



Boletim do Instituto de Saúde
Volume 12 - Número 2 - Agosto de 2010
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529

A large, vertical decorative element on the left side of the cover consists of a dense field of small, glowing squares in various shades of yellow, orange, and red, creating a mosaic-like effect.

*Desigualdades
e Iniquidades
em Saúde*

Sumário

• Editorial	
Anna Volochko, Samuel Antenor e Suzana Kalckmann.....	107
• Universalidade, integralidade, equidade e SUS • Universality, Integrality, Equity and SUS	
Jairnilson Silva Paim e Lúgia Maria Vieira da Silva.....	109
• Saúde e direitos: princípios para a ação • Health and Rights: principles for action	
Olinda do Carmo Luiz e Jorge Kayano.....	115
• A região metropolitana de São Paulo e os desafios para a equidade em saúde • The Metropolitan Region of São Paulo and the challenges for equity in health	
Luiza Sterman Heimann, Emílio Telesi Júnior, Roberta Cristina Boaretto, Lauro Cesar Ibanhes, Iracema Ester do Nascimento Castro, Jorge Kayano e Carlos Tato Cortizo.....	122
• Declínio da mortalidade cardiovascular e desigualdades sociais no município de São Paulo: 1996-1998 e 2003-2005	
• Decline in cardiovascular mortality and social inequalities in the municipality of São Paulo: 1996-1998 and 2003-2005	
Norma Farias, Ruy Laurenti e Marcia Moreira Holcman.....	127
• O protagonismo da Saúde nos projetos de inclusão social em Santo André (SP) • Health protagonism in social inclusion projects at Santo André (SP)	
Vânia Barbosa do Nascimento, Ieda Maria Cabral da Costa e Silmara Conchão.....	133
• Pobreza, periferia e diversidade cultural: desafios para a Saúde • Poverty, outer city and cultural diversity: health challenges	
Monique Borba Cerqueira.....	138
• Desigualdades raciais na saúde: mortalidade nas regiões de saúde paulistas em 2005 • Racial inequalities in health: mortality in São Paulo State Health Regions. 2005	
Anna Volochko e Natália de Paula Vidal.....	143
• População quilombola no norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde • The population slave descendents in the North of Minas Gerais: invisibility, inequalities, and denial of access to the public health system	
Amaro Sérgio Marques, Antônio Prates Caldeira, Lucas Ramos de Souza, Paola Zucchi e Wesley Diego Antunes Cardoso.....	154
• Movimento negro, vulnerabilidade e saúde • Black movement, vulnerability and health	
Deivison Mendes Faustino e Ana Lucia Spiassi.....	162
• Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena: desafios • Special Secretariat for the Attention of Indigenous Health: challenges	
István van Deursen Varga.....	167
• Política de saúde da população negra no Estado de São Paulo: focalizando para promover a universalização do direito à saúde? • Health Policy for the black population in the State of São Paulo: focusing to promote the universal right to health care?	
Luis Eduardo Batista e Rosana Batista Monteiro.....	172
• O Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) e a criação da Rede de Saúde da População Negra de Salvador: alguns elementos metodológicos • The Program to Combat Institutional Racism (PCRI) and the creation of the Black Population Health Network in Salvador: some methodological elements	
Eloísa Solange Magalhães Bastos e Liliane de Jesus Bittencourt.....	179

• Aborto: livre escolha? • Abortion: free choice? <i>Suzana Kalckmann e Elisabete Aparecida Pinto</i>	185
• Acesso da população masculina aos serviços de saúde: alguns caminhos para o enfrentamento de vulnerabilidades • Access of the male population to health care services: some ways of facing vulnerabilities <i>Renato Barboza e Ane Talita da Silva Rocha</i>	192
• Profissionais do sexo e vulnerabilidade • Sex professionals and vulnerability <i>Regina Figueiredo e Marcelo Peixoto</i>	196
• As origens da regulação estatal sobre a questão da infância e da adolescência no Brasil e sua repercussão nas políticas públicas atuais • The origins of state regulation on the question of infancy and adolescence in Brazil and its repercussions on current public policies <i>Kátia Cibelle Machado Pirota</i>	202
• Informações básicas e instruções aos autores	208

Editorial

Na área da Saúde, temas como iniquidades, desigualdades e diversidades contam com ampla e variada produção de conhecimento, incluindo as discussões em que participa o Instituto de Saúde e, mais especificamente, as propostas nesta edição do Boletim do Instituto de Saúde (BIS). Ao revisitarmos e atualizarmos essas questões, buscamos inspiração na reflexão oriunda de recentes projetos de pesquisa e intervenção que, entre outros fatores, originaram um curso anualmente oferecido pela instituição.

Na própria propositura do título deste número ficou patente a existência de diversos entendimentos sobre os termos aplicáveis para essa discussão, polarizada entre desigualdades e iniquidades. Por isso, a opção dos editores foi a de se ater às desigualdades injustas e desnecessárias, as iniquidades, no acesso e acessibilidade à saúde, resultantes de estruturas sociais originalmente baseadas na divisão social do trabalho. Assim, buscou-se enfatizar as iniquidades originadas de diferenciações econômicas, raciais e de gênero.

Embora se advogue a eliminação do trabalho como categoria explicativa das relações sociais, permanece, no inconsciente coletivo e no comportamento e postura da sociedade em geral – e dos profissionais de saúde em particular – a discriminação contra esses grupos particulares da população.

Historicamente, os pobres, os negros escravizados, as mulheres donas de casa e os idosos, pela sua inserção no mercado de trabalho, eram destituídos dos direitos de cidadania. Esta situação alterou-se radicalmente. Hoje, no Brasil, as políticas sociais são universais. Reconheceu-se a existência do racismo com a implantação de inúmeras políticas públicas direcionadas à inclusão social dos negros e indígenas, bem como a escolaridade feminina tornou-se maior do que a masculina, com reflexos, inclusive, na significativa participação das mulheres no mercado de trabalho, ainda que certas discrepâncias permaneçam.

Todavia, a discriminação a esses grupos nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) permanece, tendo sido documentada pelos inúmeros depoimentos de usuários e confirmada por diversos indicadores de saúde. Discriminação essa que, interiorizada e culturalmente aceita, passa despercebida dos danos que causa.

Assim, a partir dos artigos aqui selecionados, busca-se aumentar a percepção e estimular o reconhecimento de posturas inconscientes que aprofundem as iniquidades na saúde, bem como propiciar a reflexão e discussão sobre o tema e propor mudanças comportamentais compatíveis com os princípios do SUS – de universalidade, integralidade e equidade – rumo à construção de uma sociedade melhor e mais justa. Esperando ter suscitado o interesse do leitor, o convidamos a refletir, comparar com suas vivências e participar das discussões acerca dos temas aqui levantados.

Boa leitura.

Anna Volochko
Samuel Antenor
Suzana Kalcmann

Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista
São Paulo-SP – CEP: 01314-000
Tel.: (11) 3293-2244
Fax: (11) 3105-2772
www.isaude.sp.gov.br

Boletim do Instituto de Saúde – BIS

Volume 12 – Nº 2 – Agosto 2010

ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529

Publicação quadrimestral do Instituto de Saúde
Tiragem: 2000 exemplares
e-mail: boletim@isaude.sp.gov.br
Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
Nilson Ferraz Paschoa

Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde
Luiza Sterman Heimann

Diretora Adjunta do Instituto de Saúde
Sônia I. Venâncio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP
Sílvia Regina Dias Médici Saldiva

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP
Sônia I. Venâncio

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico
Samuel Antenor

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo
Bianca de Mattos Santos

Editor
Samuel Antenor

Editoras convidadas
Anna Volochko
Suzana Kalckmann

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica
Camila Garcia Tosetti Pejão

Administração
Bianca de Mattos Santos

Biblioteca
Carmen Campos Arias Paulenas e Ana Maria da Silva

Capa - Leandro Machanoscki - “Plêiades” - acrílico sobre tela
Ilustrações - Debora Borba

Revisão - Julia Codo - MTb 41.993/SP
Tradução - Massimiliano Caso Baraldi

Projeto gráfico, editoração e impressão
Estação das Artes - www.estacaodasartes.com.br

Conselho editorial

Ausonia F. Donato – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil
Belkis Trench – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Camila Garcia Tosetti Pejão – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Carlos Tato Cortizo – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil
Fernando Szklo – Instituto Ciência Hoje (ICH) – Rio de Janeiro-RJ - Brasil
José da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ - Brasil
José Ruben de Alcântara Bonfim – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil
Luiza S. Heimann – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil
Nelson Rodrigues dos Santos – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) - Campinas-SP - Brasil
Samuel Antenor – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil
Sonia I. Venâncio – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil
Suzana Kalckmann – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil
Tania Keinert – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil
Tereza Etsuko da C. Rosa – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

* É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições.

** Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.



**SECRETARIA
DA SAÚDE**



Universalidade, integralidade, equidade e SUS^I

Universality, integrality, equity and SUS

Jairnilson Silva Paim^{II}

Lígia Maria Vieira da Silva^{III}

Resumo

Este artigo tem como objetivo discutir as noções de universalidade, equidade e integralidade, a partir de uma revisão não sistemática da literatura. Apresenta uma breve contextualização histórica, destacando que a igualdade está associada à ideia de justiça desde a Revolução Francesa. Já a noção de universalidade está presente nas políticas do Welfare State, na Declaração de Alma Ata e na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Crítica a falta de precisão conceitual da noção de equidade, indicando alguns trabalhos teóricos para fundamentá-la. Discute os vários sentidos produzidos para a integralidade, assim como certas tentativas de operacionalizá-la mediante as propostas de vigilância da saúde, acolhimento e saúde da família. Finalmente, considera que essas noções podem dialogar com aquelas referentes à desigualdade, diferença e iniquidade, concluindo que, no caso do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalidade supõe acesso igualitário aos serviços e ações de saúde, a equidade possibilita a concretização da justiça e a integralidade requer ações intersetoriais e uma nova governança na gestão de políticas públicas.

Palavras-chave: Universalidade; integralidade; equidade

Abstract

The objective of this article is to discuss notions of universality, equity and integrality, starting from a review of the systematic literature. It presents a brief historic context, highlighting that the equality is associated with the idea of justice since the French Revolution. The notion of universality is present in the policies of the Welfare State, in the Declaration of the Alma Ata and in the 8th National Health Conference. It criticizes the lack of conceptual precision of the notion of equity, indicating some theoretical works to act as a fundament for it. It discusses various senses produced for integrality, as well as certain efforts to make it operational by means of health care proposals, family protection and health. Finally, it considers that these notions may dialogue with those referring to inequality, difference and iniquity, concluding that, in the case of the Sistema Único de Saúde (SUS – Single Health Care System), universality supposes equal access to health services, equity allows for the solidification of justice and the integrality requires intersectorial action and a new government administration in public policies.

Key-words: Universality; integrality; equity

^IArtigo baseado, parcialmente, no texto "Universalidade, Integralidade e Equidade" elaborado por um dos autores como subsídio para a formulação do Plano Nacional de Saneamento Básico do Ministério das Cidades.

^{II}Jairnilson Silva Paim (jairnil@ufba.br) é professor titular do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA).

^{III}Lígia Maria Vieira da Silva (ligiamvs@gmail.com) é professora associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA).



Introdução

As noções de universalidade, equidade e integralidade têm estado presentes em documentos doutrinários e técnicos da área de saúde divulgados nos últimos sessenta anos. A criação da Organização Mundial da Saúde, a implantação de sistemas de saúde universais, a Declaração de Alma-Ata e a proposta *Saúde para Todos no ano 2000*, podem ter contribuído para o reconhecimento dessas noções enquanto princípios e diretrizes¹³.

Justamente num contexto internacional em que as desigualdades entre países, regiões, classes, grupos sociais e étnico-raciais mais se avolumam, organismos internacionais têm recorrido, também, à *equidade*¹⁷. Esta vem sendo reiterada como uma das referências para a formulação de políticas públicas, enquanto a *integralidade* parece ser menos enfatizada.

No Brasil, esses termos vêm sendo progressivamente utilizados em documentos técnicos e normativos^{2,9}. A *equidade* aparece como sinônimo de igualdade, embora não conste entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), seja na Constituição, seja na Lei Orgânica da Saúde. Os princípios e diretrizes nesses marcos legais são a *igualdade*, a *universalidade* e a *integralidade*².

O objetivo do presente artigo é discutir as noções de universalidade, equidade e integralidade a partir de uma revisão não sistemática da literatura.

Universalidade, equidade e integralidade: breve contextualização histórica

As noções de *universalidade*, *equidade* e *integralidade* não podem ser compreendidas sem considerar a sua historicidade. Diante das articulações que se estabelecem entre saúde e estrutura social, cada sociedade engendra o seu sistema de proteção social e intervenções sanitárias, ainda que influenciada pelas relações internacionais. Com efeito, a reflexão sobre a incorporação dessas noções pelas políticas públicas demanda a identificação de dois vetores: o sanitarismo e os sistemas de proteção social.

O sanitarismo, embora surgido em sociedades capitalistas com predomínio do liberalismo econômico e político no século XIX, defendia a intervenção do Estado, particularmente nos problemas que os indivíduos e a iniciativa privada não eram capazes de resolver. Os reformadores sociais propunham uma legislação sanitária e ações para o enfrentamento de epidemias, constituindo as bases do que se reconhece como Saúde Pública²⁰.

Paralelamente, os países europeus desenvolveram sistemas de proteção social⁶, sofrendo influências econômicas, políticas e ideológicas. Nos países em que prevalecia o liberalismo, instituiu-se um sistema baseado na *assistência*, dirigido fundamentalmente aos pobres, que precisavam provar a sua situação de carência. Este tipo de proteção social, ainda vigente em muitos países,

é conhecido como *residual*, correspondendo a uma cidadania invertida.

No final do século XIX, teve início na Alemanha o *seguro social*, no qual trabalhadores, empresários e o Estado contribuiriam para a proteção dos indivíduos em casos de morte, aposentadorias, acidentes e doenças. O acesso a tais benefícios dependeria de contribuição prévia, de modo que este tipo de sistema de proteção social é denominado de *meritocrático*. Admite uma cidadania regulada, já que o acesso aos benefícios não é universal, nem se baseia na integralidade e na equidade, mas no mérito da contribuição.

Em meados do século XX, são propostas políticas públicas de caráter universal, integrantes dos *Welfare States*. A partir de então, configura-se um terceiro tipo de sistema de proteção social conhecido como *seguridade social*. Supõe a solidariedade da sociedade para a sua manutenção, de sorte que o seu financiamento tem origem nos impostos coletados de todos. Apresenta um caráter institucional e o acesso aos seus benefícios é inerente à condição de cidadania. A universalidade passa a ser contemplada e, num momento ulterior, ganha espaço a noção de equidade.

O Brasil incorporou o sanitarismo no alvorecer do século XX, ao tempo em que criou institutos de previdência específicos para cada categoria de trabalhadores, incluindo a assistência médica. Estas instituições do *seguro social* foram unificadas durante o autoritarismo, resultando no Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Na Constituição de 1988, foi concebida a Seguridade Social, composta pela saúde, previdência e assistência social, permitindo a implantação do SUS¹³.

Universalidade

As noções de universalidade e equidade estão relacionadas ao princípio da igualdade que, por sua vez, está associado à ideia de justiça no pensamento dos principais filósofos¹⁸. O universal é aquilo que é comum a todos. Essa ideia está presente no lema da Revolução Francesa e nas promessas dos socialistas utópicos.

Na saúde, as propostas do *Welfare State* e da Conferência de Alma-Ata, defendendo o direito à saúde, reforçaram o princípio da universalidade. Assim, o Brasil implantou programas de extensão de cobertura, como o *Programa de Interiorização das Ações de Saúde Saneamento do Nordeste* (PIASS), que se ampliaram por meio das *Ações Integradas de Saúde* (AIS) e dos *Sistemas*

Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), incorporando os princípios da *universalidade* e *integralidade*¹³. Estes foram reiterados na 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS)¹.

Com a Constituição de 1988, foi possível incorporar os direitos sociais ligados à cidadania, inspirando-se no modelo da *Seguridade Social*. Depois de indicar a relevância das políticas econômicas e sociais para a garantia do direito à saúde, a Constituição fez referência ao *acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação*².

Equidade

Do ponto de vista etimológico, a palavra *equidade* está próxima da *igualdade* e ambas têm sido frequentemente usadas como sinônimos. São consideradas um contraponto para as desigualdades, sejam as socioeconômicas, sejam as de saúde. Assim, organismos internacionais admitem que *equidade* implica a diminuição das diferenças evitáveis e injustas, ao mínimo possível, e na oferta de serviços de saúde em função das necessidades e da capacidade de pagamento¹². No entanto, muitos textos técnicos e artigos científicos usam a *equidade* sem preocupação com a precisão conceitual.

É possível distinguir a *equidade horizontal* e a *equidade vertical* baseadas na ideia aristotélica de justiça. A primeira diz respeito ao igual tratamento para iguais e a segunda supõe tratamento desigual para desiguais²¹. Embora a igualdade seja um valor importante, haveria situações em que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso aos serviços de saúde. Nesses casos, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades. Assim, a questão posta vai no sentido de demonstrar que a igualdade pode não ser justa. Com vistas, sobretudo, à distribuição de recursos, a noção de *equidade* admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando aqueles que mais necessitam para poder alcançar a igualdade.

Portanto, faz-se necessário explicitar um marco conceitual que permita analisar e interpretar a questão da *equidade*²². Estes autores partem da discussão sobre as diferentes fórmulas da justiça que implicam distintas categorias de igualdade, bem como do conceito de equidade no sentido dado por Perelman¹⁸ como instrumento da justiça para resolver as contradições geradas pelas diferentes “classes de igualdades”. Consideram a

contribuição de Heller⁸ em que equidade corresponde à justiça, admitindo um outro critério para sua definição: para cada um, aquilo que lhe é devido por ser um membro de um grupo ou categoria essencial.

O SUS tem sido defendido como política, fundamentalmente, universal, mas que pode contemplar de forma progressiva a *equidade*¹⁴. Nessa perspectiva, o conceito de universalidade não se contrapõe ao conceito de equidade formulado por Perelman¹⁸. O sistema de saúde, ao ser universal, pressiona em termos de qualidade, tendo em vista a sua utilização por todas as classes sociais, ou pelo menos por parte das classes médias dotadas de maior poder de barganha e interferência no campo político. Dessa forma, conceber e implementar serviços de saúde universais pode ser uma estratégia de assegurar às classes populares acesso a serviços de melhor qualidade e, portanto, exercitar a equidade. Possibilitaria o exercício da justiça na esfera pública, levando em conta a identificação de grupos ou categorias essenciais, adotando uma perspectiva de *responsabilidade simétrica, comunicação e cooperação*⁸.

Integralidade

Na Constituição, *integralidade* aparece como uma diretriz para a organização do SUS, ao lado da descentralização e da participação da comunidade. Embora alguns dos sentidos atribuídos pelos autores nacionais à noção de integralidade tenham alguma correspondência, na literatura internacional, aos termos *comprehensive medicine* e *comprehensive care* ou, ainda, continuidade e coordenação do cuidado, pretende-se, neste tópico, privilegiar a produção científica brasileira.

Originalmente, a ideia de integralidade surge com a proposta da Medicina Integral ou *Comprehensive Medicine*. Assim, a Medicina Integral seria capaz de articular as ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação¹⁵.

No Brasil, a integralidade apareceu no discurso governamental através do *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher*³ e das AIS. Nesse âmbito, o seu sentido estava relacionado à articulação entre prevenção e assistência. Os textos que alimentaram as discussões da 8ª CNS apontavam para este princípio¹. Posteriormente, a Constituição incorporou-o como uma das diretrizes para o SUS: *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*. Já a Lei 8.080/90 refere-se à integralidade

da assistência, entendida como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”².

Dessa forma, a Reforma Sanitária Brasileira contemplou originalmente a integralidade em pelo menos quatro perspectivas: a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial.

A integralidade, como noção polissêmica, pode ser vista como *imagem-objetivo* ou bandeira de luta, como valor a ser sustentado e defendido, como dimensão das práticas e como atitude diante das formas de organizar o processo de trabalho¹⁰. Aparece, também, como categoria genérica capaz de englobar diversas dimensões do cuidado (acesso, qualidade, relações interpessoais) e até mesmo das pessoas, como “autonomia”. Outros autores admitem que os sistemas de serviços de saúde, organizados na perspectiva da integralidade da atenção, adotariam as seguintes premissas: a) primazia das ações de promoção e prevenção; b) garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; c) articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; d) a abordagem integral do indivíduo e famílias⁷. No processo político-institucional, distintos modos tecnológicos de intervenção têm contemplado a integralidade buscando formas de operacionalização⁴.

Com base na revisão da literatura, podem-se identificar pelo menos cinco condições de adoção da integralidade: cuidado, prática, programa, política e sistema. Assim, a integralidade pode ser entendida como um enunciado de certas características do sistema, instituições e práticas.

No caso do *cuidado integral*, a pessoa é compreendida na sua totalidade, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Assim, a assistência médica integral, mesmo na dimensão individual, apresenta um caráter completo, valorizando as interações

entre os sujeitos e a construção de vínculos na atenção entre os usuários do cuidado e os cuidadores. A conversação sujeito-equipe possibilitaria a apreensão das necessidades que orientariam o estabelecimento do projeto terapêutico-assistencial¹¹. A proposta de *acolhimento* poderia ser um exemplo desse *cuidado integral*.

A *prática integral* organiza e articula processos de trabalho e tecnologias distintos, possibilitando que trabalhos parcelares resultem numa intervenção mais abrangente e completa. É possível pensá-la para além de uma “atitude”, como racionalidade que orienta a combinação de tecnologias estruturadas para o enfrentamento de problemas e atendimento de necessidades. É o caso, por exemplo, da proposta da vigilância da saúde que orienta intervenções voltadas para o controle de danos, de riscos e de determinantes socioambientais em um dado território¹⁶.

Um *programa integral* permite explicitar objetivos, recursos e atividades contemplando necessidades de diversas ordens, inclusive os determinantes socioambientais de uma dada situação, embora com uma atuação predominantemente setorial¹⁹.

Políticas públicas integradas ou integrais implicam a articulação de políticas, programas e projetos, exigindo ação intersetorial e gestão compartilhada e pactuada, a exemplo da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do SUS, bem como de iniciativas recentes de “sistemas únicos” de assistência social (SUAS) e de segurança pública (SUSP).

O *sistema integral* permite o entrosamento de políticas, programas, práticas e cuidados. O caráter sistêmico e integral do conjunto das intervenções contribuiria para assegurar maior efetividade, pois poderia atuar sobre as manifestações fenomênicas (nós críticos e acumulações), assim como sobre as regras básicas.

Apesar da relevância da ampliação de novos sentidos e significados para essa noção, caberia uma justificada cautela diante de tal alargamento semântico, pois, além de exponenciar a polissemia, pode resultar no esvaziamento teórico de um conceito em construção, sacrificando o seu potencial heurístico.

Desigualdades, diferenças e iniquidades

A literatura tem revelado uma elevada produção de pesquisas sobre desigualdades em saúde⁵. Embora muitos estudos não se preocupem em conceituar *desigualdade*, estes têm indicado assimetrias de indica-

dores de saúde entre classes sociais, bairros, raça-cor, estratos de renda, educação, ocupação, etc.

No caso da *diferença*, pode ilustrar a diversidade no domínio da vida biológica, como a mortalidade entre jovens e idosos.

Quanto à *iniquidade*, corresponde à injustiça, seja como negação da igualdade no âmbito da superestrutura político-ideológica, seja como um produto inerente à própria estrutura social.

Assim, os termos *diferença*, *desigualdade* e *iniquidade* tendem a dialogar com as noções revisitadas ao longo deste texto, uma vez que a sua superação pode ser objeto de políticas públicas para o desenvolvimento do SUS.

Comentários finais

A revisão dos estudos sobre *universalidade*, *equidade* e *integralidade* aponta para distintas definições e abordagens teórico-conceituais. Ideologias e teorias competem na construção de conceitos, de modo que foi possível verificar desde elaborações mais superficiais e parciais, até a produção de conceitos teóricos derivados de fundamentação filosófica, além de pesquisas empíricas.

Enquanto a *diferença* apresenta-se aceitável na perspectiva biológica ou cultural, a *desigualdade* e a *iniquidade* são produzidas socialmente e remetem para uma reflexão sobre a justiça.

A defesa de políticas públicas universais e igualitárias não impede que, num momento seguinte, prevaleça o princípio da *equidade*. Se é possível constatar sistemas universais que buscam a *equidade* para se tornarem mais justos, não se conhecem experiências de políticas focalizadas que resultassem em sistemas universais.

No SUS, *universalidade* supõe que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e respectivas ações, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural. A *equidade* possibilita a concretização da justiça, com a prestação de serviços, destacando *um grupo ou categoria essencial* alvo especial das intervenções. E a *integralidade* tende a reforçar as ações intersetoriais e a construção de uma nova governança na gestão de políticas públicas.

Referências

1. Abrasco. Pelo direito universal à saúde. [Contribuição da Abrasco para os debates da VIII Conferência Nacional de Saúde; 1985 Novembro; Rio de Janeiro, Brasil].
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília: CONASS; 2003.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.
4. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8 (2):569-584.
5. Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
6. Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.23-64.
7. Giovanella L, Lobato L de VC, Conill EM, Cunha EM. Sistemas Municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate* 2002; 26 (60): 37-61.
8. Heller A. Além da Justiça. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1998.
9. Kadt E, Tasca R. Promovendo a equidade: Um novo enfoque com base no setor da saúde. Hucitec-Cooperação Italiana em Saúde: São Paulo-Salvador; 1993.
10. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 2001. p. 39-64.
11. Mattos RA. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (05):1411-1416.
12. OPS. La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los Procesos de Reforma del Sector Salud. Washington: OPS, 1997.
13. Paim JS. Saúde Política e Reforma Sanitária. CEPS-ISC: Salvador; 2002.
14. Paim JS. Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade* 2006; 15 (2):34-46.
15. Paim JS. Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI. Salvador: EDUFBA, 2006b.153p.
16. Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 547-573.
17. Paim JS, Vieira da Silva LM. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos JR, organizadores. Gestão em redes. Práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 91-111.
18. Perelman C. Ética e direito. São Paulo: Editora Martins Fontes; 1996.
19. Ribeiro C. A integralidade e seus percursos no SUS. Florianópolis; 2008. Dissertação de Mestrado [Pós-Graduação em Saúde Pública] - Universidade Federal de Santa Catarina.
20. Rosen G. Uma história da Saúde Pública. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Editora da Universidade Estadual Paulista/ABRASCO; 1994.
21. Vieira da Silva LM, Almeida-Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad Saúde Pública* 2009; 25 (2):5217-26.
22. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int Jour Health Serv* 1992; 22: 429-45.

Saúde e direitos: princípios para ação

Health and Rights: principles for action

Olinda do Carmo Luiz^I

Jorge Kayano^{II}

Resumo

A preocupação com as diferenças de saúde entre segmentos populacionais tem promovido o mapeamento da disparidade das formas como as pessoas adoecem e morrem. A ausência de diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas tem sido chamada de equidade. A injustiça é fruto de um julgamento realizado no contexto de uma sociedade específica, segundo valores sociais historicamente inscritos. Termos como igualdade, justiça social, moral e direitos humanos e sociais estão intimamente relacionados à atual ideia de equidade. Este texto objetiva sistematizar brevemente as ideias de direitos humanos e analisar, como exemplo, dados sobre a mortalidade precoce por doenças cerebrovasculares (DCV) em municípios paulistas de grande porte. A saúde é considerada um direito social, no âmbito dos direitos de solidariedade, e não apenas a possibilidade individual de compra da assistência, mas o direito a não ficar doente. A saúde aproxima-se da ideia central de qualidade de vida e constitui um dos elementos da cidadania. Reafirma-se, assim, a equidade como um princípio que deve, necessariamente, permear toda e qualquer formulação e prática na área da saúde. O estudo da mortalidade precoce por DCV revela a enorme disparidade das taxas entre municípios comparáveis, de acordo com o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS). Estão no Grupo 2 os municípios Santana de Parnaíba, com a menor taxa entre os 73 municípios, e Guarujá, com a maior taxa.

Palavras-chave: Equidade; direitos; brechas redutíveis

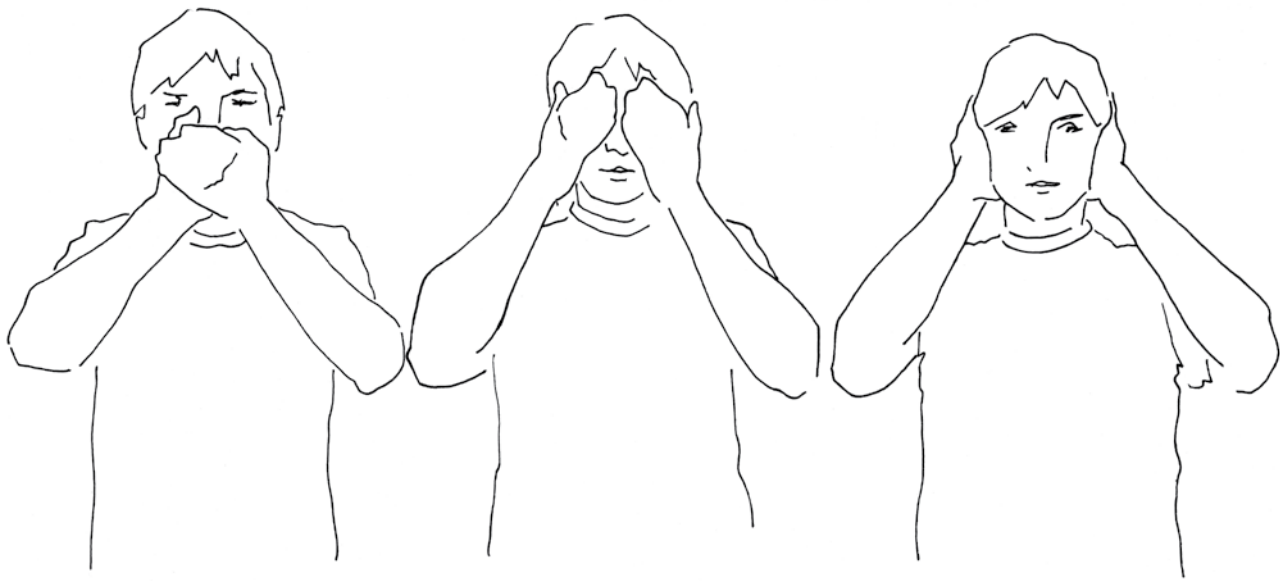
Abstract

The concern with the health differences among population segments has led to the mapping of the disparity in the form of how people get sick and die. The absence of the avoidable and unfair unnecessary differences has been called equity. The unfairness is the result of a judgment undertaken in the context of a specific society, according to historically subscribed to social values. Terms such as equality, social justice, morals and human and social rights are intimately related to the current idea of equity. The objective of this text is to briefly systemize the ideas of human rights and analyze, as an example, data regarding premature death by cerebrovascular disease (DCV) in large municipalities of the state of São Paulo. Health is considered a social right under the coverage of the rights of solidarity and not just the individual possibility of paying for services, but the right to not become sick. Health comes close to the central idea of life quality and makes up one of the elements of citizenship. Therefore, equity is reaffirmed as a principle which should necessarily permeate all and every formulation and practice in the area of health. The study of premature death by DCV reveals the enormous disparity of rates between comparable municipalities according to the Índice Paulista de Responsabilidade Social (Paulista Index of Social Responsibility - IPRS). The municipalities of Santana de Parnaíba, with the lowest rate among 73 municipalities, and Guarujá with the greatest, are in Group 2.

Key-words: Equity; rights; reducible gaps

^IOlinda do Carmo Luiz (olindaca@uol.com.br) é médica sanitária e pesquisadora científica do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

^{II}Jorge Kayano (jorge@isaude.sp.gov.br) é médico sanitário, pesquisador do Instituto de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e membro do Instituto Polis.



Equidade e justiça

As diferenças de saúde entre segmentos da população e o mapeamento da disparidade nas formas como as pessoas adoecem e morrem estão na base da prática em saúde orientada pela epidemiologia. A mudança no padrão de adoecimento e a melhoria das condições gerais de vida, com frequência, ocorrem simultaneamente ao aumento da diferença entre as classes mais desfavorecidas e as mais abastadas, e remete a explicações que incluem as condições materiais de sobrevivência. As diferenças nos perfis de morbimortalidade têm conduzido a estudos que buscam explicações em variáveis como escolaridade, ocupação, renda e desemprego. Grupos desfavorecidos não só sofrem maior incidência de doenças, como também têm mais doenças crônicas e incapacidades em idade precoce, fruto da deterioração da qualidade de vida.

O termo equidade, no seu sentido mais frequente na literatura, tem uma dimensão ética e moral. Refere-se à ausência de diferenças desnecessárias, evitáveis, consideradas injustas e insatisfatórias. A injustiça é fruto de julgamento, no contexto de uma sociedade específica, segundo seus valores, social e historicamente inscritos. A ideia de equidade em saúde tem, na dimensão ética e moral, a saúde como valor positivo, considerado enquanto direito social construído ao longo da história. Termos como igualdade, justiça social, moral, direitos

humanos e sociais estão intimamente relacionados à atual ideia de equidade.

A ideia de direitos

Foi no século XVIII que a concepção de direito universal assumiu as características da modernidade, tornando-se laica e, no campo político, liberal. A ideia predominante é a de que, ao abandonar o estado natural, o homem se organiza em sociedade e o Estado surge para garantir os direitos naturais, de acordo com o pacto firmado entre seus membros, o contrato social. A concepção do direito universal como exigência racional absoluta corrobora as aspirações políticas da sociedade da época.

As influências dessa formulação são notadas na Declaração da Independência dos Estados Unidos da América (1776) e na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789), da Assembleia Nacional francesa. Seus reflexos jurídicos incluíram reformas legislativas segundo critérios contrários à tradição e ao que não parecesse ditado pela razão. Como cenário, mantinha-se a afirmação de que os homens têm direitos naturais anteriores à formação da sociedade, direitos que o Estado deve reconhecer e garantir como direitos do cidadão.

Nos séculos XVII e XVIII, na nascente sociedade capitalista, a burguesia adota um conjunto de ideias éticas,

políticas e econômicas, conhecidas como concepção liberal, em oposição à visão de mundo da nobreza. Na dimensão ética, o liberalismo defende a garantia dos direitos individuais, pressupondo um Estado de direito no qual arbítrio, lutas religiosas, tortura, penas exacerbadas e prisões arbitrárias são evitados, além de garantir liberdade de pensamento, expressão e religião. No campo político, o liberalismo busca a legitimação do poder em teorias contratualistas, opondo-se à tradição, ao direito divino dos reis, à herança do poder e à ideia de que os súditos devem estar sob proteção, tutela e domínio do soberano — e, portanto, sujeitos a seu despotismo. Defende a instituição do voto e da representação, a autonomia dos poderes e a limitação do poder absoluto central, ainda que de forma elitista, restringindo a participação a cidadãos do sexo masculino detentores de propriedades. A economia é a do *laissez-faire*, *laissez-passer*, *le monde va de lui-même*, da livre iniciativa, da competição, do Estado mínimo, e da assertiva de que o equilíbrio e a justiça social serão alcançados pela lei de mercado da oferta e da procura.

O caminho para justificar a oposição à tradição foi o da universalização e inviolabilidade dos direitos naturais. Todo o processo político e ideológico envolvido na derrocada do antigo regime inaugura uma nova concepção moral, constituindo um marco para a igualdade e a liberdade que, a partir de então, afirmam-se como valores humanos inquestionáveis.

O século XIX presencia a expansão da economia, o crescimento da indústria e o surgimento do operariado organizado em sindicatos. A excessiva jornada de trabalho em fábricas insalubres, os baixos salários, a pobreza e a utilização da mão de obra infantil são alguns dos principais problemas sociais que configuram um estado de injustiça social, gerando protestos e anseios por mudanças. A livre concorrência não conduziu ao equilíbrio prometido, e a emergente concepção socialista encontra campo fértil para difundir suas ideias de igualdade não apenas formal, mas de fato, conclamando a oposição ao modo de produção capitalista e à extinção da propriedade privada. O liberalismo renova-se, defendendo ampliação do direito de liberdade por meio de garantias jurídicas. É a época da luta pelo sufrágio universal, liberdade de imprensa e educação elementar gratuita para todos. Posteriormente, o desenvolvimento tecnológico concorreu para a conciliação entre algumas das reivindicações operárias e os interesses econômicos.

