

A CONSTITUIÇÃO DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO NEGRA NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO¹

Junara Ferreira²

RESUMO: No presente ensaio, procurou-se investigar como o movimento em torno da saúde da população negra busca instaurar uma agenda de políticas públicas. Como método, partiu-se de análise documental e de entrevistas para uma arqueo-genealogia articulada à Teoria do Confronto Político. Como referencial teórico, seguem-se às discussões propostas por Foucault sobre biopolítica, racismo, resistência, relações de poder-saber. Os dados indicam que inicialmente o movimento denunciou as condições de vida que levavam ao adoecimento da população negra constituindo um campo de saber. Esse campo de saber produziu uma agenda direcionada ao estabelecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Eclodiram estruturas de oportunidades favoráveis à institucionalização de quadros interpretativos. A partir disso, outros espaços institucionais foram abertos. Por fim, a dissertação constata que a institucionalização do movimento negro nas estruturas do Estado não alcança posições de poder, sendo ainda uma infiltração em posições mais baixas na hierarquia das instâncias de poder.

Palavras-Chave: Saúde Pública; População Negra; Biopolítica.

ABSTRACT: In the present essay, we tried to investigate how the movement around the health of the black population seeks to establish an agenda of public policies. As a method it was based on documentary analysis and interviews for a genealogical archeology articulated to *Contentious Politics* Theory. As theoretical reference follows the discussions proposed by Foucault on biopolitics, racism, resistance, relations of power-knowledge. The data indicate that initially the movement denounced the conditions of life that led to the sickness of the black population, constituting a field of knowledge. This field of knowledge produced an agenda directed to the establishment of the *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra* (PNSIPN). Opportunity frameworks favored the institutionalization of interpretive frameworks. From then on, other institutional spaces were opened. Finally, the dissertation notes that the institutionalization of the black movement in the structures of the state does not reach positions of power, and is also an infiltration in lower positions in the hierarchy of power.

Keywords: Public Health; Black population; Biopolitics.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é legalizada através de uma agenda estatal voltada à população negra. Criaram-se métodos de identificação da população que se voltara à política e, com isso, desigualdades foram explicitadas, tornando possível uma reivindicação

¹ Este artigo é fruto da pesquisa realizada na Dissertação de Mestrado em Sociologia PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL EM SAÚDE: A constituição de uma política de saúde para a população negra (FERREIRA, 2016) orientada pelo Prof. Dr. José Carlos Gomes dos Anjos.

² Enfermeira, mestra em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), doutoranda em sociologia pela UFRGS.

qualificada pelos movimentos sociais. A política foi concebida em um processo histórico, contou com a participação de militantes de organizações do movimento social negro, além de pesquisadores que abordam essa temática e sua relação com o Estado.

As primeiras movimentações que abordaram a temática da saúde datam da década de 1980, em que é marcante a militância das mulheres negras. Elas, na época, discutiram direitos sexuais e reprodutivos, gerando dados sobre desigualdades raciais e levantando a importância do recorte racial na saúde. Logo, teve-se a nacional constituinte a qual houve importante participação de diferentes organizações do movimento negro. Um dos resultados da constituinte foi materializado pela Carta Magna, o estabelecimento das bases legais para a construção de um sistema de saúde único, de caráter universalista, igualitário e de promoção do Estado.

A década de 1990 foi o estopim reivindicatório de políticas de superação ao racismo pelo movimento negro. Repertórios de ação foram mobilizados, tais como a *Marcha Zumbi Contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida*, que levou o Estado a criar o Grupo Interministerial para Valorização da População Negra. Assim, o movimento caminhou da mobilização de rua para a mobilização institucional.

É importante pontuar que a reivindicação, em vários momentos, não foi fluída. Foi intensa, principalmente, a disputa discursiva e as correntes que se colocavam contra a política de saúde ter um recorte racial. Assim, a disputa de saber/poder gera um debate, as discussões polarizaram-se.

Ativistas pesquisadores e ativistas de entidades do movimento negro articularam-se, apesar da imprevisibilidade, e adentraram as distintas instâncias do Estado. Com esse movimento, conseguiram estabelecer compromissos estatais de formular uma política pública em saúde para a população negra. Dessa infiltração, obteve-se a elaboração e a implementação legal da intitulada **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)**. A política inclui ações de cuidado, de atenção, de promoção à saúde e de prevenção de doenças, bem como a gestão participativa e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores da saúde.

Considerando o contexto de disputa discursiva sobre a legitimidade de uma política de saúde da população negra, este ensaio objetiva descrever e

analisar como o movimento negro brasileiro transforma as discussões sobre raça e como essas discussões se inserem na política pública voltada à saúde.

Com a finalidade de atingir os objetivos propostos, foram realizadas pesquisa documental e também pesquisa empírica. Para análise documental, foram utilizados os seguintes documentos: corpus do texto introdutório da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) - delimitados 14 textos citados na introdução da Política, publicada através da portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, no Diário Oficial da União. Também, os artigos presentes na publicação *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos* – Elencou-se 4 textos que se colocavam contrários à política de saúde com recorte racial na publicação. Além desses, selecionou-se também o relatório da pesquisa *Retrato Molecular do Brasil*. Já para a pesquisa empírica, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 7 informantes vinculados a distintas instituições e organismos sociais.

A análise dos dados obtidos foi realizada a partir do método arqueogenealógico, método desenvolvido por Michael Foucault. Segundo o autor,

“Enquanto a arqueologia é o método próprio à análise da discursividade local, a genealogia é a tática que, a partir da discursividade local assim descrita, ativa os saberes libertos da sujeição que emergem desta discursividade” (FOUCAULT, 2001, p. 172).

