ainda é muito incipiente. Desse modo, sabendo da realidade em que vive a população negra, é necessário que sejam apontados dados que verifiquem a situação de saúde da população negra.

Segundo Fleury (2009), a reforma sanitária possibilitou, inclusive, as opções pelo fortalecimento das políticas públicas e construção das bases de um Estado do Bem-estar Social que foram vistas como prioritárias, unificando as demandas dos setores mais progressistas.

Assim, a reforma sanitária e suas concepções permanecem, ainda, para essa população, em um estado de utopia, uma vez que nem os dados sobre quesito raça/cor não estão contidos em todos os sistemas de informação da saúde. O que demonstra claramente a necessidade de retomar discussões que vêm sendo apresentadas durante décadas. Esses dados, sem dúvida, segundo Roland (1999), são indispensáveis nos serviços de saúde, uma vez que possibilitarão o diagnóstico e prevenção de doenças atualmente consideradas étnicas e o conhecimento do que adoecem e morrem os negros e negras brasileiros.

## **1.2 – VIII Conferência Nacional de Saúde**

Apesar das Conferências de Saúde contarem com a participação popular desde a sua 8ª edição (1986), os movimentos sociais relacionadas à população negra nunca participaram como segmento organizado, o que não foi diferente até a 14ª CNS realizada em 2011, cujo tema central foi: “**Acesso e Acolhimento com Qualidade: Um desafio para o SUS**”, onde se verifica no Cap. 4.5, que pouco ou quase nada foi relacionado à promoção de saúde desse segmento populacional.

Enfatiza-se que até a 8ª Conferência de Saúde, realizada em 1986, a população não participava das discussões. Contudo, após esta data, as Conferências em todas as suas fases passaram a contar com a participação de representantes de diversos segmentos da sociedade e, atualmente, são realizadas a cada quatro anos.

Fazendo um breve resgate das conferências nacionais de saúde que se realizaram ao longo da história do Brasil, apresentam-se abaixo as datas e temas dessas Conferências:

- **1ª Conferência Nacional de Saúde:** realizada em 1941, cujo tema central foi: “Situação sanitária e assistencial dos estados”.
- **2ª Conferência Nacional de Saúde:** realizada em 1950, seu tema central foi: Legislação referente à higiene e segurança do trabalho.
- **3ª Conferência Nacional de Saúde:** realizada em 1963, seu tema central foi: Descentralização na área de saúde.
- **4ª Conferência Nacional de Saúde:** realizada em 1967, seu tema central foi: Recursos humanos para as atividades em saúde.
- **5ª Conferência Nacional de Saúde:** realizada em 1975, seu tema central foi: Constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização.
- **6ª Conferência Nacional de Saúde:** realizada em 1977, seu tema central foi: Controle das grandes endemias e nteriorização dos serviços de saúde.
- **7ª Conferência Nacional de Saúde:** realizada em 1980, seu tema central foi: Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos.
- **8ª Conferência Nacional de Saúde:** realizada em 1986 foi o um marco na história das conferências de saúde no País. Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas da saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. Participaram dessa conferência mais de 4.000 delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, e propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação.

O tema central dessa Conferência foi: “Saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial” com vários documentos de referência: A construção social da cidadania; A educação médica e a reforma sanitária; A formação do enfermeiro frente à reforma sanitária; A participação da mulher no setor saúde; Cidadania, direitos sociais e estado; Direito à saúde,

cidadania e Estado; Emprego em saúde na conjuntura recente - Lições para a reforma sanitária; Financiamento do Setor; O estado, os serviços públicos e a administração; O poder municipal no rumo do SUS; Participação social em saúde; Reformulação do SUS; Reorganização do SUS; Saúde como direito de todos e dever do Estado; e Uma proposta pedagógica para o setor saúde.

- **9ª Conferência Nacional de Saúde:** realizada em 1992, apontava para o caminho da descentralização, municipalização e participação social, descentralizando e democratizando o conhecimento, teve como tema central: “Municipalização é o caminho”. Ressalta-se que o Coordenador Geral dessa Conferência foi o Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems, na época Dr. José Eri Medeiros, Secretário Municipal de Saúde. A partir dessa conferência as administrações que se seguiram no Ministério da Saúde atuaram na mesma direção, formulando soluções e adotando providências sobre gestão municipal, criação de comissões intergestores bipartite, em nível estadual, e tripartite, em nível federal.
- **10ª Conferência Nacional de Saúde:** realizada em 1996, o principal assunto abordado foi à questão da “Construção de modelo de atenção à saúde” e, nesse mesmo ano foi publicada a NOB 96 - Norma de Operação Básica do SUS. Na 10ª CNS os mecanismos de participação já estavam consolidados.
- **11ª Conferência Nacional de Saúde:** realizada em 2000, destacou o processo de implementação do SUS com as dificuldades e propostas para sua efetivação, afirmando que "a efetivação do SUS só seria possível com controle social", além disso, foi à primeira conferência que apareceu o tema da humanização na atenção à saúde, cujo tema central foi: “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”.
- **12ª Conferência Nacional de Saúde:** realizada em 2003, ocorreu em um momento importante para a saúde pública brasileira. Foi antecipada em um ano, para que suas propostas nortearassem as ações de governo no período de 2003-2007 com o tema central: “Saúde um direito de todo e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos”. Teve uma importante participação da população, tanto nas etapas municipais, estaduais, quanto na nacional. Com o objetivo principal de

reafirmar o direito à saúde, os principais temas foram divididos em eixos temáticos: direito à saúde; a seguridade social e a saúde; a intersectorialidade das ações de saúde; as três esferas de governo e a construção do SUS; a organização da atenção à saúde; controle social e gestão participativa; o trabalho na saúde; ciência e tecnologia e a saúde; o financiamento da saúde; e comunicação e informação em saúde.

- **13ª Conferência Nacional de Saúde:** realizada em 2007, teve como tema central: “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”, com os seguintes eixos temáticos: Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde; e A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde. Cada um dos temas foi discutido em mesa-redonda e contou com a participação de quatro expositores e um debatedor, que coordenou as discussões entre delegados e convidados. A estrutura instalada para a 13ª Conferência Nacional de Saúde mobilizou milhares de pessoas em todo o país.

- **A 14ª Conferência Nacional de Saúde:** realizada em 2011, seu tema central foi: Acesso e Acolhimento com Qualidade, Um Desafio para o SUS. Estiveram presentes 2937 delegados de todos os Estados do Brasil. Debateram durante o período da conferência baseados em 15 diretrizes e propostas originárias dos Municípios e Estados, em um processo ascendente que inovou o processo de relatoria das conferências nacionais de saúde.

As diretrizes e propostas debatidas durante os dias de realização da conferência resultaram em sugestões de importantes mudanças no padrão de funcionamento do Sistema Único de Saúde, incluindo propostas relacionadas à saúde da população negra, tema que estará sendo apresentado no próximo tópico desse documento.

Segundo Sarah Escorel (2007) desde Aristóteles são discutidos os conceitos de justiça e igualdade. A necessidade de se identificar as desigualdades corresponde a atribuir um valor aos fenômenos sociais associados. “A equidade significa dessa forma um produto de uma intervenção sobre situações de conflito” (Silva e Almeida Filho, 2000:7).

Sem dúvida a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, – cuja temática central foi “Democracia é Saúde” –, propiciou ao movimento sanitário e a População Negra uma série de recomendações que foram incorporadas pela Constituição Federal de 1988, atendendo, assim, aos anseios e necessidades de todo um segmento populacional.

Essa conferência foi um marco nas histórias das conferências de saúde no País. Pela primeira vez a população estava presente nas discussões dessa conferência e o movimento negro se fez presente, em pequeno grupo, eram poucas pessoas negras de movimentos que se fizeram presentes, mas estavam atuantes. As propostas que foram aprovadas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas da saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90, foram retiradas desse evento. Estiveram presente em torno de 4.000 delegados, todos motivados e envolvidos com o movimento da Reforma Sanitária, as propostas dessa conferência expressavam a criação de uma ação institucional que correspondesse ao conceito ampliado de saúde, envolvendo a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Para elaboração do documento, que foi encaminhado para a plenária da conferência votar, estiveram reunidos, durante três dias, 135 grupos, onde 38 grupos eram de delegados e 97 eram de participantes, os temas debatidos foram: Saúde como direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial.

É importante ressaltar, que consta no relatório final, a forma de discussão que foi realizada nessa conferência, a saber:

- 1 – debates que aconteceram nos trabalhos de grupo, que foram subsidiados pelas mesas redondas sobre os temas;
- 2 – debates que se concretizaram na assembleia final.

Na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra cita-se como principal desdobramento da conferência e conquista fundamental dos movimentos sociais, a Assembleia Nacional Constituinte que introduziu o sistema de seguridade social na Constituição Federal de 1988, do qual a saúde passou a fazer parte como direito universal, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia e orientação sexual, a ser provido pelo SUS (BRASIL, 1988, art. 194).

Assim as conferências de saúde tomam nova tônica de participação e ganham força na saúde pública brasileira, com o envolvimento de diversos representantes de movimentos sociais, incluindo os negros, que estiveram representativos nesse evento.

### **1.3 - Constituinte de 1988**

T. H. Marshall (1965) conceituou "cidadania" como sendo o acesso a três tipos de direitos: civis, políticos e sociais. Paralelo a esses direitos, aponta-se três formas de liberdade que são identificadas por Norberto Bobbio em Teoria Geral da Política (2000): liberdade negativa, política e positiva. Observa-se assim como os conceitos de cidadania e liberdade são inseparáveis.

A mobilização para o grande debate sobre a situação do negro no Brasil deu-se desde 1985. O movimento negro começou a organizar encontros em nível municipal e estadual visando mobilizar a sociedade para a questão do negro. Um dos mais importantes aconteceu em Belo Horizonte, Minas Gerais, foi o Primeiro Encontro Estadual "O Negro e a Constituinte", envolvendo entidades negras, associações de bairros, igreja, e representantes de 40 municípios. O documento gerado traz propostas para diversas áreas, tais como educação, saúde, trabalho, relações sociais no campo, cultura negra e até sobre sistema tributário.

Tomou-se o cuidado de não direcionar somente para os negros, mas à todos os brasileiros, para evitar uma "guetorização", expondo o Brasil como país formado por várias etnias e raças.