As sucessivas crises econômicas, políticas e morais do liberalismo tensionaram o Estado mínimo a transformar-se. Gradualmente, este assume funções fundamentais da vida privada e passa a regular atividades políticas e jurídicas, ampliando os setores públicos. Um reflexo disso são as legislações reguladoras das relações de produção, que se contrapõem ao ideal de liberdade e livre iniciativa.

No início do século XX, durante a depressão econômica, intensifica-se a discussão sobre a igualdade de oportunidades. Nas décadas de 1920 e 1930, os Estados Unidos e o Reino Unido intensificam intervenções de aumento significativo dos serviços sociais, tendo como pressuposto a concepção de que qualquer cidadão tem direito a condições mínimas de sobrevivência. Para tanto, o Estado deve garantir emprego, controle de salário, seguro contra invalidez e doença, licença maternidade, aposentadoria, educação, moradia. No Estado do bem-estar social (*welfare state*) todos têm direito a serem protegidos contra situações adversas e, mais recentemente, a terem garantidos níveis mínimos de qualidade de vida⁷. Embora combatidas pelos defensores do livre mercado, essas medidas vinculavam-se à renovação do capitalismo e à contenção da insatisfação popular, campo fértil para o emergente movimento socialista.

O *New Deal* americano sintetiza, então, a ideia de auxílio aos necessitados pelo Estado, por meio de recursos da arrecadação de impostos. Sua ênfase é a criação de oportunidades de trabalho, dado o grande contingente de desempregados. Embora a cobertura não fosse universal, tais medidas marcaram uma “revolução das ideias” na afirmação dos direitos sociais⁶.

A ameaça dos regimes totalitários, no pós-guerra, reacendeu a discussão sobre direitos naturais, sobretudo como limite ao poder do Estado, abandonando-se a tese da imutabilidade e eternidade do direito natural, reconhecido como histórico. O Estado do bem-estar social predomina, em particular nos países industrializados, quanto à oferta de serviços sociais.

Dentre as definições do Estado do bem-estar, destacamos a de Romanyshyn¹⁰, que aponta o conjunto de leis, programas, benefícios e serviços que asseguram a satisfação de necessidades básicas para o “bem-estar da população” e a “ordem social”, traduzida em proteção governamental para a renda, nutrição, saúde, moradia, educação etc. Se, por um lado, essas ações

garantem a “ordem social” contendo as insatisfações da população (agudizadas no pós-guerra), evitando conflitos, estabilizando o sistema e legitimando o Estado, por outro, ampliam a concepção de direitos enquanto valor associado à ideia de justiça social:

Na realidade, o que distingue o Estado assistencial (Estado do Bem-Estar) de outros tipos de Estado não é tanto a intervenção direta das estruturas públicas na melhoria do nível de vida da população, mas o fato de que tal ação é reivindicada pelos cidadãos como um direito⁹.

Ações de assistência do Estado podem ser identificadas, na Europa, desde o século XVIII, articuladas à ética protestante e à concepção liberal de “a cada um segundo seu merecimento”, como ações caritativas. Exemplo dessa assistência foi a Lei dos Pobres inglesa de 1834, segundo a qual a pessoa mantida com recursos da comunidade renunciava a seus direitos civis e políticos, sendo colocada à margem da sociedade. Quando o Estado provia as necessidades de alguém, não o fazia para garantir qualquer direito, mas assumia-o como perigoso à ordem social e à higiene da coletividade⁹.

Com a crescente industrialização e urbanização, o Estado liberal-democrático da primeira metade do século XX assume providências mais igualitárias, considerando as medidas assistenciais como desenvolvimento dos direitos civis e políticos. Se o direito de liberdade clama pela não-intervenção do Estado, os direitos sociais, ao contrário, têm na atuação deste seu ponto de apoio.

Os contornos do Estado sofrem uma radical transformação em consequência das novas tarefas assumidas. Sua forma, instrumentos, estrutura, recursos e campo de atuação são amplamente dimensionados.

A emergência do Estado do bem-estar impõe ao direito uma nova feição: seu alvo deixa de ser o indivíduo e passa a ser a coletividade⁷. O Estado de Direito passa do modelo tradicional de Estado Liberal de Direito, pautado por um conjunto de garantias legais, para o Estado Democrático de Direito, onde a lei não é suficiente, dada sua generalidade, e torna necessária a igualdade de fato (não apenas perante a lei), alcançada por meio da intervenção estatal transformadora da realidade comunitária.

Os direitos fundamentais, direitos humanos, são aprofundados e ganham novos valores. Aos direitos de

liberdade, civis e políticos, com titularidade individual, somam-se os direitos sociais, culturais e econômicos, vinculados ao princípio de igualdade, reivindicando a atuação do Estado para sua concretização.

A partir da década de 1940, explicita-se com mais veemência o princípio fundamental do *welfare state* de que todo cidadão, independentemente da condição socioeconômica, mas por sua condição de cidadão, tem o direito de ser protegido com garantia do mínimo de bem-estar. A pobreza deixa de ser vista como manifestação divina ou como desmerecimento individual, sendo reconhecida como de origem social.

O fortalecimento do *welfare state* é associado ao desenvolvimento da democracia e ao aumento do poder político das organizações operárias, num contexto de intenso desenvolvimento econômico⁹. Atualmente, o debate sobre a crise do Estado de bem-estar tem produzido diversas teses, com interpretações divergentes. Para a discussão deste ensaio, todavia, o importante é reconhecer seu papel na consolidação do direito a um mínimo de condições de sobrevivência como valor moral, inaugurando um novo marco nos direitos de igualdade.

O desenvolvimento do Estado do bem-estar social nos países de industrialização tardia inaugurou outra inflexão na concepção de direitos, os relacionados à cidadania e a um mínimo de condições de vida satisfatória.

A saúde é uma dessas condições, expressa tanto como assistência, em caso de doença, como no estabelecimento de condições que garantam sua integridade.

Direito à saúde

A saúde é um direito social no âmbito dos direitos de solidariedade, e não vinculado apenas à possibilidade de compra da assistência, mas à atividade prestadora do Estado, independente das possibilidades individuais. Mais do que isso, a saúde configura-se como direito a não ficar doente, impondo atuação antecipada de serviços que garantam a salubridade pública.

A saúde aproxima-se da ideia central de qualidade de vida e constitui um dos elementos da cidadania. Direito à cura, à prevenção de doenças, a uma vida saudável, aos benefícios do desenvolvimento, ao trabalho e à alimentação adequada. Para além do acesso à assistência médica, o direito à saúde requer relações sociais que possibilitem a qualidade do cotidiano e assume posição auto-reflexiva, relacionada não apenas à sobre-

vivência, mas a uma vida qualificada pelo usufruto dos benefícios da cidade.

Desde o início da modernidade, tem-se demonstrado que o estado de saúde pode ser melhorado pela intervenção, substituindo as antigas ideias da tradição sacra que associavam doença ao destino ou ao pecado. A possibilidade de intervenção no adoecimento contribuiu para constituir a ideia de saúde como direito alcançável pelo progresso humano, e para afirmar o direito à saúde¹.

O avanço tecnológico tem tensionado a ampliação da oferta assistencial no campo da medicina. Ademais, a saúde, nas últimas décadas, também é associada ao bem-estar e à qualidade de vida, como reza a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS): “um estado de *completo bem-estar* físico, mental e social” que, embora genérica e pouco operacional, reflete a tendência para a universalização de medidas assistenciais nos demais campos sociais.

Seja pela extensão dos serviços sociais, seja pelo crescimento econômico, a exigência de obter nível de saúde satisfatório foi conseguida por parcela considerável da humanidade na segunda metade do século passado. Mas, os que terão saúde ruim ou péssima têm aumentado em muitas áreas do mundo. As diferenças permanecem gritantes entre países do norte e países subdesenvolvidos, mas também entre grupos populacionais dentro de um mesmo país e até mesmo dentro dos municípios.

Como herdeiros das tradições ocidentais, as questões relacionadas ao direito à saúde e à equidade também se refletem no nosso contexto. Tomando como ponto de partida as ideias de diferenças desnecessárias, evitáveis, injustas e insatisfatórias, é possível inquirir sobre a equidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e no Estado de São Paulo.

O Sistema Único de Saúde e a equidade

O SUS estaria produzindo equidade? Para Gastão Wagner, “a resposta mais correta é sim e não. Sim, quando amplia o acesso de milhões à atenção básica, amplia a cobertura vacinal, aumenta a proporção de brasileiros com possibilidade de tratar-se de Aids, câncer, saúde mental etc. Não, quando ainda persistem diferenças de acesso em função de critérios que não os sanitários, mas em função de obstáculos decorrentes da política e da gestão do sistema”³.

Jairnilson Silva Paim responde de forma semelhante: “A própria ambiguidade do termo equidade, as diferentes concepções do SUS presentes no processo político de saúde e as diversificadas formas de sua apresentação em municípios e estados brasileiros, mais ou menos próximas aos dispositivos legais e ao projeto da Reforma Sanitária, impõem que a resposta seja ‘em termos’. Ou seja, o SUS enquanto política pública foi formulado na perspectiva do acesso universal, da igualdade e da justiça social no que diz respeito às necessidades de saúde da população brasileira. Na medida em que a equidade seja concebida na perspectiva ética e da justiça, esta política pública tem um grande potencial de alcançá-la, não obstante as históricas iniquidades presentes na sociedade brasileira, agravadas pelas novas versões do capitalismo em tempos de globalização. (...) Ao atender necessidades de saúde de contingentes expressivos da população anteriormente excluídos do sistema, é possível atribuir ao SUS a redução de desigualdades no acesso aos serviços o que, de certo modo, torna a atenção menos iníqua, embora ainda muito distante do seu ideário igualitário”⁸.

Mortalidade precoce por DCV – estudo comparado entre municípios do Estado de SP

As afirmações destes autores nos instigam a perguntar: qual é a situação do SUS no Estado de São Paulo na perspectiva da equidade? Pela diversidade de interpretações que o princípio suscita entre gestores e que geram distintas formas de priorização na alocação de recursos, consideramos útil apresentar alguns dados comparativos sobre a mortalidade precoce por doenças cerebrovasculares (DCV) nos 73 maiores municípios do Estado, todos com mais de 100 mil habitantes em 2008.

O Quadro 1 apresenta as taxas de mortalidade por DCV entre 45 e 64 anos de idade, referentes às médias dos anos 2006 a 2008, obtidos no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Estas taxas estão com óbitos por causas mal definidas, redistribuídos. De cada grupo é apresentado apenas o município com a menor e a maior taxa. A relação completa e dados sobre os demais municípios serão disponibilizados na página do Instituto de Saúde (www.isaude.sp.gov.br). Considerou-se que os óbitos por DCV na faixa etária selecionada são, na sua grande maioria, evitáveis, desnecessários e injustos.

Quadro 1. Taxa de mortalidade (TM) de pessoas de 45 a 64 anos por Doença Cérebro Vascular entre municípios do mesmo grupo de IPRS, taxa média do grupo, despesa municipal *per capita* com saúde, porcentagem de recursos próprios aplicados na saúde e cobertura de saúde suplementar. Estado de São Paulo, 2006.

Município	Grupo IPRS	Número de munic.	TM (por 100 mil hab)	TM Média do Grupo	Despesa Mun. Total c/ Saúde/hab. 2008 (R\$)	Rec. Próprios aplic. em saúde (% EC 29)	Pop. coberta por planos de saúde (%)
São Caetano do Sul Barretos	1	29	44 92	65	853 412	20,5 23,0	91,5 30,6
Santana de Parnaíba Guarujá	2	29	43 119	74	417 339	16,6 18,3	36,9 32,4
Jaú Franca	3	5	54 72	65	228 211	24,1 21,9	15,4 31,8
Santa Bárbara d'Oeste Franco da Rocha	4	6	70 84	78	238 195	20,4 20,0	37,6 22,9
Itapetininga Ferraz de Vasconcelos	5	4	51 101	77	332 133	30,0 20,8	18,6 16,0

Fontes: Datasus – SIM, SIOPS; ANS; Fund SEADE - IPRS; IBGE (População estimada para 2007)

Os 73 maiores municípios foram divididos em cinco grupos relativamente homogêneos, de acordo com o Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS (Fundação SEADE) para 2006. Municípios de grande porte concentram-se nos Grupos 1 (municípios com bons indicadores de riqueza, longevidade e escolaridade) e 2 (municípios com indicadores altos de riqueza, e baixos indicadores sociais). Nos outros três grupos predominam municípios de pequeno porte.

Como os municípios pertencem a grupos de condições de vida relativamente homogêneos, chama a atenção para a enorme disparidade entre as taxas de mortalidade precoce por DCV entre municípios do mesmo grupo: a maior diferença encontra-se entre municípios do Grupo 2, que reúne Santana de Parnaíba, com a menor taxa entre os 73 municípios, e Guarujá, com a maior. A razão de taxas (RT) – ou discrepância máxima – é de 2,8 vezes. Podemos também chamá-la de brecha de mortalidade redutível ou evitável. Ou poderia ser pensada como meta de redução possível dos óbitos precoces por DCV do SUS de Guarujá.

Por este raciocínio, o SUS em Santana de Parnaíba não precisaria se preocupar em reduzir sua taxa de mortalidade precoce por DCV? Esta resposta cabe ao gestor municipal, que pode avaliar se esta baixa taxa resulta da boa qualidade e cobertura das ações de controle da hipertensão arterial, do estímulo à alimentação saudável e combate ao sedentarismo etc. Mas, poderia adotar uma meta correlata, como baixar a proporção de

óbitos precoces por DCV (antes dos 65 anos) à de Botucatu, do mesmo grupo, 10 pontos percentuais menor do que em Santana de Parnaíba.

Vale ressaltar que a menor discrepância, ou brecha redutível, encontra-se entre os municípios do Grupo 4, com valor 1,2 (ou 20% de diferença). Mas este grupo também apresenta a maior taxa média de mortalidade precoce, superior ao do grupo 5 – caracterizado como o grupo do IPRS com os mais baixos indicadores de riqueza e também os de longevidade e escolaridade.

Já os cinco municípios do grupo 3 apresentam a segunda menor discrepância (1,3). Este grupo apresenta indicadores baixos de riqueza, mas bons indicadores sociais, inclusive os de longevidade – com TM média menor do que a do grupo 2 e igual à do grupo 1. Chama a atenção o fato de os municípios do grupo 2 apresentarem, em média, gastos municipais em saúde bem superiores ao do grupo 3 – e ter também o município com a maior despesa *per capita* entre os 73 municípios: Cubatão, com R\$ 934/habitante, em 2008. No entanto, este município tem a segunda maior TM, inferior apenas ao Guarujá.

Vale notar que não há correlação entre despesas municipais com saúde e taxas de mortalidade precoce, cabendo indagar sobre a qualidade do gasto com saúde dos municípios. Aliás, o único município entre os 73 que não cumpriu em 2008 o mínimo previsto pela EC-29 foi Mogi das Cruzes, do grupo 1, que destinou apenas 10,4% dos recursos próprios à saúde. Este município tem TM de 84, próxima de Barretos.

O grupo 1 apresenta, junto com o 3, a menor média de mortalidade precoce, mas a segunda maior discrepância, de 2,1. São Caetano do Sul tem a segunda menor TM e a menor proporção de óbitos precoces por DCV – 19%. É também o município com a maior cobertura populacional por planos e seguros de saúde.

Os municípios do grupo 1 se caracterizam por terem o maior gasto médio com saúde e as maiores coberturas por planos e seguros. Assim, municípios como Barretos, Araras, Barueri e Mogi das Cruzes, com taxas de mortalidade precoce entre 84 e 92, teriam condições bem melhores que municípios dos grupos 4 e 5 do IPRS para desenvolverem programas adequados de redução dessas taxas. Levanta-se também a pergunta sobre o tipo de informações que os Conselhos de Saúde dispõem, e, principalmente, como as avaliam.

Uma informação adicional, não apresentada na tabela, refere-se à baixa cobertura dos grandes municípios pela estratégia de saúde da família (ESF). Dos 73 municípios, 11 não adotaram esta estratégia, ou não informam o Datasus. E em 31 municípios, menos de 20% de sua população está coberta pela ESF. Por outro lado, municípios com altas coberturas, como Diadema (83%) ou Praia Grande (78%), apresentam altas TM – 78 e 84/100 mil. Não se encontrou correlação entre a cobertura da população pela ESF e a mortalidade precoce por DCV, o que suscita dúvidas sobre a qualidade ou a eficácia desta estratégia.

Finalmente, vale assinalar iniciativas adotadas em São Paulo e Campinas, com sistemas de informações preocupados com a equidade. Em São Paulo, o Índice de Saúde é parte do Painel de Monitoramento da Secretaria Municipal, tendo sido construído para avaliar a equidade. Entre os quatro indicadores do Índice, foi incluída a mortalidade precoce por doenças crônicas não transmissíveis – óbitos por diabetes, hipertensão arterial e DCV – antes dos 60 anos. Infelizmente, o seu cálculo, iniciado em 2001, parou em 2005.

Em Campinas, a iniciativa conjunta da Secretaria Municipal com o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP vem se mantendo, dando origem, em 2009, ao Boletim Nº 44 – Tendência da Desigualdade Social na Mortalidade. Os dados são consolidados segundo três estratos socioeconômicos. Este boletim chama a atenção para as “diferenças sociais significativas na mortalidade com risco consistentemente maior de morte nos moradores

com menor nível socioeconômico. (...) As desigualdades sociais que se expressam nos indicadores de saúde podem ser reduzidas pela atuação efetiva e de qualidade dos serviços de saúde do SUS. Os dados (...) apontam a capacidade da organização dos serviços na promoção da equidade em saúde”.

Referências

1. Berlinguer G. Ética da saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
2. Bobbio N. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Campus; 1992.
3. Campos GWS. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade* 2006; 15(2): 23-33.
4. Chauí M. Público, privado, despotismo. In: Novaes A, organizador. *Ética*. São Paulo: Companhia das Letras; 1992.
5. Granja GF et al. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. *Rev Ciência e Saúde Coletiva* 2009. (No prelo) [Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4533]
6. Huberman L. Nós, o povo: a epopéia norte-americana. São Paulo: Brasiliense; 1966.
7. Moraes JLB. O direito da saúde. *Saúde em Debate* 1996 jun; (51): 22-9.
8. Paim JS. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade* 2006; 15(2): 34-46.
9. Regonini G. Estado de bem-estar. In: Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. *Dicionário de política*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília; 1986.
10. Romanyshyn JM. *Social welfare: from charity to justice*. New York: Random House/ Council on Social Work Education; 1971.
11. Whitehead M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization; 1990.

A Região Metropolitana de São Paulo e os desafios para a equidade em saúde

The Metropolitan Region of São Paulo and the challenges for equity in health

Luiza Sterman Heimann^I, Emílio Telesi Júnior^{II}, Roberta Cristina Boaretto^{III}, Lauro Cesar Ibanhes^{IV},
Iracema Ester do Nascimento Castro^V, Jorge Kayano^{VI}, Carlos Tato Cortizo^{VII}

Resumo

A legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) define a participação do setor privado de modo complementar e suplementar. Demarca que ações e serviços de saúde devem ser regulamentados, controlados e fiscalizados pelo poder público. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) indicam que 35.499.446 pessoas eram beneficiárias de planos privados de saúde em 2002, 20% da população brasileira. Concentravam-se na região Sudeste (70%), sendo o Estado de São Paulo o de maior cobertura, com 44,12%. Na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) em 1998, 45% da população possuía planos privados. O setor público de saúde tem duplo desafio: ampliar o acesso aos serviços e cumprir os objetivos da seguridade social; e regulamentar, controlar e fiscalizar, de fato, o setor privado. Tendo como hipótese que a relação entre o SUS e o setor suplementar de assistência à saúde cria, mantém e reproduz desigualdades, este estudo desenvolvido pelo Núcleo de Serviços e Sistemas de Saúde do Instituto de Saúde analisou a relação entre o setor público e privado na RMSP, quanto às estratégias de governança, para fortalecer a capacidade regulatória do SUS e aumentar a equidade. Os resultados permitiram reconhecer como são operacionalizadas as competências previstas na legislação do SUS, relativas à regulamentação, controle e fiscalização do setor privado, visando promover o fortalecimento dessas atribuições, norteado pela equidade.

Palavras-chave: Iniquidades; público-privado; SUS

Abstract

The legislation of the A legislação do Sistema Único de Saúde (Single Health System - SUS) defines the participation of the private sector in a complementary and supplementary manner. It outlines which health actions and services should be regulated, controlled and overseen by the government. Data from the Agência Nacional de Saúde Suplementar (National Agency of Supplementary Health - ANS) show that 35,499,446 people were benefited by private health care plans in 2002, 20% of the Brazilian population. They are concentrated in the Southeast (70%), with the state of São Paulo having the greatest coverage, with 44.12%. In the São Paulo Metropolitan Region (RMSP) in 1998, 45% of the population had private plans. The public health sector has a double challenge: increase access to its services and meet the social security objectives; and regulate, control and finance in fact the private sector. Taking as its assumption that the relationship between the SUS and the supplementary sector of health services creates, maintains and reproduces inequalities, this study developed by the Nucleus of Services and Systems of the Health Institute analyzed the relationship between the public and private sectors of the RMSP regarding government strategies to strengthen the regulatory capacity of the SUS and increase equity. The results allow the recognition of how the competencies are made operational foreseen under SUS legislation, relative to regulation, control and overseeing of the private sector, with the objective of promoting the strengthening of these attributes, with equity as the guide.

Key-words: Inequalities; public-private; SUS

^ILuiza Sterman Heimann (dirgeral@isaude.sp.gov.br) é médica sanitária, mestre em Saúde Pública pela Universidade Harvard (EUA) e em Saúde Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). É diretora de Departamento Técnico de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{II}Emílio Telesi Júnior (emiliojr@isaude.sp.gov.br) é médico sanitário, mestre em Medicina Preventiva e doutor em Serviços de Saúde pela Universidade de São Paulo (USP). É pesquisador do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{III}Roberta Cristina Boaretto (nisis@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, especialista em Saúde Coletiva, mestre em Gerontologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), pesquisadora e diretora do Núcleo de Serviços e Sistemas de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{IV}Lauro Cesar Ibanhes (lauro@isaude.sp.gov.br) é psicólogo, mestre em Ciências Sociais pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). É pesquisador do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^VIracema Ester do Nascimento Castro (iracema@isaude.sp.gov.br) é médica sanitária, especialista em Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social e em Estatísticas de Saúde pela Universidade de São Paulo (USP). É pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{VI}Jorge Kayano (jorge@isaude.sp.gov.br) é médico sanitário, especialista em Saúde Pública e Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). É pesquisador do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e membro do Instituto Polis.

^{VII}Carlos Tato Cortizo (tato@isaude.sp.gov.br) é tecnólogo, mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e assistente técnico de pesquisa científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



A identificação de estratégias e mecanismos de governança da relação público-privado na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) é um problema central para o setor saúde. O Núcleo de Serviços e Sistemas de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo realizou uma pesquisa entre 2003 e 2005 sobre os desafios da relação público-privado e apresenta alguns dos resultados obtidos e desdobramentos inerentes à reflexão complexa que o tema traz².

A RMSP é um complexo urbano constituído por 39 municípios com uma área de 8.051 km². Segundo dados de 2010, da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), isso representa menos de um milésimo da superfície brasileira, com 20,1 milhões de habitantes, que corresponde a 10% da população total do País. Há grande desigualdade entre os municípios que compõem a região, com uma variação de habitantes entre 12 mil a 10,5 milhões. Alguns municípios se estruturaram pelo desenvolvimento industrial e serviços, enquanto outros são “cidades-dormitórios”; outros ainda se constituíram em áreas de proteção de mananciais. É um espaço onde convivem os mais modernos hospitais da América Latina ao lado da maior concentração de favelas do País^{viii}.

Historicamente, as iniciativas de construção de políticas metropolitanas são insuficientes para responder às necessidades e problemas da região, uma vez que se perpetuam as disparidades entre os municípios. Na área da saúde e com o avanço do processo de descentralização do SUS, as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), implantadas pelo Ministério da Saúde, já tratavam da regionalização da assistência e tinham como um de seus objetivos a equidade no acesso aos serviços de média e alta complexidade. Em 2006, foi lançado o Pacto pela Saúde¹, reiterando a importância do território e, portanto, do processo de regionalização. Assim, apresenta-se ao setor público de saúde da RMSP um duplo desafio: ampliar o acesso aos serviços de saúde – cumprindo os objetivos da seguridade social – e regular de fato o setor privado.

O objetivo da pesquisa foi identificar as estratégias e mecanismos de governança na relação público-privado do setor saúde, tendo em vista a busca da equidade na Região Metropolitana de São Paulo.

O método adotado para a realização da pesquisa foi o estudo de caso, para identificar tendências da relação entre os setores público e privado. O estudo de caso permite apreender a complexidade do que é singular, tal como era o caso de nossa unidade de análise, a RMSP. O estudo foi apoiado na construção de matrizes de dados,

^{viii}Dados obtidos no endereço eletrônico: <http://www.seade.gov.br>

instrumental oferecido pela triangulação metodológica⁵ como recurso necessário para enfocar vários níveis de funcionamento do sistema de saúde: a formulação de sua política e normas dos níveis federal e estadual, do nível de agregação da pesquisa, a RMSP e do nível municipal. Esta forma de análise possibilitou compreender de que maneira as decisões tomadas nos níveis federal/estadual conformaram a negociação política entre gestores no nível da RMSP, bem como permitiu verificar os reflexos das negociações regionais na estruturação dos sistemas locais de saúde.

Inicialmente, para o reconhecimento das desigualdades nas *condições de vida e saúde* entre os municípios da RMSP, os mesmos foram agrupados e hierarquizados a partir do Índice de Condições de Vida e Saúde (ICVS)³; Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁴ e Índice de Respostas de Serviços de Saúde (IRSS)³. Para identificar as desigualdades na *assistência à saúde* entre o setor público e privado, foram analisadas as bases da Pesquisa de Assistência Médico Sanitária (PAMS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2002; a Pesquisa de Condições de Vida (PCV) da Fundação SEADE do ano de 1998; Informações em Saúde disponíveis no endereço eletrônico do DATASUS para o ano de 2003 e Informações sobre Operadoras de Planos de Saúde disponíveis no endereço eletrônico da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) do ano de 2004.

Do ponto de vista teórico-metodológico, também foi realizado levantamento bibliográfico sobre os conceitos centrais da pesquisa – *regulação, governança, equidade, público e privado* –, bem como inúmeros seminários internos com participação de especialistas que auxiliaram o desenvolvimento da pesquisa em seus variados aspectos e momentos.

Os resultados obtidos pela pesquisa serão apresentados aqui de acordo com as condições de vida e saúde e com a oferta e produção de serviços.

Com relação às condições de vida e saúde na RMSP, observou-se que, a partir da análise da Pesquisa de Condições de Vida (PCV) da Fundação SEADE de 1998, além de quase metade da população da RMSP possuir planos privados de saúde, houve uma migração de seguros pagos pelas empresas para seguros pagos pelos próprios beneficiários, o que pode indicar a deterioração do tipo de benefício oferecido pelas empresas e do próprio mercado de trabalho.

A alta proporção da população coberta por planos privados implica considerável impacto sobre a rede pública de serviços de saúde, principalmente na demanda por procedimentos de média e alta complexidade. Isto porque, apesar da vigência da Lei 9656/98, os seguros e planos privados tendem a restringir o acesso da população segurada aos procedimentos de média e alta complexidade, em seus próprios serviços, em função dos custos envolvidos.

Para o estudo da oferta e produção dos serviços de saúde na rede pública do SUS e na rede particular da RMSP, foi utilizada a base de dados da Pesquisa de Assistência Médico Sanitária (PAMS) de 2002, conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Com relação à rede física hospitalar, os estabelecimentos estão concentrados no município de São Paulo. Estavam disponíveis para o SUS 45% do total, 62% desses pertenciam à rede pública estatal (federal, estadual e municipal) e, dos 51 hospitais privados conveniados ao SUS, 72% foram classificados como sem fins lucrativos ou filantrópicos. Esta constatação confirma um dos preceitos constitucionais do SUS, que define a preferência pelas entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos dentre as instituições privadas que participam do sistema público de forma complementar.

Dentre os hospitais da rede estatal, 54% pertenciam à esfera municipal, 44% ao governo estadual e apenas um federal. Do total dos 295 hospitais presentes na região, verificou-se que a maioria pertencia à rede hospitalar privada com fins lucrativos, fosse ela particular, de propriedade de planos ou seguros de saúde ou que prestassem serviços a estes.

A oferta da Rede Hospitalar Privada não vinculada ao SUS é bem maior do que a Rede Pública. Cabe destacar que alguns estabelecimentos da Rede Pública também prestam serviços aos Planos de Saúde – próprios ou de terceiros – de Assistência Médica, como planos para militares e funcionários públicos. Assim, há um “mix” público/privado que se expressa tanto no interior da Rede Pública quanto no interior da Rede Privada não vinculada ao SUS.

Quanto aos leitos, o município de São Paulo concentrava a oferta. Do total, 63% pertenciam à Rede Privada não vinculada ao SUS e 37% eram da Rede SUS. Considerando-se a RMSP como um todo, o tamanho da Rede Privada não vinculada ao SUS para oferta de assistência hospitalar tinha maior capacidade instalada. Quan-

do analisamos esta distribuição na RMSP, observamos que a expressão numérica da oferta de leitos privados ocorria nos municípios de maior porte e desenvolvimento socioeconômico, pois nos municípios menores e/ou menos desenvolvidos a oferta da Rede SUS é superior à da Rede Privada.

Sobre a rede ambulatorial, a maioria dos ambulatorios SUS estava sob gestão municipal, à exceção do município de São Paulo, onde 22% dos ambulatorios estavam sob gestão estadual. Isto ocorre pela particularidade do processo de descentralização/municipalização do SUS na Capital paulista.

Quando se analisa a Rede Ambulatorial Privada conveniada/contrada pelo SUS, segundo os estabelecimentos com e sem fins lucrativos, verifica-se que os serviços com fins lucrativos são a grande maioria da Rede Ambulatorial Privada. Esta tendência é inversa à observada para os estabelecimentos hospitalares, onde prevalecem os filantrópicos.

Quanto aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT) na RMSP, 98% pertenciam à Rede Privada não vinculada ao SUS, particularmente a de fins lucrativos.

Na RMSP, 73% dos atendimentos de urgência/emergência são pagos pelo SUS; 25% pagos pelos planos e seguros de saúde e 2% pagamento direto feito pelo usuário.

Para o estudo sobre a demanda e utilização dos serviços de saúde das redes SUS e Privada na RMSP, utilizou-se a base de dados da Pesquisa de Condições de Vida (PCV) de 1998. A amostra foi planejada para atender sete agrupamentos urbanos: a Região Metropolitana de São Paulo e outros seis no Interior do Estado. Para cada agrupamento, selecionou-se uma amostra probabilística de domicílios. Para a Região Metropolitana de São Paulo, em 1998, foram sorteados cerca de 4.500 domicílios e, para os demais domínios, sorteou-se uma amostra de cerca de 1.700 domicílios em cada um, perfazendo um total de aproximadamente 15.000 domicílios selecionados no universo da pesquisa.

O banco de dados utilizado possibilitou a desagregação das informações, de forma a comparar, quanto à utilização de serviços de saúde, a condição de posse de planos de saúde dos residentes na RMSP. Identificou-se também variáveis para medir as desigualdades no consumo de serviços entre a população usuária do SUS e os que possuem planos de saúde, bem como as desigualdades entre os percentuais de indivíduos com posse de plano de saúde de acordo com a renda.

Na RMSP, a cobertura da população possuidora de planos de saúde era de 44,2%. Foram evidenciadas desigualdades na posse de planos de saúde entre pessoas de faixas de renda distintas. Quanto ao perfil etário, os consumidores de planos de saúde se concentravam na faixa etária de 18 a 50 anos, ou seja, a população economicamente ativa. Na faixa entre 31 e 50 anos, 54,5% pertenciam a planos de empresas empregadoras. Na faixa etária de 51 anos ou mais, 35,6% dos consumidores compraram seus planos de saúde diretamente no mercado.

Com relação à utilização dos Serviços de Saúde/aceso, entre os entrevistados que procuraram serviços de saúde no último mês, havia uma diferença quanto ao atendimento no mesmo dia, segundo posse ou não de plano. Considerando todos os tipos de serviços – unidade básica, clínica ou consultório, laboratório/diagnóstico e pronto-socorro/hospital – há uma diferença de 6,3% neste item, entre as duas populações. Assim, 97,3% dos consumidores de planos referiram terem sido atendidos no mesmo dia, número que cai para 91% na população SUS.

Nos dois grupos constatamos diferenças conforme o rendimento familiar, isto é, os percentuais de atendimento no mesmo dia crescem de acordo com a renda.

A diferença no acesso entre as duas populações – SUS e planos –, para o atendimento no mesmo dia, é de quase 10% em favor dos possuidores de planos. Quanto ao tempo médio de espera para ser atendido, no município de São Paulo observa-se uma distinção evidente entre os dois grupos: os não possuidores de planos suportam maior espera: cerca de 81 minutos, enquanto os possuidores esperavam 32 minutos, em média, para o atendimento.

A rede SUS tem um tempo de espera maior para o atendimento quando comparada à rede dos planos. Porém, entre os beneficiários de planos, os de baixa renda esperam pelo atendimento mais do que o dobro do tempo em relação aos de maior renda. A análise dos dados da PCV também mostrou que os possuidores de planos utilizavam mecanismos mais ágeis para marcação de consultas do que a população usuária do SUS.

Como discussão final, pode-se dizer que a equidade representa a melhoria das condições de vida que determinam a situação de saúde da população. A análise das estratégias e mecanismos da política pública em saúde e sua relação com o setor privado mostram uma fragilidade quanto ao papel do gestor.

A análise da PCV mostrou que existe uma desigualdade no acesso e na utilização dos serviços de saúde entre os possuidores de planos privados. Tal fato pode ser explicado pela estratificação existente entre os planos de distintos valores: para aqueles cuja mensalidade é mais alta, são oferecidas maiores facilidades, tal como menor tempo de espera.

Outro ponto a ser considerado é a não distinção entre o setor público e o privado: os resultados mostraram que há superposição dos setores suplementar e complementar. O privado não oferece exclusividade ao vender seus serviços para o SUS, mantendo-os disponíveis também para os planos e para os particulares. A ordem de prioridade para ocupação dos leitos ofertados para vários compradores permanece obscura do ponto de vista do controle pelo poder público. A regulação dos serviços de saúde é uma das atribuições do gestor e, neste caso, o setor privado também deve ser regulado, uma vez que afeta diretamente a saúde da população adscrita em seu território. Vários mecanismos criados para regulação acabaram sendo incorporados pelo setor privado, tais como: avaliação de cobertura, de risco, de eficiência, de eficácia, de efetividade. No entanto, no setor privado, eles têm sido utilizados apenas para aferir o lucro e não para promover a saúde da população. A regulação feita a partir do SUS significa incluir também os serviços contratados e conveniados.

A pesquisa evidenciou que um ponto consensual entre o setor público e o privado é o de que o Estado brasileiro gasta muito pouco com saúde, o que implica baixo investimento na ampliação da oferta do SUS, caracterizando uma dependência da oferta do prestador privado.

Como dispõe a Lei Federal 9.656 de 1998, o ressarcimento foi a maneira encontrada para compensar o atendimento prestado aos beneficiários de planos de saúde nos serviços próprios ou contratados/conveniados do SUS. No entanto, este mecanismo pode apresentar uma ambiguidade, ou seja, se por um lado os valores recebidos não compensariam a estrutura a ser montada para sua operação – as operadoras de saúde encontram formas de adiar ou não realizar o pagamento ao SUS, o que indicaria falha na função reguladora desse mecanismo jurídico –, por outro lado, esse mecanismo pode se revestir de importância para a obtenção de mais recursos para o SUS.