Com a finalidade de articular a teoria foucaultiana, com as resistências contemporâneas representadas pelos movimentos sociais, buscou-se na teoria do Confronto Político, conceitos analíticos que possibilitassem melhor compreender o processo que este ensaio propõe analisar. Com o aporte dessa última teoria, foi possível estabelecer categorias de análise para o processo de denúncia, reivindicação, institucionalização e construção da agenda.

O texto está organizado, além da introdução, em três seções organizadas das seguintes formas: a seção 2 trata de temas da teoria foucaultiana, com a finalidade de compreender como o racismo influencia questões de saúde, além de discutir conceitos como *biopolítica*, *biopoder* e *racismo*. Também, experimenta-se aproximar a teoria foucaultiana com a Teoria do Confronto Político como ferramenta analítica a ser utilizada na seção 4. Na seção 3 a partir dos dados documentais, reconstroem-se as estratégias de denúncia e de construção de conhecimento realizadas pelo movimento, consoantes aos

princípios da política de saúde vigente. Continuando a isso, são apresentados os dados documentais favoráveis e contrários à saúde da população negra. Por fim, na seção 4, os dados advindos das entrevistas são apresentados através de categorias. Somando-se a isso, analisa-se a relação entre movimento negro e Estado.

RACISMO, BIOPODER E RESISTÊNCIA

Foucault, em seu curso *Em defesa da Sociedade* (1975-1976), discute sobre o discurso da guerra ou luta de raças. Coloca o discurso racista ou racismo como um episódio, localizado, particular, que capta um velho discurso, em especial, o das noções sócio-biológicas. Esse discurso tinha como primazia manter conservadorismo social e, principalmente, de dominação colonial.

O discurso desloca-se e tem como resultado o aparecimento do racismo. O discurso corrompido da guerra de raças, insere à cena o tema do biológico, evolucionista, hierarquizante de luta pela vida. O Estado passa a ser instrumento central utilizado por uma raça contra outra. Passa a ser o patrono da integridade, da superioridade e da pureza da raça (FOUCAULT, 1999). No fim do século XIX, surge o racismo de Estado. O ente passa a assumir a vida pelo poder, toma-se o homem como ser vivo, uma estatização do biológico. Neste momento, há um deslocamento do poder soberano, que era o direito de vida e de morte, um dos atributos fundamentais da soberania, ou seja, “fazer morrer e deixar viver” (FOUCAULT, 1999). Passa-se a um poder oposto, o de “fazer viver e deixar morrer”. A vida passa a ser concebida no campo político. São desenvolvidas técnicas/tecnologias de poder que se focalizam no corpo. Elas racionalizam e criam uma economia restrita de um poder que ocorria por meio de “um sistema de vigilância, de hierarquias, de inspeções, de escriturações, de relatórios” (FOUCAULT, 1999, p. 288). Foucault chamou isso de tecnologia disciplinar do trabalho.

Integrando e modificando parcialmente o aparato disciplinar, surge uma nova técnica não disciplinar que se aplica à vida, não mais ao homem-corpo, mas, sim, ao homem como ser vivo. Ela volta-se para a multiplicidade dos homens, considerando que afeta processos que são próprios à vida, como o nascimento, a morte, a produção, a doença, entre outros. Com isso, tem-se outra tomada de poder, não individualizante, mas massificante, intitulada por Foucault de *biopolítica* (FOUCAULT, 1999). Trata-se de um conjunto de processos – tais

como nascimentos, reprodução, fecundidade, natalidade, longevidade, mortalidade, óbitos – que constituíram os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle da biopolítica. Contrariando a isso, a *biopolítica* também vai envolver-se, de forma muitas vezes não acidental, não compreensível, e que gerará incapacidades, as quais colocarão os indivíduos fora de circuito, em uma espécie de neutralização (FOUCAULT, 1999, p. 291). A morte passa a “ser o limite, a extremidade do poder” (FOUCAULT, 1999, p. 296).

Foucault indaga-se sobre como é possível se exercer o poder de deixar morrer, em um sistema político centrado no biopoder, e dispara seu argumento central para explicar o deixar morrer. O autor insere o racismo como um meio de se introduzir um corte entre quem deve viver e quem deve morrer. Sendo assim, só é possível tirar a vida através da eliminação do risco biológico. Raça e racismo são justificativas para se tirar a vida em uma sociedade normalizadora. O racismo passa a ser ferramenta indispensável, para que o Estado funcione no modo do biopoder, assim sendo, há garantia do direito de matar. A morte não é necessariamente um assassinato direto, mas tudo o que pode matar indiretamente: expor e multiplicar riscos ou a marginalização, expulsão e por fim a morte política, (FOUCAULT, 1999).

A partir disso, pode-se vincular o saber como ferramenta de poder, principalmente pensando-se na teoria biológica do século XIX. A teoria evolucionista (o pacote de suas noções) tornou-se não só uma maneira de transcrever em termos biológicos o discurso político, mas uma forma de,

[...] ocultar um discurso político sob uma vestimenta científica, mas realmente uma maneira de pensar as relações da colonização [...]. O racismo vai se desenvolver *primo* com a colonização, ou seja, com o genocídio colonizador. (FOUCAULT, 1999, p. 307).

Este ponto da análise de Foucault é importante para se analisar a relação colonial com o racismo. Ele busca entoar que as colônias foram uma espécie de laboratório, em que foram comprovados a eficiência do racismo como dispositivo biopolítico (CASTRO-GÓMEZ, 2007).