No decorrer do ano de 1986, houve vários encontros semelhantes. Neste ano ocorreram eleições, a participação de movimentos negros foi intensa, não com o objetivo de eleger representantes negros, mas de esclarecer a população de importância da eleição de deputados estaduais e ainda mais importante, a eleição de constituintes comprometidos com a causa negra, sendo a mais conhecida Benedita da Silva, umas das maiores defensoras do Artigo 5, parágrafo 42 da seção I, sobre um "trecho que transforma os atos de discriminação racial em crimes passíveis de prisão" (Hanchard, 2001).

A Convenção Nacional "O Negro e a Constituinte", que aconteceu em Brasília, em agosto 1986, produziu um documento sintetizando os Encontros Regionais ocorridos em várias Unidades da Federação. Participaram da Convenção 16 estados, que representam 63

entidades, "compreendendo movimento negro, grupos sociais, partidos políticos e cidadãos interessados na causa". Destaca-se neste documento, direitos e garantias individuais, violência policial, condições de vida e saúde, mulher, menor, educação, cultura, trabalho, questão da terra e relações internacionais. Estes itens sugeriam redação para a futura Constituição.

Todo o esforço foi coroado com a instalação da Assembléia Nacional Constituinte, em fevereiro de 1987. Os movimentos negros, por meios de articulações, buscam garantir espaço, para tanto chegam a manter plantões permanentes junto ao Congresso Nacional. O fruto deste trabalho foi à criação de uma subcomissão dos Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias, um reconhecimento público, por parte dos constituintes sobre a necessidade do debate sobre o movimento negro e suas questões, sinalizados nos diversos encontros ocorridos no país, desde 1985.

Apesar do intenso movimento dos negros no período pré-constituente de 1988, houve poucas conquistas, entre elas as mais importantes são a criminalização do racismo pela Lei 7.716, que entre outras coisas define o racismo como crime imprescritível e inafiançável, e o Artigo 68 da Constituição, sobre regulamentação das terras dos quilombolas.

A janela de oportunidade proporcionada pela constituinte de 1988 possibilitou um momento raro para repensar a questão dos negros no Brasil. Envolveu atores sociais negros, sindicatos, partidos, movimentos populares, etc. Com o objetivo de construir um projeto nacional de inserção e valorização dos negros, com entidades fortes apoiadas por vários movimentos negros espalhados por todo território nacional. Este movimento influenciou os mais diferentes atores, entre eles parlamentares, partidos políticos, servidores públicos nos Estados e municípios, resultando nas primeiras políticas públicas mais consistentes para a questão racial no Brasil.

Mas mesmo com todo o empenho dos movimentos negros, uma empreitada desta natureza, com essas dimensões, tende a ser tensa e conflituosa, seja com busca de coalizões como o Estado, seja com setores organizados da sociedade civil. Ela envolve interesses de classe, raça, de gênero, de status e de poder, e a principal razão desses conflitos é que o racismo e a discriminação agem em favor das elites deste país.

Para Fleury (2009) a Constituição Federal de 1988 representa uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, consolidando, na lei maior, as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década. Marca-se um novo período, no qual o modelo da seguridade social passa a estruturar a organização e formato da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania. Não há dúvidas de que os negros foram altamente contemplados em todos os aspectos sociais nessa constituição de 88, entretanto a legitimação desses direitos ainda se faz necessária.

A Constituição Federal trouxe em seu Título II, Capítulo II e Seção II os artigos de 196 a 200, que traduzem de maneira exemplar a vontade política de mudar o quadro de iniquidade no País:

“Art. 196 – A Saúde é direito de todos e dever do Estado, . . . .”

“ Art. 198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizada de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

**III – *participação da comunidade.***

Percebe-se no Ítem III, do Art. 198, que a participação da comunidade se faz presente e é essencial para que o disposto na Constituição Federal, em relação ao Sistema Único de Saúde, realmente se concretizasse e se fortalecesse. A regulamentação dos artigos em questão, no que se refere à participação da comunidade foi por meio da publicação em Diário Oficial da União a Lei nº 8.080/90, descrito a seguir:

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia;
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições. (BRASIL, CONSTITUIÇÃO DE 1988).

Posteriormente, a Lei 8.080/90 trouxe em seu conteúdo o indicativo de criação das comissões intersetoriais e permanentes ligadas ao Conselho Nacional de Saúde - CNS. É importante ressaltar que o papel das Comissões Intersetoriais é de articular políticas e programas e estão subordinadas diretamente ao CNS.

O papel das comissões intersetoriais é relevante uma vez que estas são pautadas pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde sobre temas específicos que necessitam de maior aprofundamento.

A instalação dos Conselhos de Saúde se estendeu de forma ramificada pelo País. Explicam-se essas constituições de conselhos, por um lado, pela mobilização da participação da comunidade na saúde, que tem sua origem nos movimentos urbanos e no próprio Movimento da Reforma Sanitária, surgido na década de 70, visto como um resgate de direitos, da busca pela cidadania e da redemocratização do País. Por outro lado, as normas legais que estabelecem a obrigatoriedade da organização dos conselhos para o repasse de recursos da esfera federal para o município como expressa a Lei nº 8142/90. Considera-se que os Conselhos de Saúde, atualmente, estão presentes na quase totalidade dos municípios brasileiros. Ou seja, estes fóruns estão em conexão direta com a sociedade civil e, particularmente, no contexto institucional de gestão da saúde.

O Radis nº 81, uma publicação da Fiocruz de comunicação, ressalta que a participação popular na saúde, está intrinsecamente relacionada aos Conselhos de Saúde. Nesse sentido, analisa-se a atuação dos Conselhos de Saúde sob os seguintes aspectos:

- Os Conselhos têm a sua composição integrada por quatro segmentos da sociedade: 50% de usuário e os outros 50% entre profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço. Mas isso não significa que a participação dos usuários no conselho de saúde garante que este tenha caráter popular, tendo em vista que existe a necessidade de que as organizações populares estejam legitimamente representadas pelos integrantes do Conselho de Saúde.

Assim, percebe-se que os Conselhos reúnem diversos segmentos da sociedade, e a partir de forças que movem o desejo de construir o novo, fazem valer uma relação entre o estado e a sociedade. Pode-se dizer que o caráter permanente e deliberativo do Conselho de Saúde será norteado pela concepção política de como este Conselho é presidido, pelo jogo de poder que se estabelece no seu interior e pela sua permeabilidade às questões que são colocadas pelos diversos segmentos sociais, principalmente os usuários dos serviços de saúde.

- Os conselheiros ligados as suas bases sociais e vinculados aos seus respectivos segmentos, exercem o controle direto, por meio de suas entidades, sobre os atos do Gestor. Esse controle é uma das premissas da Democracia direta.

Os conselhos de saúde estão constituídos por integrantes de diferentes segmentos sociais (prestador de serviço, profissional de saúde, usuário e gestor), dentre estes os usuários é o segmento que mais necessita de informação para fortalecimento em relação a seu papel, orientação sobre os seus direitos e deveres, enquanto cidadãos representantes dessa formação têm para exercer seu papel.

O Conselho Nacional de Saúde considerou que a saúde da população negra é de fundamental importância, assim criou, pela Resolução nº 395, de 22 de fevereiro de 2008, a Comissão Intersetorial de Saúde Integral da População Negra que exerce suas funções fornecendo subsídios efetivos ao Conselho Nacional de Saúde na temática da população negra; acompanhando a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra/PNSIPN; contribuindo com os demais colegiados do controle social no monitoramento das ações e recursos destinados a essa população.

Em 2009 foi publicada a Política Nacional Integral de Saúde da População Negra, que contribui para garantir maior grau de equidade no que se refere à garantia do direito do cidadão brasileiro à saúde, em todos os seus aspectos: promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência na população negra.

Assim os fóruns representativos sobre a saúde integral da população negra expressa nos campos de atuação da gestão e da participação e controle social do SUS significam o acompanhamento e o fortalecimento dessa política na área da saúde.

## **Capítulo 2**

### **Os instrumentos da Participação e do Controle Social e o Movimento Negro inserido nesse processo**

#### **2.1 – Conferências de Saúde**

O conceito de público participativo, elaborado por Avritzer e Wampler (2004), compreende “cidadãos organizados que buscam superar exclusão social e política por meio da deliberação pública, promoção de transparência e responsabilização (*accountability*) e da implementação de suas preferências políticas” (Avritzer e Wampler, 2004, p. 215). Os orçamentos participativos, os conselhos e as conferências constituem exemplos de sucesso que buscam transformar as relações entre Estado/Sociedade que buscam o aperfeiçoamento da democracia.

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

Enfatiza-se que no cenário internacional assistiu-se ainda, na década de 2000, a participação do Brasil na Conferência Intergovernamental das Américas, que foi realizada Chile e, a III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial e a Intolerância Correlata, em Durban, 2001. A presença política da sociedade civil, envolvendo estados, municípios em agências internacionais, produziu experiências de políticas, programas e projetos implementados em diferentes espaços do território nacional. Esse contexto também

tem motivado os mais diversos atores a organizarem fóruns de debates, seja na forma de eventos locais, regionais e internacionais.

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

O caráter político reivindicatório da Declaração de Salvador (2011) e da Conferência Regional das Américas Contra o Racismo (2006) reforçaram a adoção de diretrizes de intervenção do governo brasileiro no combate à discriminação racial e ao racismo. A realização de pesquisas sobre as iniquidades raciais, a institucionalização de grupos de trabalhos sobre as especificidades da população negra e a necessidade de implementação de políticas públicas de equidade para a referida população atende a aposta democrática do chamado público participativa que deve atuar na formulação e no controle social das políticas públicas de saúde. Em 16 de agosto de 2004, foi instituído o Comitê Técnico, por meio da Portaria GM/MS nº 1.678, para subsidiar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

A participação social como mostra a literatura, está fundamentada nas deliberações também da 10º e 11º Conferência Nacional de Saúde, (1996 e 2000) cujas, as temáticas da participação e do controle social ocupam lugar de destaque, aprofundando a discussão de participação para além dos conselhos. Emerge a concepção de que o papel dos conselhos não se limita a fiscalização, mas a formulação e participação social nas decisões do SUS.

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

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN ganhou uma janela de oportunidades políticas, nesse período, houve uma mobilização dos atores sociais, sejam pelo ativismo do movimento negro, da militância partidária ou parlamentar, a

realização da “Campanha Nacional Contra o Racismo institucional”, a formação de comitês e áreas técnicas de assessoria às secretarias estaduais e municipais de saúde, as representações nos conselhos de saúde, nacional, estadual e municipal.