Os resultados mostraram, portanto, que há mecanismos para exercer uma melhor regulação e governança. Contudo, eles são pouco usados no plano da regulação do setor privado pelo poder público, seja pelo gestor, seja pelos fóruns participativos que teriam como responsabilidade discutir e aprovar a política para o setor.

Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>
2. Heimann LS, Ibanhes LC e Barboza R, organizadores. O público e o privado na saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2005.
3. Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde - NISIS. Quantos Brasis? Equidade para Alocação de Recursos do SUS [CD-ROM]. Instituto de Saúde/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2002.
4. Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento/ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Fundação João Pinheiro/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil [CD-ROM]. Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 1998.
5. Samaja J. La Combinación de métodos: pasos para una comprensión dialéctica del trabajo interdisciplinario. Educación Médica y Salud 1992; 26 (1): 4-34.

Declínio da mortalidade cardiovascular e desigualdades sociais no município de São Paulo: 1996-1998 e 2003-2005

Decline in cardiovascular mortality and social inequalities in the municipality of São Paulo: 1996-1998 and 2003-2005

Norma Farias^I

Ruy Laurenti^{II}

Marcia Moreira Holcman^{III}

Resumo

O artigo objetiva avaliar as diferenças na mortalidade pelo conjunto das doenças cardiovasculares na população do município de São Paulo, segundo áreas socioeconômicas, entre os períodos de 1996 a 1998 e 2003 a 2005. Os dados de óbitos foram obtidos do Programa de Aprimoramento das Informações sobre Mortalidade do Município de São Paulo. As áreas socioeconômicas foram delimitadas a partir do mapa da inclusão social para a cidade. Os coeficientes de mortalidade por sexo, padronizados por idade, foram calculados para cada área e período. Os coeficientes de mortalidade diminuíram entre os períodos em todas as áreas socioeconômicas. Os coeficientes mais altos foram observados na área 3 (exclusão social), e os menores, na área 2 (inclusão social). A razão de coeficientes entre os períodos mostrou aumento no excesso da mortalidade na área mais pobre (5) em relação à área mais rica (1), que passou de +2% (1996 a 1998) para +38% (2003 a 2005) na população masculina e de -21% para +7% na população feminina, respectivamente.

A desigualdade social na mortalidade cardiovascular, avaliada pelas mudanças de gradiente dos coeficientes entre áreas socioeconômicas de residência, aumentou entre os períodos.

Esta desigualdade foi maior na população masculina comparada à população feminina.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares; mortalidade; desigualdades em saúde

Abstract

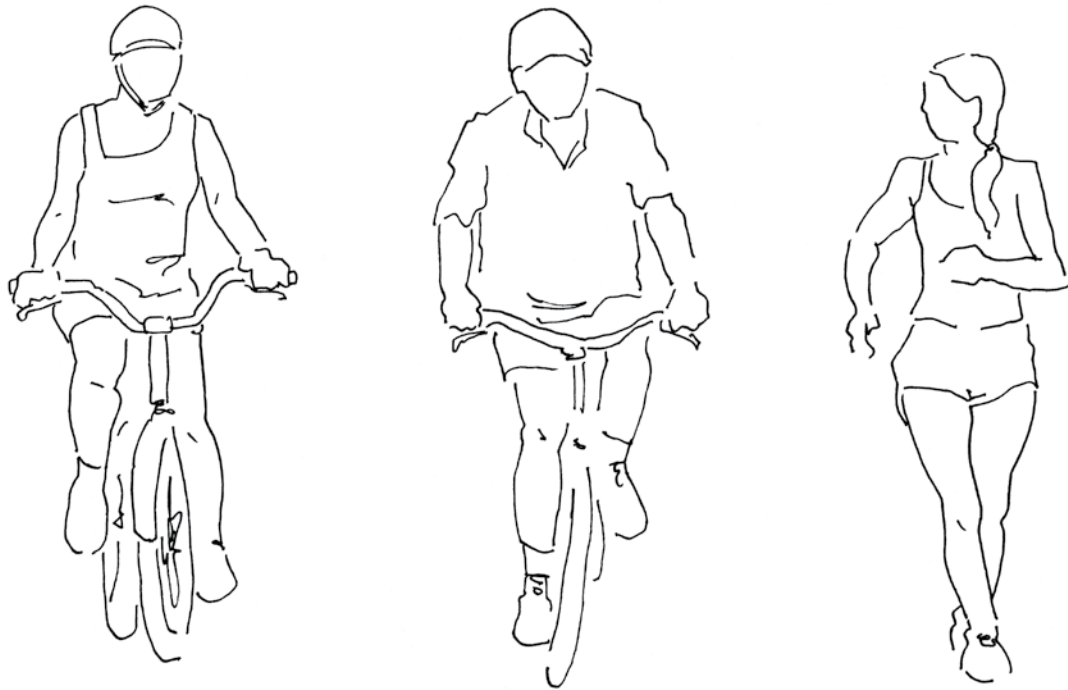
The objective of this article is to evaluate the differences in mortality by the group of cardiovascular diseases in the population of the municipality of São Paulo, according to socioeconomic areas between the periods of 1996 to 1998 and 2003 to 2005. The data were obtained from the Program for Improvement of Mortality Information of the Municipality of São Paulo. The socioeconomic areas were outlined starting from the map of social inclusion for the city. Mortality coefficients by sex, standardized by age, were calculated for each area and period. Mortality coefficients decreased between periods in all socioeconomic areas. The highest coefficients were observed in area 3 (social exclusion), and the lowest in area 2 (social inclusion). The coefficient rate between periods shows an increase in the excess of mortality in the poorest area (5) relative to the wealthiest area (1), which went from +2% (1996 to 1998) to +38% (2003 to 2005) in the male population and from -21% to +7% in the female, respectively. The social inequality in cardiovascular mortality, evaluated by the changes of gradient of the coefficients between socioeconomic areas of residence increased between periods. This inequality was greater in the male population compared to the female.

Key-words: Cardiovascular disease; mortality; health inequalities

^INorma Farias (nfarias@usp.br) é médica, mestre em Saúde Pública e doutora em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), onde é professora do Departamento de Epidemiologia.

^{II}Ruy Laurenti (laurenti@usp.br) é médico, especialista em Estatística da Saúde, Saúde Pública e Epidemiologia, doutor em Cardiologia pela Universidade de São Paulo (USP) e professor do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP.

^{III}Marcia Moreira Holcman (mholcman@uol.com.br) é bacharel em Estatística, mestre e doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP). É pesquisadora científica da Superintendência de Controle de Endemias (SUCCEN) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem a principal causa de mortalidade no Brasil². Para o município de São Paulo, esta mortalidade foi alta nos anos 1960 e começou a declinar a partir da segunda metade da década de 1970, mas com os coeficientes ajustados por idade mais elevados do que nos países desenvolvidos¹⁰. Em relação à distribuição na população, a mortalidade pelo conjunto das doenças cardiovasculares no município mostra-se sempre mais alta em homens e aumenta com a idade em ambos os sexos^{10,5}.

A despeito da tendência de queda da mortalidade cardiovascular no País, as desigualdades sociais aparecem entre diferentes grupos populacionais e áreas geográficas^{1,6,9,13}. Nos países ricos, a mortalidade cardiovascular apresenta-se ainda como problema de saúde pública e as desvantagens socioeconômicas têm influenciado os coeficientes de mortalidade entre homens e mulheres, e em diferentes estágios do curso de vida^{7,8,11}. Apesar da redução da mortalidade nesses países, as diferenças sociais têm persistido ao longo do tempo em algumas regiões, com desvantagem em grupos socialmente menos favorecidos^{2,8,11, 12,15,16}.

A desigualdade social na distribuição da mortalidade cardiovascular pode ser explicada por vários fenômenos, como a diversidade de estilos de vida de indivíduos

associados a fatores de risco⁷. A condição socioeconômica tem sido avaliada também pelo estudo de agregados populacionais que mostram a associação entre a mortalidade cardiovascular da população e o *status* socioeconômico da área^{2,6,15,16}.

A análise da força da mortalidade por doenças cardiovasculares no município de São Paulo, entre os períodos de 1996 a 1998 e 2003 a 2005, mostrou redução estatisticamente significativa em homens e mulheres a partir da faixa etária de 30 a 39 anos e até 70 anos ou mais⁵. O presente estudo analisou as mudanças nos coeficientes da mortalidade cardiovascular segundo áreas socioeconômicas do município, a fim de avaliar se ocorreram mudanças entre os dois períodos que podem ser atribuídas a diferenças entre áreas geográficas de inclusão e de exclusão social.

Metodologia

Os dados de óbitos foram obtidos do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade do Município (PRO-AIM) e as doenças cardiovasculares estão classificadas de acordo com a 10ª Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde¹⁴.

As populações de referência correspondem às estimativas populacionais da Fundação SEADE do Estado de São Paulo. Calculou-se o coeficiente médio trienal de mortalidade cardiovascular padronizado por idade na

população masculina e feminina de 20 anos e mais residente no município, para os períodos de 1996 a 1998 e 2003 a 2005. A padronização de coeficientes foi feita pelo método direto, sendo usada como população aquela recenseada no ano 2000.

Os coeficientes foram calculados para cada área socioeconômica, desenhadas a partir do Mapa da Inclusão/Exclusão Social da Cidade¹⁷, que classifica os distritos de residência de acordo com um índice composto por variáveis socioeconômicas e ambientais, cuja escala de valores varia de -1 (mais excluído) a +1 (mais incluído). As variáveis usadas para medir a condição social foram a renda do responsável pela família, taxas de alfabetização, longevidade, anos potenciais de vida perdidos, mortalidade na infância e juventude, homicídios, roubo, condições de moradia, potencial de acesso a serviços de saúde e educação e taxas de mulheres de lares monoparentais responsáveis pelo domicílio.

No presente trabalho, foi adotado um recorte territorial que agrega os distritos em cinco áreas socioeconômicas (SE): áreas 1 e 2 (de inclusão social) e áreas 3, 4 e 5 (de exclusão social).

Foi realizada a análise da distribuição de coeficientes e das diferenças entre os dois períodos para cada área, bem como a avaliação de riscos relativos com intervalo de confiança a 95%, a partir da razão de taxas padronizadas entre a área mais pobre (SE5) e a área mais rica (SE1). Os dados foram analisados no programa computacional Stata 9.0.

Resultados

A tabela 1 apresenta os coeficientes de mortalidade padronizados por idade para homens e mulheres nas áreas socioeconômicas de 1 a 5 nos dois períodos. Para o período de 1996 a 1998, os coeficientes foram mais elevados nas áreas 3 e 4 no sexo masculino, e nas áreas 1 e 3 no sexo feminino. Os menores coeficientes foram registrados entre as mulheres numa área de inclusão social (SE2) e na área mais excluída (SE5), com valores menores de 300/100.000.

Nota-se que houve queda nos coeficientes de mortalidade em todas as áreas entre o primeiro e segundo período, com maior percentual de queda registrado na área mais rica (SE1) em ambos os sexos. Nota-se que esta variação apresenta tendência decrescente na medida em que pioram as condições sociais da área, passando de cerca de 30% na área SE1 para cerca de 17% na área SE4 e de 5% na SE5. No período de 2003 a 2005, os maiores coeficientes se encontram nas áreas menos favorecidas (SE3 a SE5) e o menor coeficiente foi registrado para as mulheres da área 2, atingindo menos de 200/100.000.

A tabela 2 apresenta as razões de coeficientes de mortalidade padronizada e os respectivos intervalos de confiança a 95%. A razão de coeficientes entre os períodos mostrou aumento no excesso da mortalidade na área mais pobre (SE5) em relação à área mais rica (SE1), que passou de +2% (1996 a 1998) para +38% (2003 a 2005) na população masculina, e de -21% para +7% na população feminina, respectivamente.

Tabela 1. Coeficientes de mortalidade por doenças cardiovasculares padronizados por idade (por 100 000) na população de 20 anos e mais residente no Município de São Paulo, segundo áreas socioeconômicas (SE): 1996 a 1998 e 2003 a 2005

Área ^a	Masculino			Feminino			Total		
	1996-1998 ^b	2003-2005 ^b	mudança rel. (%)	1996-1998	2003-2005	mudança rel. (%)	1996-1998	2003-2005	mudança rel. (%)
SE1	327,7	230,0	-30	333,9	233,9	-30	331,2	232,0	-30
SE2	308,1	240,5	-22	253,3	197,6	-22	277,4	215,9	-22
SE3	402,9	315,3	-22	345,0	265,5	-23	372,4	288,4	-23
SE4	369,4	311,2	-16	316,9	259,5	-18	342,5	284,0	-17
SE5	333,2	317,5	-5	263,6	248,9	-6	296,2	280,4	-5

^aÁreas socioeconômicas SE1 e SE2 (inclusão social) e SE3, SE4, SE5 (exclusão social)

^b(1) e (2): coeficientes referentes aos períodos de 1996 a 1998 e de 2003 a 2005, respectivamente

^cVariação relativa de coeficientes entre o segundo e o primeiro período

Fonte dos dados brutos: óbitos - PROAIM e estimativas populacionais da Fundação SEADE

Tabela 2. Razão de coeficientes de mortalidade por doenças cardiovasculares entre homens e mulheres residentes no município de São Paulo, entre a área menos favorecida (A5) e a mais favorecida (A1): 1996 a 1998, e 2003 a 2005

Sexo	Razão de coeficientes da mortalidade cardiovascular padronizada por idade ^a				Mudança 1996 a 1998 - 2003 a 2005
	1996-1998		2003-2005		Rel. (%)
	A5/A1 ^a	IC 95%	A5/A ^a	IC 95%	
Masculino	1,02	(0,99 - 1,05)	1,38	(1,34 - 1,42)	+35
Feminino	0,79	(0,77 - 0,81)	1,07	(1,03 - 1,09)	+34
Total	0,89	(0,87 - 0,91)	1,20	1,17 - 1,23)	+34

^aRazão de coeficientes de mortalidade na população de 20 anos e mais padronizada entre a área 5 (de menor nível socioeconômico) em relação a área 1 (de maior nível socioeconômico)

Fonte dos dados brutos: óbitos - PROAIM e estimativas populacionais: Fundação SEADE -SP

Nota-se que todos os intervalos de confiança, exceto o referente ao sexo masculino no primeiro período de avaliação, demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre os coeficientes de mortalidade. Os valores apurados das razões de coeficientes indicam que há um excesso de mortalidade para os homens e mulheres, no segundo período, na área menos favorecida, enquanto para as mulheres existe uma diminuição no primeiro período.

Discussão

O presente estudo mostrou a existência de desigualdade social no declínio da mortalidade para o conjunto das doenças cardiovasculares na cidade de São Paulo entre a segunda metade da década 1990 e primeira década de 2000.

Os dados apresentados podem estar sujeitos a flutuações ou problemas metodológicos usualmente conhecidos quando se trabalha com dados secundários e de diferentes fontes de informação.

A análise em cada período mostrou que a desigualdade na mortalidade observada entre a área mais excluída e a área mais incluída foi maior no período de 2003 a 2005 e mais evidente na população masculina. Por outro lado, o excesso de mortalidade registrado no sexo feminino, na área mais rica, no período de 1996 a 1998, corrobora com estudos de mortalidade cardiovascular em países desenvolvidos que registraram um aumento das diferenças de gradiente de mor-

talidade entre grupos socioeconômicos, mas especialmente entre os homens¹⁸.

Quando se comparou a evolução das diferenças da mortalidade entre os dois períodos, constatou-se aumento do risco de morrer por doença cardiovascular na área mais pobre em relação à área mais rica, para ambos os sexos, com diferenciais maiores no sexo masculino.

O meio ambiente social inclui os grupos aos quais os indivíduos pertencem, os bairros onde as pessoas moram, a organização do trabalho e as políticas que direcionam a vida de indivíduos e grupos¹⁹. Existem evidências na literatura que mostram que a área socioeconômica de residência influencia o risco de mortalidade independente de outras variáveis¹⁹.

Os achados do presente estudo são concordantes com estudos realizados em outros países que revelam que as diferenças entre populações de diversos estratos sociais podem ser explicadas pelo maior declínio da mortalidade nos grupos mais favorecidos em relação aos menos favorecidos. Da mesma forma, o aumento na desigualdade da mortalidade cardiovascular pode estar relacionado ao aumento de diferenças nas condições de vida^{11,15,16}. A análise da mortalidade prematura por doenças cardiovasculares nos municípios brasileiros⁹ mostrou que a mortalidade foi inversamente proporcional à renda e escolaridade, e diretamente proporcional às taxas de pobreza.

As condições nas áreas de menor nível socioeconômico, que geralmente correspondem às regiões mais

periféricas das cidades, podem ter um impacto negativo nas condições de vida e de saúde das populações. Diez-Roux³ aponta várias características do meio ambiente físico e social e de investimentos relacionados que podem explicar a influência do contexto de uma área na mortalidade cardiovascular. Além das características físicas, estão incluídos a coesão social, serviços de educação e saúde adequados, transportes, preço e disponibilidade de alimentos saudáveis, oportunidade para atividades físicas, dentre outros.

A composição do Mapa da exclusão social adotado no presente estudo representa dados de agregados populacionais e, portanto, as características socioeconômicas não devem ser generalizadas para o nível individual. A variação na mortalidade atribuída às diferenças entre as áreas do município podem refletir os efeitos do contexto social das áreas, o maior aporte e acesso a bens e serviços das comunidades da área mais rica, bem como a determinação social no nível populacional.

Referências

1. Bassanesi SL, Azambuja MI, Achutti A. Mortalidade Precoce por Doenças Cardiovasculares e Desigualdades Sociais em Porto Alegre: da Evidência à Ação. *Arq Bras Cardiol* 2008; 90(6): 403-12.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. *Cadernos de Atenção Básica* 2006; (14).
3. Diez-Roux AV, Stein Merkin S, Arnett D et al. Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease. *The New England Journal of Medicine* 2001; 345: 99-106.
4. Dragano N, Bobak M, Weget N, Peasey A, Verde PE, Kubinova R et al. Neighbourhood socioeconomic status and cardiovascular risk factors: a multilevel analysis of nine cities in the Czech Republic and Germany. *BMC Public Health* 2007;7: 255.
5. Farias N, Souza JMP, Laurenti R, Alencar SM. Cardiovascular mortality by gender and age range in the city of Sao Paulo, Brazil: 1996 to 1998, and 2003 to 2005. *Arq Bras Cardiol* 2009; 23(5):461-7.

6. Godoy MF et al. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares e Níveis Socioeconômicos na População de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(2): 200-6.
7. Hemmingsson T, Lundberg I. How far are socioeconomic differences in coronary heart disease hospitalization, all-cause mortality and cardiovascular mortality among adult Swedish males attributable to negative childhood circumstances and behaviour in adolescence? *International Journal of Epidemiology* 2005; 34:260-7.
8. Hyppä MT, Mäki J, Impivaara O, Aromaa A. Individual-level measures of social capital as predictors of all-cause and cardiovascular mortality: a population-based prospective study of men and women in Finland. *Eur J Epidemiol* 2007; 22:589-97.
9. Ishitani LH, Franco GL, Perpétuo IHO, França E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(4): 684-91.
10. Lolio CA, Souza JMP, Laurenti R. Decline in cardiovascular disease mortality in the city of São Paulo, Brazil, 1970 to 1983. *Rev Saúde Pública*. 1986; 20 (6): 454-64.
11. Mackenbach JP, Cavelaars AEJM, Kunst AE, Groenof F. Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality. *European Heart Journal* 2000; 21, 1141-51.
12. Marmot MG, McDowall ME. Mortality decline and widening social inequalities. *Lancet* 1986; 328: 274-6.
13. Nogueira MC, Ribeiro LC, Cruz OG. Desigualdades sociais na mortalidade cardiovascular precoce em um município de médio porte no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(11):2321-32.
14. Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª rev. São Paulo: Edusp; 1993.
15. Regidor E, Lostao L, Pascual C, Martínez D, Calle ME, Domínguez V. Income in large residential areas and premature mortality in six countries of the European Union. *Health Policy* 2005;75:99-108.
16. Singh GK, Siahpush M. Increasing inequalities in all-cause and cardiovascular mortality among US adults aged 25-64 years by area socioeconomic status, 1969-1998. *International Journal of Epidemiology* 2002;31:600-13.
17. Sposati A. O mapa da exclusão. In: Izique C. *Pesq FAPESP* 2003; 83: 15-20.
18. Vartiainen E, Pekkanen J, Koskinen S, Jousilahti P, Salomaa V, Puska P. Do changes in cardiovascular risk factors explain the increasing socioeconomic difference in mortality from ischaemic heart disease in Finland? *J Epidemiol Community Health* 1998; 52:416-9.
19. Yen IH, Syme SL. The social environment and health: A discussion of the epidemiologic literature. *Annu Rev Public Health* 1999; 20:287-308.

O protagonismo da saúde nos projetos de inclusão social em Santo André (SP)

Health protagonism in social inclusion projects at Santo André (SP)

Vânia Barbosa do Nascimentoⁱ
Ieda Maria Cabral da Costaⁱⁱ
Silmara Conchãoⁱⁱⁱ

Resumo

Diante das limitações econômico-financeiras dos governos no quadro da globalização, questiona-se a possibilidade de o poder local engendrar soluções efetivas aos problemas sociais e urbanos. Nos três últimos governos municipais de Santo André, foi possível a inclusão de diversos setores populares excluídos dos direitos de cidadania por meio do protagonismo local. Vários projetos foram desencadeados envolvendo participação social, atenção a segmentos sociais vulneráveis e novos arranjos institucionais, visando à coordenação das ações de governo e governabilidade para a integração das distintas políticas de âmbito social e urbano. Dentre as iniciativas, destacam-se os projetos e programas transversais, visando atingir populações em situação de vulnerabilidade. Nesses programas e ações do governo, a saúde manteve posição de destaque, articulando os eixos estruturantes da política de saúde às demandas sociais por mais direitos. Este artigo, por meio do relato dos projetos de inclusão social em Santo André, analisa as tendências e limitações da participação popular no setor saúde.

Palavras-chave: Inclusão social; participação popular; políticas públicas

Abstract

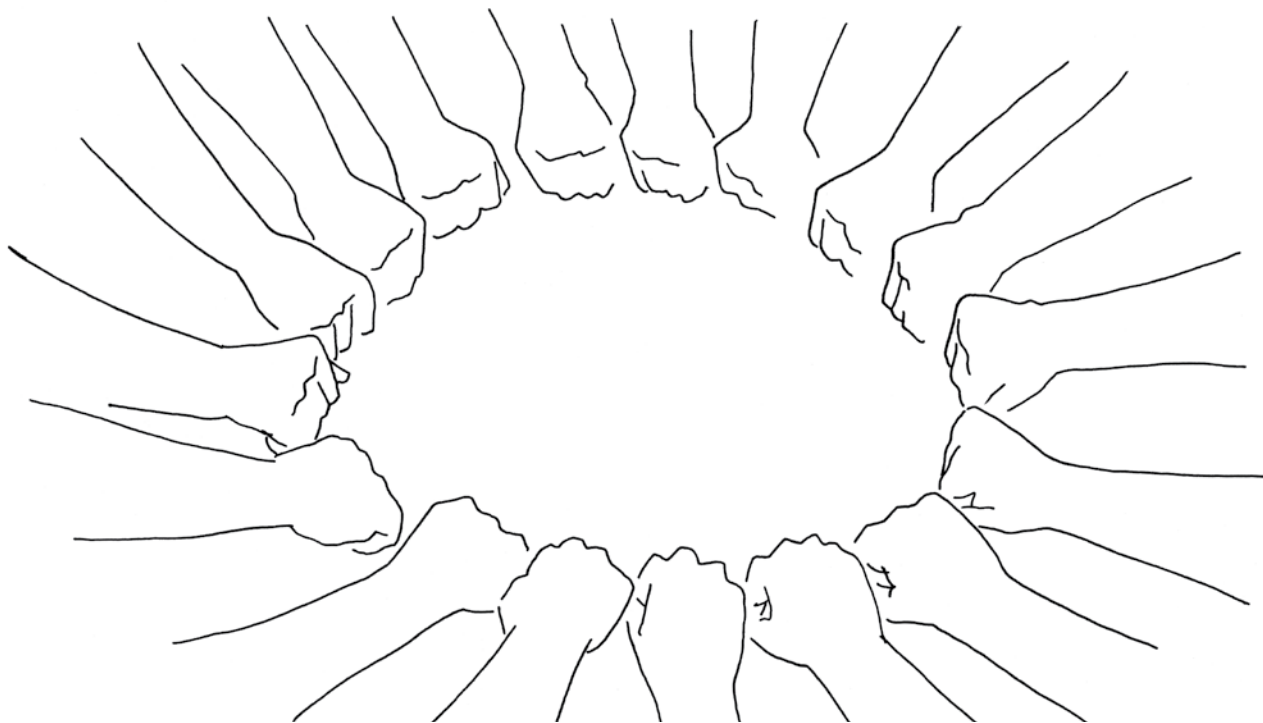
Faced with the economic–financial limitations of governments within the global context, the possibility of local government bringing about effective solutions of social and urban problems is questioned. During the past three municipal governments of Santo André the inclusion of several popular sectors, excluded from the rights of citizenship by means of local protagonism was possible. Several projects were undertaken involving social participation, attention to vulnerable segments and new institutional arrangements, to coordinate government actions and governability for integrating distinct policies of social and urban environment. Within these initiatives we can highlight the transversal projects and programs, seeking to reach populations in a vulnerable situation. In these programs and government action, health is at the forefront, articulating the structure of health policy with the social demands for more rights. This article, by relating projects of social inclusion in Santo André, analyzes the trends and limitations of popular participation in the health sector.

Key-words: Social inclusion; popular participation; public policies

ⁱVânia Barbosa do Nascimento (vaniabn@uol.com.br) é médica sanitária, doutora em Medicina Preventiva e Social e professora adjunta da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC).

ⁱⁱIeda Maria Cabral da Costa (iedacbr@uol.com.br) é médica sanitária, mestre em Saúde Pública e professora colaboradora da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC).

ⁱⁱⁱSilmara Conchão (sacochao@uol.com.br) é mestre em Sociologia e docente da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC).



Introdução

No contexto mundial de crise fiscal, a descentralização das ações governamentais para as esferas subnacionais de governo passou a ser apontada como o caminho necessário para lograr maior eficácia, eficiência e controle público da ação estatal.

Não obstante, em uma sociedade marcada por profundas assimetrias, como a brasileira, a atuação do poder local mostra-se cada vez mais desafiadora. Os municípios brasileiros convivem com enorme déficit social, diante de uma conjuntura de crescimento econômico comprometido, em recente processo de estabilização, oportunidades de trabalho ainda desfavoráveis face ao crescimento demográfico, insuficiência na oferta de serviços públicos, déficit habitacional e contingente significativo da população em situação de pobreza.

Além de possibilidades muito restritas de intervenção local na lógica econômica mais ampla, a transferência de atribuições para a atenção pública aos municípios, sem uma proporcional redistribuição dos recursos fiscais necessários ao adequado financiamento das políticas, tem provocado um quadro de limitações e estrangulamentos na ação do poder público local.

Perde sentido, assim, orientar as ações locais e direcionar os escassos recursos apenas sob a lógica

restrita de combate às desigualdades na oferta dos serviços públicos e combate à pobreza, pois os resultados poderão ser insatisfatórios diante das complexas necessidades humanas. É preciso perceber que se vive atualmente um processo muito mais amplo de exclusão social. Faz-se relevante, portanto, assumir que a exclusão social está intimamente ligada a fatores multidimensionais, relacionados a uma condição que extrapola os meros bens materiais².

Colocam-se, então, alguns caminhos possíveis na construção de um processo de inclusão social. Um caminho de natureza mais objetiva, relacionado diretamente ao acesso universal, é a melhor distribuição da riqueza socialmente produzida. Outro, mais subjetivo, diz respeito ao sentimento pessoal de pertencimento ativo à vida social, à esfera pública, à comunidade, à cidade e à nação, sentimento estreitamente vinculado ao fortalecimento da identidade social de cada sujeito. Este processo necessita ser ancorado na democratização do Estado, significando a ampliação da participação cidadã em processos decisórios que permitam a obtenção de consensos acerca da alocação dos recursos públicos, de forma a favorecer a politização da definição de estratégias e do desenho operacional das políticas públicas.

O município de Santo André buscou desenvolver uma política ampliada de participação social a partir dessas

premissas, investindo esforços na potencialidade sinérgica do Programa Integrado de Inclusão Social. Verificou-se que, apesar dos significativos constrangimentos orçamentários e financeiros impostos aos municípios, o poder local tem um papel fundamental a desempenhar na construção de uma vida social mais justa e de uma cidade mais igual.

Os projetos de inclusão social em Santo André

O método de governo em Santo André, desde 1997, foi o de trabalho matricial, incorporado em grande parte dos programas e projetos da administração. Vale destacar a experiência do Programa Integrado de Inclusão Social, criado em 1998 e que beneficiou 6.272 famílias nos seus 10 anos de existência, melhorando a qualidade de vida, o acesso a políticas sociais, ao trabalho e à renda e, principalmente, a efetivação dos direitos de cidadania de populações desfavorecidas.

Os territórios selecionados caracterizavam-se por profunda exclusão social traduzida pela ausência de políticas públicas, especialmente de saúde, educação e habitação, enquanto a população estava desmobilizada pela ausência de lideranças locais e com um sentimento de discriminação e desconfiança no Poder Público. Nesse contexto amplamente desfavorável, procurou-se a integração das ações das políticas sociais por meio do desenvolvimento de níveis de inclusão social da população e do estímulo à participação da comunidade. Os moradores eram estimulados a usufruir de outros canais de participação, como o Orçamento Participativo, no qual opinavam sobre a aplicação dos recursos no município.

A estratégia de integração e implantação simultânea dos diversos programas e projetos de combate à exclusão foi a grande oportunidade de êxito do projeto: *“tudo junto ao mesmo tempo e no mesmo lugar”* era a palavra de ordem para a ação dos agentes públicos e da comunidade.

Dentre as ações, destacam-se a urbanização de favelas; o combate às desigualdades de gênero; a coleta seletiva; a criação de unidades de negócios; a transferência de renda; o banco do povo; as ações com jovens e idosos; a incubadora de cooperativas; a saúde da família; o atendimento domiciliar à saúde; a alfabetização de jovens e adultos; o empreendedorismo popular; o ensino profissionalizante; as atividades culturais e de lazer extracurriculares com crianças; a atenção às pessoas

com deficiência e a cobertura do atendimento à educação infantil, com o projeto Sementinha.

A exclusão social é um fenômeno multidimensional, de ordem econômica, cultural, urbana e social, cujas diferentes dimensões se articulam entre si, alimentando-se mutuamente, ou seja, uma pessoa sem emprego tende a morar em más condições, com menor acesso à saúde, educação e a bens culturais.

A natureza multidimensional da exclusão social sugere uma abordagem integrada, em virtude da qual seja possível às pessoas excluídas transitarem de uma situação a outra, em que a inclusão seja conquistada simultaneamente nas suas diferentes formas de manifestação, como aponta a fala de uma das lideranças das áreas atendidas pelo projeto, no Seminário de Avaliação e Encerramento do Programa da União Europeia: *“Inclusão social, pra mim, vai muito além do asfalto e do telhado da minha casa. É ter hoje um endereço próprio e receber as minhas cartas, é receber uma visita em casa sem sentir vergonha, é ter meu filho deficiente numa escola pública”*⁷.

Essa abordagem vai além do plano material, alcançando o âmbito do subjetivo, ou seja, o da autoestima, o do sentimento de pertencimento à comunidade e à cidade. Tratava-se, portanto, de construir um conjunto de ações que dessem conta das diversas dimensões em questão, para além das políticas meramente compensatórias, cujo fundamento é a inexorabilidade da exclusão social.

Em consonância com esta perspectiva, os programas e projetos de inclusão social do município traziam um forte apelo à participação direta da população, e pretendiam que as pessoas se apropriassem do território onde moravam também como local agradável de viver.

O Programa Integrado de Inclusão Social foi rebatizado como *“Santo André Mais Igual”*, dando continuidade à gestão descentralizada e participativa, que favorecia a complementaridade das ações e permitia um diagnóstico preciso com leitura mais global da demanda das famílias atendidas.

A iniciativa foi considerada, por muitos anos, uma referência internacional, fazendo com que Santo André conquistasse diversos prêmios mundiais. O *“Programa Gênero e Cidadania”* do *“Santo André Mais Igual”* recebeu, em 2002, o prêmio de melhores práticas do mundo da Conferência Internacional HABITAT, da ONU,

em Dubai, nos Emirados Árabes, por incluir o tema da desigualdade de gênero no planejamento das ações voltadas para o desenvolvimento social, econômico e urbano em núcleos de habitação popular⁴.

A contribuição estratégica da saúde

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), Santo André expandiu muito a rede de saúde pública nas últimas duas décadas. Conformou uma ampla rede de instalações, a começar pela atenção básica, que possuía unidades de saúde e equipes de saúde da família na maioria dos territórios do município. Além desses serviços, o governo municipal investiu na atenção de média complexidade instalando unidades de pronto atendimento em locais estratégicos da cidade, ampliou as instalações do seu hospital geral e implantou um hospital especializado para o atendimento à mulher.

Programas e ações dirigidos às populações vulneráveis ocupavam também espaço na agenda da saúde do município, com destaque para a saúde da juventude, a redução de danos, a saúde mental e a atenção à violência sexual, sempre atuando de forma integrada com outras áreas do governo, na perspectiva da inclusão social.

Mas foi no Programa Santo André Mais Igual, que reuniu 12 diferentes órgãos do governo em parceria com organizações não-governamentais, que a saúde conseguiu dar a sua contribuição estratégica. Isso porque os principais elementos norteadores da proposta de inclusão social desenvolvida no município – integração, descentralização, participação da comunidade, acesso universal, integralidade etc. – fundamentavam-se nos princípios e diretrizes do SUS. Em função disso, os projetos de inclusão social no município foram inquestionavelmente facilitados pela participação da saúde, principalmente quando se optou por implantar a estratégia de saúde da família nos territórios eleitos para o desenvolvimento dos projetos. Nesse aspecto, deve-se destacar que:

a) a ação intersetorial em um território definido é uma das principais diretrizes da Estratégia de Saúde da Família. Assim, a metodologia de trabalho proposta pela Inclusão Social não causava “estranhamento” na área da saúde. Ao contrário, vimos nisso uma oportunidade ímpar de colocar em prática, de maneira mais efetiva,

aquilo que já desenvolvíamos com muita dificuldade. Ademais, a ação em território definido facilitou o diálogo do pessoal da saúde com o das outras áreas;

b) a articulação entre comunidade e serviços é a base da concepção e implantação dos agentes comunitários de saúde. Algumas vezes, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) funcionavam como “tradutores”, tanto das demandas da população quanto das propostas do governo, visto que o jargão “técnico”, frequentemente utilizado pelos agentes do governo, dificultava a comunicação com a população;

c) sem a capilaridade propiciada pela saúde por meio dos ACS, muitas das ações propostas não chegariam a determinados segmentos da comunidade, seja pela dificuldade de comunicação entre técnicos e população, seja por problemas derivados da violência urbana, como a interdição de determinados locais praticamente dominados pelo tráfico.

As avaliações do projeto afirmam, consensualmente, que os ACS tiveram um papel privilegiado dentro do Programa Integrado de Inclusão Social, por atender domiciliarmente toda a população e serem moradores dos núcleos. Ao tomarem conhecimento de situações locais vividas, eles orientavam as famílias para o uso adequado das demais ações do programa disponíveis na comunidade. Além disso, colhiam dados para o diagnóstico das condições de vida e situação de saúde das famílias, como as pesquisas sobre a prevalência de portadores de deficiências e as pesquisas de avaliação dos Programas de Renda Mínima e Ensino Profissionalizante.