Insere-se a partir disto, alguns itens históricos para análise das relações coloniais e do racismo no Brasil, em que desde seu “descobrimento” pelos europeus, raça e racismo foram centrais nas relações sociais. O genocídio indígena e a escravização dos africanos e afrodescendentes, que durou quase

quatro séculos, deixaram suas marcas até hoje. No Brasil, a colonização iniciou-se pela tentativa de escravização dos nativos do território recém-descoberto, os indígenas. Do insucesso da tentativa, teve-se o genocídio físico, cultural e psicológico dessa população. Logo, o insucesso levou a busca por outra forma de mão de obra e, com o avanço capitalista relacionado ao tráfico de escravizados, a metrópole lança mão de obra de escravizados nativos africanos no Brasil (KALCKMANN; SANTOS, 2007). Nesse contexto, o país recebeu mais de quatro milhões de africanos, os quais foram escravizados por mais de três séculos. Esse país foi o último do mundo a abolir o trabalho escravo de pessoas de origem africana (IBGE, 1987 apud HERINGER, 2000).

No Brasil, após a abolição, não foram instituídas políticas de inserção social direcionadas aos ex-escravizados. Dessa forma, quase a totalidade de negros foi marginalizada do mundo do trabalho, sem direito a terras para sua subsistência. De escravizados passaram a desempregados, considerados vadios, inferiores e propensos ao crime (BRASIL, 2004d).

Segundo Kalckmann e Santos (2007), “embora não havendo o estabelecimento de instrumentos jurídicos impondo barreiras legais aos ex-escravos, a extinção da escravatura não extinguiu o racismo no país”. O uso da ciência foi sinérgico a justificativas para manter a população negra recém liberta em posição de subalternidade. Além disso, foram importadas da metrópole teorias utilizadas por intelectuais brasileiros, que apoiados pelas elites, tinham por objetivo construir uma nova nação com a supressão do elemento negro da sociedade brasileira. Destas teorias, destaca-se a do racismo científico e a do higienismo que foram inseridos nas discussões sobre saúde e ciências sociais.

A eclosão dessas teorias ocorreu no fim do século XIX, como um recurso na construção da identidade nacional, e foram concebidas ações de saúde, por meio do higienismo. Conforme Maio (2004), as ações baseavam-se em políticas, por exemplo, de combate à malária, que no período tinham grande incidência na população branca, principalmente imigrantes. Essas ações contrariavam o período anterior a imigração europeia, quando, a malária não era alvo de políticas de saúde e os negros eram considerados pelos médicos higienistas sob o paradigma médico-ambientalista como mais resistentes à malária, ao meio ambiente e à aclimação. Também, o projeto higienista racista negligenciava as doenças de incidência na população negra, tais como tuberculose e varíola. É

viável presumir sobre o papel dos médicos da época em direcionar suas ações sob o julgo da população dominante politicamente, as quais tinham como interesse criar um país branco.

Retomando Foucault, que demonstrou que o poder não é apenas um objeto, mas, sim, uma relação, destacou o caráter relacional do poder e a possibilidade de que ocorram lutas contra seu exercício, feitas de outros lugares, pois nada está isento de poder. Assim, se há poder, há resistência, pois, o poder é uma luta, uma relação de forças, que se perde ou ganha (MACHADO, 2001). É uma mudança nas relações de forças (MATTOS, 2011): “uma relação de forças que se inverte, um poder confiscado, um vocabulário retomado e voltado contra seus utilizadores, uma dominação que se enfraquece, se distende, se envenena e uma outra que faz sua entrada, mascarada” (Foucault, 2007b, p. 28).

São muitos os tipos de resistência e elas se distribuem no tempo e no espaço de forma descontínua, fragmentada, transversal (coletiva ou individualmente). Os processos podem ser motivadores de grupos ou de indivíduos. Criam “clivagens que se deslocam, rompem unidades e suscitam reagrupamentos, percorrem os próprios indivíduos, recortando-os e remodelando-os, traçando neles, em seus corpos e almas, regiões irredutíveis” (FOUCAULT, 1988, p. 91). A partir do século XIX, surgem resistências que se centram na vida e no homem enquanto ser vivo, reivindicam a própria vida. Para Foucault, a vida como objeto político é tomada literalmente e dirigida contra o sistema que objetiva a enquadrar. Na contemporaneidade brasileira, pode-se afirmar que, através da reivindicação do movimento negro por saúde, se confronta a luta pela vida ao racismo de Estado. No desafio de articular a teoria Foucaultiana com as resistências contemporâneas, representadas pelos movimentos sociais, buscou-se na teoria do Confronto Político aporte conceitual e analítico que auxiliassem na compreensão deste estudo.

A partir da década de 1990, a Teoria Confronto Político (TCP) assume expressividade nos estudos sobre ação coletiva³. A teoria inova quando propõe um deslocamento do centro da análise, que partia dos movimentos sociais, para

³ Este estudo segue o proposto por Tarrow (2009) que ação coletiva é a base para os movimentos sociais, pode assumir muitas formas – pontuais ou contínuas, institucionalizadas ou disruptivas, teatrais ou monótonas. E que a maioria delas ocorre no interior de instituições por meio de grupos constituídos que agem em torno de um objetivo (TARROW, 2009).

a análise da ação política baseada no confronto. Destaca a teoria desenvolvida por Tilly, Tarrow e McAdam e também uma das suas principais obras conjuntas *Dynamics of Contention – DOC* – que analisam as relações entre Estado e Movimentos Sociais. O confronto político (*contentious politics*)⁴ é conceituado pelos autores como,

Episodic, public, collective interaction among markers of claims and their objects when (a) at least one government is a claimant, an object of claims, or a party to the claims and (b) the claims would, if realized, affect the interests of at least one of the claimants (McADAM; TAROW; TILLY, 2001, p. 29).