Através da Portaria 1.678/GM/MS/2004 o Conselho Nacional de Saúde criou o Comitê Técnico de Saúde da População Negra estão contidas as seguintes atribuições:

*I - sistematizar propostas que visem à promoção da equidade racial na atenção à saúde;*

*II - apresentar subsídios técnicos e políticos voltados para a atenção à saúde da população negra no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde;*

*III - elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde;*

*IV - participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população negra;*

*V - colaborar no acompanhamento e avaliação das ações programáticas, e das políticas emanadas pelo Ministério da Saúde, no que se refere à promoção da igualdade racial, segundo as estratégias propostas pelo Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial – CNPIR, criado pela Lei nº 10.678, de 22 de maio de 2003.”*

Todas essas atribuições demandam desse comitê reuniões ordinárias e extraordinárias, quando necessário. Para orientar os trabalhos organizativos desse Comitê foi necessária a publicação dessa Portaria, para atender as diversas necessidades do SUS e do movimento social relacionado à saúde da população negra.

É um espaço que foi conquistado pelos movimentos negros em defesa da saúde da população negra, buscando promover a redução das desigualdades sociais para superar as injustiças raciais existentes no Brasil. Este espaço fica também definido como o lugar em que a participação de vários segmentos da população negra, acontece de forma organizada com a possibilidade de contribuir na consolidação da Política, uma vez que já existem vários projetos, programas, produção científica e atividades voltadas para a saúde da população negra em diferentes graus de implementação nas diversas esferas de governo.

O Comitê Técnico é um foro de discussão, de acompanhamento e avaliação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) com caráter permanente, com no mínimo 3 (três) reuniões ordinárias anual. Também é um espaço de articulação entre as ações do Ministério da Saúde e das demais esferas do Sistema Único de Saúde com o propósito de promover a equidade em saúde e o acesso universal. A participação social no Comitê está assegurada através da composição paritária entre as secretarias e órgãos do Ministério da Saúde, representantes do movimento negro e representantes de colegiados intergestores do SUS (Conselho Nacional de Saúde – CNS e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - Conasems), representantes da Secretaria de Promoção da Igualdade Racial (SEPIR), além da participação de especialistas na área (colaboradores/convidados).

Um fato inédito ocorreu na 14ª Conferência Nacional de Saúde (2011), a qual foi secretariada por uma mulher, representante do Coletivo de Mulheres Criola, Rio de Janeiro. Essa visibilidade importante na ocupação dos espaços de representação social, todavia, não ocorre em todos os conselhos de saúde, como é demonstrado a seguir: O movimento da população negra está organizado em 52% das Capitais, porém sua representação é de apenas 37% nos Conselhos Estaduais de Saúde - CES e de 22% nos Conselhos Municipais de Saúde - CMS das Capitais (Almeida e Sousa – 2011), já nos demais conselhos municipais de saúde, não há informações da presença do movimento, o que nos leva a pensar sobre as relações de forte poder das oligarquias locais ainda prevalentes, com práticas de cooptação de lideranças, clientelismo e forte resistência a mecanismos participativos.

Outro aspecto que chama a atenção é quanto às responsabilidades dos estados e municípios em promoverem o debate sobre a gestão democrática e participativa do SUS e da mobilização popular. As Regiões Norte (57%) e Nordeste (66%) são as que promovem mais ações de informações e conhecimentos acerca do SUS, junto à população, em seguida vem a Região Sudeste (25%) e, por fim a região Sul (10%) (Fonte, SIMPACTO-Demags/SGEP/MS. 2009).

## 2.2 - Conselhos de Saúde

Os conselhos de saúde, fóruns colegiados de caráter deliberativo, necessitam de apoio quando se trata de questões relacionadas à equidade, assim para auxiliá-los nessa tarefa de mobilização, diante disso foi criado a Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra – CISPN, através da Resolução nº 395, de 22 de fevereiro de 2008, no sentido de exercer funções em forma de subsídios efetivos ao Conselho Nacional de Saúde na temática da População Negra; acompanhar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra/PNSIPN, contribuir com os demais colegiado do Controle Social no monitoramento das ações e recursos destinados a essa população, também foram criados os comitês de promoção da equidade em saúde, ou seja, espaços institucionais, ligados à gestão, de acolhimento e de articulação entre as demandas e ofertas políticas de saúde, priorizando grupos e populações excluídas por sua origem étnica, que estão formalizados no Ministério da Saúde, como é o caso da população negra.

Os Conselhos de Saúde dos estados e municípios são fóruns com caráter permanente e deliberativo, que representam a possibilidade da política de saúde ser formulada, executada, monitorada e avaliada com controle da sociedade. Em seu papel institucional, são os conselhos que analisam e aprovam o Plano de Saúde em cada esfera de governo. Este explicita a situação de saúde em cada município e estado, as ações que devem ser realizadas, metas e estratégias a serem implementadas para que as ações e serviços de saúde correspondam às necessidades da população negra de cada região. Esse plano é elaborado pelo gestor do Poder Executivo e é apresentado aos Conselhos de Saúde para aprovação. Os conselhos de saúde compostos por usuários, prestadores de serviços, profissionais de saúde e gestores têm por atribuição e responsabilidades sanitárias a aprovação e a fiscalização dos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que orientam esse Plano.

Sendo assim, os conselhos têm esse papel de relevância na aprovação ou revisão do respectivo plano de saúde, que deve ter coerência com as necessidades territoriais. Anualmente, os conselhos de saúde devem fazer, juntamente com os gestores, uma avaliação da execução dos planos de saúde, a partir do que foi estabelecido no plano. A participação social nos conselhos deve estar assegurada através da composição paritária entre usuários e demais segmentos da sociedade e da garantia de permeabilidade à colaboração do movimento social, que pode ser traduzida pela abertura das reuniões a todo cidadão interessado.

Na consolidação do SUS, os conselhos, estão presentes em todas as unidades da Federação, ainda em processo de ajustes a legislação vigente, assim como os conselheiros se encontram em permanente processo de formação junto com as lideranças da sociedade civil, segundo a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS.

### **Capítulo 3**

## **O Controle Social na defesa dos direitos à saúde das populações em situação de vulnerabilidade com foco na população negra.**

### **3.1 – Direito à Saúde da População Negra**

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

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

O Plano Plurianual 2005 – 2008 estabeleceram, como um dos 31 desafios do Governo Federal, “promover a redução das desigualdades raciais, com ênfase na valorização cultural das etnias”. Além das ações presentes no programa orçamentário, faz parte da Agenda Social Quilombola, que é um programa interministerial, as ações de saúde são executadas pelo Ministério da Saúde, configurando o financiamento e a execução das ações, demonstrados na Tabela 1 e 2.

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

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

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

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

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

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

Ressalta-se, ainda, que o Plano Operativo dessa Política estabeleceu estratégias, indicadores e metas de intervenção no SUS e nas esferas de gestão descentralizadas, no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdade em saúde da população negra, com enfoque na abordagem étnico - racial. Essas estratégias operacionais e as metas propostas estão em consonância com o Programa Mais Saúde: Direito de Todos e Pacto pela Saúde (Mais Saúde/MS, 2008-2011).

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

houve um crescimento das equipes para 519 ESF e 429 EBS, totalizando 36% (948) de equipes implantadas.

O Governo demonstra sensibilidade e especial atenção às discussões em torno da Estratégia Saúde da Família, implantado pelo Ministério da Saúde (MS) em âmbito nacional a partir de 1995. O caráter focalizado dessa política de saúde reflete sobre a PNSIPN, no que tange seu potencial de incorporar segmentos sociais em situação de iniquidades buscando a promoção da igualdade racial no contexto do SUS, nesse sentido a ESF teria o compromisso em promover o acesso desses setores anteriormente excluído, já que as desigualdades sociais regionais impactam diferentemente na incidência de doença e no acesso universal aos serviços, tanto no que se refere ao cuidado quanto à promoção e prevenção.

Em que pese os avanços observados, como ocorre no caso das políticas afirmativas no campo da educação, a aprovação do Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010), a política de saúde para a população negra também enfrenta críticas. O argumento que embasa a crítica é que a universalização já permitiria o acesso igualitário a todos os cidadãos às ações e serviços de saúde de acordo com art.196 do texto constitucional.

Contudo, apesar do Brasil ter avançado na redução das desigualdades, ainda permanece como um dos países mais desiguais do mundo, o capital nunca ganhou tanto, o crescimento ocorreu pela ampliação do consumo de bens e serviços, gerando emprego, mas não avançando nas iniquidades e na justiça social.

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

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

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

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

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

No contexto de análise da política, o estudo baseou-se no entendimento de que as políticas públicas constituem-se legitimamente na relação de Estado e sociedade civil, por meio de etapas, ou seja, a partir de um modelo que organiza os processos em fases.

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

### **3.2 – População em situação de vulnerabilidade**

No Brasil, as iniquidades são determinantes da situação de saúde, pois estão intrinsecamente ligadas ao nível socioeconômico, às relações sociais, culturais, de gênero, de raça, de etnia, de orientação sexual e geração. A diversidade e heterogeneidade brasileira impõem a necessidade de um novo olhar sobre as condições de vida e de saúde de populações historicamente excluídas como a população do campo e da floresta, ciganos, quilombolas,

população negra, população em situação de rua, lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

- **População Negra**

Ao longo de nossa história, condições desiguais foram geradas para determinados segmentos da população, com características étnicas e raciais específicas, resultando no quadro de iniquidades enfrentadas por esses segmentos e, no caso da população negra, em um racismo que ao ter sido internalizado, após a abolição oficial da exploração dos povos africanos em território nacional, persistiu silencioso, não declarado e muitas vezes negado.

Nota-se, por meio de diversos artigos relacionados à população negra, que as doenças e agravos prevalentes nesse segmento populacional têm destaque para agravos geneticamente determinados como a anemia falciforme e agravos adquiridos em condições desfavoráveis, particularmente socioeconômica, que favorecem a desnutrição, doenças do trabalho, DST/HIV/AIDS, mortes violentas, mortalidade infantil, abortos, uso abusivo de drogas, entre outros.

Deste modo, a população negra, por causa dessas condições históricas, ainda encontra-se nos extratos mais pobres e em crônica situação de iniquidade em relação à saúde, traduzida especialmente pela comprovada precocidade dos óbitos e pela alta taxa de mortalidade materna neste segmento, situação agravada pelo racismo que, muitas vezes, é responsável pela discriminação que ocorre em várias instituições e também nos serviços de atenção à saúde. Também, tem menor acesso a serviços de saúde de qualidade, resultando em maior risco de contrair e morrer de determinadas doenças do que as mulheres brancas.

Tratando-se de saúde da população negra, outro aspecto fundamental a ser considerado enquanto determinante social em saúde é a violência a que esta população é submetida se comparada a outras populações. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)<sup>1</sup> em sua publicação “Juventude e Políticas Sociais no Brasil” de 2009, a taxa de mortalidade de jovens de 18 a 24 anos foi de 204,58 para cada 100 mil jovens brancos contra 325,04 para cada 100 mil jovens pretos.