Segundo os ACS, a integração dos diversos programas facilitou sua atuação. Afirmaram, por exemplo, que o comportamento das mulheres mudou muito quando começaram a participar do Programa Renda Mínima, facilitando seu trabalho ao absorver mais facilmente as informações. Além disso, antes elas não estudavam nem se interessavam por nada e, depois de aderirem ao programa, começaram a “querer saber de tudo”, “procuram a saúde e procuram os direitos delas”. O comportamento de alguns homens também mudou. Eles passaram a ir junto com as companheiras para também obter informações, resultado do trabalho conjunto dos programas de Renda Mínima e de Gênero e Cidadania⁴.

Através do depoimento da mãe de uma criança portadora de deficiência, torna-se possível compreender a profundidade que o projeto alcançou. O ACS local também teve papel de destaque ao identificar a criança e introduzir sua família nos projetos sociais disponíveis:

“Esse pessoal da Prefeitura não vem aqui para oferecer nada, não dão cesta básica, comida, doces para as crianças, mas nos tratam com respeito e, depois que passei a frequentar as reuniões, consegui muita coisa boa para o meu filho. Agora, ele está na escola com outras crianças, vai ao Centro de Reabilitação, e até o pai faz questão de levar e buscar na escola, de andar com ele pelo bairro”⁵.

Considerações finais

Apesar dos avanços consideráveis, reconhecidos nacional e internacionalmente, os projetos de inclusão social em Santo André enfrentaram dificuldades no seu desenvolvimento. A principal delas é a cultura institucional tradicional de conceber e atuar setorialmente, fazendo com que, em alguns momentos, as ações, embora juntas espacialmente, se concretizassem de forma desarticulada e com abordagens diversas sobre o mesmo objeto. Mas, o reconhecimento desse obstáculo foi extremamente importante na busca de sua superação. Diversas discussões de equipes foram realizadas, procurando resolver os entraves à integração no cotidiano da ação concreta.

A participação dos ACS nos programas e projetos de inclusão social possibilitou a institucionalização de uma das principais propostas da Estratégia da Saúde da Família – a atuação intersetorial – potencializando sua prática diária e conferindo efetividade às suas ações.

Por outro lado, a atuação dos ACS nas equipes locais facilitou o desenvolvimento do Programa, visto que, como moradores da própria comunidade e trabalhadores da área da saúde, eles se mostraram capazes de traduzir e articular as demandas dos outros agentes do governo, da comunidade e das organizações não-governamentais que atuam na área.

O resultado disso é que a metodologia integrada e participativa passou a ser reivindicada por outros programas no âmbito do governo local, que passaram a trabalhar intersetorialmente, buscando inspiração metodológica nos projetos de inclusão social.

Referências

1. Carneiro Junior, Silveira C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. *Cad Saúde Publica* 2003.
2. Daniel CA. Governança urbana inclusiva em Santo André: o programa integrado de inclusão social. *Un Cronicle* 2001; (ed. especial Istambul): 5.
3. Intendencia Municipal de Montevideo. Comisión de la Mujer. Fundación Friederich Ebert. Fortaleciendo escenarios de encuentro: un paso más. Montevideo: Unidad Temática de Género y Municipio/Rede Mercociudades; 2004.
4. Prefeitura de Santo André, Secretaria de Inclusão Social e Habitação. Santo André mais igual: programa integrado de inclusão social. Santo André: PSA/SISH; 2002.
5. Prefeitura de Santo André, Núcleo de Comunicação. Santo André cidade futuro: agenda do milênio. Santo André, 2007.
6. Santo André: o programa integrado de inclusão social. *Rev Adm Municipal* 2001; 46 (229):5-9.
7. Seminário de Avaliação e Encerramento do Programa da União Européia; 2004, Rio de Janeiro, BR. Apoio às populações desfavorecidas (Santo André e Rio de Janeiro): Relatório. Rio de Janeiro; 2004.

Pobreza, periferia e diversidade cultural: desafios para a saúde

Poverty, outer city and cultural diversity: health challenges

Monique Borba Cerqueira¹

Resumo

Pobreza, periferia e diversidade cultural compõem um contexto de grande complexidade, desafiando os serviços de saúde em sua interlocução com as populações pobres. Por um lado, a pobreza é estudada como fenômeno que precisa incorporar procedimentos adequados à mensuração para identificar e quantificar o tamanho do caos social. Por outro lado, historicamente, os pobres vêm sendo o produto de recriações constantes da subalternidade, a tradução de desejos, teorias e verdades alheias à sua realidade, o que fica evidenciado na literatura, em textos acadêmicos, nas políticas públicas e na grande mídia. Um rico universo simbólico e uma multiplicidade de conhecimentos populares e formas de sociabilidade são compartilhados nas periferias, indicando claramente que a privação não é uma via de mão única, estanque e estéril. As periferias aparecem como territórios onde as limitações materiais e a violência coexistem com uma grande diversidade cultural, possibilitando que diferentes modos de vida traduzam o universo social para além das necessidades e estruturas mais impositivas. Este é o cenário com o qual os serviços de saúde precisam dialogar no sentido de garantir o cuidado e o direito à saúde aos segmentos que apresentam precárias condições de vida e saúde no País.

Palavras-chave: Pobreza; periferia; modos de vida

Abstract

Poverty, outer city and cultural diversity make up an extremely complex context, challenging health services in their interaction with the poor population. On one hand population is studied as a phenomenon which needs to incorporate proper measuring procedures to identify and quantify the size of social chaos. On the other hand, historically, the poor have been the product of constant recreations of subaltern, the translation of desires, theories and truths distant from the reality, which is shown in literature, in academic texts, in public policies, and the media in general. A rich symbolic universe and a multiplicity of popular knowledge and forms of sociability are shared in the outer city, clearly showing that deprivation is not a one-way street, bare and sterile. The outskirts appear as territories where material limitations and violence coexist with great cultural diversity, allowing the different life styles to translate the social universe to beyond the most imposing needs and structures. This is the scenario with which the health services need to dialogue in the sense of ensuring the care and the right to health of those segments which present precarious life and health conditions in the country.

Key-words: Poverty; outskirts; life styles

¹Monique Borba Cerqueira (monique@isaude.sp.gov.br) é bacharel em Ciências Sociais pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), mestre em Sociologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e doutora em Políticas Sociais e Movimentos Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). É pesquisadora científica II do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



A pobreza e os pobres

Em linhas gerais, a pobreza é a “situação na qual as necessidades não são atendidas de forma adequada”⁷. Deve-se sublinhar, contudo, que, no Brasil, a abordagem da pobreza remete a uma importante especificidade, pobreza e desigualdade estão estreitamente imbricadas⁴. No País, a desigualdade tem sido denunciada nas últimas décadas em cores fortes. Assim, a sintomatização da pobreza aponta os cenários reais das características habituais dos pobres: falta de acesso a serviços e equipamentos sociais básicos, baixa escolaridade, desemprego ou precariedade no vínculo de trabalho.

Atualmente, sob o signo de amplos contingentes populacionais, o mundo revela os nomes do que é e onde está a pobreza: “*Favela* no Brasil, *población* no Chile, *villa miseria* na Argentina, *cantegril* no Uruguai, *rancho* na Venezuela, *banlieu* na França, *gueto* nos Estados Unidos”⁷. Não surpreende que essas sociedades denominem suas comunidades estigmatizadas, residência dos sobrantes urbanos, onde problemas sociais se intensificam. Não há como esconder tempos de obsoles-

cência de uma humanidade em excesso, que parece não apresentar utilidade econômica ou política.

Ainda multiplicam-se os discursos em que os pobres são aqueles de quem se fala, apontando a “n” direções e às mais diversas finalidades, lembrando o quanto tem sido importante imprimir significados à pobreza. Mesmo organismos internacionais, que sempre usaram dados quantitativos, por meio do Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD, pretenderam dar voz aos pobres do mundo através do projeto *Voices of the poor*. “Para uma pessoa pobre tudo é horrível – doença, humilhação, vergonha. Nós somos aleijados, estamos com medo de tudo, nós dependemos de todos. Ninguém precisa de nós. Somos como lixo do qual todos querem se livrar.”- Uma mulher cega de Tiraspol, na Moldávia¹¹.

Deepa Narayan, coordenadora do projeto no Brasil, declarou que ele representou “um avanço na visão tradicional da instituição sobre a pobreza”⁶. Mas, considerando que o objetivo do BIRD é financiar projetos e formular políticas, seu discurso é contraditório, ao declarar que objetivava dar voz aos pobres e não formular políticas. Se não há a intenção de formular políticas, o depoimento dos pobres de 60 países reforça o estigma da pobreza, dando visibilidade a um espetáculo de penúria e privação vocalizado por pessoas do mundo inteiro. É necessário questionar os objetivos,

¹¹“For a poor person everything is terrible - illness, humiliation, shame. We are cripples; we are afraid of everything; we depend on everyone. No one needs us. We are like garbage that everyone wants to get rid of.” – a blind woman from Tiraspol, Moldova. Disponível em: <<http://www.worldbank.org>>. Acesso em 28/04/2010.

ora sensíveis, ora humanitários, dos discursos que proliferam sobre a pobreza.

“Muitas coisas foram ditas e escritas sobre os pobres e muitas categorias usadas para defini-los, cada uma correspondendo a uma maneira de vê-los. Nas diferentes imagens que foram construídas pelas ciências sociais brasileiras, percebe-se uma identificação por contrastes, fazendo dos pobres um ‘outro’, que muitas vezes diz mais de quem fala do que de quem se fala, num mecanismo de tipo pejorativo”⁵.

O discurso sobre a pobreza e os pobres na mídia, no discurso político, no senso comum e na produção acadêmica assume um tom vago, paternalista e estereotipado.

Um olhar sobre a Periferia

A palavra periferia remete a “extremidade marginal”, seja como conjunto de países pouco desenvolvidos, seja como região afastada do centro urbano, abrigando população de baixa renda. No entanto, o conceito de periferia não pode ser definido apenas por noção espacial ou enquanto unidade caracterizada de maneira negativa pela dominação simbólica e econômica. Os que dela participam podem lutar para alterar sua definição, invertendo o sentido e o valor das categorias estigmatizadas¹.

Na última década vem ocorrendo uma releitura da produção desses trinta anos sobre as questões associadas ao padrão socioespacial centro-periferia. O que está em questão é a necessidade de revisitar criticamente os modelos de análise sobre a produção do espaço e os problemas urbanos, bem como seus efeitos sobre a vida de seus habitantes.

A partir dos anos 1990, a oposição centro-periferia passou a ser relativizada por estudos que mostraram:

“(…) condições cada vez mais diversificadas entre os bairros urbanos, especialmente em São Paulo,

dado o surgimento de favelas tanto nas chamadas periferias quanto nas áreas tidas como centrais; ou mesmo de fenômenos como a ‘periferização do centro’, a constituição de ‘hiperperiferias’, o deslocamento das classes privilegiadas para condomínios de luxo ao redor de áreas periféricas, a conformação de novas centralidades, e a formação de “periferias consolidadas”³.

Demandas clássicas que deram centralidade às questões associadas às periferias, como infraestrutura e acesso a serviços, não são mais suficientes para caracterizar as necessidades dos grupos mais desassistidos. Hoje, longe dos padrões tradicionais da clássica dicotomia centro-periferia, várias comunidades reivindicam políticas culturais específicas, estabelecendo conexões produtivas entre sujeitos periféricos e o centro do poder geográfico, político e cultural³. Observa-se, em especial em São Paulo e no Rio de Janeiro, que os atores que passaram ao centro da discussão sobre o que é a periferia são os moradores de favelas e comunidades pobres que vêm ganhando visibilidade no cenário político e cultural. Deixar de ser “invisível” tem peso maior quando se trata de defender a construção de uma imagem de periferia forjada pela própria comunidade, sem os efeitos perversos do discurso que se faz “sobre os pobres”. A imagem da periferia urbana como retrato de trabalhadores com baixos salários, condições de vida precárias e pouco acesso a serviços e equipamentos públicos vive tempos de renovação.

Nos últimos anos vem se destacando a produção cultural das periferias urbanas como fenômeno contemporâneo relevante^{III}. No mesmo período, a produção acadêmica chamava atenção para a expansão do tráfico de drogas nos anos 1990, que redesenhou manifestações e trajetórias de violência e criminalidade, com fortes repercussões na vida cotidiana, em especial nos bairros pobres. Outros temas que ocuparam os pesquisadores foram o imenso crescimento da economia informal e a presença de novo tipo de associativismo, incluindo entidades filantrópicas, instituições multifuncionais e ONGs.

Nesse contexto, deve-se sublinhar a emergência de projetos formulados e articulados por protagonistas dos próprios movimentos, ligados à criação de produtos com diferentes linguagens artísticas — música, teatro, cinema, artes plásticas e literatura. O mais importante para essas populações tem sido a conquista de novas

^{III}Exemplos da produção cultural contemporânea: São Paulo – *1 da Sul*: “Somos todos um pela dignidade da zona sul” - literatura, atividades artísticas e criação de bibliotecas comunitárias; *Literatura no Brasil* - movimento de divulgação de escritores da periferia de Suzano; *Cooperifa* - promoção de saraus de poesia na periferia; *Agenda Cultural da Periferia* - publicação mensal de 10.000 exemplares que veicula eventos da periferia; *Semana de Arte Moderna da Periferia* - evento da Cooperifa realizado em 2007 que reuniu 300 artistas em unidades escolares e centros culturais da zona sul. Criação da *Central Única das Favelas (CUFA)* por jovens de várias favelas com MV Bill como um dos fundadores. Internacionalmente conhecida, a CUFA atua nas esferas política, social, cultural e esportiva; *Hutúz 2009* (maior prêmio de Hip hop do Brasil – A arte dos guetos e sua transformação); *Festival RPB* – Rap Popular Brasileiro; *Favela é isso aí* - associação fruto do Guia Cultural de Vilas e Favelas, idealizado por Clarice Libânio, que apontou que a arte em vilas e favelas desempenha papel fundamental na elevação da autoestima, inclusão social e combate à violência.

abordagens capazes de articular cultura e política em contraposição às demandas estereotipadas que sempre anteciparam a fala e o desejo dos moradores. A novidade é que, neste caso, cultura e política não se limitam às reivindicações dos movimentos sociais, mas edificam outro tipo de atuação voltada à produção de bens culturais e à defesa das identidades coletivas dos moradores da periferia como protagonistas de seu universo identitário e cultural.

Saúde e saber popular

A saúde é um problema de milhões de moradores da periferia, favelas e comunidades cujas populações compartilham áreas de risco e precariedade. Neste quadro dramático, a garantia da assistência médica universal e gratuita, na maioria das vezes, não passa de compromisso formal das autoridades, alheias ao contexto crítico do acesso aos serviços de saúde. Admitindo que nem todos serão atendidos, resta saber como será a experiência dos que conseguirem utilizar o serviço. Pode-se afirmar que dificilmente os usuários terão suas demandas e/ou expectativas plenamente atendidas.

No campo da saúde, conhecer a diversidade cultural pode ser um disparador de alternativas e possibilidades para auxiliar na solução de problemas e demandas da população.

Em primeiro lugar, é preciso reconhecer o conhecimento popular acumulado, um saber que desafia indicadores de escolaridade e a competência de médicos, engenheiros, arquitetos e os padrões da linguagem culta. Desconsiderá-lo é desqualificar famílias, moradores, ambientes, rotinas. É preciso apreender a riqueza da cultura popular da periferia que interpreta e explica a realidade, produzindo e reproduzindo constantemente padrões de sociabilidade, a partir da imensa diversidade das camadas populares.

Esta cultura pode ser vista como um conjunto de produções simbólicas e materiais em permanente transformação, que organizam formas de sociabilidade, de pensar e sentir, valores, identidades, práticas sociais e comportamentos coletivos que caracterizam o estilo de vida da população.

Apesar das normatizações do Estado, os modos de vida na periferia e nas favelas repousam sobre lógicas singulares em que o formal transforma-se rapidamente em informal, racionalidades impostas são transgredidas, como ocorre nos conjuntos habitacio-

nais, sistemas construtivos e formas de ampliação das moradias – o puxadinho, (alargamento horizontal); a laje (expansão vertical). Os moradores desses territórios são, eventualmente, os construtores das próprias casas e das da vizinhança. A capacidade de integração social dos mutirões faz com que comunidades construtoras sejam mais confiantes e autônomas no potencial organizativo, compartilhando as aquisições conquistadas no espaço social. Dessa forma, a vida das populações periféricas encontra-se, muitas vezes, centrada no protagonismo dos habitantes e não nas promessas políticas ou técnicas, que propõem intervenções sem ouvir a população.

Uma pesquisa recente sobre o acesso a serviços de saúde dos moradores de duas favelas da Baixada Santista² evidencia a falta de comunicação adequada entre usuários e profissionais de saúde em comunidades carentes, mostrando o quanto fatores culturais não vêm sendo valorizados pelas equipes nas práticas de saúde. Em geral, a população é infantilizada por não saber do que está falando – não compreendem as prescrições, inventam problemas de saúde inexistentes, são apáticos quando abordados pelo médico e responsáveis, muitas vezes, por procurar inutilmente as unidades de saúde.

Os serviços não podem perder de vista procedimentos simples, como escutar os pacientes, identificar e respeitar diferenças culturais ao pensar em atenção à saúde de alta qualidade, buscando composição de visões de mundo que possibilite o enfrentamento e a resolução dos problemas. Compreender formas de agir e de pensar dos moradores das comunidades pode trazer um salto de qualidade nos serviços de saúde, fundado em compromisso interativo entre serviços de saúde e população.

Quando se fala em necessidades de saúde, é preciso considerar também as necessidades sociais das populações, além de entender como os grupos populares pensam, elaboram e solucionam problemas a partir de sua diversidade. Uma das principais barreiras de acesso a serviços de saúde das populações pobres é a não aceitação, pelos profissionais, de que as camadas populares organizam e sistematizam saberes compartilhados e validados entre eles sobre a sociedade. A desqualificação do saber popular pelo saber técnico gera enorme desgaste, despotencializando os usuários, levando-os a desacreditar o sistema de

saúde. Este quadro indica o quanto os princípios de integralidade e humanização do cuidado vêm sendo comprometidos. É imprescindível que o usuário seja entendido como o centro, o objetivo, a principal razão de ser dos serviços de saúde.

Referências

1. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2006.
2. Cerqueira MB, Pupo LR. Condições e modos de vida em duas favelas da baixada santista e suas interfaces com o acesso aos serviços de saúde. *Rev Baiana de Saúde Pública* 2009;33(2): 68-84.
3. Nascimento EP. A periferia de São Paulo: revendo o conceito, atualizando o debate. Trabalho apresentado no 33º Encontro Nacional da ANPOCS. Caxambu; 2009. Disponível em: <http://sec.adtevento.com.br/anpocs/inscricao/resumos/0001/TC1748-1.pdf>.
4. Rocha S. Pobreza no Brasil, afinal de que se trata? Rio de Janeiro: Editora FGV; 2003.
5. Sarti C. A família como espelho. Um estudo sobre a moral dos pobres. São Paulo: Cortez; 2003.
6. Sprandel MA. A Pobreza no Paraíso Tropical. Coleção Antropologia Política. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2004.
7. Wacquant L. Os condenados da cidade. Um estudo da marginalidade avançada. Rio de Janeiro: Revan/FASE; 2001.

Desigualdades raciais na saúde: mortalidade nas regiões de saúde paulistas, 2005

Racial inequalities in health: mortality in São Paulo State Health Regions. 2005

Anna Volochko^I
Natália de Paula Vidal^{II}

Resumo

Os negros brasileiros são um grupo social vulnerável com desvantagem em várias esferas e maior dificuldade de acesso a bens sociais, inclusive serviços de saúde. Taxas brutas de mortalidade por cor e razão de taxas entre pretos e brancos, em 2005, foram analisadas por causas para os 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) paulistas. São amplas as desigualdades raciais, em capítulos com alta proporção de causas evitáveis – Doenças infecciosas; Transtornos mentais; Gravidez, parto e puerpério; Mal definidas e Causas externas. Em todos os DRS, exceto Araçatuba, pretos morreram mais que brancos, de 8% a mais na Baixada Santista e Sorocaba a 2, 3 vezes em Registro. A mortalidade de pretos por câncer excedeu à de brancos em 9 DRS e por doenças respiratórias, em 7. Para cumprir o Plano Estadual de Saúde de 2009-2011, é mister que os DRS proponham medidas que garantam a equidade racial na saúde na sua região.

Palavras-chave: Desigualdades racial na saúde; desigualdades geográficas e raciais na mortalidade; Estado de São Paulo

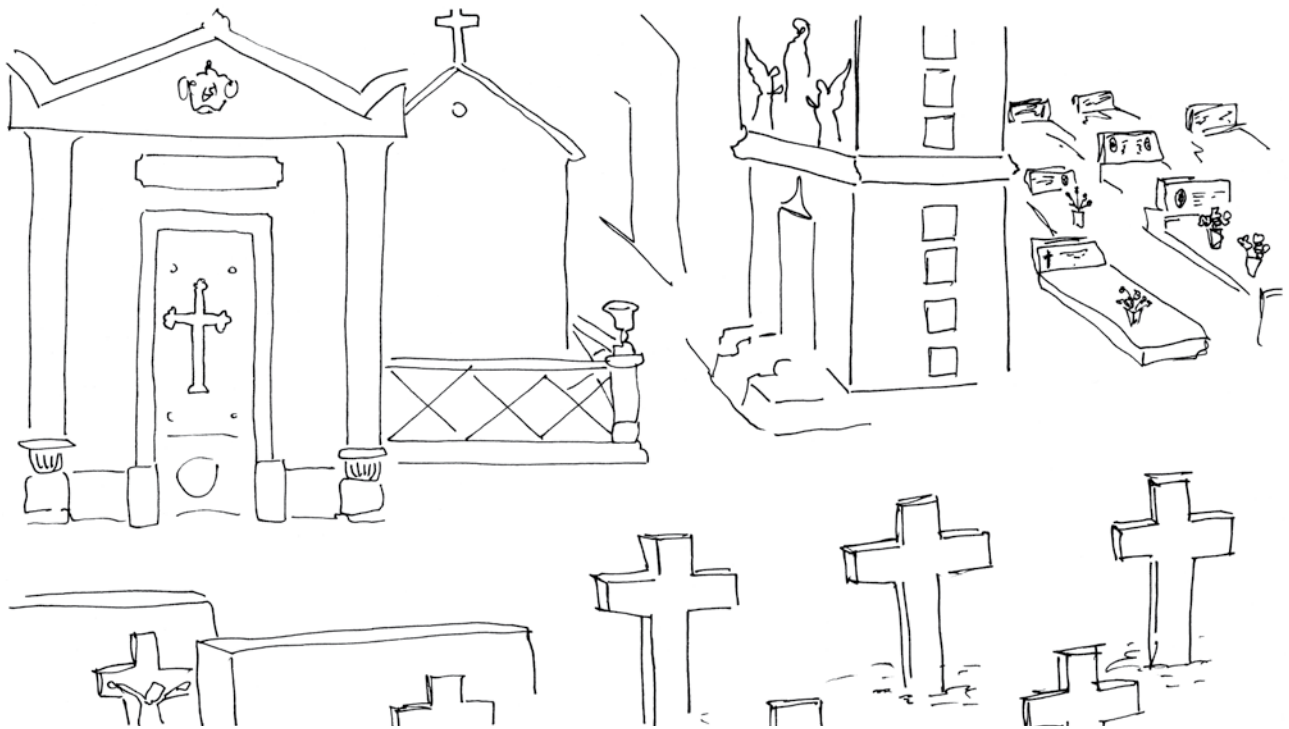
Abstract

Brazilian blacks are a vulnerable social group with disadvantages in many fields. They have greater barriers to access social services, health care included. We analysed overall racial mortality rates by cause and ratios of black to white rates for 2005 in the 17 Regional Health Departments (DRS) of São Paulo State. Chapters with high levels of avoidable causes of death such as infectious diseases, mental disorders, pregnancy, childbirth and puerperium; ill defined and external causes presented great racial differences. In all DRS, except Araçatuba, blacks died more than whites, ranging from 8% in the Baixada Santista and Sorocaba to 2 to 3 times in Registro. Black's mortality due to cancer exceeded that of whites in 9 DRS and due to respiratory diseases in 7. To comply with the State Health Plan it is mandatory that the DRSs propose measures to ensure racial health equity in their regions.

Key-words: Racial inequalities in health; geographic and racial inequalities in mortality; State of São Paulo

^IAnna Volochko (volochko@isaude.sp.gov.br) é médica sanitária, mestre em Saúde Pública e doutora em Ciências. É pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{II}Natália de Paula Vidal (nsooma@hotmail.com) é psicóloga e ex-aprimorada em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



Introdução

Embora o Brasil ainda tenha muita pobreza, não é considerado um país pobre, e sim injusto¹⁴. O pertencimento racial é uma das categorias estruturantes das desigualdades socioeconômicas.

Nascer com pele preta ou parda aumenta significativamente a chance de o brasileiro ser pobre. Comparados a brancos, negros (conjunto de pretos e pardos) acumulam desvantagens: têm escolaridade e salário menores; maior desemprego e informalidade no trabalho; moradias mais precárias e maior dificuldade de acesso a bens sociais. Na década de 1990, os negros totalizavam 45% da população, 64% dos pobres e 69% dos indigentes, e os brancos, correspondiam a 54% da população, 36% dos pobres e 31% dos indigentes¹¹. Em todo o País há disparidade de renda entre negros e brancos, independente das condições do mercado de trabalho e do nível de desenvolvimento regional¹⁹.

Em 1997, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH, um indicador de condições de vida)²¹ era 0,796 para a população brasileira geral e 0,573 para a população negra, esta à frente apenas da Nicarágua e Haiti¹².

A inserção social desqualificada do negro configura vulnerabilidade social^{11,15,17} e também se manifesta na saúde. Salvo doenças como Anemia Falciforme, não há evidências de maior risco biológico inerente à raça negra. Atitudes e práticas sociais discriminatórias¹⁰, veladas ou abertas¹⁴, todavia, afetam a autoestima e, com frequência, acarretam vulnerabilidade pessoal cognitiva e/ou comportamental. O aspecto cognitivo refere-se à baixa escolaridade ou falta de informações sobre direitos e serviços sociais disponíveis e como acessá-los. O comportamental inclui características pessoais como maturidade emocional, atitude ante comportamentos de risco e habilidades pessoais, para escolhas autônomas¹⁸. A impotência face ao racismo é fator importante na depressão e manifestação de comportamentos reacionais como abuso de drogas⁸.

O racismo perpassa as instituições e modela o modo como a sociedade e o Estado se organizam para lidar com a população negra. Na saúde, o racismo opera não reconhecendo as necessidades particulares deste grupo nas ações de promoção, prevenção e assistência a doenças e reabilitação, conformando a vulnerabilidade programática. Concretiza-se como acessibilidade diferenciada e dificultada a equipamentos sociais e tratamento iníquo segundo raça/cor, comprometendo a equidade e reproduzindo desigualdades^{31,32}.

Ora, esse comportamento fere frontalmente o Sistema Único de Saúde (SUS) em seu princípio doutrinário de

¹¹O conceito de vulnerabilidade foi criado na saúde na década de 1990, fruto de estudos sobre Aids, com três planos interdependentes de análise: vulnerabilidades individual, social e programática¹⁷.

Equidade, pelo qual os serviços de saúde devem oferecer tratamento diferenciado e particular a desiguais, para reduzir as diferenças de vulnerabilidade das populações¹³.

Conceito de raça

Raça não é um conceito biológico aplicável aos homens. É um construto sociocultural plástico^{7, 14} e ideologicamente comprometido³³, usado para hierarquizar pessoas e justificar tratamento diferenciado²⁸.

No Brasil, a raça é definida pelo fenótipo cor da pele, traços faciais, tipo de cabelo, mas, nos Estados Unidos e Europa, é definida pela ancestralidade⁵.

Estudos de mortalidade

Estudos mostram importantes desigualdades na mortalidade de pretos comparada a de brancos, por idade²⁶, gênero^{4, 33, 19}, regiões²⁶ e estados do País²³. Os agravos com os maiores diferenciais são as doenças mentais; gravidez, parto e puerpério, sintomas e sinais anormais e causas externas, condições cujas mortes podem ser evitadas por meio de diagnóstico oportuno e tratamento adequado³.

Dada a existência de desigualdades raciais em saúde no Estado de São Paulo, e o ensejo do Plano Estadual de Saúde 2008-2011, este trabalho descreve os padrões raciais de mortalidade nos 17 DRS paulistas em 2005.

Metodologia

A mortalidade é hoje, na área da saúde, um dos poucos indicadores desagregados por cor, essencial no estudo das condições de vida e situação de saúde de grupos raciais. É um indicador complexo, que revela o conjunto de vulnerabilidades a que a pessoa foi exposta durante a vida, e pode subsidiar na elaboração e monitoramento de políticas públicas promotoras de equidade em saúde^{33, 9, 1}.

O estudo compara a mortalidade de pretos e brancos, grupos polares nas relações raciais, residentes no Estado. Como análises anteriores mostram que a mor-

talidade de pardos é menor que a de brancos^{IV}, fato implausível, dadas suas condições de vida, optou-se por não incluir esse subgrupo no presente estudo.

As mortes de 2005 foram captadas do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/DATASUS)^V, analisados por capítulos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)²⁵ e por cor (pretos e brancos) para os 17 DRS do Estado.

Calculou-se a população por cor, a partir da proporção racial por município do censo de 2000⁶ aplicada à projeção populacional para 2005 do Ministério da Saúde^{VI}. As populações de cada DRS são a soma das respectivas populações municipais.

As taxas de morte específicas para pretos e brancos foram calculadas por 100 mil habitantes pretos e brancos, respectivamente, efetuando-se, a seguir, a razão de taxas^{VII}. Os coeficientes de mortes maternas por cor foram calculados dividindo os óbitos de mulheres por cor e causas do Capítulo XV (Gravidez, parto e puerpério) por 100.000 nascidos vivos (nv) da cor correspondente, sendo um *proxy* da mortalidade materna. Óbitos dos capítulos VII (Doenças dos Olhos) e VIII (Doenças dos Ouvidos) foram excluídos das tabelas por sua pequena quantidade (menos de 0,01% do total).

Resultados

Em 2005, foram registrados no Estado 236.456 óbitos, 184.873 de brancos; 13.487 de pretos; 32.525 de pardos; 3.215 de amarelos; 70 de indígenas e 2.286 sem registro de cor. Brancos constituíram 70,7% da população e 78,2 dos óbitos; pretos somaram 4,4% da população e 5,7% dos óbitos; respectivamente, pardos 22,8% e 13,7%; amarelos 1,2% e 1,4% e indígenas 0,2% e 0,003%. A desproporção entre população e óbitos de brancos e pardos sugere migração de óbitos de pardos para a de brancos.

A mortalidade geral no Estado foi de 584/100 mil residentes (Tabela 1). A de brancos e pretos foi de 646,53/100 mil brancos e de 758,99/100 mil pretos, ambas acima da média estadual. A de brancos foi 10% maior, e a de pretos 30% maior, coerente com a diferença na esperança de vida, 74 anos para brancos e 67,7 para pretos⁵. As cinco principais causas de mortes foram as mesmas para ambos os grupos, mas causas externas foram a 4ª causa entre brancos e a 3ª entre pretos.

^{IV}Esse resultado pode ocorrer se proporção significativa de óbitos sem registro de cor for de pardos ou se seus óbitos foram registrados como sendo de brancos. O branqueamento no censo³ aumenta a mortalidade dos pardos remanescentes. Melhora na qualidade dos registros de cor é essencial para dirimir a questão²⁶.

^V<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtsp.def>> Acesso em 19/Abr/ 2007.

^{VI}<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popsp.def>>. Acesso em 09/ Ago/2007

^{VII}Taxa de mortalidade de pretos dividida pela taxa de mortalidade de brancos.

Tabela 1. Taxas de mortalidade específica por cor e razão de taxas entre pretos e brancos por capítulos selecionados da CID-10. Estado de São Paulo, 2005

Estado de São Paulo	Branca	Preta	RT Pt/Bc
I. Doenças infecciosas e parasitárias	26,4	46,3	1,75
II. Neoplasias (tumores)	115,0	109,5	0,95
III. Doenças do sangue etc.	2,8	3,9	1,40
IV. Doenças endócrinas etc.	29,6	38,5	1,30
V. Transtornos mentais etc.	5,4	10,2	1,89
VI. Sistema nervoso	13,9	10,1	0,73
IX. Aparelho circulatório	198,7	239,3	1,20
X. Aparelho respiratório	73,7	64,7	0,88
XI. Aparelho digestivo	38,4	45,5	1,18
XII. Doenças da pele	1,8	1,6	0,87
XIII. Sistema osteomuscular	2,0	2,1	1,06
XIV. Aparelho geniturinário	14,5	16,7	1,14
XV. Gravidez, parto e puerpério*	29,8	307,9	10,34
XVI. Afecções do período perinatal*	13,2	7,2	0,55
XVII. Malformações	5,9	2,9	0,50
XVIII. Mal Definidas	39,7	55,4	1,40
XX. Causas externas	65,1	103,4	1,59
Total	646,5	759,0	1,17

*Coeficiente calculado por 100.000 nv da cor correspondente
Cálculos das autoras a partir de dados do SIM/DATASUS/Sistema ISSR

No geral, a mortalidade de pretos excedeu a de brancos em 17%, sendo maior para mortes maternas (10 vezes); transtornos mentais (89%); doenças infecciosas (75%); causas externas (59%); doenças do sangue e mal definidas (40%) e endócrinas (30%). Foi maior em todos os DRS, salvo Araçatuba. Ficou aquém da média estadual em Sorocaba, Baixada Santista, Bauru, Grande São Paulo (GSP), Campinas, Presidente Prudente, São José do Rio Preto e Franca, e além da média estadual em Araraquara (18%); Marília (19%); São João da Boa Vista (22%); Piracicaba e Ribeirão Preto (30%); Taubaté (39%); Barretos (59%) e Registro (2,4 vezes) (Tabela 2).

No Estado, a mortalidade de brancos foi maior para câncer, doenças respiratórias, afecções perinatais, malformações e doenças do sistema nervoso. Já a mortalidade de pretos foi maior por neoplasias em 9 dos 17 DRS; por afecções perinatais, em Franca (40%) e Registro (4,6 vezes); por malformações, em Bauru (67%), Piracicaba (31%) e Registro (11%), e por doenças do sistema nervoso, em Franca (17%); São João da Boa Vista (22%) e Registro (4,2 vezes maior). Análise detalhada mostra que, mesmo em Araçatuba, onde no total não há sobremortalidade de pretos, ela foi maior em transtornos mentais (2,6 vezes), causas externas (61%) e mal definidas (47%).