O confronto político inicia quando pessoas, aliadas a cidadãos mais influentes, coletivamente, reivindicam algo a outras (elites, autoridades e opositores), cujos interesses poderiam vir a ser afetados se esse coletivo fosse atendido. São múltiplas as reivindicações, o que certifica que o confronto necessita de mobilização, gerar meios e capacidades de convívio coletivo. Há interação coletiva entre diferentes posições e reivindicações conflitantes de grupo, em geral, tem-se conflito e ele se direciona a um governo/Estado (McADAM; TARROW; TILLY, 2009). Concebe-se que o Estado possui um poder central, como se esse ente fosse o único a exercer poder. No entanto, a teoria foucaultiana, quando trata da micropolítica, questiona a detenção do poder e é vista como uma prática social. Assim, o poder é considerado como uma relação que se exerce, não se restringe a um governo, porém se espalha por toda a sociedade em conjuntos de práticas que, na maioria das vezes, são indispensáveis à permanência do Estado. (FOUCAULT, 2007a). Também refletindo sobre o Estado ser detentor do poder, destaca-se que é muitas vezes visualizado de maneira homogênea, porém, é agente amplo, formado por diversas/distintas instituições.

O confronto político é mantido por redes sociais densas, encorajado por códigos que sensibilizam culturalmente e direcionam para determinada ação. A consequência é a formação de um movimento social. Neste ponto, se aproxima a teoria foucaultiana, ao conceber a resistência a determinado poder. Conforme Tarrow (2009), por meio de sequências de confronto político, constituem-se os

movimentos sociais, redes de apoio os sustentam através de estratégia de ação coletiva. Isso acontece por meio do desenvolvimento de maneiras de manter continuamente o conflito com os opositores. Tal como,

“[...] como o movimento negro e suas estratégias de infiltração em instituições estatais, partidos políticos, universidades, entre outros. Porém, suas características expandem-se além do conflito: formam ideologias, mobilizam membros e constroem identidades coletivas” (FERREIRA, .2016).

Na obra DOC (2004), os teóricos designam duas categorias contestatórias: as transgressoras e as contidas (institucionalizadas). Nas duas categorias, o Estado é um dos atores que participam do conflito. O que difere é que nos conflitos institucionais os atores políticos são previamente estabelecidos (McADAM; TARROW; TILLY, 2009).

Uma das principais relações entre movimento social e Estado, analisadas pela teoria do Confronto é a da institucionalização. Militantes são inseridos, ou então são construídos, em espaços institucionais de atuação nas diversas ordenações de Estado, porém é mantido o conflito pré-existente à infiltração.

Pettinicchio (2012) refere-se a um ativismo institucional definindo o ativista institucional como aquele que afeta mudanças no interior das instituições. Os ativistas podem estar presentes na institucionalidade com grande poder de influência ou de forma marginal, conforme a importância que o Estado atribui à reivindicação do movimento representado. O ativista institucional é responsável por integrar na agenda estatal a reivindicação do movimento social que representa. No entanto, muitas vezes, não é viável, devido à manutenção do entre Estado e o movimento social (PETTINICCHIO, 2012).

Outro conceito é o ciclo de confronto político, definido por Tarrow (2009) como uma fase acentuada do conflito, na qual os primeiros movimentos sociais mais mobilizados dão início ao ciclo e, dessa maneira, possibilitam que outros demandantes menos mobilizados disputem também reconhecimento e resposta. Com os ciclos, são criados quadros interpretativos de ação coletiva. Os quadros permitem vantagens e auxiliam os desafiantes na superação temporária de suas fraquezas na sua base de recursos (TARROW, 2009, p. 182). Os ciclos de confronto geram oportunidades e incentivos para inovações, que são mais raras e arriscadas que fora deste ciclo.

Os repertórios são conceituados por Tarrow (2009, p. 51) como formas em que as pessoas agem conjuntamente em volta das predileções compartilhadas. Os repertórios ajudam a entender os acontecimentos por meio do reconhecimento de um conjunto restrito de condutas que são aprendidas, compartilhadas e executadas por meio de um processo de escolhas. Eles são estabelecidos historicamente, também resultam das opções dos sujeitos e ligam reivindicadores e objetos reivindicados, são estrutural e culturalmente inscritos (TARROW, 2009).

Outro aspecto importante na análise entre movimento sociais e Estado é a mediação realizada. Genericamente, a literatura brasileira divide-se em duas vertentes para analisar essa relação. Uma delas é a vertente crítica que coloca que os partidos políticos corrompem a combatividade e a autonomia dos movimentos sociais; a outra vertente coloca os partidos como parte essencial para que as reivindicações dos movimentos sociais sejam efetivadas politicamente. Os partidos são classificados como distintos aos movimentos sociais (SILVA & OLIVEIRA, 2011).

ARQUEOLOGIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: da construção de saberes a polarização dos discursos

Oliveira (2003), classifica a produção de saberes sobre saúde da população negra como o campo de saúde da população negra. O campo tem como característica os estudos e as informações direcionadas ao conhecimento, pesquisas e assistência. O fato de não ser concebido dentro da academia, mas nascer de uma demanda social que se institucionalizou academicamente mantém dificuldades políticas e ideológicas para se legitimar junto às instituições formadoras (OLIVEIRA, 2003). Ainda Maio & Monteiro (2005) afirmam que o campo se constituiu sob a égide de que o racismo, em sua dimensão sociocultural, incide no processo de saúde-doença. O racismo é uma das categorias centrais para análise das desigualdades em saúde, que está intimamente ligado às condições de nascer, viver, adoecer e morrer. O racismo passa a ser tratado como determinante social de saúde⁵.