---

<sup>1</sup> CASTRO. Jorge Abrahão; Aquino. Luseni Maria C. de. Juventude e políticas sociais no Brasil / organizadores: Jorge Abrahão de Castro, Luseni Maria C. de Aquino, Carla Coelho de Andrade. – Brasília : Ipea, 2009

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, instituiu o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, conforme a Portaria nº 1.678/GM/MS<sup>2</sup>, de 13 de agosto de 2004, composto por representantes da sociedade civil de notório saber no campo da saúde da população negra e técnicos das áreas, órgãos e entidades vinculadas ao Ministério da Saúde, com objetivo de promover a equidade e a igualdade racial por meio da consolidação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)<sup>3</sup>, voltada ao acesso e à qualidade nas ações e serviços de saúde; à redução da morbimortalidade, à produção de conhecimento e ao fortalecimento da consciência sanitária e da participação da população negra nas instâncias de controle social no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2006 realizou a Campanha Nacional de Combate ao Racismo Institucional e publicou o edital de pesquisa sobre “Determinantes Sociais da Saúde: população negra e outros”, em parceria SGEP/SCTIE abrangendo 27 projetos em Universidades e Instituições. Registra-se, também a implementação do Programa de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias em 14 estados brasileiros. O recorte raça/cor foi introduzido na publicação Saúde Brasil a partir de 2005.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) elaborada de forma participativa foi publicada por meio da Portaria GM nº 992/2009<sup>4</sup>, fruto de discussão no Comitê e amplamente discutida com os movimentos sociais que atuam junto à população negra.

Foram desenvolvidas estratégias de gestão participativa voltadas à redução das condições de vulnerabilidade da população negra à infecção pelo HIV e AIDS como o Projeto Brasil Afro Atitude, lançado em dezembro de 2004. Esse projeto gerou desdobramentos importantes, como uma campanha voltada para essa população e dois editais públicos de chamadas de pesquisas lançados pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde.

---

<sup>2</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.678/GM/MS, de 13 de agosto de 2004. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 agosto, 2004.

<sup>3</sup> BRASIL. 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 do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010.

<sup>4</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 992 GM/MS, de 13 de maio de 2009. Diário da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 de maio de 2009

Destaca-se a parceria com a Secretaria Especial de Promoção da Equidade Racial (SEPPIR) quanto à elaboração e a implementação do Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PLANAPIR)<sup>5</sup>, no período de 2004 a 2011 e do Estatuto da Igualdade Racial<sup>6</sup>.

Entretanto, faz-se necessário um esforço das esferas de gestão do SUS para a efetivação da PNSIPN nos estados e municípios, bem como o fortalecimento da parceria com a SEPPIR e Instituições afins visando o acesso com qualidade às ações e serviços de saúde a essa população.

### **3.3 – A participação e o Controle Social na saúde da população negra**

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

O aparecimento de novos instrumentos de gestão, a exemplo da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP/MS, no âmbito do Ministério da Saúde, foi nos últimos anos uma tentativa de construção de uma cultura política que possibilitou novos direitos de cidadania, a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de ideias e saberes com valorização dos mecanismos de participação popular e de controle social, sob essas ideias e valores a SGEP elaborou a Política Nacional de Saúde da População Negra aprovada, em novembro de 2006, pelo Conselho Nacional de Saúde.

A Política define os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltadas para a melhoria das condições de saúde desse grupo populacional e insere seus objetivos na dinâmica do Sistema Único de Saúde. Reafirmando os princípios da equidade e da integralidade da atenção e da participação e do controle social. O objetivo principal é promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das

---

<sup>5</sup> Presidência da República. Decreto nº 6872/PR, de 4 de junho de 2009. Diário Oficial. Brasília, DF, 4 de junho de 2004.

<sup>6</sup> Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 de julho de 2010.

desigualdades étnico-raciais e o combate ao racismo e a discriminação institucional nos serviços de saúde do SUS.

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

Ainda, nesse período, existiram iniciativas que contribuíram para implementar a referida política, cita-se: ampliação da Atenção Básica de Saúde (Portaria GM/MS 90/2008); instituição da Política de Saúde Integral da População Negra pela Portaria GM/MS 992/2009; publicação do Estatuto da Igualdade Racial: Lei 12.288/2010 – Título II: Dos Direitos Fundamentais à Saúde (PNSIPN); demarcando uma etapa decisória desse processo.

No marco dessa análise entende-se que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra tem um caráter público e social, devendo ser considerada sua múltipla causalidade e suas dimensões históricas, econômicas, políticas e culturais. Um ponto a ser considerado refere-se à interconexão entre os temas das desigualdades sociais, ou vistos sob outra forma, entre a problemática racial e a pobreza. Essas dimensões não se excluem, se isolam, ou se complementam, pois fazem parte de uma única totalidade. Nessa perspectiva, os fenômenos sociais são entendidos como uma unidade dialética, e a realidade social como um processo histórico (COUTINHO, 1989; 1999).

## **Capítulo 4**

### **O Conselho Nacional de Saúde e a sua atuação na saúde da população negra.**

#### **4.1 – A Atuação do Conselho Nacional de Saúde em prol da saúde da população negra**

Atuação do conselho se baseia nos princípios e diretrizes na Política Integral de Saúde da População Negra, direcionada a esta população, onde a política já foi aprovada e está sendo operacionalizada, como foi mencionado anteriormente, mas a implementação das ações voltadas para este objetivo será determinada pela qualidade e a cobertura dos serviços de saúde que devem estar sensíveis às necessidades e especificidades da população negra.

É importante que a população em geral, gestores, profissionais de saúde e prestadores de saúde se sensibilizem para as necessidades desse segmento populacional, uma vez que é

necessário o aprofundamento da temática para que as ações relacionadas à saúde para essa população sejam direcionadas corretamente. Desse modo, os produtos voltados para uma linguagem mais atraente, por vezes utilizando recursos de persuasão publicitários, são bastante adequados quando se trata de sensibilizar conselheiros e a população como um todo que fazem parte ativa do SUS.

Entre os instrumentos de comunicação estão os folhetos de diversos tipos, com formato visual agradável e textos escritos sintetizando a informação e disponibilizando *links* assim como *sites* que se inserem numa rede mais ampla de informações de acesso quase imediato e simultâneo. A linguagem visual, predominante em cartazes ou nos meios informatizados, tem um apelo direto, dispensando um grande volume de registro da informação. Sua vantagem, se esta for bem elaborada, é a surpresa, em conjunto com uma contextualização e uma identificação quase imediatas, provocando o debate e instigando o aprofundamento no assunto.

Também não são de menor valor rádios comunitárias, que geralmente atingem municípios distantes e comunidades rurais, trabalhando, do mesmo modo, com uma linguagem de interpretação mais direta, em relação à participação de seus ouvintes. O rádio se caracteriza como um veículo portátil e de fácil manejo, o que lhe proporciona um longo alcance.

Dentre os meios que impulsionam visibilização, tampouco devem ser descartadas as apresentações dramáticas, coreográficas e musicais, que qualificam o processo de sensibilização e produzem uma catarse vantajosa na transmissão da mensagem.

Embora as apresentações ao vivo e sem intermediação sejam mais eficazes, geralmente, suas performances são absorvidas pelos meios audiovisuais.

#### **4.2 – As ações/resoluções/recomendações aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, de 2008 a 2012, para o fortalecimento do SUS com foco da Saúde da População Negra.**

Pactuação do Plano Operativo (PO) – Saúde Integral da População Negra: Fase 1: 2008 a 2009 e Fase 2: 2010 a 2011 da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2008. O referido Plano contempla ações de: Implantação do Programa de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Falciforme e outras Hemoglobinopatias. ( BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma Política do SUS.** Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

A Recomendação nr. 14, de 2012, foi importante, pois trabalha a importância do quesito raça/cor, recomendando a realização de oficinas de capacitação e treinamento na coleta do quesito raça/cor.

Cabe nesse momento, fazer uma análise, sem paixão, da atuação do Conselho Nacional de Saúde e a sua Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra. Após pesquisa realizada nas pautas, recomendações e resoluções aprovadas pelo CNS, percebe-se claramente o descaso com a temática em questão, uma vez que no período de 2008 a 2012 o que se observa é uma recomendação, o plano operativo da PNSIPN e indiscutivelmente a própria aprovação da política.

O que isso significa essa apatia em relação ao tema? Pode significar diversos sintomas, principalmente que não é uma prioridade a saúde da população negra. Difícil acreditar que o maior contingente populacional, a raça negra, no Brasil não é considerada como uma prioridade do CNS, um fórum participativo instituído para debates e deliberações sobre a saúde do Brasil. Mas onde está o desafio? Como fazer com que os legítimos representantes da sociedade nacional, que ocupam as cadeiras do Conselho Nacional de Saúde, se tornem partícipes e protagonistas do movimento que defende a saúde da população negra? Como sensibilizar esse fórum para as dificuldades e peculiaridades que são únicas a essa população? Tanta questionamentos faz com que se abra um debate para o que é prioridade a um Conselho Nacional de Saúde.

#### **4.3 – Aspectos fundamentais que pautam a atuação dos Conselheiros Nacionais de saúde em relação à saúde da população negra.**

Optou-se por uma pesquisa onde conselheiros e conselheiras fossem o foco desta. O período que se oportunizou para a aplicação da referida pesquisa foi na eleição do CNS, que ocorreu no período 27 de outubro de 2012 onde estavam presentes conselheiros e conselheiras do Conselho Nacional de Saúde, 22 conselheiros responderam o questionário em questão. Fazendo análise do questionário respondido percebe-se:

Questão 1 – Atuação do Conselho Nacional de Saúde: Apenas 18 pessoas responderam a essa pergunta - a percepção de 61% dos conselheiros é que o CNS é atuante e pró-ativo.

Questão 2 – Como considera que o CNS está conduzindo a PNSIPN: 18 conselheiros responderam a essa pergunta – a percepção de 55% dos conselheiros é que a PNSIPN

necessita de mais atenção do controle social sobre as ações que estão sendo pactuadas pela gestão.

Questão 3 – Postura do conselheiro em relação à saúde da população negra no CNS: 15 pessoas responderam – 73% cobra dos gestores postura sobre a PNSIPN

Questão 4 – Temas relevantes que devem ser pautados no CNS: 18 conselheiros responderam, entretanto alguns consideraram que todos os temas eram relevantes. Sendo que o tema racismo institucional teve 44% de adesão para inclusão na pauta do conselho. E os outros 03 temas: quesito raça cor, anemia falciforme e saúde da mulher negra tiveram os mesmos quantitativos de relevância para serem pautados.