Tabela 2. Razão de taxas entre pretos e brancos por capítulos selecionados (CID-10). Estado de São Paulo e DRS, 2005

Capítulos CID-10	Estado	Araçatuba	Araraquara	Bakada Santista	Barretos	Bauru	Campinas	Franca	GSP	Marília	Piracicaba	Presidente Prudente	Registro	Ribeirão Preto	São João da Boa Vista	São José do Rio Preto	Sorocaba	Taubaté
I. Doenças infecciosas etc	1,75	0,87	1,90	1,97	3,52	1,75	1,69	1,60	1,72	1,47	2,21	0,80	1,63	2,04	1,38	1,89	1,25	1,73
II. Neoplasias (tumores)	0,95	1,07	1,08	0,64	1,13	0,94	0,93	1,12	0,92	1,08	1,06	0,90	1,50	0,97	0,98	1,09	0,78	1,13
III. Doenças do sangue etc.	1,40	NOP	6,00	1,32	NOP	2,48	0,95	2,87	1,42	1,42	1,36	NOP	NOP	1,99	2,57	0,98	0,86	1,43
IV. Doenças endócrinas etc.	1,30	1,17	1,41	1,30	1,82	1,09	0,93	1,11	1,44	1,01	1,47	0,99	2,44	0,98	1,03	1,16	0,93	1,68
V. Transtornos mentais etc.	1,89	2,63	4,07	0,97	2,00	2,54	1,33	6,76	1,36	1,83	2,09	4,23	10,42	3,04	1,99	2,32	1,75	2,29
VI. Sistema nervoso	0,73	0,77	0,90	0,72	0,98	0,67	0,64	1,17	0,73	0,62	0,75	0,24	4,17	0,70	1,22	0,29	0,30	0,48
IX. Aparelho circulatório	1,20	0,92	1,09	1,06	1,63	1,02	1,19	1,13	1,17	1,05	1,24	1,07	3,08	1,38	1,13	1,24	1,18	1,45
X. Aparelho respiratório	0,88	0,35	0,84	0,87	1,30	0,80	0,84	0,78	0,83	1,19	0,69	1,02	1,60	0,92	1,13	0,79	1,05	1,05
XI. Aparelho digestivo	1,18	0,47	1,04	1,20	1,39	1,22	1,51	1,70	1,09	0,99	0,99	1,16	4,04	1,74	1,37	0,97	1,03	1,10
XII. Doenças da pele	0,87	NOP	NOP	1,13	NOP	1,07	1,23	NOP	0,71	NOP	NOP	NOP	NOP	1,61	1,48	2,03	2,26	1,13
XIII. Sistema osteomuscular	1,06	NOP	1,13	NOP	NOP	0,81	1,36	NOP	1,08	NOP	1,41	NOP	NOP	1,82	NOP	3,70	1,65	0,62
XIV. Aparelho geniturinário	1,14	0,97	0,98	1,25	1,45	0,98	1,10	1,19	1,13	1,28	0,98	1,56	2,00	0,73	0,97	0,86	1,63	1,59
XV. Gravidez, parto, puerpério	10,34	NOA	17,23	6,74	NOP	NOP	7,66	12,90	8,91	77,14	6,27	44,17	NOP	18,48	NOA	35,38	NOP	11,24
XVI. Afeções período perinatal	0,55	0,17	0,55	0,56	0,89	0,14	0,73	1,40	0,54	0,67	0,36	0,28	4,63	0,16	0,24	0,31	0,37	0,69
XVII. Malformações	0,50	0,54	NOP	0,50	NOP	1,67	0,81	NOP	0,41	NOP	1,31	NOP	1,11	0,26	NOP	0,64	0,27	0,61
XVIII. Mal Definidas	1,40	1,47	1,65	1,44	1,70	1,60	1,36	0,81	1,48	1,74	1,80	1,79	2,82	2,13	1,12	1,14	1,62	2,26
XX. Causas externas	1,59	1,61	1,36	1,46	2,19	1,30	1,36	1,21	1,51	1,38	1,99	1,41	1,40	1,66	2,58	1,41	0,93	1,47
Total	1,17	0,98	1,18	1,08	1,59	1,10	1,13	1,16	1,12	1,19	1,30	1,13	2,37	1,30	1,22	1,15	1,08	1,39

NOP = nenhum óbito de preto

NOA = nenhum óbito de ambos, preto e branco.

Cálculo das autoras a partir de dados do SIM-DATASUS e do Sistema ISSR

Observa-se que dados estaduais ocultam diferenças raciais importantes na mortalidade regional.

A análise aprofundada dos capítulos que concentram mortes evitáveis, coerente com estudo referente

a 1999-2001, mostra sobremortalidade de pretos por esses agravos³: Capítulo I – Doenças infecciosas e parasitárias; V – Transtornos mentais; XV – Gravidez, parto e puerpério; VIII – Mal definidas e XX – Causas externas.

Tabela 3. Taxas específicas de mortalidade por cor e razão de taxas de pretos e brancos por Doenças infecciosas e Transtornos mentais por 100.000 por DRS. São Paulo, 2005

	Doenças infecciosas			Transtornos mentais		
	TM Bc	TM Pt	RT Pt/Bc	TM Bc	TM Pt	RT Pt/Bc
Araçatuba	32,1	27,8	0,87	7,5	19,8	2,63
Arararaquara	22,4	42,4	1,90	4,5	18,5	4,07
Baixada Santista	36,1	70,9	1,97	4,2	4,1	0,97
Barretos	36,1	127,0	3,52	7,9	15,9	2,00
Bauru	26,7	46,7	1,75	5,9	12,9	2,54
Campinas	21,7	36,8	1,69	3,9	5,2	1,33
Franca	31,1	49,8	1,60	4,5	30,4	6,76
GSP	25,0	43,0	1,72	5,4	7,4	1,36
Marília	30,3	44,7	1,47	7,6	14,0	1,83
Piracicaba	26,5	58,7	2,21	5,3	11,1	2,09
Presidente Prudente	30,0	24,0	0,80	4,7	20,0	4,23
Registro	20,7	33,7	1,63	4,0	42,2	10,42
Ribeirão Preto	35,2	71,7	2,04	8,7	26,5	3,04
São João da Boa Vista	23,9	32,9	1,38	6,2	12,0	1,93
São José do Rio Preto	35,7	67,5	1,89	5,2	12,0	2,32
Sorocaba	23,6	29,6	1,25	5,3	9,3	1,75
Taubaté	24,4	42,3	1,73	5,3	12,1	2,29
Estado SP	26,4	46,3	1,75	5,4	10,2	1,89

Cálculos das autoras a partir de dados do SIM/DATASUS/Sistema ISSR

Doenças infecciosas foram respectivamente a 6ª e 7ª causas de morte entre pretos e brancos. Salvo em Araçatuba e Presidente Prudente, houve sobre-mortalidade de pretos nos demais DRS (Tabela 3). No Estado, ela foi de 75%, com Sorocaba, São João da Boa Vista, Marília, Franca, Campinas, Registro, GSP e Taubaté abaixo da média, e São José do Rio Preto (89%), Araraquara (90%), Baixada Santista (97%), Ribeirão Preto (2 vezes), Piracicaba (2,21) e Barretos (3,52) acima da média.

A Tabela 3 mostra ainda que, exceto na Baixada Santista, onde mortes por transtornos mentais foram

praticamente iguais para brancos e pretos, nos demais DRS a de pretos excedeu à de brancos. Em Campinas, GSP, Sorocaba e Marília ficaram abaixo da média (89%), já em São João da Boa Vista (93%); Barretos (2 vezes); Piracicaba (2,09); Taubaté (2,29); São José do Rio Preto (2,32); Bauru (2,54); Araçatuba (2,63); Ribeirão Preto (3,04), Araraquara (4,07), Presidente Prudente (4,23), Franca (6,76) e Registro (10,42) superaram a média. A taxa de morte de brancos variou de 3,9 (Campinas) a 8,7/100 mil (Ribeirão Preto) e a de pretos de 4,1 (Baixada Santista) a 42,2 (Registro), refletindo o sofrimento atrelado à identidade racial.

Tabela 4. Taxas específicas de mortalidade por cor e razão de taxas de pretos e brancos para Gravidez, parto e puerpério (por 100.000 nv), Causas mal definidas e Causas externas (por 100.000) por DRS. São Paulo, 2005

	Gravidez, parto e puerpério			Causas mal definidas			Causas externas		
	TM Bc	TM Pt	RT Pt/Bc	TM Bc	TM Pt	RT Pt/Bc	TM Bc	TM Pt	RT Pt/Bc
Araçatuba	0,0	0,0	1,00	99,6	146,8	1,47	70,0	111,1	1,61
Araraquara	37,2	641,0	17,23	54,6	90,1	1,65	52,6	71,6	1,36
Baixada Santista	50,3	339,0	6,74	95,7	137,7	1,44	65,6	95,4	1,46
Barretos	44,4	0,0	0,00	53,0	90,0	1,70	58,0	127,0	2,19
Bauru	25,5	0,0	0,00	57,4	91,8	1,60	58,0	75,7	1,30
Campinas	27,2	208,5	7,66	33,3	45,1	1,36	60,7	82,5	1,36
Franca	0,2	2,8	12,90	78,7	63,6	0,81	10,2	74,7	1,21
GSP	30,6	272,6	8,91	10,5	15,5	1,48	64,1	96,9	1,51
Marília	30,9	2380,9	77,14	90,0	156,5	1,74	66,8	92,2	1,38
Piracicaba	31,8	199,2	6,27	83,0	149,1	1,80	62,8	125,3	1,99
Presidente Prudente	35,9	1587,3	44,17	96,1	172,3	1,79	63,0	88,2	1,40
Registro	0,5	0,0	0,00	62,7	177,1	2,82	102,1	143,3	1,40
Ribeirão Preto	21,4	395,3	18,48	16,9	35,9	2,13	56,2	93,6	1,66
São João da Boa Vista	0,0	0,0	1,00	82,7	92,7	1,12	53,3	137,6	2,58
São José do Rio Preto	18,7	662,2	35,38	57,0	65,1	1,14	64,9	91,6	1,41
Sorocaba	41,2	0,0	0,00	82,5	134,0	1,62	68,5	63,9	0,93
Taubaté	30,1	337,8	11,24	50,3	113,7	2,26	66,7	98,0	1,47
Estado SP	29,8	307,9	10,34	39,7	55,4	1,40	65,1	103,4	1,59

Cálculos das autoras a partir de dados do SIM/DATASUS/ Sistema ISSR

A mortalidade de mulheres brancas por causas do capítulo Gravidez, parto e puerpério no Estado (Tabela 4) variou de zero a 50,3/100mil nascidos vivos (Baixada Santista) e a das pretas, de zero a 2380,9 (Marília), revelando as iniquidades dessas mortes. Araçatuba e São João da Boa Vista não registraram óbitos por essa causa e Barretos, Bauru, Registro e Sorocaba não registraram óbitos de mulheres pretas. Mas, nos DRS onde houve óbitos de pretas, sua sobremortalidade foi muito alta, 10,32 vezes maior do que para as brancas no Estado. Piracicaba, Baixada Santista, Campinas e GSP ficaram aquém, e Taubaté (11,24), Franca (12,90), Araraquara (17,23), Ribeirão Preto (18,48), São José do Rio Preto (35,38), Presidente Prudente (44,17) e Marília (77,17), além da média estadual.

A mortalidade materna se refere a eventos raros e, portanto, pequenas variações no número de mortes produzem grandes variações nas taxas. O grande subregistro dessa causa e dados imprecisos sobre os nascidos vivos²⁷ são limitações importantes do indicador. É necessário investir na qualidade dessas informações para que o indicador seja mais confiável. É um evento sentinela que chama atenção sobre falhas na assistência¹⁶.

Causas mal definidas foram a 4ª causa de morte de pretos e a 5ª de brancos. Indicam a incapacidade de identificação da causa básica de morte por falhas na qualidade da assistência ou por obstáculos no acesso³³. No Estado (Tabela 4), ela foi maior para pretos em todos os DRS, menos Franca. Em São João da Boa Vista, São José do Rio Preto e Campinas, as taxas ficaram abaixo da média, mas, na Baixada Santista (44); Araçatuba (47); GSP (48); Bauru (60); Sorocaba (62); Araraquara (65); Barretos (70); Marília (74); Presidente Prudente (79); Piracicaba (80); Ribeirão Preto e Taubaté (2,26) e Registro (2,82), ficaram acima.

Causas externas ocuparam o 4º posto de morte de brancos e o 3º de pretos, em 2005. A sobremortalidade estadual dos pretos foi 59% e ocorreu em todos os DRS, salvo Sorocaba. Ficaram abaixo da média Franca, Bau-

ru, Araraquara, Campinas, Marília, Registro, Presidente Prudente, São José do Rio Preto, Baixada Santista, Taubaté e GSP, e acima em Araçatuba (61); Ribeirão Preto (66); Piracicaba (99); Barretos (2,19) e São João da Boa Vista (2,58), revelando a realidade mais violenta em que pretos estão inseridos.

Discussão

Os resultados confirmam excesso significativo de mortes na população preta paulista comparada à branca, reafirmando hipóteses sobre sua pior acessibilidade a serviços de saúde. Trabalho sobre racismo institucional afirma que profissionais de saúde, por meio de atitudes racistas, ampliam a vulnerabilidade de pretos, aumentando barreiras ao acesso e afastando esses usuários¹³. O racismo institucional também reduz a acessibilidade de pretos a tecnologias diagnósticas, terapêuticas e reabilitativas mais resolutivas, mesmo quando têm acesso a serviços de qualidade³², com reflexos evidentes na mortalidade.

Registro é o DRS com a maior sobremortalidade de pretos do Estado em todas as causas, exceto doenças do sangue, pele, osteomusculares e maternas. A menor diferença ocorre nas malformações (11%), mas é 2,44 vezes maior em doenças endócrinas; 2,82 em causas mal definidas; 3,08 em doenças circulatórias; 4,04 nas digestivas; 4,17 nas nervosas e 10,42 vezes nos transtornos mentais. Nas afecções perinatais, a desigualdade é de 4,6 vezes, a maior do Estado. É a única DRS onde a mortalidade de pretos por essa causa foi maior do que a de brancos. Isso implica que sua mortalidade infantil terá redução modesta se as causas desta iniquidade não forem investigadas e sanadas.

Registro é também o DRS que abriga o maior número de quilombos^{viii} do Estado (16 dos 24 reconhecidos)²⁹. A situação de saúde da população quilombola é precária, pois residem em regiões de difícil acesso, com infraestrutura ruim e acesso a serviços de saúde mal equipados e de baixa resolubilidade³⁴. A população quilombola negra e seus vizinhos brancos compartilham as mesmas vicissitudes das condições de vida e de acesso a serviços de saúde, mas os últimos são mais bem assistidos quando chegam aos serviços de saúde, como atestam os diferenciais raciais de mortalidade.

A maioria dessas mortes poderia ser evitada pela intervenção de serviços de média complexidade (diagnósticos e hospitalares), esfera sob a responsabilidade

^{viii}Quilombos são povoamentos populados por remanescentes de escravos reconhecidos como detentores de herança cultural e material através de laudos antropológicos e detentores segundo a constituição da propriedade coletiva do território em que se encontram. Pacheco, 1997 apud Secretaria de Estado da Justiça e Defesa da Cidadania²⁹.

estadual, por meio do monitoramento da qualidade da assistência prestada; melhor equipamento e qualificação dos serviços e referenciamento de casos mais graves a serviços mais resolutivos.

Na segunda posição de maior desigualdade encontra-se o DRS de Barretos, cuja sobremortalidade de pretos é 59% maior que a de brancos. Seus maiores diferenciais ocorrem para as doenças infecciosas – 3,52 vezes maior para pretos, causas externas (2,19) e transtornos mentais (2 vezes), causas que revelam piores condições de vida, mas também serviços de saúde iníquos, pois são doenças curáveis com acesso oportuno e tratamento adequado, especialmente as duas primeiras.

A má qualidade da atenção potencializa a dificuldade de pessoas de menor escolaridade e renda se perceberem em risco e aderirem ao tratamento², mas é responsabilidade dos profissionais de saúde envidar esforços e estabelecer comunicação culturalmente sensível e efetiva com os usuários de seus serviços²⁴.

As condições de moradia ruins dos pretos ampliam a vulnerabilidade às doenças infecciosas. Em 1999, o diferencial de negros e brancos em casas sem água era 26% e 8%; alta densidade residencial – 28% e 13%; saneamento inadequado – 52% e 28%; sem energia elétrica – 9,4% e 2,6% e coleta de lixo – 30,2% e 15,2%¹¹.

Sua maior vulnerabilidade a transtornos mentais decorre da discriminação e da violência institucional cotidianas. A exclusão social se reflete na saúde mental⁴ devido à construção de identidade negativa e desvalorizada, com baixa autoestima³¹. O abuso do álcool e de drogas é uma estratégia de sobrevivência a realidades de exclusão e pobreza insuperáveis e intransponíveis⁴.

A mortalidade materna é um grave problema de saúde evitável por meio de boa assistência pré-natal, perinatal e puerperal³⁵. Em Curitiba, o Comitê de Mortalidade Materna verificou que a evitabilidade oscila de ano a ano, tendo sido 90% em 2000 e 87,5% em 2007, por meio de assistência adequada³⁰. O principal responsável pelas altas taxas de morte materna é a falta de regionalização, hierarquização e regulação da linha de cuidados de pré-natal, parto e puerpério, de responsabilidade do gestor estadual do SUS, além da má qualidade da assistência à saúde: negligência, despreparo de hospitais e profissionais.

Há grande desigualdade racial na mortalidade materna na maioria dos estados brasileiros, chegando a ser 20 vezes maior para as pretas no Espírito Santo e 4 vezes maior para as pardas em Mato Grosso³⁶. No Paraná, em 1993, o risco relativo de morte materna das pretas foi 7,4 vezes maior²⁰. A assistência à saúde reprodutiva precisa melhorar para todas as mulheres brasileiras, mas as negras sofrem também de discriminação e racismo institucional. Elas têm acesso menor à anticoncepção, correndo maior risco de gravidez indesejada¹⁵. Por outro lado, o método anticoncepcional mais frequentemente oferecido às mulheres, o hormonal, potencializa os efeitos adversos da hipertensão essencial, muito mais prevalente nas negras, e também associada a mais riscos na gravidez, no parto e puerpério. A desigualdade na morte materna viola os direitos humanos e o direito à maternidade sem risco, segura e digna.

A proporção de causas mal definidas é usada na análise das desigualdades em saúde, ao revelar a qualidade da assistência e a capacidade diagnóstica dos serviços de saúde⁴. Em 1999-2001, pretos paulistas tiveram maior proporção de mortes por causas mal definidas³, situação que persiste em 2005 em todos os DRS, confirmando a deficiência de acesso e acessibilidade à assistência médica, por desorganização do SUS e racismo institucional, revelando dificuldades no acesso a serviços e meios diagnósticos que resolvam suas demandas de saúde.

Considerando as altas taxas de mortalidade de pretos por causas externas, e o contexto de exclusão em que vivem, eles são as maiores vítimas da violência estrutural. No Brasil, entre 1998 e 2000, 78,7% dos óbitos de homens de 15 a 25 anos foram por causas externas, por assassinato para 52,6% dos óbitos de pretos e 38,1% dos de brancos nesse capítulo. A causa de morte que acarreta a maior perda de anos de vida de homens pretos são as causas externas, reduzindo 3,57 anos de vida²⁶. O mesmo ocorreu em 1999-2001 no Estado de São Paulo, as principais causas externas de morte de negros foram as agressões, homicídios e atropelamentos⁹. O aprofundamento da violência estrutural (corrupção, crime de colarinho branco, concentração de renda, desemprego, falta de acesso aos bens sociais) e das desigualdades sociais determinam o aumento da violência e, conseqüentemente, o aumento da mortalidade por causas externas, especialmente para pretos²².

Conclusão

Os dados sobre a mortalidade e a razão de taxas entre pretos e brancos no Estado de São Paulo e seus 17 DRS, em 2005, revelam um risco de morte desigual entre essas populações. A sobremortalidade de pretos no Estado aponta iniquidades no acesso e acessibilidade à atenção à saúde de qualidade da população preta, que reproduz as iniquidades das condições de vida menos favoráveis e excludentes.

Destacamos os três DRS com as maiores desigualdades raciais na mortalidade: Registro, Barretos e Taubaté. Os gestores desses DRS devem tomar providências imediatas para cumprir o Plano Estadual de Saúde, especialmente na regionalização e regulação do SUS regional, buscando maior integralidade e resolubilidade.

Em todos os DRS foram encontradas iniquidades na mortalidade de pretos. Se faz necessário que cada DRS se debruce, analise e atualize os dados de mortalidade, na busca das desigualdades raciais e seus fatores determinantes, visando ações que garantam a equidade.

Revelamos a vulnerabilidade social e programática da população de cor preta. Pautando-se na equidade e buscando a redução da vulnerabilidade programática, é preciso construir serviços de saúde que ofereçam tratamento diferenciado e particular para os desiguais, no caso os pretos, visando reduzir e superar as desigualdades.

Referências

1. Batista LE. A morte tem cor. *BIS*; (31): 18-20.
2. Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10 (1) 71-80.
3. Batista LE, Escuder MML, Pereira RP. A cor da morte: causas de óbitos segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(5): 630-6.
4. Batista LE, Volochko A, Ferreira CEC, Martins V. Mortalidade da População Negra Adulta no Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). *Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a equidade*. Brasília: Funasa; 2005. p. 237-314.
5. Carvalho JBM, Wood CH, Andrade FCD. Notas acerca das categorias de cor dos censos e sobre a classificação subjetiva de cor no Brasil: 1980/90. *Rev Brasileira de Estudos de População* 2003; 20 (1): 29-42.
6. Cavenaghi S, organizador. *Indicadores Municipais de saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro: ABEP/Brasília: UNFPA; 2006.
7. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 (5):1586-94.
8. Coimbra JRCEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdades: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5 (1): 125-132.

9. Coordenação de Controle de Doenças (CCD); Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Causa de óbitos segundo raça/cor e gênero no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2005; 39 (6): 987-88.
10. Figueiredo R, Ayres JRCM. Community based intervention and reduction of women's vulnerability to STD/AIDS in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(4): 96-107.
11. Henriques R. Desigualdade Racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90. Texto para discussão n.807. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001.
12. Heringer R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cad Saúde Pública* 2002; 18: 57-65.
13. Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, Cruz VM. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde Sociedade* 2007; 16(2): 146-55.
14. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a equidade*. Brasília: Funasa; 2005. p. 9-45.
15. Lopes F. Para além das barreiras dos números: desigualdades raciais em saúde. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 (5): 1595-601.
16. Malta DC et al. Lista de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 2007; 16 (4): 233-44.
17. Mann JM, Tarantola DJM, Netter TW, editors. *AIDS in the World*. Cambridge: Harward University Press; 1992. p 325-420.
18. Mann JM, Tarantola DJM, editors. *AIDS in the World II. Global Dimensions, Social Roots and Responses*. New York/Oxford: Oxford University Press; 1996. p 441-3.
19. Martins AL. Diferenciais raciais nos perfis e indicadores de mortalidade materna para o Brasil. [Trabalho apresentado no XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP; 2004 Set; Caxambú, MG].
20. Martins AL. Reducción de la Mortalidad Materna en Brasil: desafíos de raza e pobreza. *Cuadernos Mujer Salud* 2003; 8: 96-103.
21. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e saúde coletiva* 2000; 5 (1):7-18.
22. Minayo MCS, Souza ER, organizadores. *A violência sob o olhar da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
23. Ministério da Saúde (Brasil). *Uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília; 2005.
24. Oliveira FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface_Comunic, Saúde Educ* 2002; 6 (10): 67-74.
25. OMS (Organização Mundial De Saúde). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 6ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2001.
26. Paixão MJP et al. Contando vencidos: diferenciais de esperança de vida e de anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo no Brasil e grandes regiões. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). *Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a equidade*. Brasília: Funasa; 2005. p. 49-190.
27. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
28. Santos SM, Guimarães MJB, Araújo TVB. *Desigualdades Raciais na Mortalidade de Mulheres Adultas no Recife, 2001 a 2003*. *Saúde Sociedade* 2007; 16 (2): 87-102.
29. Secretaria de Estado da Justiça e Defesa da Cidadania. *Programa de Fortalecimento das Comunidades Quilombolas do Estado de São Paulo*. São Paulo; 2006.
30. Secretaria Municipal de Saúde (Curitiba). *Perfil da Mortalidade Materna-2008*. Comitê Pró-Vida de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil de Curitiba. [Acesso em 9/7/2010]. Disponível em: <http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/areastematicas/epidemiologia/indicadores/MortMaterna2007.pdf>
31. Silva ML. Racismo e os efeitos na saúde mental. In: Batista LE, Kalckmann S, organizadores. *Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2005. p. 129-132.
32. Volochko A. Contribuição dos provedores de serviços na eliminação das desigualdades sociais na saúde. *BIS* 2003; (31): 21-22.
33. Volochko A. *Mortalidade Evitável na Região Sul do Brasil, 2000: Desigualdades Raciais e Sexuais*. [Dissertação de Doutorado] São Paulo: Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado de São Paulo; 2005.
34. Volochko A. *Quilombos e Saúde no Estado de São Paulo*. In Volochko A, Batista LE, organizadores. *Saúde nos Quilombos*. Instituto de Saúde, SESSP e GTAE, SESSP, São Paulo; 2009. p. 147-68.
35. Volochko A. *A mensuração da mortalidade materna no Brasil*. In: Berquó E, organizador. *Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora da Unicamp; 2003.
36. Volochko A. *A mortalidade materna: determinantes sociopolíticos*. In Kalckmann AS e Batista LE. *Humanização do parto*. São Paulo: Instituto de Saúde, SES; 2010. No prelo.

População quilombola no Norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde

The population slave descendents in the North of Minas Gerais: invisibility, inequalities, and denial of access to the public health system

Amaro Sérgio Marquesⁱ, Antônio Prates Caldeiraⁱⁱ, Lucas Ramos Souzaⁱⁱⁱ,
Paola Zucchi^{iv}, Wesley Diego Antunes Cardoso^v

Resumo

Embora a Constituição de 1988 determine a inclusão cidadã das populações quilombolas, prevendo a titulação de suas terras e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo o direito à saúde, estes ainda não foram efetivados para toda a população brasileira. Pesquisas mostram que a população negra tem tido menos acesso à saúde do que a população branca. O artigo relata a situação de saúde de duas comunidades quilombolas do norte de Minas. Uma das comunidades é atendida por uma equipe de Saúde da Família, mas os moradores da outra percorrem longas trilhas para ter acesso a uma unidade de saúde. Estas comunidades ainda não foram tituladas e vivem sob constante ameaça dos fazendeiros da região. Disputas pela terra, falta de assistência técnica para o cultivo e ausência de políticas de geração de renda deixam as comunidades em situação de risco alimentar e social. A ausência do poder público na proposição de ações efetivas de acesso à saúde tem colocado as comunidades à margem do SUS, invisibilidade que amplia os obstáculos para sua inclusão.

Palavras-chave: Quilombola; saúde; equidade

Abstract

Although the 1988 Constitution determines the citizenry inclusion of the slave descendent population, including title to land and the inclusion into the Sistema Único de Saúde (Single Health System - SUS), establishing the right to health care, these have not yet been carried out for the whole of the Brazilian population. Surveys show that the black population has less access to health care than the white population. The article relates the health care situation of two slave-descendent communities in the North of Minas Gerais. One of the communities is served by a team of Saúde da Família (Family Health Care Plan), but the inhabitants of another one need to follow long tracks to have access to a health care unit. These communities have still not received title and live under constant threat of local regional farmers. Land disputes, lack of technical assistance for crops and the absence of policies to generate income leave the communities at risk for food and socially. The absence of government in the proposal for effective action for access to health care has left the communities outside the SUS, invisibility which increases the obstacles for inclusion.

Key-words: Slave descendent population; health; equity

ⁱAmaro Sérgio Marques (amarosergiomarques@gmail.com) é mestre em Desenvolvimento Social e professor de Antropologia da Saúde do Curso Médico da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

ⁱⁱAntônio Prates Caldeira (antonioprates@viamoc.com.br) é doutor em Saúde Coletiva e professor do Curso Médico da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

ⁱⁱⁱLucas Ramos Souza (lukasouz@yahoo.com.br) é acadêmico de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

^{iv}Paola Zucchi (pzucchi@cpes.org.br) é doutora em Saúde Coletiva e professora da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

^vWesley Diego Antunes Cardoso (wesleydiegoac@yahoo.com.br) é acadêmico de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

Introdução

Paralelamente à instituição dos direitos constitucionais de saúde para todos e do reconhecimento e titulação de territórios quilombolas, as medidas neoliberais do recém-eleito governo Collor reduziram significativamente o repasse de recursos para a saúde, restringindo a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Atendendo à lógica do mercado, houve ampliação importante dos planos de saúde e de seguridade social privados. Assim, os governos subsequentes não conseguiram ainda mudar significativamente o acesso e disponibilidade de serviços de saúde para as camadas carentes da população brasileira, incluindo a quilombola. Uma grande parcela das comunidades quilombolas ficou à margem do processo de construção do SUS e a maioria ainda luta pelo seu reconhecimento, titulação e inclusão nas políticas de saúde.

Relatando sobre o processo de visibilização dos quilombos no Estado de São Paulo,

“(...) desde os anos 90, ao identificarem-se como comunidades quilombolas, ganharam visibilidade e começam a atrair a atenção de vários segmentos governamentais e da sociedade civil. Cada vez mais se alargam as redes de contato formadas pelas comunidades negras e diferentes atores sociais, como Igrejas, ONGs, Universidades e representantes de órgãos públicos. Muitas destas intervenções visam ao desenvolvimento sócio-econômico da região. Objetivam garantir que os quilombolas possam permanecer, com qualidade de vida, no seu território”¹⁰.

Diversas pesquisas reforçam a tese de que a população negra tem tido menos acesso à saúde do que a população branca⁷.

As comunidades quilombolas Bom Jardim da Prata e Buriti do Meio, reconhecidas pela Fundação Palmares respectivamente em 30/09/2005 e 10/12/2004, enfrentam o problema de isolamento, falta de transporte, falta de assistência médica adequada e a ausência da posse da terra. Este é um relato da viagem exploratória da disciplina de Antropologia da Saúde do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros (UNI-

MONTES) a duas comunidades quilombolas, localizadas na zona rural do município de São Francisco, no norte de Minas Gerais, para o delineamento de pesquisa sobre mortalidade materno-infantil.

História da saúde da população negra e quilombola no Brasil

Segundo o Guia de Políticas Sociais Quilombolas (2009), quilombos são grupos de pessoas com características próprias determinadas por modo peculiar de vida extrapolando o conceito simplista de serem negros fugitivos do antigo regime escravocrata.

Os portugueses começaram a trazer os africanos de suas colônias como mão de obra escrava a partir do século XVI, para trabalhar nas fazendas de açúcar do Nordeste. A partir do século XVIII, o contingente escravizado era destinado preferencialmente às minas de ouro. Tratados como mercadoria, os negros eram submetidos a condições desumanas de transporte, de trabalho e de vida⁶. Os constantes castigos físicos e sua penúria geral ocasionavam frequentes revoltas e fugas, constituindo os quilombos, comunidades bem organizadas, onde viviam em liberdade e onde podiam praticar sua cultura, falar sua língua e exercer seus rituais religiosos. O quilombo mais famoso foi o de Palmares, comandado por Zumbi.

No processo de ocupação territorial do Norte de Minas, os fazendeiros da região forjaram documentos de terras nos cartórios e foram grilando terras de negros, inicialmente devolutas. Assim, a situação atual dos remanescentes de quilombos é precária, pois seus territórios são pequenas glebas encurraladas dentro de grandes fazendas³.

A Constituição Federal (1988), Art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias^{vii}: reza que “Aos remanescentes das comunidades de quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos”. Em 2005 foram abertos processos no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) para titulação das terras dessas comunidades que, todavia, ainda não se efetivaram.

Apesar de a população negra ou afrodescendente no Brasil não ser minoria numérica, os grupos de remanescentes de quilombos, os chamados quilombolas, se enquadram no termo *minoría*, sendo um dos grupos que ainda lutam pela equidade na saúde. Neste traba-

⁷Cf. <http://www.suapesquisa.com/historiadobrasil/escravidao.htm>. Acesso em 16/04/2010.

¹⁰Cf. http://www.dji.com.br/constituicao_federal/cfdistra.htm. Acesso em 19/04/2010.

famílias originam-se de um quilombola proveniente do Município de Grão Mogol, cujo nome era Eusébio Gonçalves Gramacho, o primeiro morador da comunidade.

Os quilombolas relatam que, após o reconhecimento da Fundação Palmares, em 10 de dezembro de 2004, houve melhorias significativas para a população, como o saneamento básico, com construção de 105 banheiros pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); recursos do Banco do Brasil para projetos; criação de um Telecentro Comunitário (projeto de inclusão digital) e recursos do Instituto Novas Fronteiras da Cooperação (INFC), com a construção de quatro galpões para a comercialização de artesanato quilombola e a aquisição de dois microtratores e um caminhão F-350.

Grande parte dos moradores recebe benefícios governamentais como Bolsa Família, para complementar a renda, pois o território disponível para a agricultura não é suficiente para uma venda rentável.

A comunidade recebe energia elétrica desde 1999, é atendida pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e pelo Programa Nacional de Agricultura Familiar (PRONAF). Quando há escassez de água, um caminhão pipa vindo de São Francisco abastece a comunidade.

Na margem esquerda do rio São Francisco, a 15 km da cidade, e a 5 km, após a travessia de balsa, seguindo pela estrada em direção à Serra das Araras, localiza-se a comunidade quilombola de Bom Jardim da Prata^{xii}, no distrito de Santa Isabel. Segundo relatos da quilombola dona Generosa Rodrigues, a ocupação territorial da comunidade iniciou-se no século XIX, com a vinda de quilombolas da região do rio Gurutuba. As primeiras famílias a residirem no local procuravam um lugar seguro para morar, fugindo da violência do canção e das disputas de terras. Outro morador relata que, na época, ali moravam índios que, supostamente, ensinaram os quilombolas a se adaptar à mata, caçando, pescando e construindo as moradias, dentre outras habilidades indígenas. Bom Jardim da Prata é o principal núcleo de uma grande área historicamente ocupada por quilombolas.

Atualmente, a comunidade está *ilhada* por fazendas. Essa ocupação teve início em meados do século passado, com grileiros ocupando ou adquirindo grande parte do território tradicional a preços irrisórios e trazendo bastante transtorno à população, pois foi marcada por vários conflitos. Houve tempos em que os fazendeiros enviavam seus jagunços para invadir o quilombo e afugentar os moradores que se escondiam no entorno, o que não é muito diferente do que ocorre nos tempos atuais, pois uma moradora relata que, recentemente, foi ameaçada de morte por um fazendeiro vizinho que almeja tomar o pouco de terra que lhe resta.

Reconhecida pela Fundação Palmares em 30 de setembro de 2005, neste mesmo ano os quilombolas enviaram solicitação de titulação de seu território ao INCRA, porém, como no caso de Buriti do Meio, seu processo encontra-se em andamento. Atualmente moram no quilombo cerca de 40 famílias, segundo relato dos líderes comunitários.

Descrição geral das comunidades

Ambas as comunidades apresentam agricultura de subsistência intimamente ligada à culinária típica dos afrodescendentes. Cultivam-se, nas pequenas glebas, o milho, usado no preparo do angu, pamonha, ou cozido; feijão e mandioca. Também são criados frangos caipiras e porcos.

Habitação

Bom Jardim da Prata

As casas de algumas famílias são de pau-a-pique, cobertas de amianto ou palha. Outras, como a da foto 2, são de alvenaria, com telhado cerâmico, sem reboco e piso em cimento. Muitas delas ainda não possuem instalações sanitárias completas, aumentando o índice de verminoses.

A água da comunidade não é tratada para consumo humano. Há duas fontes de água: uma é o rio São Francisco, de onde a água é tirada com latas e a outra é um poço artesiano, que beneficia 14 famílias. As maiores queixas dos moradores são a poluição do rio e a má qualidade da água consumida^{xiii}. Atualmente a população é abastecida por carros pipas da Defesa Civil, mas o armazenamento da água é feito em condições precárias.

As condições de saneamento e higiene também são inadequadas e a maioria dos moradores possui pocilgas próximas às casas. A comunidade utiliza fossa séptica.

A FUNASA^{xiv} instalou um sistema de abastecimento de água no local e realizou melhorias sanitárias domiciliares (MSD) – banheiro com pia, chuveiro e vaso sanitário.

^{xii}Cf. <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 21/04/2010.

^{xiii}Cf. http://www.cpisp.org.br/comunidades/html/brasil/mg/mg_mapa_zoom2.html#. Acesso em 23/04/2010.

^{xiv}Cf. http://www.cedefes.org.br/index.php?p=projetos_detalhe&id_pro=54. Acesso em 23/04/2010.

^{xv}Cf. http://www.cedefes.org.br/index.php?p=projetos_detalhe&id_pro=48. Acesso em 24/04/2010.

As residências são em alvenaria, mas de baixo padrão construtivo, muitas delas ainda de chão batido. Não há coleta de lixo.

Emprego e Renda

Bom Jardim da Prata

A renda dos moradores provém de atividades agrícolas e trabalho em centros urbanos próximos. Os jovens não possuem perspectivas de emprego que lhes garantam o sustento e muitos migram sazonalmente para Unaí e São Gotardo, trabalhando na cultura do alho e café. Assim, permanecem distantes por longos períodos e, devido à carência, acabam tendo relações sexuais nos grandes centros urbanos e contraindo doenças venéreas que são introduzidas na comunidade. Além disso, muitas famílias vivem da aposentadoria dos idosos e dos benefícios sociais, como bolsa família e auxílio maternidade.