⁵ Determinante social de saúde são as condições econômicas e sociais que afetam a saúde. Incluem renda, educação, emprego, desenvolvimento infantil, cultura, raça, gênero e condições ambientais.

A reivindicação por saúde no Brasil entra na agenda dos movimentos sociais por volta da década de 1970. Nesse contexto, o movimento negro apresenta as demandas específicas da população negra na discussão sobre saúde. Dessa forma, destaca-se o pioneirismo do feminismo negro na saúde e, com ele, na década de 1980, iniciam as discussões sobre direitos sexuais e reprodutivos principalmente relacionadas à pauta das esterilizações cirúrgicas. A militância de mulheres negras tentava comprovar a existência de uma “política de natalidade”, em que eram realizadas esterilizações em massa de mulheres negras. A consequência da discussão foi a formação de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) no ano de 1993, que foi designada a investigar a incidência da esterilização em massa de mulheres no Brasil. O objetivo da CPMI era investigar se a prática da esterilização cirúrgica se configurava como uma política eugênica voltada ao extermínio da população negra (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012). Todavia, o que foi indicado pela CPMI foi que,

não havia uma política voltada à saúde da mulher no Brasil; existia interesse internacional na implementação do controle demográfico; as agências controlistas internacionais forneciam recursos financeiros às nacionais como a Bemfam e o Centro de Pesquisa de Assistência Integral à Mulher e à Criança (CPAIMC); e o Estado não definiu critérios para a prática da esterilização no país (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012).

Somando-se a isso, relatório indicou que os dados disponibilizados pelo IBGE eram imprecisos quanto à informação raça/cor (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012). Contrariando as indicações, a reivindicação teve um importante resultado: todos os brasileiros, a partir da CPMI, passaram a dispor, por meio da Lei do Planejamento Familiar no. 9.263 de 1996, de uma regulamentação para o processo de esterilização.

Uma das primeiras denúncias por meio de dados de pesquisas com recorte racial foi apresentado no documento entregue à presidência da república na realização da Marcha Zumbi dos Palmares (1995). Como parte do conteúdo, lista-se os principais problemas de saúde que atingem a população negra no país. Dados como mortalidade infantil, incidência de miomas em mulheres negras, altas taxas de mulheres negras esterilizadas, prevalência da hipertensão, anemia falciforme e AIDS foram alguns dos agravos citados no documento.

Ainda nesse momento, poucos eram os dados estatais disponibilizados para execução das pesquisas com recorte racial. O quesito raça/cor no sistema de informações sobre saúde foi incorporado somente na década de 1990, em resposta às demandas suscitadas pelo Movimento Negro. Outra oportunidade, que foi geradora de dados, por meio de pesquisas principalmente estatais, foi a da preparação da participação brasileira na Conferência de Durban.

Seguindo as pesquisas preparatórias para Durban, outras foram realizadas e utilizadas como subsídio para a reivindicação e para a justificativa para se construir uma política pública de saúde para a população negra. Destaca-se, com base nos documentos contidos no texto da política elencados pelo ensaio, que as pesquisas trazem dados sobre renda, educação/escolaridade, ocupação, local de moradia, acesso aos serviços de saúde, mortalidade, morbimortalidade e patologias de incidência na população estudada. Destaca-se também o espaço dado a pesquisas e reivindicações que têm como foco as interseccionalidades entre gênero e raça.

Os dados contidos nos documentos, quando tratam das interseccionalidades, dão ênfase à saúde sexual e reprodutiva e indicam desigualdades marcantes. Os dados sobre a saúde da mulher negra indicam que essas mulheres: têm maior chance de gestação na adolescência; realizam menos consultas pré-natais quando comparadas às mulheres brancas (há um protocolo básico de assistência pré-natal que preconiza no mínimo sete consultas durante a gestação). Já seus filhos: têm menos chances de nascerem por parto cesáreo; quando pretos, têm maior chance de nascer prematuros, além de, quando negros, a probabilidade de nascerem com baixo peso é maior.

A POLARIZAÇÃO DISCURSIVA

O debate sobre saúde da população negra, em grande parte, foi polarizado. Então, para compreender os principais pontos contraditórios dos discursos, mobilizou-se a sistematização proposta por Fuks (1998), a de pacotes interpretativos. Nela, é possível mapear e compreender os extensos repertórios enunciados no debate público sobre o tema. Os pacotes ajudam a organizar, por meio de idéias-chave, metáforas, frases de efeito, referências a princípios morais, a disputa discursiva.

Dessa forma, foram construídos dois quadros interpretativos, com a finalidade de apresentar, de maneira resumida o discurso favorável e contrário à política de saúde ter um recorte racial. Como exposto na introdução, utilizaram-se os documentos oriundos do corpus do texto introdutório da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), da publicação Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos e também o relatório da pesquisa Retrato Molecular do Brasil.

Abaixo seguem os dois quadros:

Quadro 1 - Ideias contrárias às políticas de ação afirmativa na saúde

Núcleo da questão	Como caracterizar quem é negro no Brasil.
Núcleo da posição	Políticas de ação afirmativa gerariam uma racialização na saúde.
Metáfora/imagem exemplo histórico visual/	Estados Unidos – conflitos raciais
Caracterizações/responsabilização	Movimento negro, agências de fomento internacionais, Estado Brasileiro.
Causas	Importação de teorias que não se aplicam a realidade brasileira.
Consequências	Bipolarização das relações raciais. Conflitos/ hostilidades crescentes entre negros e brancos.
Princípios	Preconceito e discriminação racial existem no Brasil. Porém, Políticas de ações afirmativas não são a melhor solução para resolução dos conflitos raciais, pois produzem polaridades e geram conflitos e racialização.