Questão 05 – Essa questão reforça o tema que os conselheiros poderiam estar querendo pautar que não estavam incluídos nos temas acima sugeridos. Entretanto, novamente aparece o racismo institucional como sendo prioritário para o debate.

Questão 06 – Os conselheiros consideram importante a priorização do acesso e da assistência nos serviços de saúde uma prioridade para a gestão. Destacando-se o racismo nas instâncias de saúde pública.

### **Análise do Questionário Aplicado:**

É importante notar a divergência nas respostas dos conselheiros, uma vez que se contradizem quanto ao posicionamento de debates sobre a saúde da população negra no Conselho Nacional de Saúde. Na questão 01 os conselheiros consideram que o CNS é pró-ativo em relação ao tema. Na questão 02 os conselheiros consideram que é necessária mais atenção a esse tema por parte do controle social. Cabe ressaltar, que esse tema entrou em debate no CNS apenas uma vez durante 04 anos, significando ou demonstrando que de fato não há interesse em debater os temas relacionados à população negra. Mas impressionante, ainda, é notar como os conselheiros não têm essa visão da necessidade de aprofundamento desse debate, uma vez que não conseguem perceber que o CNS faz parte do controle social.

Outrossim, acreditam que o gestor deve ser responsabilizado pela implementação da PNIPN, esquecendo-se que o CNS é o fiscalizador e o “cobrador” das políticas que são aprovadas e pactuadas nesse fórum. Não chamando e nem um momento, depois da aprovação da política o gestor para apresentar as ações que estão sendo desenvolvidas para cumprir o que está descrito na referida política.

Sabem, entretanto, da importância e da necessidade de se pautar temas que são relacionados à melhoria da qualidade da saúde da população negra, percebendo-se que o racismo institucional é, sem dúvida, o “calcanhar de Aquiles” desse segmento populacional.

Nota-se a necessidade de maior conscientização dos conselheiros sobre o seu papel, enquanto controle social para que essa política seja de fato mais do que uma utopia, possa vir a ser uma realidade vivenciada e debatida dentro dos espaços institucionalizados do controle social – conferências e conselhos de saúde.

#### **4.4 – A atuação do Conselho Nacional de Saúde em relação à Saúde da População Negra.**

Atuação do CNS definiu-se através da Aprovação da Política Nacional de Saúde da População Negra (PNSIPN) no Conselho Nacional de Saúde (CNS), 10 de novembro de 2006.

A implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi fundamental para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da população negra no País, uma vez que se evidencia as desigualdades raciais em saúde nesse segmento, isto está relacionado ao fato de que os negros estão presentes nos estratos mais pobres e vulneráveis da população. Historicamente a discriminação racial está relacionada diretamente com o racismo, uma vez que os processos de atenção e cuidado à saúde contribuem, decisivamente, para a construção de um perfil epidemiológico, pois marca de forma contundente as desigualdades e as injustiças sociais, isso pode ser constatado quando se observa a precocidade dos óbitos na mortalidade infantil e materna presente nesse segmento da população.

Atuação também do C.N.S para se avançar na implementação da PNSIPN e operacionalização do I Plano Operativo se encontra no enfrentamento do racismo no SUS, devendo as áreas técnicas articularem e planejarem estratégias para operacionalizarem as ações contidas no I Plano Operativo.

São necessárias, assim como na saúde indígena, estratégias que respeitem e dialoguem com as práticas, as sabedorias e a identidade desse segmento populacional, compreendendo com isso uma visão ideológica e antropológica que se coloca permeando essa estratégia.

Ter aprovado I Plano Operativo pressupõe-se que este deve estar precedido por uma vontade política e ideológica dos gestores em sua totalidade (Município, Estado e União). Compreender, somente, que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é lei e tem que ser cumprida, independente de área técnica, é minimizar a importância dessa Política, uma vez que para as ações desse Plano Operativo é necessário ir além da questão legal, mas se comprometer de forma legítima com as questões que se referem à saúde da população negra. É necessário um estudo aprofundado sobre os obstáculos, as circunstâncias que se encontra inserida essa população no SUS e a partir dessa situação, traçar, com propriedade e em conjunto com o movimento negro o II Plano Operativo.

#### **4.5 – As ações aprovadas pelo conselho que são instrumentos para o fortalecimento do SUS**

As propostas debatidas e aprovadas durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) durante o período de 30 de novembro a 04 de dezembro 2011, em Brasília, cujo tema central foi: “Acesso e acolhimento com qualidade”, foram agrupadas em 15 Diretrizes, dentre elas a “Diretriz 11 – Por um sistema que respeite diferenças e necessidades específicas de regiões e populações vulneráveis”, na qual podem ser verificadas as propostas que dizem respeito às comunidades e segmentos populacionais em condição de inequidade e vulnerabilidade. Esta Diretriz, pela temática, é aquela que será avaliada detalhadamente quanto à representação de propostas que considerem a saúde da população negra.

Contudo, as outras Diretrizes organizadas no documento final da 14ª CNS serão também analisadas de uma forma geral enquanto propostas relacionadas diretas ou indiretamente à saúde da população, após a apresentação das propostas da Diretriz 11.

#### **DIRETRIZ 11 - POR UM SISTEMA QUE RESPEITE DIFERENÇAS E NECESIDADES ESPECÍFICAS DE REGIÕES E POPULAÇÕES VULNERÁVEIS.**

Estão apresentadas somente as propostas e comentários que dizem respeito de alguma forma à saúde da população negra que aparecem no documento final da 14ª CNS e mantendo a numeração original do documento, como referência ao texto aprovado. Após a apresentação, uma análise final das propostas é realizada.

1. Definir uma política equitativa de alocação de recursos, orientada por projetos para enfrentamento das desigualdades regionais em suas especificidades geográficas, socioeconômicas, culturais, entre Estados e Municípios para comunidades indígenas, quilombolas, negras, extrativistas, atividades sazonais e demais trabalhadores com baixo índice de desenvolvimento humano.
  
4. Garantir, em todo o âmbito do SUS, o respeito às diversidades étnico-raciais, sexuais, de gênero, geração, território e pessoas com deficiência e transtornos mentais e dependentes químicos, garantindo recursos humanos capacitados também para as áreas específicas, especialmente pessoas com deficiência de saúde mental, visando à humanização da atenção.
  
6. Implantar e implementar as políticas de saúde integral da população negra, povos indígenas, ciganos, povos do campo e da floresta em todas as unidades da federação.
  
8. Garantir recursos financeiros para implementação de Políticas de Saúde destinadas a grupos populacionais específicos (camponeses, ribeirinhos, quilombolas, mulheres, indígenas, afrodescendentes, LGBT, idosos, pessoas com deficiência, anemia falciforme, albinismo e outras patologias), incluindo incentivo para compensações regionais e para municípios que recebem populações flutuantes.
  
9. Garantir mecanismos de atendimento na área da saúde que ajudem todas as comunidades de difícil acesso.
  
14. Implantar redes de atenção e proteção às pessoas em situação de violência doméstica e sexual, crianças, adolescentes, adultos, idosos, pessoas com deficiência, transtorno mental e trabalhadores.
  
15. Reduzir a morbimortalidade infantil, através do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e da implementação do processo de acompanhamento e desenvolvimento das crianças de 0 a 6 anos; da implementação de protocolos clínicos de controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRAs); da implementação do processo de acompanhamento do baixo peso ao nascer e do controle da deficiência do ferro e de vitamina A.

20. Incluir a Saúde do Adolescente como um dos eixos prioritários no Pacto da Saúde, garantindo o acesso aos serviços integrais da Rede de Atenção na Promoção, Proteção e Recuperação relacionadas ao: Planejamento Familiar, Gravidez na Adolescência, DST-AIDS, Hepatites Virais, Violências, uso de álcool, cigarro, crack e outras drogas, estimulando hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de atividade física, entre outros.

21. Implantar políticas públicas de acordo com as diretrizes da política nacional sobre o uso de álcool e outras drogas, alinhada aos preceitos da reforma psiquiátrica brasileira, garantindo assistência universal e integral ao usuário, e apoio aos familiares visando à reestruturação familiar e demais formas de redução de danos, promovendo a inclusão social do grupo familiar ao qual pertence, exigindo do Estado participação tripartite no financiamento, ampliando os CAPS AD e CAPS e leitos hospitalares para desintoxicação em hospital geral, consultórios de rua.

23. Pactuar e implementar, nos três níveis de gestão, as políticas nacionais de saúde integral da população LGBT e de comunidades tradicionais (negros, indígenas, camponeses, quilombolas, ribeirinhos, etc.), garantindo a capacitação dos e das profissionais de saúde, gestores (as), bem como desenvolver ações de enfrentamento ao racismo e todas as formas de discriminação.

#### **DIRETRIZ 01 – EM DEFESA DO SUS: PELO DIREITO À SAÚDE E À SEGURIDADE SOCIAL.**

Das **35** propostas apresentadas no âmbito da **Diretriz 01**, somente **01** delas foi identificada como relacionada à saúde das Comunidades de Terreiros e Religiões de Matriz Africana. Segue a proposta com comentários abaixo dela.

17. Redefinir os critérios para concessão dos benefícios (auxílio-doença etc.) ampliando e qualificando a equipe de avaliação ligada ao processo diagnóstico da Anemia Falciforme, Síndrome de Burnout, entre outras, bem como fiscalizar e efetivar os programas sociais existentes, expandindo e priorizando as regiões que não são beneficiadas.

**DIRETRIZ 02 – GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL SOBRE O ESTADO: AMPLIAR E CONSOLIDAR O MODELO DEMOCRÁTICO DE GOVERNO DO SUS.**

Das **44** propostas apresentadas no âmbito da **Diretriz 02**, somente **03** delas foram identificadas como relacionadas à saúde da população negra uma vez que se referem aos movimentos sociais e às comunidades tradicionais como protagonistas da gestão participativa e do controle social. Seguem as três propostas abaixo:

4. Fomentar o protagonismo dos movimentos sociais e dos usuários do SUS, implementando processos de educação popular em saúde, promovendo a defesa do direito à saúde, disseminando o conhecimento sobre as diretrizes e princípios do SUS, estimulando a conquista de territórios saudáveis, destacando-se a importância da juventude nesse processo, e garantir a participação da comunidade, por meio do orçamento participativo, conselhos de saúde e movimentos populares, no planejamento das ações de saúde e na construção e votação dos orçamentos públicos como também, implementar educação em saúde, com temas como cidadania e participação, nas escolas e instituições de ensino, visando à promoção da autonomia e a identificação e formação de lideranças afins com as especificidades do setor de saúde.