Buriti do Meio

Sua renda provém de atividades agrícolas e trabalhos para fazendeiros da região, e muitas famílias recebem benefícios sociais. Outra fonte de renda é o artesanato de argila, que mobiliza parte da comunidade, com a produção de vasos, adornos, painéis, “negras namoradeiras”, estátuas e outros.

Arte, Cultura e Religiosidade

Bom Jardim da Prata

As danças e folguedos tradicionais ainda são praticados pelos moradores de Bom Jardim da Prata. O Batuque, o Lundu e a Dança do Carneiro acontecem durante as festas de Santos Reis e São Sebastião. Na comunidade ainda há um antigo cemitério e uma capela.

Buriti do Meio

Uma das artesãs mais conhecidas dessa comunidade é dona das Neves, uma das líderes da comunidade, que produz potes e vasilhas de barro. Embora os artesãos tenham boa produção de cerâmica, encontram dificuldade para escoá-la.

A comunidade comemora as festas de São Geraldo e Nossa Senhora Aparecida, a folia de Bom Jesus e a de Reis. Praticam ainda a Dança da Coruja, do Carneiro, o Maculelê e o Lundu.

Saúde e doenças prevalentes na população negra e quilombola

A anemia falciforme é uma doença genética prevalente em africanos que habitavam regiões endêmicas de malária. Com a escravidão e a miscigenação, ela também pode ser encontrada em pessoas brancas. Caracteriza-se pela alteração da hemoglobina S, modificando sua afinidade pelo oxigênio e seu formato, adquirindo aspecto de foice. As pessoas portadoras do gene mutante apresentam dificuldade de circulação nos pequenos vasos, com comprometimento progressivo dos órgãos vitais e até a perda de sua função. Estima-se que anualmente nasçam no País 200 mil crianças com o traço falciforme^{5, 9, 12}.

Estima-se que a deficiência de Glicose-6-Fosfato Desidrogenase no Brasil atinja até 10% dos negros nas diversas regiões⁹. Esta doença se caracteriza por:

“Nos glóbulos vermelhos, a glicose 6-fosfato desidrogenase (G6PD) é uma enzima importante para a manutenção da integridade da membrana. Uma deficiência ou inatividade dessa enzima leva a anemia hemolítica. Em outros casos, uma enzima variante está presente, que normalmente tem atividade suficiente para manter a membrana, mas falha sob condições de estresse oxidativo. Uma mutação dessa leva a uma proteína com constantes cinéticas normais, mas com uma estabilidade térmica diminuída. Essa condição é, especialmente, crítica para os glóbulos vermelhos, uma vez que são desprovidos de capacidade de sintetizar proteína e não podem renovar enzimas quando elas desnaturam. O resultado final é uma grande diminuição no tempo de vida desses glóbulos vermelhos que têm G6PD instável. Esses glóbulos vermelhos são também suscetíveis à hemólise induzida por drogas”⁵.

O diabetes tipo II, também denominado *diabete melito não-insulino-dependente*, é uma doença causada por acentuada redução da sensibilidade dos tecidos-alvos aos efeitos metabólicos da insulina, descrita como *resistência à insulina*. Essa síndrome é muito mais comum do que a do tipo I, uma vez que acomete cerca de 80 a 90% de todos os casos de diabete. Na maior parte dos casos, o início da diabete tipo II ocorre depois dos 40 anos de idade, frequentemente entre 50 e 60 anos, e se desenvolve de forma gradual. Por conseguinte, essa síndrome é, comumente, denominada de *diabete de início adulto*.

^{xiii}Cf. http://www.cedefes.org.br/index.php?p=projetos_detalle&id_pro=48. Acesso em 25/04/2010.

^{xiv}Cf. <http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/not/not2005/not123.htm>. Acesso em 29/04/2010.

“(…) há evidências de que a frequência do diabetes tipo 2 está aumentada na população negra mais do que na população branca, tendo triplicado nos últimos trinta anos, enquanto apenas duplicou na população branca. Atualmente nos EUA, a prevalência de diabetes é 1,4 vezes maior entre os negros do que entre brancos”⁹.

Para Oliveira⁹, “(…) no universo adulto de quatro comunidades rurais do médio São Francisco, Bahia, com populações predominantemente negras, a prevalência de hipertensão arterial (HA) foi de 14,3%, com variação entre 8,1% e 19,5%” (p. 115). Desta forma, se faz necessário um olhar mais aprofundado para a saúde da população negra para garantir saúde integral a todo cidadão brasileiro.

Bom Jardim da Prata

A comunidade quilombola de Bom Jardim da Prata não recebe ações permanentes da Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco, exceto campanhas esporádicas de vacinação. Não obtivemos dados epidemiológicos oficiais desta população. O relato sobre a situação de saúde de Bom Jardim da Prata foi obtido conversando com moradores e líderes comunitários (vide entrevista). Suas principais doenças seriam o câncer de estômago, de próstata, anemia, diabetes e hipertensão. Também foi salientada a preocupação com a gravidez na adolescência e o uso de drogas e álcool. Doenças parasitárias também acometem a comunidade, dadas as precárias condições de saneamento e fornecimento de água.

Buriti do Meio

Essa comunidade recebe visitas da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), da Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco, composta por enfermeira, técnica de enfermagem, três agentes comunitários de saúde e dentista e por uma equipe de suporte composta por assistente social, psicóloga, farmacêutica, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudióloga e educador físico.

Os atendimentos de enfermagem consistem em exames de prevenção do câncer de colo uterino, puericultura, pré-natal, vacinação, visitas domiciliares, atendimento a grupos de hipertensos e diabéticos e planejamento familiar, efetuando encaminhamentos para ginecologia, cardiologia, neurologia e psiquiatria e acesso a meios diagnósticos, como ultrassonografia e endoscopia digestiva alta.

Conforme relatos da equipe de ESF, as doenças mais prevalentes são hipertensão arterial, doença de chagas,

diabetes, alcoolismo, câncer de garganta, parasitoses, diarreias e distúrbios mentais.

Entrevista (realizada em janeiro de 2010): Informante 1 - Bom Jardim da Prata

1) Como é a saúde prestada pelo município?

Para mim a saúde aqui é precária, pois ninguém da saúde vem aqui. Temos que procurar médico em São Francisco. Mas quando a gente chega lá... não tem médico! É muito difícil! Não tem Programa de Saúde da Família... A gente já pediu... mas até hoje nada.

2) Qual o tamanho da comunidade atualmente?

Acho que hoje a comunidade de Bom Jardim da Prata tem umas 600 pessoas, não sei ao certo... pois fica todo mundo muito espalhado, margeando o rio (Rio São Francisco).

3) Quais as doenças que mais ocorrem aqui com os membros da comunidade?

O que a gente mais ouve o povo se queixar é de câncer de estômago e de próstata...tem uns com anemia... diabetes, e também pressão alta (hipertensão).



Boneca “Namoradeira”, artesanato de Dona das Neves, de Buriti do Meio - São Francisco (MG)

Foto: Acervo Amaro Sérgio Marques

4) Vocês aqui têm a posse da terra e o reconhecimento?

Em 2003, eu acho, foi reconhecido como Quilombo. Aqui a comunidade é toda de negros! São cerca de 3 hectares a nossa terra, da nossa família apenas, mas ainda não temos a posse. Olha...eles foram tomando nossas terras, os fazendeiros...

5) O que vocês plantam, qual a renda de vocês?

Planto mandioca, milho na várzea, a gente faz farinha de mandioca...e criamos uns porquinhos e temos ainda galinhas...

6) Vocês têm escola para as crianças?

A escola é até a oitava série, e depois quem puder e quiser tem que mandar os filhos pra cidade, em São Francisco, pois só lá tem segundo grau...

7) Vocês possuem água tratada?

A água vem de carro pipa da Defesa Civil. Tem uns que usam as cacimbas. Mas a água do rio São Francisco serve apenas para banho.

8) Quais outros problemas de saúde vocês teriam aqui na comunidade?

Chagas, hum... deixa eu pensar...tem drogas; tem meninas que ficam grávidas antes do tempo.

9) A comunidade aqui utiliza ervas e chás para curar as doenças?

Eu uso... nem sempre a gente tem dinheiro pra remédio...



Dona das Neves, artesã de Buriti do Meio - São Francisco (MG)

Foto: Acervo Amaro Sérgio Marques



Membros da comunidade do quilombo de Bom Jardim da Prata - São Francisco (MG)

Fonte: Acervo Amaro Sérgio Marques

Entrevista (realizada em janeiro de 2010):

Informante 2 - Buriti do Meio

1) Como é a saúde prestada pelo município?

Aqui a gente tem Agente Comunitária de Saúde, e a enfermeira vem quase toda semana. Acho bom sim.

2) E médico?

Estamos sem médico há cinco meses mais ou menos.

3) E como a comunidade faz, quando precisa de médico?

Tem que arrumar transporte particular, ou táxi, que custa uns R\$70,00 a R\$80,00 para São Francisco.

4) E são quantas famílias em Buriti do Meio?

São cerca de 169 famílias.

5) E como são as condições de saneamento e das instalações sanitárias?

Das 169 famílias, 105 possuem casas com banheiros.

6) E quais as doenças mais frequentes na comunidade?

Acho que diabetes, chagas e hipertensão. Para mim Chagas está ampliando. Temos duas crianças com Anemia Falciforme. Mas tem outras doenças, como osteoporose e diarreia.

7) Como é a água da comunidade? Tem água tratada?

A água daqui é de um poço artesiano, mas não tem tratamento não.

8) Vocês têm o documento de posse da terra?

Não.

9) Como é a relação com os fazendeiros da região?

Os fazendeiros vêm imprensando a gente, acabam tomando as terras...

10) E vocês usam chás, ervas para curar as doenças?

Uso sim, várias ervas que a gente consegue aqui no mato mesmo.

11) O que vocês plantam aqui?

Plantamos milho, feijão, mandioca, feijão fava, cata-dor (feijão) e tem horta também...

12) Vocês recebem o Bolsa Família do Governo?

Sim.

13) Tem escola aqui?

Tem sim, só até a oitava série.

14) Vocês têm outra fonte de renda?

Aqui temos o artesanato de barro.

Conclusão

Percebemos que a saúde das comunidades quilombolas visitadas são diferenciadas, pois Buriti do Meio tem a presença de profissionais da ESF, mas a de Bom Jardim da Prata não é assistida por este programa da Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco.

Notamos que os problemas de abastecimento de água e saneamento são mais acentuados em Bom Jardim da Prata, abastecida o ano todo por carros pipas da Defesa Civil. No entanto, ambas as comunidades não têm redes de esgoto.

Quanto ao perfil epidemiológico, desenvolveremos estudos para levantar estes dados posteriormente. O isolamento das comunidades, a falta de investimentos públicos e a não implementação satisfatória das políticas públicas têm sido alguns dos empecilhos para a melhoria da assistência à saúde destes grupos.

Não podemos deixar de incluir na discussão o contexto da luta pelos direitos civis, da ampliação do conceito de cidadania e do direito à saúde como um dos direitos fundamentais dos seres humanos⁴.

Mostra-se imperiosa, assim, a ampliação de estudos e atenção dos pesquisadores a esta parcela da população que ainda precisa, além de um perfil epidemiológico, ser incluída nas políticas públicas de saúde.

Referências

1. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Guia de políticas sociais quilombolas: serviços do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília; 2009.
2. Champe PC, Harvey RA, Ferrir DR. Bioquímica: ilustrada. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
3. Costa JBA. Processos de territorializações e o esvaziamento de conteúdos da etnicidade quilombola em Agreste. Relatório. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais; 2009.
4. Cowan JK, Dembour MB. Culture and Rights: anthropological perspectives. Cambridge: The Press Syndicate of the University Of Cambridge [online]. 2004 [acesso em: 24 maio 2010]. Disponível em: URL: <http://assets.cambridge.org/97805217/93391/sample/9780521793391ws.pdf>.
5. Devlin TM. Manual de bioquímica: com correlações clínicas. 4. ed. São Paulo: Edgard Blücher; 1998.
6. Gayton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A; 2002.
7. Lopes F. Raça, saúde e vulnerabilidades. BIS 2003; (31):7-11.
8. López M. Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico. 5 ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
9. Oliveira F. Saúde da população negra: Brasil ano 2001. 2. ed. Brasília: Organização pan-americana da saúde; 2002.
10. Paes GSM. Considerações sobre o passado e o presente. In: Volochko A, Batista LE, organizadores. Saúde nos Quilombos. São Paulo: GTAE – SESSP; 2009. p. 31-56.
11. Paixão M. Os indicadores de Desenvolvimento Humano (IDH) como instrumento de mensuração de desigualdades étnicas: o caso do Brasil. BIS 2003; (31): 4-6.
12. Salvador (BA). Secretaria Municipal de Saúde. Doença falciforme: manual para população. Salvador; 2009.
13. Volochko A, Batista LE. Saúde nos Quilombos. São Paulo: Instituto de Saúde – SESSP/GTAE – SESSP; 2009.

Movimento negro, vulnerabilidade e saúde

Black movement, vulnerability and health

Deivison Mendes Faustino^I

Ana Lucia Spiassi^{II}

Resumo

O artigo discute resultados da pesquisa “Sensibilidade e potencialidades das organizações do movimento negro para a promoção da saúde e prevenção às DST/Aids”, destacando os que possibilitem refletir sobre os dilemas e possibilidades da participação do movimento negro na saúde. A análise dos temas prioritários na agenda do movimento e das possibilidades de interlocução com a saúde enfatiza suas potencialidades em reunir elementos dialógicos capazes de complementar a construção de consensos sobre os fenômenos saúde/doença com os sujeitos dessa vivência. Constatou-se grande variedade organizacional e de agendas prioritárias das entidades negras e sua influência nas possibilidades de adesão às ações de saúde. A atuação sobre determinantes sociais de saúde, ocupação dos espaços de controle social e atuação direta junto à população negra, como multiplicadores de informação em saúde, foram indicadas como potencialidades de interlocução que requerem, contudo, a superação de desafios, como o racismo institucional, dificuldade de acesso à informação e financiamento do setor saúde em eventuais parcerias.

Palavras-chave: Movimento negro; vulnerabilidade; saúde da população negra

Abstract

This article discusses research results from “Sensibility and potency of the black movement organizations for the promotion of health and prevention of STD/Aids”, highlighting those which make it possible to reflect on the dilemmas and possibilities of participation of the black movement in health care issues. The analysis of priorities and themes on the movements program and the possibilities of interlocution with health care emphasize its potential in bringing together elements of dialogue capable of complementing consensus building regarding the health/sickness phenomenon with the subjects of this closeness. A great organizational variety and priority programs of black entities and their influence on the possibilities of adhesion to health care actions was found. The action on social health determinants, occupation of the spaces of social control and direct action together with the black population as multipliers of health care information were indicated as potential for interlocution which require, however, overcoming challenges, such as institutional racism, difficulty of access to information and funding of the health sector in eventual partnerships.

Key-words: Black movement; vulnerability; health of black population

^IDeivison Mendes Faustino, pseudônimo Deivison Nkosi, (sdeivison@hotmail.com) é sociólogo, mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) e pesquisador do Centro de Estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina do ABC. É consultor do Fundo das Nações Unidas para Populações pelo Programa Interagencial de Promoção de Gênero e Raça e integrante da Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População Negra.

^{II}Ana Lucia Spiassi (spiassi@uol.com.br) é socióloga, mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e pesquisadora do Centro de Estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina do ABC.



Introdução

O artigo discute os resultados da pesquisa “Sensibilidade e potencialidades das organizações do movimento negro para a promoção da saúde e prevenção às DST/Aids”⁴ destacando informações sobre os dilemas e possibilidades da participação do movimento negro nas ações de saúde. Enfatizam-se as possibilidades de atuação do movimento no enfrentamento às desigualdades raciais em saúde. O estudo foi financiado pela Coordenação Nacional de DST/Aids por meio dos editais de pesquisa 02 e 04/2005 do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) do Ministério da Saúde, atendendo antiga reivindicação para o acúmulo de informações socioepidemiológicas sobre as vivências da população negra brasileira em relação às DST/AIDS.

O movimento negro e a saúde

O movimento negro brasileiro constituiu-se, historicamente, como a força social representativa da trajetória de homens e mulheres negros, fundamental na busca de melhores condições de vida e assumindo a interlocução de variada gama de suas demandas humano-societárias, aspecto de grande relevância na compreensão da dinâmica das relações raciais na sociedade contemporânea e seus reflexos na saúde. O longo histórico de lutas sociais, empreendidas pelos africanos

e seus descendentes no contexto da América Colonial, influenciou, direta ou indiretamente, os determinantes sociais da saúde da população negra.

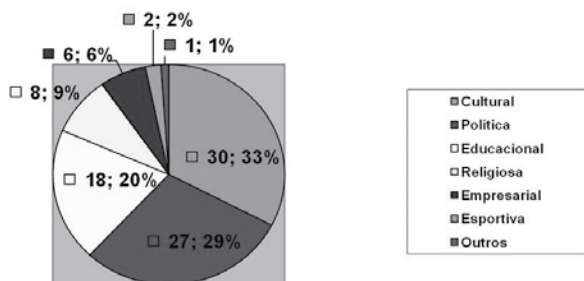
Podem-se listar, como formas de intervenção sobre condições de saúde, diversas ações que visavam minimizar o sofrimento da insalubre travessia transatlântica, como a preservação e recriação do universo cultural africano no contexto do escravismo brasileiro, conservando e adaptando conhecimentos relacionados à arte da cura e, principalmente, os diversos processos de enfrentamentos ao sistema escravista⁵. Ao mesmo tempo em que atuavam, a partir da luta coletiva ou individual, sobre os produtores de vulnerabilidade em saúde, utilizavam seu conhecimento milenar sobre o poder medicinal do cuidado, das folhas e do equilíbrio físico, mental e espiritual para aliviar as situações impostas e até mesmo se fortalecerem.

No artigo “Se você me nega eu me assumo: o direito à saúde e a busca por equidade social”, Fernanda Lopes esboça o histórico do debate sobre as políticas de saúde da população negra no Brasil evidenciando a importância do movimento negro na pressão e articulação das políticas. É em resposta à atuação organizada deste movimento social nas conferências e conselhos de saúde e demais espaços de controle social, que o Estado inicia, ainda que timidamente, a absorção desta demanda social².

A pluralidade de agendas

A pesquisa acima mencionada mapeou as organizações do movimento negro do ABC Paulista, observando grande diversidade no formato (movimento Hip Hop, organizações políticas de mobilização social, grupos islâmicos, organizações de mulheres negras, grupos educacionais, salões de beleza étnica, grupos teatrais, terreiros de Candomblé e Umbanda) e na sua agenda de prioridades, como expresso no seguinte gráfico:

Gráfico 1. Atividades das entidades participantes do painel - por categoria



A diversidade indicada pelos representantes das entidades negras do ABC Paulista atua, ora como fator que dificulta a unidade política, ora como força a ser explorada pela atuação em diferentes campos. Essa diversidade se torna ainda mais complexa quando se analisam suas orientações teóricas e políticas: “(...) não podemos falar de movimento negro sem se levar em conta que o mesmo é dispar e plural (...)”, diz o depoimento de uma liderança.

Potencialidades de atuação

Constatada a diversidade do movimento negro, optou-se por discutir se ele poderia integrar-se às ações de prevenção às DST-Aids, e 100% dos informantes apontaram potencial de integração às ações de prevenção e promoção à saúde: “O movimento negro discute, entre outras questões, a qualidade de vida e saúde da população negra (...) faz o recorte da vulnerabilidade em que a população negra se encontra(...) está apto a fazer a interlocução”.

Ampliando o entendimento sobre este potencial de adesão, questionou-se como o movimento negro poderia ser interlocutor da população negra neste processo e quais as condições para que a interlocução se concretize.

Foram apontadas três possibilidades de atuação, bem como uma reflexão sobre as contribuições da cul-

tura negra ao debate sobre a saúde desta população. Estas dimensões não são excludentes nem pretendem esgotar as possibilidades de atuação, mas são úteis para pensar as possíveis pontes entre o movimento e o setor saúde: ação sobre os determinantes sociais da saúde; ação direta de prevenção; controle social das políticas de saúde.

Atuação sobre os determinantes sociais da saúde

Para alguns informantes, a atuação histórica do movimento, mesmo quando não se associa diretamente aos temas do setor saúde, exerce influência sobre as condições de saúde a partir da construção de redes identitárias de solidariedade e mobilização social, visibilização das iniquidades e manutenção e/ou ressignificação da cultura ancestral.

O caso do movimento de mulheres negras é ilustrativo, pois, mesmo compartilhando da visão comum sobre o patriarcado, afirmam suas especificidades no bojo do feminismo^{5.1}. A frase de Jurema Werneck, citada por Rosália Lemos, resume a particularidade da demanda por saúde que as feministas negras perseguiam: “Se a mulher branca reivindica o direito de evitar filhos, a mulher negra reivindica o direito de tê-los, criá-los, vê-los vivos até a velhice” (p. 65)⁵.

Estes fatores não estão isentos de contradições, limites e desafios, mas evidenciam que o movimento negro vem atuando incisivamente na mudança das condições de saúde da população negra, tanto no enfrentamento direto contra o racismo, quanto na construção de ações que visem seu bem estar.

Atuação direta de prevenção

Outros defendem que a proximidade das organizações do movimento negro ao conjunto da população negra pode ser um facilitador no processo de identificação e assimilação das mensagens de prevenção e promoção à saúde: “os membros do movimento dominam os códigos de linguagem e expressão que podem gerar confiança, segurança e empatia junto à população negra. Possuem um diagnóstico mais preciso que um técnico qualquer (...)”.

Segundo eles, as ações de prevenção das DST/Aids e outros agravos à saúde, teriam, no movimento negro, um importante parceiro na construção e implementação de propostas, dada sua proximidade na vivência junto ao conjunto da população negra.

O hip hop, a capoeira, os salões de beleza afro e os templos de religiões de matriz africana são referidos como espaços facilitadores de diálogos, atuando na sensibilização e multiplicação de informação, com linguagens próprias e mais facilmente assimiladas pela população negra⁴.

Controle social das políticas de saúde

Neste grupo, concentram-se os informantes que consideram não ser sua a tarefa de realizar ações de prevenção e promoção à saúde junto à população, porque isso é um dever do Estado. Para eles, caber-lhes-ia a intervenção nos espaços de controle social: “O movimento negro não pode esperar que o sistema acabe com as desigualdades, deve apropriar-se dos espaços de controle social (...)” e a partir daí “(...) lutar por ações diretas enquanto política de Estado”.

Outros aprofundam a avaliação afirmando a limitação dos espaços formais de controle social apontando, portanto, a necessidade de participação direta dos membros do movimento negro nos espaços de poder:

“Já fazemos essa interlocução, porém, de baixo calibre. O que é necessário é termos o poder em nossas mãos para controlar políticas públicas... precisamos ter gestor político negro para qualificar o debate dentro do Executivo. Caso contrário, não seremos prioridade”;

“Só teremos controle social efetivo se estivermos no poder: gestor público negro para qualificar o debate dentro do executivo”.

A cultura negra como facilitadora das ações de prevenção e promoção à saúde

A cultura negra é constantemente referida pelos informantes como fator que potencializaria as ações de saúde voltadas à população negra. Para alguns deles as expressões culturais negras trazem em seu bojo um potencial multidimensional e abrangente que engloba desde a utilização de linguagens artísticas como facilitadora das ações diretas de prevenção até a importância da cultura negra como espaço de promoção à saúde.

Neste sentido, as ações educativas de saúde poderiam ampliar-se, a partir da incorporação das linguagens presentes na cultura negra:

“Avaliamos como uma forma diferenciada de chamar atenção e de facilitar entendimento da questão, buscando relacionar a realidade cultural das pessoas com o tema”;

“É possível falar de prevenção durante a confecção da trança”.

Por outro lado, algumas vertentes da cultura negra são referidas como espaços potenciais de promoção da saúde e preservação de conhecimentos e práticas de cuidado e cura:

“A contribuição da cultura africana permeia todos os setores da vida social. Na arte de curar são inúmeros os exemplos: remédios, saberes africanos e indígena formam um emaranhado complexo. Ocorre que a desvalorização do saber médico popular de origem africana torna invisível sua enorme contribuição. A medicina familiar e de vizinhança, a arte do parto, saberes relativos a fertilidade e infertilidade das sábias pretas velhas”.

Os diversos povos africanos, trazidos ao longo dos séculos para o País, carregaram em suas memórias e em sua cosmovisão (já que não lhes era possível trazer mais nada) conhecimentos civilizatórios milenares que sobreviveram e foram readaptados às necessidades impostas pelas condições coloniais e, posteriormente, no difícil processo de inserção na sociedade de classes.

As religiões de matriz africana, a capoeira, o jongo, os maracatus, as confrarias religiosas, entre outras manifestações, transformaram-se em formas de reviver e recriar sua identidade, mas, principalmente, de encontrar na ancestralidade algumas respostas aos problemas enfrentados. Neste aspecto, os conhecimentos do continente africano ganham aqui novos significados e contornos, guardando a mesma visão holística e multidimensional presente na terra mãe.

No mesmo caminho, Oliveira chama a atenção para a *medicina popular de matriz africana* presente no País desde os tempos coloniais³. A arte da prevenção, do cuidado e da cura, alicerçadas no conhecimento milenar sobre as propriedades fitoterápicas de plantas e ervas e a busca de um equilíbrio físico, mental e espiritual são práticas cotidianas de diversas manifestações de matriz africana.

Com ênfase nas comunidades de terreiro, estas práticas de saúde de matriz africana (e mesmo indígena) estão presentes também entre raizeiros, curandeiras, parteiras etc³. A capoeira é incluída nesta lista pela importância que dedica à busca do equilíbrio físico, mental e social⁴.

O desafio a ser enfrentado é o preconceito e discriminação a que estas práticas estão submetidas. No setor saúde, as tensões presentes vão desde a histórica

negação e desqualificação do saber popular frente à medicina oficial moderna, até a reprodução dos estigmas sociais que envolvem estes espaços, como no caso do preconceito contra as religiões de matriz africana.

Conclusão

O movimento negro, dada sua constituição e relevância histórica no combate às diferentes manifestações do racismo, influencia os determinantes sociais da saúde, constituindo-se como sujeito imprescindível na construção de políticas de promoção da saúde e qualidade de vida da população negra.

Ao mesmo tempo, tem grande potencial de interferência nos espaços de controle social das políticas de saúde e participação nas ações de prevenção e promoção à saúde integral da população negra, ampliando a variada gama de sujeitos produtores de saúde.

Neste contexto, a sensibilização, capacitação e mobilização do movimento negro para efetivar esta interlocução se configuram em desafio estratégico no fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no estado e municípios. É preciso, porém, desenvolver e ampliar, no setor da saúde, a capacidade de abordar o tema racial nos planejamentos estratégicos das políticas públicas.

O estreitamento de laços, não livre de tensões, dados os diferentes papéis dos governos e dos movimentos sociais, é a lição básica para o fortalecimento da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

Referências

1. Carneiro S. Mulheres em movimento. *Estud. av.* [online] 2003; 17(49): 117-133 [Acesso em setembro de 2008] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
2. Lopes F. Se você me nega eu me assumo: O direito à saúde e a busca por justiça social. [online] [Acesso em abril de 2008] Disponível em: <http://redesaudedapopulacaonegra.blogspot.com/2008/10/se-voc-me-nega-eu-me-assumo-o-direito.html>.
3. Oliveira F. Uma reflexão sobre a saúde da população negra no Brasil. In: Silva JM, organizador. *Religiões afro-brasileira e saúde. Projeto Até-ire: Centro de cultura Negra do Maranhão.* São Luiz; 2003. p 52-75.
4. Spiassi AL, Faustino DM, Akerman M et al. *Saúde da população negra no ABC: diálogos com o movimento social sobre a prevenção das DST/Aids.* CESCO – Centro de Estudos de Saúde Coletiva do ABC. São Paulo: Mídia Alternativa comunicação e Editora; 2009.
5. Werneck J, White EC, Mendonça M, organizadores. *O Livro da Saúde das Mulheres Negras – Nossos Passos Vêm de Longe.* Rio de Janeiro, CRIOLA/ Pallas Editora; 2000.

Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena: desafios

Special Secretariat for the Attention of Indigenous Health: challenges

István van Deursen Varga¹

Resumo

A implantação dos chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) não foi acompanhada de “reengenharia” dos mecanismos de tomada de decisão, estruturas e quadros profissionais da instituição, como indica a literatura de referência sobre implantação de distritos sanitários e os “Sistemas Locais de Saúde”. Longe de conferir à gestão a necessária supremacia face às pressões das oligarquias regionais (frequentemente anti-indígenas), este processo reforçou a cultura autoritária e corporativista da FUNASA bem como o poder das oligarquias. Os DSEIs de todo o País enfrentaram crises permanentes desde sua implantação. A afirmação pública do Ministro da Saúde de que a Fundação se tornara “um antro de corrupção”, anunciava sua intenção de transferir estas competências à Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde e, posteriormente, à Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena, vinculada ao Gabinete do Ministro – conforme deliberações das II e III Conferências Nacionais de Saúde Indígena. Discuto aqui os principais desafios colocados a esta nova Secretaria.

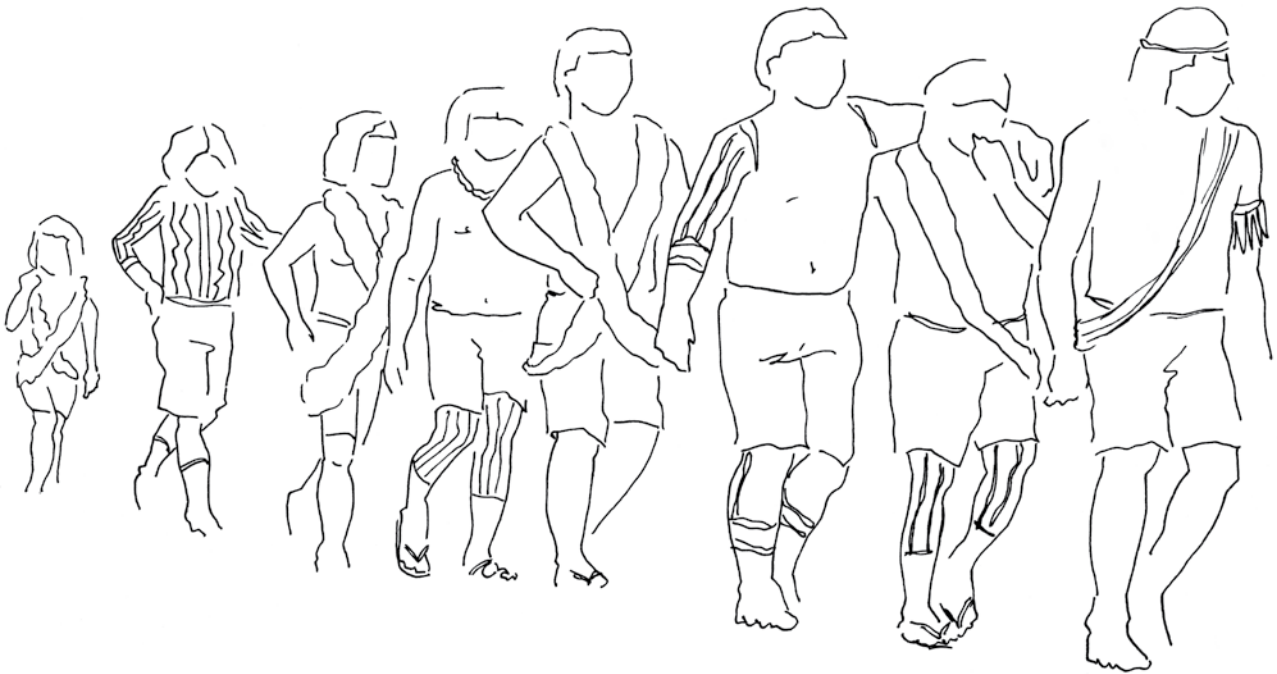
Palavras-chave: Política nacional de saúde indígena; Secretaria de Saúde Indígena; culturas institucionais em saúde

Abstract

The implementation of the so-called Special Indigenous Sanitary Districts (DSEIs) of the National Health Foundation (Fundação Nacional de Saúde - FUNASA) is not accompanied by reengineering of the mechanisms of decision making, structures and professional teams of the institution, as is shown in the literature of reference regarding the introduction of sanitary districts and the “Local Health Systems”. Far from conferring to administration the necessary supremacy faced with the regional oligarchs (frequently anti-indigenous), this process reinforces the authoritarian and corporative culture of FUNASA as well as the power of the oligarchs. The DSEIs of the whole country are facing permanent crises since implementation. The public statement by the Minister of Health that the Foundation has become a “den of corruption” announces his intention of transferring these responsibilities to the Secretary for Primary Health Attention and Promotion and, later on, to the Special Secretary for the Attention of Indigenous Health, tied to the Cabinet of the Minister – according to deliberations of the II and III National Conferences of Indigenous Health. I hereby discuss the main challenges for this Secretariat.

Key-words: National policy for indigenous health; Secretariat of Indigenous Health; institutional cultures in health care

¹István van Deursen Varga (ivarga@uol.com.br) é médico homeopata, mestre em Antropologia Social, doutor em Saúde Pública e pós-doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Docente Adjunto do Departamento de Sociologia e Antropologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).



O modelo e o processo de implantação dos DSEI, da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), vem sendo objeto de uma sequência de artigos de nossa autoria^{4,5,6,7,8} desde 1992. Numa rápida apreciação da trajetória da gestão da política nacional de saúde indígena pela FUNASA, salta aos olhos o flagrante descumprimento da Lei 8.142/90, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS”, em vários aspectos.

Primeiro porque o intervalo de quatro anos para a realização das Conferências Nacionais de Saúde Indígena (CNSI), determinado pela Lei 8.142/90ⁱⁱ, nunca foi cumprido. A I Conferência foi realizada em 1986 (antes da criação da FUNASA, em 1991), a II em 1993, a III em 2001, a IV em 2006 (as três últimas sob a gestão da FUNASA).

A despeito de um dos objetivos das Conferências de Saúde (no caso, as CNSI), segundo a mesma Lei, ser o de “propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes”ⁱⁱⁱ, as diretrizes propostas nas I, II e III Conferências, quanto ao modelo de gestão e de organização dos serviços

de saúde voltados aos povos e comunidades indígenas nunca foram seguidas pela FUNASA. O casuísmo da implantação dos DSEIs, sua delimitação, e seu número final de 34, comprovam-no inequivocamente^{6,7,8}.

O modelo de DSEI preconizado na II Conferência é supra-institucional e remete aos dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), proposto pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), em 1988, a serem definidos, articulados e administrados no bojo de um “processo social”^{2,3} permanente e amplamente participativo, ao contrário do adotado pela FUNASA (os gerentes dos DSEIs são necessariamente do quadro da instituição, nomeados por seu Presidente).

No que tange o processo de territorialização/delimitação dos DSEI, a II CNSI estabeleceu que deveriam ser considerados os determinantes geográficos (localização, formas e vias de acesso); técnicos (serviços e profissionais disponíveis, capacidade operacional, perfil e dinâmica epidemiológica); populacionais e étnicos, com limites móveis, para adaptarem-se constantemente à dinâmica desses fatores. Nesse aspecto, a prática da FUNASA, a partir de 1999, com DSEI de dimensões gigantescas, estaduais (no Maranhão) ou macrorregionais (o “DSEI Litoral Sul” abrange Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, sendo o Paraná ora extraído, ora reinserido ao sabor das negociações do PMDB, partido que controla os cargos

ⁱⁱ“A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada 4 anos” Lei 8.142/90, Art. 1º, § 1º.
ⁱⁱⁱidem.

de direção da FUNASA, desde sua criação), também contradiz a II Conferência.

Na verdade, a opção dos dirigentes da FUNASA, pela implantação gradual dos 20 DSEI (ampliado para 34, face às pressões das ONGs, universidades e organizações indígenas), não se respalda em critérios técnicos, mas, sobretudo, a interesses e limitações internas da FUNASA: número de cargos de administração superior disponíveis a gerentes distritais.