Fonte: FERREIRA, 2016.

Quadro 2 - Ideias favoráveis às políticas de ação afirmativa na saúde

Núcleo da questão	Desigualdades raciais em saúde. Raça e racismo como categorias de importância na política de saúde.
Núcleo da posição	Adoção de medidas de caráter afirmativo com a finalidade de combater/erradicar o racismo e as desigualdades raciais em saúde.
Metáfora/imagem exemplo histórico visual/	Historicamente políticas de saúde caracterizaram-se por incorporar a questão racial, quase sempre de forma a marginalizar/inferiorizar a população negra.
Caracterizações/responsabilização	Políticas de saúde – Estado. Pesquisas em saúde – academia.
Causas	Racismo institucional. Desigualdade raciais em saúde.

Consequências	Acesso diferenciado aos serviços de saúde da população negra, índices de morbimortalidade maiores nesta população. Raça como um determinante social em saúde
Princípios	SUS é um sistema universal de saúde, diante disso, a população negra deve ter acesso equitativo e igualitário a esse serviço. Ações e medidas que diminuam as desigualdades étnico raciais em saúde, inclusas na política de saúde. Implementação da PNSIPN.

Fonte: FERREIRA, 2016.

GENEALOGIA DO CONFRONTO POLÍTICO NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Os dados empíricos do ensaio indicam que as oportunidades políticas para construção de uma política de saúde voltada à população negra intensificaram-se nos anos 1980. Além disso, havia previamente discussões sobre reforma sanitária que possibilitaram a questão trazida pelo movimento negro, integrando o ciclo político da reforma. Outro ponto que pode ser destacado é a intensificação das organizações de mulheres negras que colocam a saúde como uma das pautas principais de suas reivindicações:

“[...] eu acredito que foi a institucionalização das organizações de mulheres negras que essa pauta veio a se evidenciar, porque as mulheres negras [...] através das campanhas de [contra] esterilização, das mulheres né, começaram a colocar essa pauta, divulgar mais, colocar essa pauta na agenda nacional. E aí eu acredito que a partir daí, da formação de redes de organizações de mulheres negras que foi quando se começou a se fortalecer mais ainda a agenda da saúde” (entrevistada 6).

Outro ponto importante trazido pelos entrevistados foi a Constituinte que foi catalisadora para algumas questões levantadas pelo movimento negro. A discussão trouxe à tona temas como o racismo, a diversidade étnico-racial, a necessidade de se construir um sistema de saúde universalista e o de colocar o Estado como central na formulação e na execução de políticas públicas de superação das desigualdades existentes no país. Percebe-se desta forma que,

“[...] o Estado é o responsável por garantir os direitos da sociedade naquilo que é o seu papel. O Estado democrático de garantia dos direitos humanos, da dignidade humana, da cidadania e de tudo aquilo que são os fundamentos da constituição brasileira, quem tem o dever de fazer, o dever de garantir é o Estado, através das diversas políticas públicas, inerente à gestão da coisa pública no lato sensu” (Entrevistado 7).

A discussão promovida na constituinte materializou-se por meio da Carta Magna de 1988. Os pontos a serem destacados são: a saúde como direito de

todos e dever do Estado, com acesso igualitário e universal, sem qualquer tipo de distinção, como, por exemplo, a de raça. Também, o racismo passa a ser considerado crime inafiançável.

Na década de 1980, ainda houve a discussão sobre o centenário da abolição da escravatura. A partir desta discussão, houve o estabelecimento do Programa Nacional do Centenário da Abolição da Escravatura que teve, entre uma das medidas, a criação institucional da Fundação Cultural Palmares⁶.

A relação mais significativa na década de 1990 entre Estado e movimento negro foi a de institucionalização. Nela, foram mobilizados repertórios de ação. Um deles foi a *Marcha Zumbi Contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida* que ocorreu em Brasília, no dia 20 de novembro de 1995. Salienta-se que a marcha culminou em outro repertório de mobilização, um documento com reivindicações, entregue ao Presidente da República. Este documento, segundo Veríssimo (2003):

[...] tinha como proposta central transformar a igualdade formal, a igualdade de todos perante a lei, em igualdade substancial: igualdade de oportunidade e tratamento, consubstanciada em propostas de políticas públicas para a população negra expressa em todas as instâncias da vida cotidiana, numa clara demonstração de maturidade do movimento negro que finalmente superava a sua fase de denúncia para transformar-se em propositivo, e tendo a convicção de que a democracia política só se tornaria plena se o país superasse a desigualdade racial" (VERISSÍMO, 2003, p. 10).

Como resultado, o presidente da república à época, Fernando Henrique Cardoso (FHC), criou o Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra - GTI. Era composto por oito membros da sociedade civil, ligados ao movimento negro e por oito Ministérios e duas Secretarias. Conquistou-se importante espaço dentro da institucionalidade em que foram atribuídas competências de proposição de medidas compensatórias direcionadas a população negra.

Na área da saúde, o GTI propôs um programa direcionado à assistência de pessoas com doença falciforme⁷. Incluiu o quesito raça/cor nas declarações de óbito e de nascidos vivos.