14. Ampliar e aprimorar a política de formação continuada de conselheiros (as) como espaço permanente de educação favorecendo a participação de todos os segmentos, inclusive gestores e população indígena, comunidades tradicionais e lideranças comunitárias, garantindo a eficiência de sua atuação no acompanhamento e na definição das políticas públicas, inserindo programa de inclusão digital, com atividades a distância e presencial, com co-financiamento pelas três esferas de governo com recursos da ParticipaSUS e dos tesouros Municipal, Estadual e Federal, previstos nas leis orçamentárias anuais, contribuindo para que os conselheiros desenvolvam uma compreensão ética e ampliada de saúde e seguridade, articulada com as demais áreas das políticas públicas, embasado numa metodologia problematizadora, crítica e participativa, com ampla divulgação no portal Transparência.

16. Ampliar as vagas do Conselho Nacional de Saúde para as comunidades tradicionais e entidades gerais.

**DIRETRIZ 04 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE É ÚNICO, MAS AS POLÍTICAS GOVERNAMENTAIS NÃO O SÃO: GARANTIR GESTÃO INTEGRADA E COERENTE DO SUS COM BASE NA CONSTRUÇÃO DE REDES INTEGRAIS E REGIONAIS DE SAÚDE.**

Das **09** propostas aprovadas na 14ª Conferência Nacional de Saúde da **Diretriz 04**, somente **uma** foi identificada podendo gerar benefícios à saúde da população negra, pois trata de valorizar especificidades culturais, mesmo que restritas à Região Amazônica.

24. Implementar o Plano de Saúde da Amazônia Legal com a garantia que as ações e serviços de saúde sejam planejados, organizados e executados de forma ascendente, respeitando as especificidades geográficas locais e culturais e garantindo a acessibilidade aos usuários, incluindo a disponibilidade de transportes especiais (aéreo, ambulâncias tracionadas, ambulanchas, barcos itinerantes de saúde) para remoção e atendimento de pacientes em estado grave em áreas de difícil acesso.

**DIRETRIZ 06 – POR UMA POLÍTICA NACIONAL QUE VALORIZE OS TRABALHADORES DE SAÚDE.**

Das **37** propostas apresentadas no âmbito da **Diretriz 06**, **04** delas foram identificadas como relacionada à saúde da população negra uma vez que se referem à valorização dos trabalhadores de saúde, incluído os Agentes Comunitários de Saúde, parteiras tradicionais, entre outros profissionais da saúde ainda não regulamentados, a fixação de profissionais em áreas de difícil acesso e humanização do atendimento. Como esta diretriz se refere à valorização do trabalhador de saúde, às particularidades e condições diferenciadas da população brasileira são consideradas, as propostas aprovadas dizem respeito, mesmo que de forma indireta ao segmento da população negra:

4. Aprovar o Piso Nacional para os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias, garantindo também as condições adequadas de trabalho, com o fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), transporte adequado à realidade do território, etc.

9. Gerar estratégias de fixação de profissionais de saúde no interior do país e em áreas de difícil acesso e provimento, que incluam formação profissional (especialização ou residência) e incentivos salariais e de carreira.
11. Identificar e regulamentar as profissões de saúde ainda não reconhecidas no âmbito do SUS, incluindo as parteiras tradicionais, microscopistas, graduados em Saúde Coletiva, entre outras.
23. Qualificar os trabalhadores da saúde dos três níveis de atenção sobre os temas da Política Nacional de Humanização do SUS-HUMANIZASUS, a exemplo do acolhimento, entre outros, para a humanização da atenção e a co-responsabilização na relação profissional-usuário do SUS.

**DIRETRIZ 07 – EM DEFESA DA VIDA: ASEGURAR ACESSO E ATENÇÃO INTEGRAL MEDIANTE EXPANSÃO, QUALIFICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS.**

De 29 propostas apresentadas no âmbito da **Diretriz 07**, somente 03 delas foram identificadas como relacionada indiretamente à saúde da população negra, o que evidencia que a qualificação e humanização da rede de serviços que passam por defender os direitos de populações em condições de vulnerabilidade e iniquidade. E somente uma proposta aprovada, faz alusão à questão de raça e etnia, a que poderia estar mais próxima a esse segmento populacional.

1. Criar núcleos municipais de práticas integrativas e complementares em saúde nos municípios, com o reconhecimento da Terapia Comunitária como política pública.
2. Ampliar os recursos para assistência farmacêutica incluindo os fitoterápicos com financiamento das três esferas de governo, de forma a garantir atendimento humanizado e digno aos usuários de medicamentos nas farmácias.
22. Implantar políticas públicas de acesso e acolhimento, em todos os serviços e ações de saúde, sem discriminação (de gênero, orientação sexual, raça e etnia), nas três esferas de governo, com a participação do controle social e o apoio de ferramentas informatizadas, bem como adequar a oferta conforme o aumento populacional e necessidades locais/regionais.

**DIRETRIZ 08 – AMPLIAR E FORTALECER A REDE DE ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA): TODAS AS FAMÍLIAS, TODAS AS PESSOAS, DEVEM TER ASEGUARADO O DIREITO A UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**

De **31** propostas apresentadas no âmbito da **Diretriz 08**, somente **01** delas foi identificada como relacionada indiretamente à pauta da saúde da população negra. E, ainda assim não faz alusão sequer às questões ligadas à raça e etnia, e nem mesmo a comunidades tradicionais, o que chama atenção quando considerada a diretriz que afirma que todas as pessoas devem ter assegurado o direito a uma equipe de saúde da família. Seguem a proposta com o respectivo comentário.

3. Reforçar a Estratégia de Saúde da Família como modelo preferencial da Atenção Básica no Brasil, com ampliação progressiva da cobertura até a universalização.

**DIRETRIZ 09 – POR UMA SOCIEDADE EM DEFESA DA VIDA E DA SUSTENTABILIDADE DO PLANETA: AMPLIAR E FORTALECER POLÍTICAS SOCIAIS, PROJETOS INTERSETORIAIS E A CONSOLIDAÇÃO DA VIGILÂNCIA E DA PROMOÇÃO À SAÚDE.**

De **20** propostas apresentadas no âmbito da **Diretriz 09**, somente **01** delas foi identificada como relacionada à pauta da saúde da população negras, mesmo sendo uma diretriz que engloba as propostas ligadas à ampliação e fortalecimento das políticas sociais.

5. Qualificar as políticas específicas e afirmativas de atenção à saúde, bem como incentivar programas de conscientização sobre as mesmas, de forma universal, integral, equitativa e descentralizada: acesso a consultas, exames, procedimentos, prevenção e promoção na atenção básica, média e alta complexidade.

**DIRETRIZ 10 – AMPLIAR E QUALIFICAR A ATENÇÃO ESPECIALIZADA, DE URGÊNCIA E HOSPITALAR INTEGRADAS ÀS REDES DE ATENÇÃO INTEGRAL.**

De **39** propostas apresentadas no âmbito da **Diretriz 10**, somente **03** delas foram identificadas como relacionada à saúde da população negra. Duas propostas estão relacionadas a humanização do atendimento enfatizando o cuidado respeitoso e digno, assim como o acolhimento aos usuários do SUS com qualidade.

2. Aperfeiçoar o processo de acolhimento do SAMU Regional com vistas a melhorar e humanizar o atendimento, qualificando-o para um cuidado respeitoso e digno, bem como criar mecanismos de avaliação e monitoramento dessa prestação de serviços juntamente com os municípios.

4. Implementar serviços de acolhimento aos usuários do SUS com qualidade, nos hospitais públicos e universitários, nas policlínicas e nas UPAS.

34. Pactuar e implementar, nos três níveis de gestão, as políticas nacionais de saúde integral da população LGBT e de comunidades tradicionais (negros, indígenas, camponeses, quilombolas, ribeirinhos, etc.), garantindo a capacitação dos (as) profissionais de saúde, gestores (as), bem como desenvolver ações de enfrentamento ao racismo e todas as formas de discriminação.

**DIRETRIZ 13 – CONSOLIDAR E AMPLIAR AS POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS PARA SAÚDE MENTAL, DEFICIÊNCIA E DEPENDÊNCIA QUÍMICA.**

De **15** propostas apresentadas no âmbito da **Diretriz 13**, somente **01** foi identificada como relacionada à saúde da população negra, pois refere-se às comunidades terapêuticas.

A diretriz refere-se a questões específicas na área de saúde mental, deficiência e dependência química, e por isto, a uma política não setorializada, apesar de alguns grupos estarem mais suscetíveis a estes problemas de saúde.

10. Garantir e ampliar o acesso dos usuários dependentes químicos às Comunidades Terapêuticas.

<b>Planilha referente às Diretrizes relacionadas à Saúde da População Negra na 14ª Conferência Nacional de Saúde</b>	
<b>Diretrizes</b>	<b>Assunto</b>
<b>DIRETRIZ 01</b>	<b>– EM DEFESA DO SUS: PELO DIREITO À SAÚDE E À SEGURIDADE SOCIAL.</b>
<b>DIRETRIZ 02</b>	<b>– GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL SOBRE O ESTADO: AMPLIAR E CONSOLIDAR O MODELO DEMOCRÁTICO DE GOVERNO DO SUS.</b>
	<b>– O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE É ÚNICO, MAS AS POLÍTICAS</b>

<b>DIRETRIZ 04</b>	<b>GOVERNAMENTAIS NÃO O SÃO: GARANTIR GESTÃO INTEGRADA E COERENTE DO SUS COM BASE NA CONSTRUÇÃO DE REDES INTEGRAIS E REGIONAIS DE SAÚDE.</b>
<b>DIRETRIZ 06</b>	<b>– POR UMA POLÍTICA NACIONAL QUE VALORIZE OS TRABALHADORES DE SAÚDE.</b>
<b>DIRETRIZ 07</b>	<b>– EM DEFESA DA VIDA: ASEGURAR ACESSO E ATENÇÃO INTEGRAL MEDIANTE EXPANSÃO, QUALIFICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS.</b>
<b>DIRETRIZ 08</b>	<b>- AMPLIAR E FORTALECER A REDE DE ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA): TODAS AS FAMÍLIAS, TODAS AS PESSOAS, DEVEM TER ASEGURADO O DIREITO A UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.</b>
<b>DIRETRIZ 09</b>	<b>– POR UMA SOCIEDADE EM DEFESA DA VIDA E DA SUSTENTABILIDADE DO PLANETA: AMPLIAR E FORTALECER POLÍTICAS SOCIAIS, PROJETOS INTERSETORIAIS E A CONSOLIDAÇÃO DA VIGILÂNCIA E DA PROMOÇÃO À SAÚDE.</b>
<b>DIRETRIZ 10</b>	<b>– AMPLIAR E QUALIFICAR A ATENÇÃO ESPECIALIZADA, DE URGÊNCIA E HOSPITALAR INTEGRADAS ÀS REDES DE ATENÇÃO INTEGRAL.</b>
<b>DIRETRIZ 11</b>	<b>- POR UM SISTEMA QUE RESPEITE DIFERENÇAS E NECESIDADES ESPECÍFICAS DE REGIÕES E POPULAÇÕES VULNERÁVEIS.</b>
<b>DIRETRIZ 13</b>	<b>– CONSOLIDAR E AMPLIAR AS POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS PARA SAÚDE MENTAL, DEFICIÊNCIA E DEPENDÊNCIA QUÍMICA.</b>

### **Análise das propostas relacionadas à saúde da população negra na 14ª Conferência Nacional de Saúde**

Das **25 propostas** apresentada no âmbito da **Diretriz 11** que diz respeito às diferenças e necessidades específicas de regiões e populações vulneráveis, apenas 01 faz referência à saúde da população negra, especificamente, a de número 06.