Apesar dos recursos humanos contratados e equipamentos adquiridos, e do grande crescimento do setor de saúde indígena da FUNASA, no biênio 1999-2000, a implantação dos DSEI não se acompanhou de uma “re-engenharia”, em profundidade, da instituição, de seus mecanismos decisórios, estruturas e quadros profissionais (conforme indicações das referências documentais sobre a implantação dos SILOS e Distritos Sanitários)^{2,3}.

Os critérios de escolha e nomeação, pela FUNASA, dos gerentes e membros dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena dos DSEIs, sobretudo dos que abrangem povos e comunidades indígenas menos articulados (caso do DSEI-MA), estão entre as distorções mais graves do modelo proposto pela II Conferência, conferindo à FUNASA plenos poderes para o controle político dos DSEI (além do gerencial e orçamentário) – que deveria estar nas mãos dos povos e comunidades indígenas envolvidos.

Longe de conferir à gestão da política a necessária supremacia frente às pressões das oligarquias regionais (frequentemente anti-indígenas) sobre o aparelho de Estado, este processo reforçou a cultura autoritária e corporativista da FUNASA e o poder que as oligarquias sobre ela sempre exerceram.

A III CNSI (Luziânia/GO, 14-18 de maio de 2001) reafirmou princípios e diretrizes das duas anteriores, bem como os diagnósticos em curso sobre a execução da política de saúde para os povos indígenas, propondo, entre outras, as seguintes recomendações:

- Incluir os povos indígenas ainda não reconhecidos oficialmente e os índios que residem fora das terras indígenas no planejamento dos distritos, conforme especificidades locais e com a participação dos conselhos distritais;
- Iniciar o cadastramento das famílias indígenas desaldeadas e garantir seu acesso às ações e serviços de saúde;

- Rever os limites geográficos dos distritos (DSEI) com dificuldades operacionais na organização dos serviços, criando novos distritos se necessário, segundo critérios demográficos, culturais e epidemiológicos, a partir da deliberação dos conselhos distritais.

Nenhuma das deliberações acima foi cumprida pela FUNASA. Segundo informações de lideranças indígenas da Amazônia e do Nordeste, o Diretor do Departamento de Saúde Indígena (DESAI), entre 1998 e 2003, desencorajou-as de reivindicar o direito de atenção diferenciada à saúde das comunidades “urbanizadas”, argumentando que isso reduziria os recursos disponíveis ao atendimento dos “aldeados”.

Entre as CNSI realizadas, a IV será lembrada pela dissonância entre a gravidade da crise em boa parte dos DSEI e o desproporcional volume de recursos gastos com hotéis de luxo do evento, sem necessidade objetiva para tanto.

Foram vários os problemas das etapas locais e distritais da IV CNSI, entre os povos e comunidades abrangidos por vários DSEI. O Regimento e o Regulamento da etapa nacional estabeleceram regras que engessaram a extensa programação de atividades pré-definidas, restringiram o acesso de delegados às Plenárias Temáticas e complicaram a condução das mesas e votações.

Na etapa nacional (de 28 a 31 de março de 2006 no *Resort* de alto luxo Pousada Águas Quentes, em Caldas Novas, GO), a cada delegado só foi permitida participação efetiva (com direito a voto) em apenas uma das Plenárias Temáticas, por meio de inscrição prévia, registrada no “sistema” (bancos de dados da Comissão Organizadora) e impressa no crachá.

Muitos delegados tiveram inscrição remanejada “pelo sistema”, contra a vontade, para outras Plenárias Temáticas, por ter “estourado” a cota pré-definida para sua categoria de representação (“usuário”, “trabalhador indígena de saúde”, “trabalhador não-indígena de saúde”, “governo”, “prestador de serviço”) na Plenária Temática de sua escolha.

Além dos problemas descritos na instalação e andamento das Plenárias Temáticas, o encaminhamento das propostas para votação na Plenária Final também foi problemático. À metodologia engessada somaram-se conduções de mesa ora excessivamente burocráticas e ininteligíveis, ora autoritárias e truculentas, que inviabilizaram acompanhamento atento e participativo

da maior parte dos presentes, especialmente dos delegados indígenas.

A votação mais conturbada da Plenária Final foi a do modelo de gestão da Política Nacional de Saúde Indígena, não só por sua importância estratégica, mas pela falta de clareza na condução da mesa: vários delegados indígenas, que votaram na manutenção da FUNASA como gestora, protestaram publicamente no dia seguinte contra a confusa coordenação da mesa de votação, que os teria induzido a votar contra a proposta que defendiam. Nessa mesma tarde, a delegação do DSEI-Xingu, em protesto, anunciou sua retirada da Plenária Final, que começou a dispersar-se.

Diante da insatisfação geral do andamento dos trabalhos, à noite começou a circular a proposta de impugnação da IV CNSI. No meio da madrugada de primeiro de abril, com a Plenária Final em andamento, grande parte dos delegados indígenas retiraram-se e, em reunião paralela, convocaram o coordenador da mesa, repreendendo-o, junto com a Comissão Organizadora, pela manipulação dos trabalhos, redigindo documento, subscrito por 27 dos 34 Presidentes de Conselhos Distritais presentes, além da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira e outras organizações, denunciando o processo e solicitando a impugnação da Conferência.

Os problemas na condução da IV CNSI comprometeram sua representatividade e legitimidade, enquanto instância máxima propositiva da Política Nacional de Saúde Indígena e motivaram a Associação Nacional de Ação Indigenista (ANAÍ), o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) e o Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão (MSA/UFMA) a divulgarem nota pública endossando o protesto e os termos do documento elaborado e subscrito pela maioria dos Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena e demais delegados indígenas presentes^{IV}.

As crises nos DSEI aprofundaram-se ao longo de 2006 e 2007. Em meados de 2008, o Ministro da Saúde, numa atitude ousada e corajosa, reconheceu e afirmou publicamente que a FUNASA se tornara “um antro de corrupção” [sic], anunciando sua intenção de

transferir as competências e atribuições de gestão da política nacional de saúde para os povos indígenas à Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde. Posteriormente, acatando críticas do movimento indígena e de instituições e entidades com atuação indígenista, decidiu criar a Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena, vinculada diretamente ao Gabinete do Ministro – conforme deliberações da II e III CNSPI, por meio da Portaria Nº 1.922, de 11 de setembro de 2008, do Ministro de Estado da Saúde, criando Grupo de Trabalho para propor as medidas administrativas necessárias à transferência organizada e eficaz destas atribuições da FUNASA à futura Secretaria. O Ministro pagou alto custo político por sua atitude, enfrentando pressões, inclusive de setores de seu partido, para que fosse destituído do cargo.

Em 24 de março de 2010, por meio da Medida Provisória nº 483, o Presidente da República formalizou a criação da Secretaria, determinando prazo de três meses para o detalhamento de sua estrutura e demais providências para torná-la operacional.

Desafios^V

Dentre suas primeiras e mais urgentes tarefas, a nova Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena deverá convocar imediatamente a V CNSI, pois o prazo legal para sua realização expirou em fins de março de 2010.

Espera-se que a nova Secretaria não reproduza nem consolide as práticas centralizadoras, corporativas, clientelistas, patrimonialistas e autoritárias que caracterizam a gestão da FUNASA sobre esta política, nem que repita as escandalosas e perdulárias manobras da IV CNSI, na convocação e realização da V CNSI. Para tanto, será crucial a criteriosa e cuidadosa seleção dos quadros profissionais, para que não incorpore técnicos comprometidos e/ou viciados pela cultura institucional da FUNASA. (Há um risco considerável de isso ocorrer).

Dentre os maiores desafios da Secretaria estão, a nosso ver, a reterritorialização dos DSEI e colocação em prática das resoluções da III CNSI, acima citadas.

Os receios do Diretor do DESAI/FUNASA sobre a “governabilidade” orçamentária da política nacional de saúde dos povos indígenas, diante das deliberações da III CNSI e dos dados do Censo de 2000 (que atestaram a acelerada expansão do contingente indígena da população brasileira), decorrem de concepção excessivamente centralizadora da gestão dessa política que não

^{IV}Associação Nacional de Ação Indigenista (Anaí), Conselho Indigenista Missionário (Cimi), Mestrado em Saúde e Ambiente/Universidade Federal Do Maranhão (Msa/Ufma), 2006.

^VParcialmente extraído de Varga⁷.

investe na sua capilarização a todas as instâncias, níveis de atenção e serviços do SUS.

Mais do que “ameaçar” o tamanho da fatia do orçamento federal, os dados apontam para a necessidade de mudar a política, adotando paradigma mais abrangente e inclusivo da condição indígena e mais compatível com discussões no campo das Ciências Sociais sobre identidades culturais e étnicas. Indicam também a necessidade da adoção de estratégias de disseminação da política a todos os níveis de gestão do SUS e de metodologias de trabalho mais efetivamente participantes, que resultem na transformação profunda das práticas “sanitárias” e “indigenistas” usadas “na ponta”, inclusive nos serviços que atendem índios “urbanizados”.

Propor a difusão dessa responsabilidade e da política de saúde para os povos indígenas a todos os níveis do SUS, segundo seus princípios e diretrizes, não significa “municipalizar” a saúde indígena (que foi, na prática, a política adotada pela FUNASA no Nordeste, por exemplo), nem abdicar da responsabilidade prioritária da esfera federal sobre a gestão da política nacional de saúde, sobretudo na saúde dos povos indígenas (lesados que foram pelo Estado nacional em formação e cuja saúde é, prioritariamente, de sua responsabilidade).

No caso da política de saúde para os povos indígenas cabe à esfera federal, sobretudo – para além e acima da execução direta (ou terceirizada) das ações de saúde sob sua responsabilidade – reconhecer, fazer respeitar, cumprir e fazer cumprir essa política, definida pelos princípios e diretrizes estabelecidos nas Conferências Nacionais, em todos os níveis de gestão e execução do SUS.

Referências

1. Associação Nacional de Ação Indigenista (Anaí), Conselho Indigenista Missionário (CIMI), Mestrado em Saúde e Ambiente/Universidade Federal do Maranhão (Msa/Ufma). Nota pública sobre a IV Conferência Nacional de Saúde Indígena. São Luís (MA), 7 de abril de 2006.
2. Mendes EV, organizador. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec; 1998.
3. Mendes EV, organizador. Distrito Sanitário – o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4ª edição. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: ABRASCO; 1999.
4. Varga ID. Indigenismo sanitário? Instituições, discursos e políticas indígenas no Brasil contemporâneo. Rev Cadernos de Campo 1992, ano II (2): 132-42.
5. Varga ID. Política pública de saúde para os índios é uma indigesta sopa de letrinhas In Povos Indígenas do Brasil 1991-95. São Paulo: Instituto Sócio-Ambiental; 1996. p. 53-6.
6. Varga ID. Dos medicamentos aos índios ‘genéricos’: problemas e desafios legados, pelo governo Fernando Henrique Cardoso, aos campos das políticas indigenista e de saúde para os povos indígenas no Brasil. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2003, Brasília. Ciência & Saúde Coletiva 2003; 8 (2): 98.
7. Varga ID. Dos medicamentos aos índios ‘genéricos’: os campos da política indigenista e de saúde para os povos indígenas, no Brasil, frente ao Censo Demográfico de 2000. Revista de Direito Sanitário 2003; 4 (2): 32-45.
8. Varga ID, Adorno RCF. Terceirizando a indianidade? Sobre a política nacional de saúde para os povos indígenas, aos ‘500 anos’. Revista de Direito Sanitário 2001:2 (1):9-26.

Política de Saúde da População Negra no Estado de São Paulo: focalizando para promover a universalização do direito à saúde?

Health Policy for the black population in the State of São Paulo: focusing to promote the universal right to health care?

Luis Eduardo Batista^I
Rosana Batista Monteiro^{II}

Resumo

Este artigo tem como objetivo apresentar as políticas, programas e ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para garantir a atenção integral à saúde da população negra no Sistema Único de Saúde (SUS) em São Paulo. Procuramos mostrar como a política de saúde integral da população negra (PNSIPN), busca complementar, aperfeiçoar e viabilizar a política universal no âmbito da saúde pública observando as características do processo saúde-doença da população negra.

Abstract

The objective of this article is to present the policies, programs and actions taken by the State Secretary of Health of São Paulo to ensure integral attention to health care of the black population under the Sistema Único de Saúde (SUS – Single Health Care System) in São Paulo. We endeavor to show how the policy of integral health of the black population (PNSIPN) seeks to complement, perfect and make feasible the universal policy in the environment of public health, observing the characteristics of the health-sickness process of the black population.

Palavras-chave: Políticas públicas; raça/cor; saúde da população negra

Key-words: Public policies; race/color; health of the black population

^ILuis Eduardo Batista (lebatista@saude.sp.gov.br) é doutor em Ciências Sociais pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) e coordenador da Área Técnica Saúde da População Negra da SES-SP. É pesquisador científico V do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e representante da SES-SP no Conselho de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra do Estado de São Paulo.

^{II}Rosana Batista Monteiro (rosanabmonteiro@hotmail.com) é doutora em Fundamentos da Educação pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), onde é professora contratada da Faculdade de Educação. É integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Economia Política, Educação e Formação Humana (GEPEFH) e da Associação Brasileira de Pesquisadores Negros (ABPN).



Introdução

No presente artigo nos propomos a discutir a necessidade de garantir a atenção integral à saúde da população negra, por meio de políticas, programas e ações específicas articuladas à política universal de saúde, ou seja, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Desse modo, defendemos uma concepção de política universal que garanta a todos o direito à saúde, sem perder de vista as diferenças entre os sujeitos que possuem necessidades específicas referentes aos processos de saúde-doença e aos cuidados.

Assim, procuramos mostrar que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (Brasil, 2009), quando articulada no interior do SUS não significa focalização nos termos definidos após 1990. A especificidade da PNSIPN busca complementar, aperfeiçoar e viabilizar a política universal no âmbito da saúde pública, utilizando seus instrumentos de gestão e observando as especificidades do processo saúde-doença da população negra no Brasil.

A partir de meados dos anos 1990, no Brasil, sob influência de agências multilaterais e da reestruturação do Estado, apoiada no neoliberalismo, as políticas universais, características do modelo de Estado de Bem-Estar Social, passaram a ser questionadas. Tais políticas, dentre outros motivos, eram criticadas por onerarem o Estado e não atenderem aos que mais precisavam delas, ou seja, os pobres. Para Ivo, nesse

contexto, passou-se a empregar políticas focalizadas reorientando a universalidade para a “operação de diferentes programas estratégicos e compensatórios da assistência focalizada na linha da pobreza segundo diferentes ‘públicos-alvo’ (...)”⁵ (p. 59).

As políticas focalizadas se apoiam especialmente nas teses de Amartya Sen, Prêmio Nobel de Economia que, de acordo com Sarmiento e Artega⁹ (p. 4), compreende a focalização como um método prático para superar a exclusão dos mais pobres. No entanto, a crítica às políticas focais tem mostrado o quanto elas limitam a superação dos elementos fundantes das desigualdades sociais que mantêm parcela da população na pobreza.

Ivo define focalização como “estabelecer mecanismos e critérios idôneos para delimitar “quem” tem direito aos serviços básicos que se outorgam como subsídio público (...) uma política social “racional” (estratégica), no marco de economias abertas e competitivas”⁵ (p. 61).

A autora afirma ainda que tais políticas não comprometeriam nenhum aspecto da reforma estrutural, estando deslocadas da institucionalidade da proteção social. Assim, são características das políticas focais: “a diferenciação de acesso; o subsídio à demanda; a focalização da população; a descentralização das ações; e a governança, ou seja, a mobilização de atores sociais e políticos numa ação concertada segundo objetivos e metas dos programas”⁵ (p. 61).

Autores como Maio e Monteiro⁷ vêm defendendo que a PNSIPN caracteriza-se como política focal. Afirmando os autores que:

“(…) no alvorecer do século XXI voltam à cena pública as relações entre raça e saúde, a partir da proposta de criação de uma política focal direcionada à população negra. Esta se baseia na concepção de que as desigualdades raciais repercutem de forma específica na esfera da saúde pública e, por conseguinte, devem ser objeto de ação governamental para superá-las. Com base numa articulação que envolve ONGs vinculadas ao movimento negro, agências estatais, fundações filantrópicas norte-americanas, instituições multilaterais e fóruns internacionais, especialmente no plano dos Direitos Humanos, a nova política anti-racista surge no contexto da discussão sobre políticas de ação afirmativa no Brasil, iniciada nos anos 90”⁷. (p. 421) [grifo dos autores do artigo].

Embora concordemos que o debate sobre relações raciais e saúde envolva instituições e/ou organismos multilaterais citados pelos autores, discordamos de sua análise de que se trate, no campo da saúde, de políticas focalizadas. Parece-nos que há uma generalização dos autores em relação às ações afirmativas voltadas à população negra desencadeadas principalmente nos primeiros anos do presente século e que, em alguns casos, trata-se de políticas focais. Quanto à PNSIPN, entendemos que, ao destacar a atenção específica à população negra no interior de uma política universal, não vinculando à perspectiva assistencialista ou compensatória de combate à pobreza, se insere no âmbito do aperfeiçoamento do SUS. Além do que, a PNSIPN não se restringe, como afirmam Maio e Monteiro⁷, na concepção de que as desigualdades raciais repercutem na esfera da saúde, mas considera também que há especificidades inerentes a esta (e outras) populações que justificam a necessidade de uma política ou programas específicos. Exemplo disto são as doenças geneticamente determinadas, tais como anemia falciforme e deficiência de glicose 6 – fosfato desidronase.

A atenção à saúde da população negra

Partindo de estudo exploratório, Kalckmann et al.⁶ (p. 146) constataram situações de discriminação racial sofrida por usuários e agentes de saúde negros (pardos + pretos) no Sistema Único de Saúde. De acordo com os autores, “verificou-se que os serviços de saúde, através de seus profissionais, aumentam a vulnerabilidade des-

tes grupos populacionais (negros) ampliando barreiras de acesso, diminuindo a possibilidade de diálogo e provocando o afastamento de usuários”.

Não se trata apenas de não acesso a serviços de saúde, mas de um atendimento inadequado, ineficaz e discriminatório no interior do sistema de saúde que, *a priori*, deveria atender a todos igualmente com qualidade. As falas dos usuários descritas no texto são contundentes na expressão do racismo no atendimento aos usuários não-brancos. Os usuários relatam o descaso por parte de médicos e outros agentes de saúde que, por exemplo, afirmam que “preto deve morrer em casa”, destratando uma usuária de 54 anos; assim como o caso de uma criança que tinha sarna, sendo que a médica sequer a examinou nem ouviu a mãe afirmar que a criança, negra, não tinha qualquer contato com animais; de uma mulher que ao queixar-se de problemas à ginecologista não foi examinada por esta; de uma vítima de assalto sendo tratada como assaltante; dentre outros relatos⁶ (p. 151).

As histórias dos usuários retratam o cotidiano vivenciado por homens e mulheres negros ao acessarem os serviços públicos de saúde. De um lado, revelam o racismo operante nas relações sociais entre negros e não-negros, entre usuários e agentes de saúde; de outro, revelam também o despreparo à atenção de especificidades desta população quanto aos processos de saúde, doença e cuidado. A garantia de atendimento igualitário à população passa, na atualidade, por diferenciações de atendimento no interior dos serviços públicos de saúde, especialmente por Estratégias Saúde da Família (ESF), Programa de DSTs e Aids, ações de combate à hipertensão, diabetes e ao Fumo. E se estende à políticas, programas e ações direcionadas à população negra, indígena, deficiente, mulher, criança, idoso, trabalhador (dentre outras), o que nos remete ao princípio da equidade instituído pelo SUS quando de sua criação.

O SUS, em sua formulação, propõe: ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias de grupos populacionais específicos, articulando esforços do governo federal, dos estados e municípios².

O SUS inova em várias propostas e princípios, propõe atender a toda a população, considerando a população em todas as fases de sua vida, assegura o direito de assistência dos níveis menos complexos (UBS e Postos de Saúde) até os mais complexos. Pressupõe a realização de um atendimento à saúde para todos, de forma integral, respeitando as especificidades da população com maior vulnerabilidade.

Políticas de Saúde: aspectos históricos

Se o SUS é inovador em sua proposta de um atendimento universal, respeitando as especificidades dos grupos, a história das políticas de saúde, no Brasil, não vão neste sentido. No início dos anos 1960, a atenção à saúde se dividia entre aqueles que tinham direito à saúde e os não previdenciários (que não tinham direito à atenção à saúde). Os que tinham direito à saúde tinham a assistência médica prestada pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (estavam inseridas no mercado formal de trabalho), enquanto as pessoas que estavam fora do mercado de trabalho eram consideradas indigentes, e não tinham direito à assistência médica não-previdenciário.

Em 1966, as Caixas de Aposentadorias e Pensões foram incorporadas ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social^{III}. Nos anos 1970, vivenciamos os programas de interiorização das ações de saúde, e nos anos 1980 as Ações Integradas de Saúde e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. A partir de setembro de 1990, o Brasil passa a ter uma nova estrutura para a saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS)^{IV}, o sonho da universalização, do tudo para todos, passa a ser uma realidade.

A política de saúde no contexto do SUS implica ter uma visão integral e universal, sem perder a noção de que é necessário estar atento às determinações que interferem na saúde e, principalmente, incluindo as necessidades específicas de regiões do país, sexo, raça, etnia, religião, ciclos de vida e/ou geração. Os marcos conceituais e as normatizações do SUS sinalizam para a necessária interface entre gênero, geração, raça/etnia e classe social e que estas interferem no processo saúde, doença e morte, o que coloca a necessidade de políticas para grupos prioritários e ações específicas, sem perder a noção do todo – universalidade, com integralidade e equidade.

Dessa perspectiva, devem-se elaborar políticas de saúde atentando para a identificação de problemas prioritários para populações em situação de vulnerabilidade individual, social ou programática; física ou psicossocial; aos riscos e às doenças e para as necessidades específicas de distintos grupos sociais. Deve-se, ainda, promover a equidade na atenção, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio

da adequação da oferta às necessidades de saúde e ampliação do acesso do usuário às políticas setoriais, especialmente aquelas voltadas para mulheres, crianças, idosos, pessoas com deficiência, trabalhadores, negros, indígenas, pessoas em conflito com a lei, populações em situação de desigualdade por fatores genéticos, por condicionantes de exclusão social¹⁰ (p. 163).

A questão é como colocar tal perspectiva em prática. É o que passaremos a apresentar a seguir.

Saúde da população negra no Estado de São Paulo

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) vem desenvolvendo políticas, programas e ações direcionadas a populações com necessidades específicas ou necessidades especiais, como a população negra, a população indígena, as pessoas com deficiência e as pessoas privadas de liberdade, dentre outras populações em situação de vulnerabilidade individual, social ou programática, consolidando, gradativamente, políticas públicas para estes segmentos. Tais políticas e programas articulam-se com uma política maior, de caráter universal, o Sistema Único de Saúde (SUS).

No caso da saúde da população negra, São Paulo foi um dos primeiros estados a implantar políticas de atenção à saúde para garantir a atenção integral à saúde da população negra (desde 2003); esse processo se deu frente à necessidade de atender às populações vulneráveis e promover a justiça e a equidade. Para isso, as SES-SP desenvolveu: 1) ações de sensibilização e 2) elaborou projetos e propostas de políticas dentro dos demarcadores e instrumentos de gestão do SUS.

Dentre as ações de sensibilização desenvolvidas, destaca-se a produção do conhecimento científico sobre a temática; a extensão às comunidades remanescentes de quilombolas, a atenção, por equipes do QUALIS/PSF; a realização de Seminários Estaduais e Regionais de Saúde da População Negra e a Criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra:

- Produção do conhecimento – os estudos subsidiados e publicados pela SES-SP evidenciaram diferenciais no acesso a serviços, na qualidade da atenção e no perfil da mortalidade segundo raça/cor; a maior mortalidade da população negra por tuberculose; HIV/AIDS; câncer de colo uterino; hipertensão arterial; diabetes; alcoolismo e drogadição; mortalidade materna; causas violentas (homicídio e outros acidentes). Os estudos evidenciaram

^{III}Brasil. Min. da Saúde. Resolução 123/ INAMPS, 27 maio 1986. In: Boletim de Serviços do INAMPS nº 126 de 7/7/86.

^{IV}O Sistema Único de Saúde - SUS foi regulamentado pela Lei n. 8.080, de 19 set. 1990.

que as desigualdades raciais quando associadas a fatores sociais, genéticos, políticos e econômicos, influenciam no processo cuidado, saúde, doença e morte;

- Comunidades Quilombolas – para atender à necessidade de inclusão de práticas de promoção e educação em saúde das comunidades remanescentes de quilombos, foi definida, em 2003, a extensão da Estratégia Saúde da Família para os municípios com comunidades quilombolas (Projeto QUALIS). O objetivo foi dotar as comunidades remanescentes de quilombos de atenção integral à saúde. O programa foi implantado nos municípios de Barra do Turvo, Cananéia, Capivari, Eldorado, Iguape, Iporanga, Itaóca, Itapeva, Miracatu, Pilar do Sul, Salto de Piraporã, São Roque, Ubatuba e Votorantim;

- Comunicação Social – para informar a população, gestores e profissionais de saúde sobre os problemas relacionados à saúde da população negra, foram realizados seminários municipais, regionais e estaduais de Saúde da População Negra. O 1º Seminário Estadual de Saúde da População Negra foi realizado em 2004, no Memorial da América Latina, em São Paulo (SP). O evento contou com a presença de cerca de 600 pessoas, dentre elas profissionais de saúde, gestores e, principalmente, integrantes do movimento social e movimento negro. Em 2005, ocorreu o 2º Seminário, também no Memorial da América Latina, com público similar ao primeiro. Esta iniciativa desencadeou a realização de seminários municipais em Jundiá, São Bernardo do Campo, Bebedouro, Limeira, Ribeirão Preto, Bauru, Piracicaba e Santos. No ano de 2006, foram realizados Seminários Regionais de Saúde da População Negra envolvendo os Departamentos Regionais de Saúde de Araçatuba, Barretos, Piracicaba, Araraquara e Bauru. O 3º e 4º Seminários Estaduais de Saúde da População Negra foram realizados no interior do Estado, nas cidades de Ribeirão Preto e Campinas, respectivamente.

Vale salientar que, por considerar fundamental instrumentalizar os profissionais de saúde e o movimento negro, houve um investimento na produção e distribuição de materiais informativos e instrumentais tais como:

- Boletim do Instituto de Saúde (BIS), nº 31 e nº 44, Boletim Epidemiológico Paulista (Bepa) especial, Boletim do

CRTAids, Livros: Seminário de Saúde da População Negra e Nascer com equidade (no prelo), Livros CRT, vídeos “Saúde com cultura”, “Metodologia de pesquisas” e “Parto e Nascimento e as questões étnico/raciais” (no prelo). Além disso, ampliando a difusão dos conhecimentos sobre a questão, estão disponibilizados no site da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo documentos, textos, teses, artigos, vídeos etc, que podem contribuir para o aprofundamento das discussões e desenvolvimento de intervenções em Saúde da População Negra^v;

- Comitê Técnico Saúde da População Negra – atendendo às demandas do I Seminário Estadual de Saúde da População Negra, a SES-SP constituiu o Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo, o primeiro comitê estadual do Brasil, integrado por profissionais da SES e representantes dos movimentos sociais, movimento negro, universidades e instituições com acúmulo no campo da saúde da população negra. Posteriormente, os Departamentos Regionais de Saúde da Baixada Santista, Taubaté e de Barretos criaram seus Comitês Técnicos Regionais de Saúde da População Negra.

Em 2002, o Centro de Referência e Treinamento em DST/HIV/Aids de São Paulo, ao realizar a atualização da matrícula dos 2.547 pacientes, utilizou o quesito cor (branco, preto, pardo, amarelo e indígena) por auto-classificação. Na ocasião, percebeu-se a dificuldade em abordar a coleta da informação raça/cor. No mês de novembro de 2003, o programa estadual de DST/HIV/Aids firmou uma parceria com a Organização Não-Governamental Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdade (CEERT), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e o Programa das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), a fim de realizar o projeto-piloto “Coleta da informação quesito cor/raça/etnia em serviços de DST/Aids do Estado de São Paulo” – realizado com 13 municípios. Posteriormente, a proposta foi estendida para outros 17 municípios, perfazendo um total de 30 municípios do Estado de São Paulo.

A proposta de inclusão do quesito cor (branca, preta, amarela, parda e indígena) em todos os documentos, formulários, e nos sistemas de informação do SUS foi encaminhada para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado de São Paulo. A proposta foi aprovada pela CIB em 16 de agosto de 2007 e resultou na Portaria do Gabinete do Ministro nº 719 de 28 de dezembro de 2007, que deter-

^vwww.saude.sp.gov.br/content/gtae_saude_populacao_negra.mmp.

mina no artigo 1º “incluir o campo raça/cor, nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH)”.

Em 2007, a SES-SP investiu em novas diretrizes e estratégias. Considerando que as políticas públicas de saúde devem estar atentas à identificação de problemas prioritários para populações específicas e em situação de vulnerabilidade, o Secretário criou, em março de 2007, o Grupo Técnico de Ações Estratégicas (GTAE), formalizado por meio da Resolução 282, de 3/08/2007. Uma das áreas criadas foi a Área Técnica Saúde da População Negra.

Cabe à área técnica saúde da população negra apoiar e estimular a formulação de políticas públicas que reduzam as iniquidades deste segmento populacional e assessorar tecnicamente o Secretário de Estado da Saúde, os Departamentos Regionais de Saúde e os municípios, para que haja a implantação da Política Estadual de Saúde e da atenção integral à saúde da população negra.

Durante a elaboração do Plano Estadual de Saúde (2008-2011), a Área Técnica e o Comitê Técnico elaboraram os objetivos, metas e as ações estratégias necessárias para “Garantir a atenção integral à saúde da população negra”⁸ (p. 126-32).

A garantia à atenção à saúde da população negra foi inserida como uma das prioridades estaduais complementares do Pacto pela Saúde do Termo de Compromisso da Gestão Estadual, no Plano Estadual de Saúde e nos Planos Operativos Anuais. Como se vê, a institucionalização da temática racial nos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo teve seu apogeu a partir de 2007, com a criação da Área Técnica da Saúde da População Negra no Grupo Técnico de Ações Estratégicas da Coordenadoria de Planejamento e Saúde. Dentre as principais intervenções da Área Técnica, destacamos:

- Plano Estadual de Saúde – elaboração do texto que propõe “garantir a atenção integral à saúde da população negra”;
- Plano Operativo Anual – elaboração de metas e estratégias para cumprir a Política Estadual de Saúde, o Plano Estadual de Saúde e a atenção à saúde da população negra;
- Quesito cor nos sistemas de informação do SUS – na inclusão do Quesito cor no Sistema de Informação Hospitalar e no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde – em novembro de 2007, o Ministério da Saúde atende à solicitação e publica a Portaria nº 719, de 28/11/2007;
- Articuladores de Saúde da População Negra nos DRSs – a criação de articuladores de Saúde da População Negra nos Departamentos Regionais de Saúde, possibilitando a capilaridade da política pelos municípios do Estado.

A inserção da questão racial nos instrumentos demarcatórios e regulatórios do SUS foi fundamental para a institucionalização da política de atenção à saúde da população negra no Estado de São Paulo.

O caminho desenhado pela Área Técnica permitiu introduzir um projeto em cada ação, objetivo e estratégia do Plano Operativo Anual. Os projetos se propõem a serem pilotos para, posteriormente, serem incorporados aos eixos prioritários e às diretrizes estratégicas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (redução das desigualdades e aperfeiçoamento da qualidade das ações de saúde; redução da mortalidade materna e infantil - linhas de cuidado da gestante e da puérpera; ações de promoção em saúde e atenção básica; gestão da educação e do trabalho-educação permanente e fortalecimento da participação da comunidade na gestão do SUS). Dentre os projetos, destacamos:

- Humanização do Parto e Nascimento e as questões étnico/raciais e de gênero – projeto-piloto realizado no Hospital Geral de São Mateus, que tem como objetivo discutir os diferenciais na mortalidade materna e infantil da população negra com profissionais que atendem às mulheres gestantes e puérperas;
- Saúde com Cultura – projeto-piloto realizado em parceria com a Secretaria de Estado da Cultura. A etapa atual do projeto será utilizada para formar/qualificar os profissionais de saúde dos DRSs (articuladores de saúde da população negra, saúde da mulher, criança, idoso, grupos de humanização e os CDQs) visando à elaboração de ações transversais. Esta proposta também pode ser utilizada para formar profissionais dos grupos de humanização dos hospitais;
- Atenção aos pacientes portadores de Anemia Falciforme e outras hemoglobinopatias na Macro-Região de São José do Rio Preto (DRSs de Araçatuba, Barretos e São José do Rio Preto – o estudo teve como meta subsidiar: 1) a elaboração da Política Estadual de Atenção à Pessoa com Doença Falciforme no Estado; 2) a articulação desta política com a Política de Triagem Neonatal do Estado de São Paulo e 3) articular estas políticas da

atenção básica aos centros de referência regional, hemocentros e serviços terceirizados;

- Introdução do Quesito cor nos sistemas de informação;
- Criação de Comitês Técnicos Regionais de Saúde da População Negra.

Conclusão

As ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no campo da Saúde da População Negra tinham como meta estimular a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN, produzir mudanças no modelo de atenção em saúde e aumentar a resolubilidade de problemas específicos de saúde. Dentre elas, podemos citar a necessidade de articular a atenção básica com os demais níveis de assistência, dar respostas suficientes e qualificadas que diminuam as iniquidades raciais no Sistema Único de Saúde.

Para responder às demandas de saúde da população negra, a SES-SP reconhece que: 1) as desigualdades raciais representam um entrave para a consolidação da justiça social; 2) para a superação das desigualdades raciais é necessário um formato de gestão pública que reconheça a existência do racismo nas relações sociais e, portanto, no funcionamento da saúde pública e na estrutura do Sistema Único de Saúde; 3) existe a necessidade de o gestor induzir políticas, ações, propostas e projetos, até que se supere os efeitos do racismo na saúde; 4) que os instrumentos de implantação e gestão da PNSIPN são os instrumentos do SUS; 5) fazem-se necessárias ações voltadas a atender grupos socialmente e historicamente vulneráveis, porém, a partir da política universal, o Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, são necessárias ações interseoriais – articulações com diferentes esferas do governo (Secretaria de Justiça, Secretaria da Cultura, Secretaria da Agricultura e Secretaria de Relações Institucionais, dentre outras), e que a sociedade civil participe na elaboração, avaliação e controle das políticas públicas.

Por fim, as ações desenvolvidas para garantir a atenção integral à saúde da população negra não devem estar vinculadas à perspectiva assistencialista ou compensatória de combate à pobreza, mas a políticas como o SUS, que reconhecem a necessidade de atenção às diferenças, às desigualdades sociais e raciais (dentre outras) sem incorrer no equívoco de ações focalizadas. Tais ações ou políticas focalizadas, especialmente quando direcionam o financia-

mento das políticas públicas de forma restritiva aos pobres, determinadas por questões que aqui não foram aprofundadas, mas que, sabemos, reforçam desigualdades ao invés de combatê-las. A PNSIPN, ao contrário da focalização, aperfeiçoa os eixos prioritários, as diretrizes estratégicas e princípios definidos pelo SUS, confirmando uma política universal, o Sistema Único de Saúde. Podemos afirmar que as ações aqui apresentadas realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo evidenciam isso.