⁶ Fundação vinculada ao Ministério da Cultura, instituída pela Lei Federal nº 7.668, de 22 de agosto de 1988. Sua missão é o reforço à cidadania, à identidade, à ação e à memória dos segmentos étnicos dos grupos formadores da sociedade brasileira, além de fomentar o direito de acesso à cultura e à indispensável ação do Estado na preservação das manifestações afro-brasileiras. Somando-se a isso, a Fundação é um dos responsáveis pelo reconhecimento e pela titulação das comunidades quilombolas no Brasil.

⁷ O Programa Nacional de Atenção Integral as Pessoas com Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias foi instituído somente em 2005 por meio da Portaria 1.018 de 1º de junho, é a diretriz nacional para a

Nos anos 2000, houve a presença de importante catalisador para as demandas do movimento negro. Foi a Conferência de Durban, *III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância*, realizada no ano de 2001. Que foi,

“[...] um marco histórico [...] foi a conferencia de Durban. [...] a pauta de Durban já cobrava do Estado Brasileiro, porque cobrava do Estado em todas as áreas o que ele fazia com relação às populações do negro e do índio” (Entrevistado 7).

A construção da participação brasileira para conferência permitiu visualizar o status dado à questão racial pelo Estado (quadro interpretativo). Vislumbrou-se outra dimensão que seria percussora da implementação da SEPPIR. Além de possibilitar acesso aos dados estatais desagregados, oportunizando a qualificação das pesquisas com recorte étnico-racial. Um dos produtos da mobilização brasileira para participação na Conferência foi o relatório que indicou a necessidade de adoção de medidas de caráter afirmativo para populações com histórico de discriminação. A partir daí, como signatário da Declaração e do plano de ação da Conferência, cabe ao Estado brasileiro promover políticas públicas que vão ao encontro das indicações propostas pelo documento.

A disputa eleitoral de 2002 e a participação partidária do movimento negro foram pontos consideráveis, principalmente, a que ocorreu no interior do Partido dos Trabalhadores (PT). Alguns militantes do movimento negro eram filiados ao partido e isso possibilitou a inserção de espaços para a discussão da questão racial. Destaca-se que essa discussão foi bastante conflitiva nas arenas do partido que, por muito tempo, subordinou a questão racial à questão de classe. Porém, os militantes do movimento negro agregaram novo direcionamento, não mais mantendo a subordinação. Mesmo assim, houve disputa, principalmente relacionada ao Plano de Governo do então candidato Luis Inácio Lula da Silva à Presidência da República, destinado à formulação de políticas sociais de governo. Nessa disputa, a questão social foi superada e atingiu-se a formulação de um plano de governo específico para a população negra. O plano foi intitulado *Brasil sem Racismo*. É possível verificar que não só a dupla militância influenciou

atenção aos doentes falcêmicos, que indica a rede de atendimento, os exames e medicações de fornecimento obrigatório.

o direcionamento das políticas de Estado do governo Lula ao pautar políticas de ação afirmativa, mas também como o partido político influenciou as ações do movimento negro.

Em 2002, foi eleito a Presidência Luís Inácio Lula da Silva e, com isso, compreendeu-se mais uma oportunidade política para o movimento. Dessa maneira, os esforços da militância direcionaram-se a institucionalização e, como um dos primeiros resultados, o governo recém-eleito institui a Secretaria Especial de Políticas Públicas de Igualdade Racial (SEPPIR)⁸, no ano de 2003.

Uma das primeiras ações da nova Secretária foi relacionada à área da Saúde, junto ao Ministério da Saúde. Assim,

A SEPPIR foi fundamental para a inserção do tema saúde da população negra na agenda do Ministério da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2004-2007 (recomendações para ações e projetos), se bem que ainda de forma bastante incipiente; na realização do Seminário Nacional de Saúde da População Negra dentre outras ações em desenvolvimento no Ministério. Foi o trabalho da SEPPIR que possibilitou a participação de ativistas e profissionais negros na 12ª Conferência Nacional de Saúde (delegados, relatores de apoio e de síntese) (BATISTA & KALCKMANN, 2007, p. 24).

Para além da institucionalidade da SEPPIR, o movimento negro, as lideranças da tradição religiosa afro-brasileira e alguns pesquisadores da temática étnico-racial mobilizaram participação no controle social, na instância do Conselho Nacional de Saúde, especificamente a 12ª Conferência Nacional de Saúde. Seguindo a isso, em 2004, a SEPPIR, junto ao Ministério da Saúde, instala o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (componente do MS). Primeiramente, a composição do Comitê se restringia a técnicos e gestores do MS, por meio da portaria nº. 1. 678/ GM. Fizeram parte da primeira composição do Comitê representantes da secretaria executiva do Ministério da Saúde; da secretaria de Atenção à Saúde; da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; da Secretaria de Vigilância à Saúde; da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; da Secretaria de Gestão Participativa; do Departamento Nacional de Auditoria do SUS; da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; da Agência Nacional de Saúde Suplementar; da Fundação Nacional de Saúde; da Fundação Oswaldo Cruz; do CONASEMS;

⁸ Em outubro de 2015, por meio da medida provisória nº 696, a secretária foi incorporada ao novo [Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos](#), reunindo outras secretarias como a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, a Secretaria de Direitos Humanos, e a Secretaria de Políticas para as Mulheres.

do CONASS; da FENAFAL; da SEPPIR e pesquisadores de saúde da população negra indicados pela SEPPIR, os quais são: Maria de Fátima Oliveira, Fernanda Lopes, Maria do Carmo Sales Monteiro, Damiana Miranda, Jurema Werneck, Elza Berquó, Isabel Cristina da Cruz, Luiz Ferreira, José Marmo da Silva e seus suplentes.