Há ainda **uma** outra **proposta** (número **04**) que fala em diversidade étnico-racial e pode ser, portanto, relacionada diretamente à saúde da população negra.

Apesar de apenas 01 **propostas** apresentadas na **Diretriz 11** fazer referência à saúde da população negra, **10** destas podem ser identificadas como relacionadas a este segmento populacional, uma vez que estão entre aquelas que apresentam várias vulnerabilidades (sociais, culturais, étnico-racial, religiosa etc.).

Assim, **cinco** propostas (números: **09, 14, 15, 20 e 21**) foram identificadas como relacionadas à saúde da população negra, mesmo que não sejam citadas expressamente, devido à localização destas e ao trabalho de atenção e tratamento de saúde as pessoas que são desse segmento populacional.

A Proposta de número **09** diz respeito às comunidades de difícil acesso e, portanto deveria contemplar também as de Terreiros e quilombolas e as outras quatro propostas (**14, 15, 20 e 21**) dizem respeito à implementação de políticas e formação de redes de atendimento em relação a problemas de saúde que estão relacionados à saúde da população negra:

- Pessoas com deficiência, transtorno mental: crianças, adolescentes, adultos, idosos;
- Violência doméstica e sexual;
- Vigilância Alimentar e Nutricional;
- Acompanhamento e desenvolvimento das crianças de 0 a 6 anos;
- Saúde do Adolescente: Planejamento Familiar, Gravidez na Adolescência, DST-AIDS, Hepatites Virais, Violências, uso de álcool, cigarro, crack e outras drogas, estimulando hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de atividade física, entre outros;
- Uso de álcool e outras drogas.

A **Diretriz 01** é muito geral e ampla, pois diz respeito à defesa do SUS e, portanto, aos direitos gerais e não específicos. Desta forma, as propostas não estão apresentadas de forma a delimitar os problemas dos segmentos populacionais, mas os da população em geral.

Na **Diretriz 02** foram identificadas **três** propostas em **44** aprovadas na 14ª Conferência Nacional de Saúde que diz respeito, mesmo que indiretamente, ao protagonismo dos movimentos sociais, acesso a informações, formação de conselheiros e participação das comunidades tradicionais.

Na **Diretriz 04** a proposta trata de implementação de Plano com garantias de respeitar as especificidades culturais da Região Amazônica, a população negra traz em suas ramificações as Comunidades de Terreiros e Religiões de Matriz Africana, além dos

quilombolas, que se encontram nesta região e poderão ser beneficiadas, pois possuem especificidades culturais e em geral estão localizadas em locais de difícil acesso.

**Na Diretriz 06** uma das proposta trata de aprovação de um piso para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), frequentemente reivindicado pelo movimento social, o que pode beneficiar a população negra pela melhoria dos profissionais em questão. Adicionalmente, a proposta fala de transporte adequado à realidade do território, o que também pode favorecer esse segmento populacional. Por outro lado, a proposta não apresenta a possibilidade de abrir espaços para uma diversidade maior de culturas e religiões, entre os ACS.

Também beneficia o segmento da população negra que está em áreas de difícil acesso e que não contam com profissionais de saúde com formação específica para o atendimento nessas áreas. Dentre as estratégias a serem definidas, a inclusão de profissionais das próprias comunidades garantiria não somente a fixação em função da diminuição da distância geográfica, como das distâncias culturais. A proposta de humanização do SUS é de grande interesse para a população negra que reivindica atendimento diferenciado em função das especificidades étnico- raciais e religiosas.

**Na Diretriz 07** a proposta afirma a necessidade do reconhecimento da Terapia Comunitária como política pública, às diversas formas de terapia já colocadas em prática pelas diversas ramificações da população negra como as Comunidades de Terreiros e os praticantes de Religiões de Matriz Africana poderá ser reconhecida como práticas de tratamento no âmbito do SUS. Essa diretriz também aborda o acesso e o acolhimento sem discriminação, o que é uma reivindicação antiga dos movimentos sociais, em especial da população negra que sofrem pelo preconceito às suas praticas religiosas e de forte discriminação racial.

**Na Diretriz 08** observa-se proposta que refere-se à ampliação da Estratégia de Saúde da Família até a universalização, significa que todas as pessoas, independente de suas práticas religiosas e de sua raça ou etnia deverão ter garantido o atendimento por meio deste modelo de atenção básica, mesmo que não explicito na proposta.

**Na Diretriz 09** as políticas que envolvem a população negra são específicas e, em geral, de cunho afirmativo devido à condição de exclusão social, religiosa, cultural e étnico

racial. Desta forma, a proposta em questão poderá beneficiar este segmento populacional, por meio da qualificação e da conscientização destas políticas.

Na **Diretriz 10** a proposta faz referência ao atendimento humanizado, que a população negra reivindica por um atendimento que valorize suas características culturais, religiosas e étnico-raciais, demandando um acolhimento com qualidade e que respeite a diversidade cultural, religiosa e étnica, principalmente nas dependências dos hospitais públicos. Além de deixar implícito para esse segmento da população brasileira, com garantia de capacitação profissional e o desenvolvimento de ações de enfrentamento ao racismo e todas as formas de discriminação.

Na **Diretriz 13** ressalta-se que é considerada a perspectiva de comunidades terapêuticas, para tratamento de usuários dependentes químicos, a proposta poderá propiciar o tratamento destes dependentes dentro do segmento da população negra.

Nesse capítulo percebe-se o quanto é necessário se caminhar em direção à ampliação do debate, específico, da saúde da população negra, uma vez que mais de 50% da população brasileira é composta de negros e negras e as questões relacionadas à saúde dessa população são muito pouco ou quase imperceptíveis ao controle social, uma vez que não se encontra na atuação do CNS, por meio das pautas e da Conferência Nacional de Saúde o tema em evidência. Apesar de se ter uma política aprovada e pactuada, não basta para que esse segmento populacional tenha suas necessidades de saúde atendidas e correspondidas a sua realidade.

## **Considerações Finais**

A Atuação do Conselho Nacional de Saúde em relação ao Direito a Saúde das Populações em situação de Vulnerabilidade, com foco na População Negra constitui um desafio imenso, pois, as diversidades e enfrentamentos com as questões de interesses econômicos, o financiamento do SUS, o combate ao racismo institucional e a saúde não se resume ao Conselho Nacional de Saúde.

Travassos (1997) considera importante distinguir equidade em saúde, de equidade no uso ou consumo de serviços de saúde. Essa distinção é importante uma vez que os determinantes das desigualdades no adoecer e no morrer, diferem dos das desigualdades no consumo de serviços de saúde. As desigualdades em saúde refletem, predominantemente, as desigualdades sociais, e, em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços é condição importante, porém não suficiente, para diminuir as desigualdades relativas ao adoecimento e a morte, existentes entre os grupos sociais.

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

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

Para Coutinho (1998), na perspectiva da emancipação, não se pode ampliar o nível de satisfação das demandas sociais além do ponto que tal ampliação impeça acumulação de capital global; por outro lado, não se pode reduzir o nível de satisfação abaixo do limite mínimo a não ser que se quebrem as regras da ordem política liberal democrática. Este limite esbarra de forma positiva na perspectiva do protagonismo social.

No que pese o papel fundamental que o movimento social negro e outros atores do movimento sanitário ainda exercem na construção do SUS é necessário reiterar o papel

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

A população brasileira é constituída de aproximadamente de 52% da população negra, ou seja, representa a maioria que põe em cheque o Sistema Único de Saúde cotidianamente, o qual precisa ser capaz de concretizar ações universais voltadas para o conjunto da sociedade civil brasileira, sendo assim a decisiva atuação do controle social, do Conselho Nacional de Saúde que deve realizar o seu papel com responsabilidade e cobrar junto ao gestor ações efetivas que realizem, concretamente, as ações direcionadas a saúde da população negra, fazendo com que essa Política se torne uma realidade nacional.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Mais Saúde: direito de todos: 2008-2011/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – 4. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. [S.1], 2010.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil; promulgada em 5 de outubro de 1988*. [S.1], 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1678, de 13 de agosto de 2004. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 16 de agosto de 2004b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/drtl2001.saude.gov.br/sas/portaria2004/GM/GM-1678.htm>>.

\_\_\_\_\_.Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 20 de set. de 1990a. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/legislaçãolei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislaçãolei8080_190990.htm)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 936, de 18 de maio de 2004. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 20 de maio de 2004a. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_936.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_936.pdf)

ARRETCHE, M.T. da S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado Federativo. Rev. Bras. Ci. V.14, p.111-141, 1999.

AVRITZER, L.; WLAMPLER, B. P. Públicos participativos: Sociedade civil e novas instituições no Brasil democrático. In: COELHO, S. NOBRE, M. P. (Org.) *Participação e deliberação*. São Paulo: Editora, 34, 2004

BEHRING, E.R. Política social: fundamentos e história/Elaine Rossetti Behring, Ivanete Boschetti. – São Paulo: Cortez, 2006. – (Biblioteca básica de serviço social; v. 2).

COUTINHO, C.N. *Gramsci: Um estudo sobre seu pensamento político*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. 320p.

GADELHA, C.G.; COSTA, L. S. Saúde e desenvolvimento. In: MACHADO, C. V. et al (Org). Políticas e saúde no Brasil: continuidades e mudanças nos anos 2000. Rio de Janeiro: FIOCRZ, 2011.