Outro ponto importante que este ensaio insere é a das estratégias utilizadas pela militância negra. Conforme a TCP foram utilizados os seguintes repertórios, conforme os dados empíricos: 1) Profissionalização acadêmica; 2) Movimento articulado em rede; 3) Institucionalização; 4) Conhecer as instâncias institucionais; 5) Apropriar-se das dinâmicas institucionais.

Por fim, mesmo da adoção de estratégias, os resultados muitas vezes não foram os esperados pelo movimento. Os dados empíricos apontam que mesmo da aprovação da PNSIPN faltaram de ações efetivas para a sua implementação. Logo, a concretização legal não garantiu a implementação da política. Há destaque para pontos, que devido o limite da publicação não serão desenvolvidos, tais como: publicação da portaria, locus da política e falta de militantes em setores/posições decisórios⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A teoria proposta por Foucault permite compreender a existência do racismo presente no Estado e em suas instituições. O exercício da biopolítica e sua relação “fazer viver e deixar morrer” só são possíveis através do racismo. No Brasil, é marcante o racismo institucionalizado como instrumento de exercício de poder pelo Estado e suas instituições, o que pode ser verificado no histórico das políticas públicas de saúde, já que noções racistas e eugênicas aparecem e se transformam ao longo do tempo.

As discussões sobre saber-poder colocam em cena os processos e as lutas que os atravessam, os constituem, e determinam as formas e os campos possíveis de conhecimento. Os conhecimentos, por sua vez, produziram disputas discursivas polarizadas. As duas argumentações admitem a existência do racismo nas relações sociais. O que é marcante nesses discursos é que eles partem de categorias raciais, ou seja, racializam a discussão.

⁹ Para uma discussão mais detalhada indica-se a leitura da dissertação que origina este ensaio.

Além do saber direcionado à construção de um campo de saúde da população negra, houve a integração de propostas de combate/erradicação do racismo e das desigualdades raciais em saúde. Esse discurso, aliado a uma rede de militantes do movimento negro, de militantes institucionais e de pesquisadores direcionava-se a uma reivindicação política/de poder ao Estado. Destaca-se a institucionalização por meio da SEPPIR que, no caso da saúde, garantiu também a construção de um espaço institucional que assegurasse uma discussão técnica sobre a saúde da população negra. Com isso, a saúde da população negra entra na agenda estatal de políticas públicas por meio de uma militância que se muniu de estratégias para conquista de seus objetivos.

Por fim, considera-se que esse é um dos motivos da manutenção do conflito entre movimento negro e Estado, pois ainda há mecanismos biopolíticos e de biopoder que operam (re)criando formas de manutenção de subalternidade racial, as quais são expressas, nesse caso, pela ocupação de espaços institucionais sem poder decisório/executivo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Ministério da Saúde. **Caderno de Textos Básicos**. Brasília: I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, 2004d.

CASTRO-GÓMEZ, Santiago. Michel Foucault y la colonialidad del poder. **Revista Tabula Rasa**, Bogotá, n. 6, p. 153-172, jan.-jun. 2007.

DAMASCO, Mariana Santos; MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, abr. 2012.

FERREIRA, Junara Nascentes. **PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL EM SAÚDE: a constituição de uma política de saúde para a população negra**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, 2016.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **História da Sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. **Microfísica do Poder**. 16. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal. 2001.

_____. Verdade e poder. Nietzsche, a genealogia e a história. Genealogia do Poder. In: Foucault, M. **Microfísica do Poder**. 24. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007a.

_____. **Vigiar e Punir**. 33. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007b.

FUKS, Mario. Arenas de Ação e Debate Públicos: Conflitos Ambientais e a Emergência do Meio Ambiente enquanto Problema Social no Rio de Janeiro. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, 1998.

- HERINGER, Rosana. **Desigualdades Raciais no Brasil**. Brasília: Escritório Nacional Zumbi dos Palmares, 2000.
- KALCKMANN, Suzana; SANTOS, Claudete Gomes dos; BATISTA, Luís Eduardo; CRUZ, Vanessa Martins da. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.2, p.146-155, 2007.
- MACHADO, Roberto. Por uma Genealogia do Poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 16. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal. 2001.
- MAIO, Marcos Chor. Raça, doença e saúde pública no Brasil: Um debate sobre o pensamento higienista no Brasil do século XIX. MONTEIRO, Simone; SANSONE, Lívio. **Etnicidade na América Latina**: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.
- MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, ago. 2005.
- MATTOS, A.L.C.. Contribuições da arqueologia e Genealogia à Análise de Políticas de Saúde. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p.219-255. Disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps> Acesso em: 10 maio 2015.
- McADAM, Doug; TARROW, Sidney; TILLY, Charles. **Dynamics of contention**. Nova York: Cambridge University Press, 2001.
- OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da população negra**: Brasil ano 2001. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
- PETTINICCHIO, David. Institutional Activism: Reconsidering the Insider/Outsider Dichotomy. **Sociology Compass** 6/6, p. 499–510, Blackwell Publishing Ltd., 2012.
- SILVA, Marcelo K.; OLIVEIRA, Gerson de L. A face oculta(da) dos movimentos sociais: trânsito institucional e intersecção Estado-Movimento – Uma análise do movimento de Economia Solidária no Rio Grande do Sul. In: **Sociologias**. Porto Alegre, ano 13, nº 28, set /dez. 2011, p. 86-124.
- TARROW, Sidney. **Poder em movimento**: movimentos sociais e confronto político. Editora Vozes, Petrópolis, 2009.
- VERÍSSIMO, Maria Valéria Barbosa. **Educação e desigualdade racial. Políticas de ações afirmativas**. GE n. 21 Grupo de estudos afro-brasileiros e Educação ANPED/2003.