GOMES, J. B. Ação Afirmativa: aspectos jurídicos. Racismos no Brasil. São Paulo: Peirópolis: Abong, 2002.

GRAMSCI, A. *Escritos políticos*. v.I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

GUIMARÃES, R. Ciência, Tecnologia e Inovação: Um paradoxo na Reforma Sanitária. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C. (Org). Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRZ, 2005.

NOGUEIRA, M. A. *As possibilidades da política: idéias para a reforma democrática do Estado*. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

PEREIRA, P. A. A metamorfose da questão social e reestruturação das políticas sociais. Capacitação em serviço sociais e política social, modulo 1: política social. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/NED-UNB, 1999.

RUAS, M.G. Análise de políticas públicas: conceitos básicos. In: RUAS, M.G.; M.I.V.(orgs.) Brasília: Paralelo: 15, 1988.

SILVA, A. R. da. Presença e silêncio da colônia à pós modernidade: sinais do personagem negro na literatura brasileira [S.1]: Ícone Gráfica e Editora, 2010. 337p.

Hanchard, 2001, p.29

STEIN, H.R. Estado de Bem – Estar: Origem, modelos e terminología. Cap.1 da tese de doutorado: As políticas de transferência de renda na Europa e na América Latina: recentes ou tardias estratégias de proteção social? CEPPAC/Unb, 2005.

Tempus. Actas de Saúde Coletiva/Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília. Vol. 1, n.1 (2009) – Brasília: NESP, 2009.

THEODORO, M. As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil – 120 após a abolição. IPEA, Brasília, 2010.

TRAVASSOS, C. Equidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para debate. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.325-330, abr./jun. 1997.

WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization, 1991.

Caminhos Da Reforma Sanitária (Amélia Cohn, 1989)  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64451989000400009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64451989000400009&script=sci_arttext)  
<http://www.cebes.org.br/media/file/saude%20e%20democracia%20a%20luta%20do%20cebes.pdf#page=93>

ALMEIDA, Célia M. (1995). As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição? Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

BODSTEIN, Regina C.A. (1996). Inovações na análise das políticas de saúde no campo da saúde coletiva. In Nilson do Rosário Costa & José Mendes Ribeiro (org.). **Política de saúde e inovação institucional**. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional/Ensp/Fiocruz.

STOTZ, Eduardo N. (1994). Movimentos sociais e saúde: notas para uma discussão. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 10 (2) 264-268, abril-junho.

CARDOSO, Marcos Antônio. *O movimento negro em Belo Horizonte: 1978-1998*. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2002.

CARNEIRO, Sueli. Gênero e raça. In: BRUSCHINI, Cristina; UNBEHAUM, Sandra G. (Org.). *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas / Ed. 34, 2002. p. 167-194.

AMAURI MENDES PEREIRA E JOSELINA DA SILVA (ORGS.). O MOVIMENTO NEGRO BRASILEIRO

[http://www.opas.org.br/coletiva/UploadArq/Saude\\_Pop\\_Negra.pdf](http://www.opas.org.br/coletiva/UploadArq/Saude_Pop_Negra.pdf)

Em busca da equidade no sistema único de saúde

[http://www.opas.org.br/coletiva/UploadArq/anais\\_seminario\\_pop\\_negra.pdf#page=211](http://www.opas.org.br/coletiva/UploadArq/anais_seminario_pop_negra.pdf#page=211)

ANÁLISES SOBRE A REFORMA SANITÁRIA E CONCEPÇÕES POLÍTICAS  
SUBJACENTES: A VISÃO AUTORITÁRIA DO IDEÁRIO PROGRESSISTA  
Paulo Eduardo Elias –Saúde e Sociedade – 1993

Roland (*Cadernos Geledés*, v. 1. 1991

Quando a desigualdade é diferença: reflexões sobre antropologia criminal e mestiçagem na obra de Nina Rodrigues. In: *Gazeta Médica da Bahia*. n. 76. Suplemento 2, 2006.

Em busca da equidade no SUS - Luís Eduardo Batista e Suzana Kalckmann

Cad. Saúde Pública vol.18 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2002  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500001>

Carneiro, Sueli - Coleção: Consciência em Debate - 2011

Quando a desigualdade é diferença: reflexões sobre antropologia criminal e mestiçagem na obra de Nina Rodrigues. In: *Gazeta Médica da Bahia*. n. 76. Suplemento 2, 2006.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Octogésima Segunda Reunião Ordinária, realizada no dia 22 de fevereiro de 2008, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e

Considerando a importância epidemiológica dos agravos prevalentes na população negra brasileira;

Considerando a necessidade de acompanhar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, aprovada em 16 de novembro de 2006;

Considerando as deliberações apontadas pela XIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 8 e 9 de dezembro de 2007;

Considerando a necessidade de fornecer subsídios efetivos ao Conselho Nacional de Saúde na temática de saúde da população negra.

Resolve:

Art. 1º - Aprovar a estruturação da Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra – CISPN, com a seguinte composição:

I – Coordenador: Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB.

II – Coordenador-Adjunto: Coordenação Nacional de Entidades Negras – CONEN.

III – Titulares:

a) um representante do Congresso Nacional Afro-Brasileiro – CNAB;

b) um representante da Liga Brasileira de Lésbicas – LBL;

c) um representante Fórum de Entidades dos Trabalhadores na Área da Saúde – FENTAS;

d) um representante da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde;

e) um representante da Rede Nacional População Negra e AIDS;

f) um representante da Força Sindical – FS;

g) um representante da Central Única dos Trabalhadores – CUT;

h) um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS;

i) um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS;

j) um representante do Ministério da Saúde - MS;

k) um representante da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR;

IV – Suplentes:

a) um representante da Rede de Jovens Negros e Saúde;

b) um representante da Rede Nacional de Promoção e Controle Social da Saúde das Lésbicas Negras – SAPATÀ;

c) um representante da Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População Negra;

d) um representante da Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM;

e) um representante do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN;

f) um representante da Central Geral dos Trabalhadores do Brasil - CGTB

g) um representante da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos;

h) um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS;

i) um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS;

j) um representante do Ministério da Saúde - MS;

k) um representante da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR.

Art. 2º - Serão convidados representantes de instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas pela CISPAN e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

FRANCISCO BATISTA JÚNIOR  
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 395 de 22 de fevereiro de 2008, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO  
Ministro de Estado da Saúde

## ANEXO 2

### RECOMENDAÇÃO CNS Nº RECOMENDAÇÃO CNS Nº 14, DE 07 DE OUTUBRO DE 2010.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Décima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 06 e 07 de outubro de 2010, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e Considerando a Lei 12.288 (Estatuto da Igualdade Racial) especialmente em seus artigos o Art. 1 inciso IV que define população negra como “o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou que adotam autodefinição análoga”; bem como o artigo 8 inciso II, que aponta entre os objetivos da Política Nacional de Saúde da População Negra “a melhoria da qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero”;

Considerando a situação atual do processo de coleta do quesito raça/cor nos sistemas de informações da Saúde (SIM, SINASC, SINAN/AIDS/tuberculose, SIH, CARTÃO SUS, Vigitel, Siab, VIVA/contínuo e inquérito, APAC, SIASI);

#### RECOMENDA:

Ao Ministério da Saúde:

- i. Padronizar os todos os sistemas de informações de saúde com relação ao quesito raça/cor.
- ii. Realizar Seminário Interinstitucional sobre o quesito cor nos Sistemas de Informações de Saúde
- iii. Incorporar transversalmente o recorte étnico-racial em todas as análises empíricas em suas análises e publicações;
- iv. Considerar o recorte étnico-racial como importante critério a ser incorporado nos editais de pesquisas do Ministério da Saúde;
- v. Fomentar editais de pesquisa que estudem especificamente os diferenciais raciais em saúde;
- vi. Fomentar editais de pesquisa para a avaliação da cobertura e qualidade do quesito raça/cor nos sistemas de informações.

Promover oficinas de capacitação e treinamento na coleta do quesito raça/cor

Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Ducentésima Décima Quarta Reunião Ordinária.

## ANEXO 3

### ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

**Questionário da Pós Graduação do Programa de Formação de Conselheiros Nacionais, apresentada a Universidade Federal de Minas Gerais, com o tema análise da atuação do Conselho Nacional de Saúde em Relação ao Direito a Saúde das Populações em Situação de Vulnerabilidade, com foco na População Negra.**

N Número da entrevista

Nome do (a) Entrevistado (a):

Sexo: (M) (F)

Qual a raça que se autoatribui? \_\_\_\_\_

Instituição/Associação/ONG outro a que pertence:

Data de fundação? \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Telefone ( \_\_\_\_\_ ) – \_\_\_\_\_

**1 – Você, como Conselheiro e Conselheira de Saúde, Considera a atuação do CNS em prol da Saúde da População Negra:**

A – Um Conselho atuante e Pró-ativo

B – Pouco Atuante

C – Raramente propõe temas sobre a Saúde da População Negra

D – Não faz nada sobre o assunto

**2 – Você considera que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde – C.NS:**

A – Está contribuindo para a melhoria da Saúde da População Negra no País

B – Não está sendo conduzida de forma eficaz pela gestão

C – Precisa de mais atenção do controle social sobre as ações que estão sendo pactuadas pela gestão

D – Está sendo implementada de forma adequada pela gestão

**3 – Qual a sua postura no CNS em relação ao tema da Saúde da População Negra:**

A – Sugere pautas relacionadas ao tema para discussão em plenária

B – Cobra dos gestores postura sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

C – Nunca menciona o tema

D – Não considera relevante o tema para discussão

**4 – Sobre os temas relacionados à saúde da População Negra, qual você considera de maior relevância para ser pauta do CNS:**

A – Anemia falciforme

B – Quesitos raça/cor nos sistemas de informação

C – Racismo institucional

D – Saúde Mulher Negra

**5 - O que você considera ser relevante para o plenário do CNS estar discutindo sobre a saúde da População Negra**

---

---

---

---

**6 - Existe alguma questão que não foi perguntada e que você gostaria de mencionar.**

---

---

---

---

**1. Seu nome pode ser utilizado diretamente ou você prefere que suas respostas apareçam em bloco?**

**a. ( ) pode utilizar meu nome diretamente e prefiro ser citado como**

\_\_\_\_\_

**AUTORIZO O USO DE MEU NOME.**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**b. ( ) prefiro que minhas respostas sejam consideradas em um bloco de respostas ligadas ao meu segmento.**

1 – Qual o seu segmento: \_\_\_\_\_