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1: 18055-9.
3. Brasil. Portaria MS no. 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União. 14 de maio de 2009; Seção 1.
4. Cecílio LC. As necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA de, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2001. p. 113-126.
5. Ivo ABL. A reconversão do social: dilemas da redistribuição no tratamento focalizado. São Paulo em Perspectiva [online] 2004; 18 (2): 57-67. [Acesso em 30/fev/2010] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n2/a07v18n2.pdf>.
6. Kalckmann S, Santos CG dos, Batista LE, Cruz VM. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? Saúde e sociedade 2007; 16 (2): 146-55.
7. Maio MC, Monteiro S. Tempos de racialização: o caso da Saúde da População Negra no Brasil. História, Ciência e Saúde – Manguinhos 2005; 12:419-46.
8. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde (2008-2011). São Paulo; 2008.
9. Sarmiento A, Arteaga L. Focalizar o universalizar: um falso dilema. Cuadernos de economia [online] 1998; XVIII (29). [Acesso em 30/fev/2010] Disponível em: WWW.ladb.unm.edu/econ/content/cuadeco/indice/.
10. Souza RR, Vaz Mendes JD, Barros S, organizadores. 20 anos do SUS São Paulo. São Paulo: SES/SP; 2008.

O Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) e a criação da Rede de Saúde da População Negra de Salvador: alguns elementos metodológicos

The Program to Combat Institutional Racism (PCRI) and the creation of the Black Population Health Network in Salvador: some methodological elements

Eloísa Solange Magalhães Bastos¹

Liliane de Jesus Bittencourt^{II}

Resumo

Este artigo apresenta o processo de formação da Rede de Saúde da População Negra de Salvador como parte da implantação e internalização do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por meio da constituição de representações de saúde da população negra nos diversos Distritos/Setores Sanitários. O PCRI tem estruturado e potencializado o trabalho da Assessoria de Promoção da Equidade Racial em Saúde (ASPERS), garantindo a promoção da equidade racial, como diretriz transversal da SMS.

Palavras-chave: Racismo; população negra; equidade em Saúde

Abstract

This article presents the process of setting up the Black Population Health Network in the city of Salvador as part of the implementation and internalization of the Programme Against Institutional Racism (PCRI) in the Municipal Health Department (SMS) by means of constituting black health representatives of the population in the diverse districts and sectors of sanitation. PCRI has structured and improved the work of Assessment of Promotion of Racial Equity in Health (ASPERS), ensuring the promotion of racial equity, as a transversal directive of the SMS.

Key-words: Racism; black population; equity in Health

¹Eloísa Solange Magalhães Bastos (elosmb@gmail.com) é assistente social, especialista em Administração e Gestão Pública. Atua na Assessoria de Promoção da Equidade Racial em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Salvador (BA). É pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Saúde Mental (NISAM) do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

^{II}Liliane de Jesus Bittencourt (liliane_bittencourt@hotmail.com) é nutricionista, mestre em Saúde Materno Infantil pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). Atua na Assessoria de Promoção da Equidade Racial em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Salvador (BA). É pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Saúde Mental (NISAM) do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).



A ideia de constituir representações de saúde da população negra nos diversos distritos sanitários e setores, os chamados Pontos Focais, surgiu em julho de 2005, durante a “I Oficina de Identificação de Abordagem do Racismo”^{III}, um dos primeiros passos para a implantação do Programa de Combate ao Racismo Institucional – PCRI^{IV}, na Secretaria Municipal de Saúde da Salvador – SMS.

Essa oficina gerou os subsídios para a elaboração de um diagnóstico da situação de racismo na SMS, a

partir de duas dimensões de análise, interdependentes e correlacionadas, a das relações interpessoais e a político-programática, levando à construção de um plano de ação, por meio de três ações estratégicas:

- Promover o respeito à diversidade nas relações de trabalho e no atendimento aos usuários;
- Dar visibilidade à necessidade de prevenir e combater o racismo institucional na SMS;
- Garantir a institucionalização das ações em Saúde da População Negra e o combate e prevenção do racismo institucional.

A formação dos Núcleos Distritais de Saúde da População Negra (NDSPN), com a identificação de profissionais que atuassem como disseminadores das ações do Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra (GTSPN), nos respectivos distritos sanitários/setores, os chamados Pontos Focais, foi a estratégia proposta para garantir a sustentabilidade das ações. Tal processo, lento e nem sempre tranquilo, constitui-se em uma experiência única e inovadora, realizada a várias mãos, que passou e passará por diferentes estágios de mobilização e organização.

Constituindo os Pontos Focais

Respondendo à solicitação do GTSPN, algumas coordenações dos distritos sanitários e setores da SMS de-

^{III}A Oficina de Identificação de Abordagem do Racismo, conduzida pelo AMMA-Psique e Negritude, teve como objetivo introduzir a discussão sobre Racismo Institucional na SMS e contou com a participação dos Coordenadores, Subcoordenadores e Assessoria Técnica da SMS; a partir de abordagens participativas e inovadoras estes foram levados à reflexão e identificação de situações no seu cotidiano profissional que evidenciassem o que conceitualmente é denominado de racismo institucional: “(...) o fracasso coletivo de uma organização em prover um serviço profissional e adequado às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes ou comportamentos que denotam discriminação resultante de preconceito inconsciente, ignorância, falta de atenção ou de estereótipos racistas que coloquem grupos étnicos em desvantagem”.

^{IV}Lançado oficialmente em 18 de abril de 2005, em Salvador, o Programa de Combate ao Racismo Institucional – PCRI é parte do convênio firmado entre a Prefeitura Municipal do Salvador e o Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza (DFID), tendo o Programa para as Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), como agência implementadora. O PCRI prevê ações em prol das Metas de Desenvolvimento do Milênio e projetos em áreas como pobreza, governança e ambiente e tem como objetivos: 1) Contribuir para superar noções, ainda prevalentes, sobre a existência de uma democracia racial no Brasil, e sobre a pobreza como resultante apenas da desigualdade econômica; 2) Promover a equidade racial por meio do combate ao racismo institucional; 3) Apoiar a integração política de ações de combate ao racismo institucional em nível municipal, na Bahia e em Pernambuco; 4) Focalizar as ações em saúde e realizar um estudo de caso sobre como o racismo institucional pode ser abordado em um ministério setorial, de modo a permitir as necessárias ligações entre a política federal e sua execução nos planos estadual e municipal.

signaram um ou mais servidores como representantes de saúde da população negra no seu respectivo distrito/setor. O esforço inicial foi direcionado para o balizamento conceitual do que chamamos Ponto Focal, suas competências e/ou atribuições e para o estabelecimento de acordos e compromissos.

A partir daí, definiram-se Pontos Focais como representações de saúde da população negra (SPN) nos diversos distritos sanitários e setores, com participação voluntária, independentemente do cargo/função do trabalhador na instituição, tendo como pré-requisito a sua identificação com o tema e ser sensível às demandas da saúde da população negra.

Sua competência é ser o elo entre o GTSPN e as Unidades de Saúde/setores da SMS, articulando as ações de SPN nas suas áreas de atuação; disseminar informações sobre a SPN destinadas à sociedade em geral, divulgar ações referentes ao PCRI Saúde, incentivar os Programas Humaniza SUS e PCRI, mobilizar os pares para campanhas de combate ao racismo e promover o respeito à diversidade étnica, religiosa e sexual na saúde e fora dela.

Logo de início, foram evidenciadas algumas questões que dificultam este trabalho, como a desatenção de algumas coordenações em relação à SPN e ao PCRI, refletida na falta de critérios na indicação dos Pontos Focais, implicando rotatividade de representação, além da necessidade de capacitação dos Pontos Focais, pois mesmo motivados e comprometidos, não se sentiam qualificados para a discussão da temática.

Respondendo às demandas de capacitação, foi realizada a II Oficina de Identificação de Abordagem do Racismo e, em agosto de 2006, constituído o Grupo de Estudo em Saúde da População Negra, transformado, posteriormente, por meio de uma parceria com a Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em um curso de extensão, que se tornou mais um espaço de debate e aglutinação de pessoas interessadas no tema. Entre 2008 e 2009, aconteceu o Curso de Atualização Raça e Gênero na Atenção à Saúde, em parceria com Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA. É importante assinalar que, embora o enfrentamento do racismo não tenha constado como uma das atribuições do GTSPN na sua criação, o PCRI, enquanto programa que lida com o desvelamento de práticas institucionalizadas do racismo (cultura institucional e subjetividade), foi incluído nas atribuições propostas, como elemento estruturante e potencializador das ações.

Em um primeiro momento, o PCRI - Nacional propiciou aportes teóricos e financeiros fundamentais à institucionalização do tema da saúde da população negra na SMS. Nesse contexto, realizou-se, entre março e abril de 2006, em conjunto com o PNUD, uma oficina de planejamento estratégico para rever as atribuições do GTSPN, redefinindo sua forma de ação e possibilitando o grupo pleitear tornar-se uma coordenadoria. Dela participaram os membros do GTSPN, gestores e diversos Pontos Focais, resultando na proposta de criação da Assessoria de Promoção da Equidade Racial em Saúde (ASPERS), como órgão permanente da SMS, com a missão de garantir a promoção da equidade racial como diretriz transversal e tendo como estratégia de atuação a articulação entre o nível central, distritos e Pontos Focais.

Núcleos distritais compoem a rede de Saúde da População Negra de Salvador

A proposta de formação dos núcleos distritais surgiu com o intuito de criar uma rede de pontos (núcleos) focais nos distritais. Para intensificar o processo, diversas sugestões foram executadas, como a realização de mais reuniões para discutir questões locais, considerando as especificidades de cada distrito; melhoria da comunicação; participação do GTSPN/ASPERS nas reuniões promovidas pelas coordenações distritais com seus gerentes; expansão das oficinas do PCRI a outros funcionários.

De junho a outubro de 2006, o GTSPN, em parceria com o PCRI-Nacional (financiado pelo PNUD) e com o Centro de Estudos Afro Brasileiros – CEAFFRO (UFBA), promoveu 10 Oficinas Distritais de Formação de Profissionais de Saúde para o Combate ao Racismo Institucional, com o objetivo de desenvolver, entre estes, habilidades que lhes permitissem identificar o racismo institucional no cotidiano do trabalho, propor formas para sua superação, assim como subsidiar o debate sobre a redução das iniquidades raciais em saúde, abordando a importância da adoção de políticas de saúde da população negra no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Estas oficinas proporcionaram um espaço ímpar para expressão das formas como o racismo e a discriminação atingiram e atingem, pessoal e profissionalmente, cada um dos participantes. Foi observado que alguns profissionais que se sentiam isolados no seu sofrer cotidiano puderam identificar as formas sutis, através das quais o racismo se manifesta, levando-os a estabelecer uma relação entre esse sofrer, a discriminação e o racismo institucional, despertando-lhes o estímulo para aprofundar e ampliar

as discussões sobre o tema, assim como para implementar formas de prevenção e combate ao racismo.

Durante o desenvolvimento dos trabalhos, muitos profissionais, num primeiro momento, não faziam qualquer correlação entre a vivência do racismo e o conceito de racismo institucional (RI), afirmando categoricamente que no seu local de trabalho não havia racismo. Entretanto, no decorrer das oficinas, à medida que ficavam explicitadas as formas pelas quais o racismo tem se manifestado ao longo da história e a dimensão simbólica do que é ser negro em nossa sociedade, as pessoas presentes encontravam o seu lugar dentro desse contexto, e passavam a relatar situações do seu cotidiano que evidenciavam a presença de RI.

Nos anos seguintes, com o apoio do Ministério da Saúde, foi dada continuidade às oficinas, com o objetivo de trabalhar, a partir do enfoque racial, questões como sexismo, machismo, xenofobia, homofobia, lesbofobia e seu enfrentamento. Como observado anteriormente, as mesmas, além de dar visibilidade ao racismo, condição imprescindível ao seu enfrentamento, vêm funcionando como catalisador da adesão de novos Pontos Focais, oportunizando a formação de novos núcleos distritais de SPN, ampliando a capilaridade das ações da ASPERS.

A comunicação permanente enquanto espaço de compartilhamento de ideias e ações, inclui também o registro do planejamento e avaliação das ações desenvolvidas, como o Plano de Ação Anual, no qual busca-se, a partir dos Pontos Focais, o envolvimento dos gestores, coordenadores, gerentes e chefes de setores na elaboração e implementação das ações em SPN por distrito sanitário.

A produção de peças promocionais (cartazes, folders, boletins, cartilhas, vídeos etc) é outra estratégia de comunicação utilizada. É interessante assinalar que os Pontos Focais, a partir de suas vivências, somadas aos subsídios fornecidos por esses materiais, vêm criando seus próprios meios de se comunicar com a comunidade, por meio de peças teatrais, promoção de concursos de poesias abordando temas relacionados à questão racial na saúde etc.

As reuniões distritais são outros espaços de compartilhamento da informação, de escuta, discussão e definição de soluções. Essas reuniões acontecem mensalmente, antes ou após as reuniões do nível central.

Outro meio de mobilização e motivação utilizado é o uso da imagem de servidores/as em peças de divulgação de campanhas do PCRI. A participação dos Pontos Focais Distritais em eventos organizados em outros estados, apresentando as experiências e ações de Saúde

da População Negra e Combate ao Racismo Institucional desenvolvidas pela SMS de Salvador, também tem sido uma estratégia eficaz e fortalecedora. Esta forma de condução dos trabalhos tem servido também como elemento legitimador das ações dos Pontos Focais perante seus pares, essencial para o desenvolvimento dos trabalhos.

No entanto, algumas dificuldades têm sido vivenciadas. Nos distritos onde os núcleos distritais já se encontram formados e em funcionamento, o trabalho flui com muito mais facilidade. Apesar das dificuldades operacionais e políticas, próprias do setor público, nos distritos em que os núcleos estão em fase de implantação, as dificuldades são maiores.

É importante assinalar que é a partir das potencialidades, mas, principalmente, através de proposições para superação dos obstáculos, que vem sendo forjada a estrutura organizacional dos núcleos distritais de SPN. Por exemplo, ao se verificar que os núcleos foram mais facilmente organizados nos distritos sanitários onde os Pontos Focais pioneiros atuam nas sedes dos distritos, definiu-se que cada distrito deve ter de um a três Pontos Focais na sua sede – os Pontos Focais Distritais, e pelo menos um Ponto Focal em cada uma das suas unidades de saúde, os chamados Pontos Focais de Unidades.

Como qualquer outro profissional, os Pontos Focais, por sua ocupação ou trabalho, têm um “campo” ou “espaço” de atuação próprio e, apesar de dispostos a participar, sofrem limitações próprias do seu campo de atuação. Essa situação, se não observada, pode gerar angústias e desestímulos. Baseado nisso, percebeu-se que o apoio constante da ASPERS era fundamental para identificar possíveis formas de atuação e minimizar estas limitações. Para tal, ficou definido que cada uma das técnicas da ASPERS atue como membro dos núcleos distritais/setoriais, de forma regular e participativa. Cabe a elas mediar, apoiar e dar assistência aos distritos e setores com objetivo de manutenção destes núcleos, funcionando essencialmente como facilitadoras da intercomunicação.

Considerando que os NDSPN têm especificidades ligadas a situações estruturais, conjunturais e culturais locais e que apresentam diversidades e desenvolvimento distintos, cabe à ASPERS o papel de mediação intra e intersetorial, para garantir a promoção da equidade racial, como diretriz transversal da SMS, assegurar o aporte técnico e, quando necessário, o material, contribuindo para dar segurança e legitimidade às ações realizadas pelos Pontos Focais e/ou NDSPN.

Portanto, se a ideia é a criação de núcleos distritais

como processo de formação da rede de SPN em Salvador, e se o mesmo deve ser formado por atores que compartilham a tarefa de promover a equidade racial na SMS, entre si e com a sociedade, e se essa ideia está sendo produzida conjuntamente, os Pontos Focais são elementos fundamentais desse processo.

Outro dado relevante é que os Pontos Focais se constituem como produtores de um novo fazer que, além de questionar o racismo institucional, questiona sua própria condição frente ao mundo, assim como a necessidade do desenvolvimento de novas habilidades a partir da própria prática como profissional de saúde.

A Rede de Saúde da População Negra de Salvador: forma de organização institucional

“Redes são sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições, de forma democrática e participativa, em torno de objetivos e/ou temáticas comuns. Estruturas flexíveis e cadenciadas, as redes se estabelecem por relações (...), interconexas e em dinâmicas que supõem o trabalho colaborativo e participativo. As redes se sustentam pela vontade e afinidade de seus integrantes, caracterizando-se como um significativo recurso organizacional, tanto para as relações pessoais quanto para a estruturação social”³.

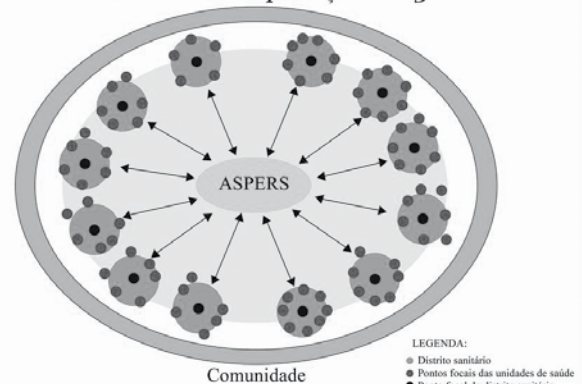
A ASPERS assumiu o papel de precursor de um movimento que reflete uma preocupação e um desejo de mudança, compartilhado e contribuindo para que sejam criadas as condições para a formação, evolução e sustentabilidade da Rede de Saúde da População Negra de Salvador, operada segundo os princípios do diálogo e da busca do consenso em torno de prioridades coletivamente estabelecidas, que, ao fornecer capilaridade às ações da Assessoria de Promoção da Equidade Racial, constitui uma nova morfologia organizacional, cuja lógica modifica a operação e os resultados dos processos produtivos e de experiência, ressignificando a cultura

³Segundo Jambeiro (1997), o Ainhum ou ayun foi uma doença muito comum na África Ocidental e significa, na língua lorubá, serrar, cortar. O primeiro relato dessa patologia foi feito em 1860 por Clark, que se referiu a ela como “gangrena seca dos negros”. Deveu-se a Silva Lima, em 1867, na Bahia, a primeira publicação extensa sobre o tema, na qual se identificavam a doença, seu nome, seus aspectos etiológicos, histológicos e de tratamento. Parece ser uma afecção particular à raça negra, caracterizada pela formação de um anel escleroso em torno dos pododáctilos, principalmente o quinto, os quais são progressivamente estrangulados, tornando-se globosos e acabam por destacar-se. É uma doença ainda obscura, reconhecida por alguns autores como entidade isolada, e descrita por outros como fazendo parte de manifestações de outras entidades mórbidas.

institucional, na qual, como assinala Castells⁴, o poder dos fluxos é mais importante do que os fluxos do poder.

Trata-se então da criação de uma rede colaborativa temática local, que busca canalizar o “poder dos fluxos” para alcançar a promoção da equidade racial em saúde em Salvador. A figura abaixo expressa a constituição desta rede, onde há relação intrínseca entre os Pontos Focais de unidade e os distritais e entre estes e o nível central, sendo a comunidade o objetivo e o meio pelo qual o processo de equidade racial na saúde é construído.

Rede de Saúde da População Negra - SMS



Considerações Finais

Falar de cultura institucional significa falar de um universo simbólico que integra um conjunto de significados, que podem ser vistos em padrões, valores e normas organizacionais. Nesse sentido, entendemos o PCRI como um instrumento que vem tecendo os elementos simbólicos de um novo paradigma cultural, através de um processo de criação conjunta, para o qual não existem *a priori* receitas prontas.

Considera-se que o que está acontecendo no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde hoje é, sem dúvida, o início de um processo de mudança. Há, em alguns setores da Secretaria, um reconhecimento da importância do tema Saúde da População Negra. Por exemplo, a dimensão racial já está sendo incluída em alguns materiais informativos da saúde. Isso é muito importante, considerando que a comunicação constitui um dos elementos essenciais no processo de criação, transmissão e cristalização do universo simbólico de uma instituição. Nesse sentido, há uma mudança. A discussão do tema dentro da instituição vem gerando alguns outros resultados, como cursos de extensão em Saúde da População Negra, o trabalho de saúde, antes não contemplado, nos terreiros e nos quilombos urbanos de Salvador, a implantação do Programa de Anemia Falciforme, a divulgação do AINHUM².

A experiência tem demonstrado que o envolvimento dos gestores é fator fundamental para o sucesso do combate ao racismo na instituição saúde. A iniciativa da prefeitura municipal em assumir o compromisso de implantação do programa, por si só, não tem sido suficiente para que os gestores e servidores municipais também o assumam. Para o sucesso da institucionalização do combate e prevenção ao racismo na SMS, os gestores necessitam entender que o programa faz parte da agenda do governo municipal.

Resistências e dificuldades acontecem, os desafios são muitos para que a rede de Saúde da População Negra de Salvador se consolide. Entre esses desafios, encontra-se a necessidade de desenvolvimento de instrumento legal e normativo para coibir as práticas racistas, que tenha como foco não só os indivíduos, mas também as instituições que as cometem e/ou permitem que seus trabalhadores a cometam; a criação de um protocolo de ação para os casos de racismo em saúde; a ampliação da participação da sociedade no processo de formação da Rede e uma melhor definição de instrumentos de acompanhamento e avaliação do processo e dos resultados.

No entanto, pode-se dizer, sem dúvida, que a implantação do PCRI tem promovido uma reflexão por parte dos profissionais da SMS sobre o racismo institucional, permitindo uma reelaboração dos conceitos, atitudes e da relação profissional/usuário. Além disso, tem estruturado e potencializado o trabalho da ASPERS e, dessa forma, tem fornecido as bases para a internalização da dimensão racial nas ações da SMS.

No processo de mobilização social, instrumento de gestão dessa Rede, o Ponto Focal é de extrema importância para dar maior visibilidade e continuidade à luta pela prevenção e combate ao racismo. Apesar das dificuldades de difusão e implementação da equidade racial nas ações dos distritos sanitários e setores da SMS, as oficinas constituem um grande motivador do envolvimento de trabalhadores nos objetivos do programa.

Referências

1. Castells M. A sociedade em rede - A era da informação: economia, sociedade e cultura V. 1. São Paulo: Paz e Terra; 1999.
2. Jambeiro J et al. Ainhum: ressurgimento histórico e científico. Revista Brasileira de Ortopedia 1997 Nov.
3. Olivieri L. A importância histórico-social das redes. In: Manual de redes sociais e tecnologia. São Paulo: CONECTAS/Friedrich Ebert Stiftung; 2002.

Aborto: livre escolha?

Abortion: free choice?

Suzana Kalckmann^I
Elisabete Aparecida Pinto^{II}

Resumo

A interrupção intencional da gravidez é indiscutivelmente um problema de saúde pública, pois, apesar das restrições legais existentes no Brasil, milhares de mulheres se submetem a ela. No aborto provocado, tanto pelo acesso a procedimentos seguros para realizá-lo quanto para a tomada de decisão, são evidentes as iniquidades econômicas, de gênero e de cor/raça. Objetivando ampliar a discussão sobre o tema e dar maior concretude às pessoas envolvidas, foram selecionadas falas de homens e mulheres do estudo *O aborto numa perspectiva étnica e de gênero*. Os resultados mostram que as decisões não são lineares e dependem de uma rede de relações sociais complexas. As mulheres escutadas não tiveram a possibilidade de escolher livremente. Elas optaram pelo aborto, sob condições nas quais tinham pouco controle, o que representou mais uma ausência de poder do que um exercício de liberdade reprodutiva.

Palavras-chave: Aborto; aborto provocado; discriminação racial

Abstract

The intentional interruption of pregnancy is undoubtedly a problem of public health as, despite the existing legal restrictions in place in Brazil, thousands of women undergo abortions. Undergoing an abortion whether by access to safe procedures to carry it out as well as by deciding to, the economic iniquities of type and color/race are evident. With the objective of opening up debate on the theme and provide more solid content to those involved, conversations by men and women have been selected from the study *“Abortion from an ethnic and gender perspective”*. The results show that the decisions are not linear and depend on a network of complex social relationships. The women heard did not have the possibility of free choice. They opted for an abortion under conditions where they had little control, which represented a further absence of power than the exercise of reproductive liberty.

Key-words: Miscarriage, abortion; racial discrimination

^ISuzana Kalckmann (suzanak@isaude.sp.gov.br) é bióloga, mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e doutora em Ciências pela Coordenadoria de controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD/SES-SP). É pesquisadora científica VI e diretora do Núcleo de Práticas de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{II}Elisabete Aparecida Pinto (lizpinto@uol.com.br) é assistente social, mestre em Ciências Sociais Aplicada à Educação pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). É sócia fundadora da FALA PRETA! Organização de Mulheres Negras.



A interrupção intencional da gravidez é indiscutivelmente um problema de saúde pública, pois, apesar das restrições legais existentes no Brasil^{III}, milhares de mulheres, por ano, se submetem a ela.

Pesquisa realizada pelo The Alan Guttmacher Institute (AGI)^{IV} estimou que, em 1991, foram 1.443.350 abortos induzidos, com 44 abortos por 100 nascidos vivos e taxa anual de 3,65 por mulheres de 15 a 49 anos¹. Com metodologia similar, Corrêa e Freitas⁶ estimaram, para o período de 1994 a 1996, a ocorrência de 728.100 a 1.039.000 abortos provocados. Monteiro e Adesse¹², em 2005, estimaram 1.054.242 abortos, com taxa média de 2,07 abortos por 100 mulheres entre 15 e 49 anos de idade. Constataram-se importantes desigualdades regionais:

regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste com taxas de 2,81, 2,73 e 2,01. Sudeste e Sul com 1,82 e 1,28 abortos/100 mulheres de 15 a 49 anos, respectivamente.

Apesar de nos últimos anos o número de estudos sobre abortamento ter aumentado, a maioria deles é pontual e restrito a serviços e/ou a cidades, havendo dificuldade para se estimar a real magnitude e gravidade do problema, devido à clandestinidade em que os abortos são realizados^{4, 5, 10, 13, 16}.

Dados preliminares da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), realizada em 2010, com amostragem aleatória domiciliar representativa das mulheres alfabetizadas do Brasil urbano, com idades entre 18 e 39 anos, mostram que 15% das mulheres entrevistadas tiveram pelo menos um aborto provocado ao longo da vida, proporção similar às seguidoras das diferentes religiões e maior entre as de menor escolaridade⁸.

Vale salientar que os procedimentos adotados para a realização do aborto são variados, indo desde quedas e socos na barriga, introdução de substâncias cáusticas no colo do útero e de objetos perfurantes (sondas, arames, agulhas de tricô, talos de mamona etc), uso oral e local dos mais variados medicamentos e chás, uso oral e local do Cytotec^{®V, VI}, chegando à técnica de aspiração manual a vácuo, realizada com anestesia e assepsia, que reduz significativamente os riscos de intercorrências. Como se pode observar, as mulheres que desejam e tentam inter-

^{III}O Código Penal Brasileiro, desde 1940, considera o aborto provocado como crime exceto quando não há outro meio de salvar a vida da gestante ou quando a gravidez for resultado de estupro. Todos os demais casos são passíveis de punição, com penas que variam de um a dez anos de prisão para a mulher e para a pessoa que realiza o aborto; para esta última, a pena pode dobrar caso ocorra a morte da gestante.

^{IV}Casos hospitalizados ajustados, multiplicados pelo fator de correção 5.

^VCytotec[®]: nome comercial do Misoprostol que é uma prostaglandina, inicialmente indicado para o tratamento de úlceras gástricas, usado para acelerar/estimular contrações uterinas. A comercialização do Cytotec[®], introduzido no Brasil em 1984, é proibida no País desde 1998 e só hospitais têm permissão do Ministério da Saúde para adquiri-lo.

^{VI}Houve inclusão do medicamento Misoprostol na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais- Renome 2010, regulamentada pela Portaria n° 1.044, de 05/05/2010.

romper a gravidez se expõem a uma gama variada de riscos, diretamente inversa às suas condições econômicas: rica, poucos riscos; pobre, muitos riscos^{2, 6}.

Tais iniquidades são acirradas pelo setor saúde, pois são frequentes as queixas de maus tratos e/ou de negligência nas situações de suspeita de que o aborto foi provocado, ampliando os riscos de complicação pós-abortamento, agravando inclusive sofrimentos mentais, que poderiam ser minimizados se mulheres nessas condições fossem atendidas adequadamente⁵.

Vários autores relatam que as mulheres internadas por abortos recebem atendimento diferente, de pior qualidade, daquelas que são internadas para o parto^{3, 11, 10}:

“O aborto realizado em condições inseguras figura entre as principais causas de morte materna e é causa de discriminação e violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde. Violência que pode traduzir-se no retardo do atendimento, na falta de interesse das equipes em escutar e orientar as mulheres ou mesmo na discriminação explícita com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas”⁴ (p. 31).

Vale lembrar que o aborto provocado é a quarta causa de morte materna no Brasil, que, apesar das diferenças regionais, na maioria, poderiam ser evitadas, se fossem adotadas medidas para a redução de danos^{2, 3, 4, 5}.

No aborto, tanto no acesso a procedimentos seguros para realizá-lo, quanto para a tomada de decisão, são evidentes as iniquidades econômicas, de gênero e de cor/raça.

As publicações, especialmente da grande mídia, tratam a questão como se a interrupção da gravidez fosse uma decisão individual da mulher que, com esse procedimento, desafia os códigos legais e morais da sociedade, se expõe a mutilações e/ou à morte, correndo também o risco de responder legalmente por ele. Faltam dados sobre as circunstâncias sociais e os fatores psicológicos/emocionais que influenciam nessa decisão, especialmente como se dá a participação dos parceiros no processo^{5, 7, 9, 13}.

Considerando a importância de ampliar a discussão sobre o tema e dar maior concretude às pessoas envolvidas, selecionamos falas de homens e mulheres do estudo “O aborto numa perspectiva étnica e de gênero”^{vii} que podem contribuir para o entendimento de como as interações sinérgicas entre questões econômicas, de gênero e de cor/raça interferem nas decisões pelo aborto^{14, 15}.

Metodologia

Foi realizada a releitura das falas de homens e mulheres do estudo *O aborto numa perspectiva étnica e de gênero* realizado em dois bairros da periferia das zonas sul e leste da cidade de São Paulo. Para a coleta de dados, foram realizados grupos focais e entrevistas em profundidade (gravadas) por pesquisadores brancos e negros, homens e mulheres, todos com curso universitário. Os critérios para inclusão foram estar na faixa etária de 20 a 40 anos, ter vida sexual ativa, ser morador/a do bairro considerado. Foram realizados oito grupos focais com mulheres e homens, separados e 12 entrevistas em profundidade, que trataram de conteúdos relacionados ao desejo da gravidez, contracepção, impacto do aborto, autoestima, relações com o parceiro e com a família etc. As mulheres negras foram identificadas como Ana, as brancas como Maria; os homens brancos como Paulo, e os negros, como José. Foi adicionado um número ao nome, para diferenciá-los.

Resultados e discussão

As relações de assimetria de gênero são evidentes, as situações selecionadas ilustram como as mulheres não são e/ou não se sentem donas do próprio corpo. A decisão é, muitas vezes, contrária aos próprios desejos.

Ana (6): “*A primeira coisa que veio na minha cabeça foi tirar, eu tomei bastante remédio para tirar, mas eu não consegui, até os nove meses eu não aceitava aquela gravidez (...). Eu usei mais remédios naturais e tomei aquele ... como é ...?*”.

Ana (2): “Cytotec®”.

Maria (3): “*Dói falar isso, eu abortei, porque a gente namorava e ele aprontava muito, ele era muito mulherengo e quando eu engravidei do primeiro filho, ele tinha dezenove anos (...). Minha avó (...) sabia que ele não prestava e (...) dizia: ‘você tem que tirar essa criança’. Eu estava solteira, grávida e dentro de casa. Fugí para morar sozinha, não esperava que ele ia assumir (...), acabar ficando comigo até hoje (...). Daí ela (avó) recebeu o Cytotec® do Paraguai, eu tomei, quase morri*”.

A dificuldade de ser mulher na nossa sociedade surge ao longo das discussões e parece interferir na preferência por crianças do sexo masculino, “que não passarão por aquilo que nós passamos”, explicitada por duas mulheres: Maria (12) realizou o aborto por sofrer violência doméstica, se soubesse que seria um menino, não teria feito o aborto. E Maria (3) que se arrependeu ao ver que o feto era um menino.

^{vii}A íntegra da pesquisa está publicada em: Pinto, E A. Ventres livres: o aborto numa perspectiva étnica e de gênero. Fala Preta. São Paulo: Terceira Imagem; 2002.

Maria (12): *“Eu não tenho consciência pesada, se disser eu vou mentir, a única coisa que eu lembro foi que eu abri aquela bolsa, eu olhei, (...) branquinha (...) será que era um menino, se eu adivinhasse que era um menino eu ia deixar, mais eu abri, era uma menina, só isso que eu lembro”.*

A postura do parceiro é importante para a continuidade ou interrupção da gravidez, mesmo considerando que algumas explicitaram ter dificuldade em dialogar com o homem, preferindo não revelar a gravidez e o possível aborto, por acreditarem que não receberão apoio emocional e/ou financeiro deles. Arriscar ouvir qualquer coisa desagradável, nesse momento, parece ser extremamente doloroso, assim encontram formas para subverter o poder exercido por seus parceiros. De modo geral, acreditam que há pequeno comprometimento dos homens com a reprodução:

Ana (14): *“Eu ouvi uma colega chorando. Perguntei: o que foi? Nossa, eu estou grávida, se eu contasse para o Beto, ele iria dizer que o problema era meu. Quer dizer, é isso que eu vou ouvir. O problema seria meu. Então, já que o problema é meu, eu tomei a decisão. Embora terrível. Eu tinha outra saída? Não tinha! Eu ia ter que trabalhar em dois empregos, como sempre, não tinha jeito. A saída foi essa. Foi terrível”.*

Em algumas situações, os homens pressionam, com sugestões e ou indicações para abortarem:

Maria (3): *“Eu conversei com ele, mas ele falou: ‘eu não estou preparado para ser pai, eu sou muito novo, minha vida está começando agora’. Eu disse assim: ‘meu filho vai vir ao mundo e você nem vai conhecer’. Ele falou: ‘(...) se você tirar a criança, a gente pode até ficar junto, eu não estou preparado para ser pai’. Menina, eu nem sabia o que fazia, se eu tirava, se eu ficava com ele, eu não sabia”.*

Em outros casos os homens se omitem e desaparecem. Sozinhas, fazem o aborto, restando-lhes a mágoa e o sentimento de abandono:

Ana (12): *“Eu fiquei grávida, foi uma época muito difícil, quando eu estava grávida, quem me ajudou muito foi a (B). Depois que eu fiquei grávida, ele sumiu, me largou com a menina, depois ele apareceu (...) a neném nasceu, todo mundo me ajudou. Voltei a trabalhar, porque na gravidez inteira foi um sofrimento, a gravidez inteira passei fome, pedia as coisas, depois ele voltou, a gente ficou numa boa (...). Foi quando eu fiquei grávida de novo, o homem sumiu de novo, então (...) eu fiquei no desespero. Sei que eu erreí, eu assumo, erreí. Eu me arrependo até hoje disso, mas, na época, eu não pen-*

sei, eu não pensei duas vezes para tirar o neném. (...) foi colocado (Cytotec®) com três meses”.

São poucas as mulheres que se opõem às pressões e assumem o próprio desejo:

Ana (1): *“Ele não queria que eu tirasse, mas também não assumiu nada, ele quis dar dinheiro para mim, eu não aceitei, eu não queria mais nada com ele, se eu aceitasse aquele dinheiro (...) eu não poderia fazer nada, eu preferi ficar do jeito que eu estava. Cuidar do meu filho sozinha, eu e a minha mãe”.*

A maioria das decisões revela interações sinérgicas entre gênero e condições socioeconômicas. A falta de dinheiro interfere diretamente, tanto na decisão, quanto na forma e no tempo para executá-la. Algumas mulheres fizeram o aborto com maior idade gestacional (juntando dinheiro para o ‘remédio’), se expondo a riscos maiores de complicações pós-aborto. Além disso, pela ‘ilegalidade’ do Cytotec®, elas estão expostas às condições do mercado paralelo do produto: variação do preço e possibilidade de falsificação:

Maria (5): *“(...) eu tomo remédio (pílula), se caso acontecesse do remédio falhar e eu ficasse grávida, eu tiraria, porque eu não tenho condições, eu não trabalho, o pai dele não trabalha, eu moro com minha mãe, não tenho como sustentar, é a maior dificuldade de sustentar um, vou sustentar dois? Então, eu tiraria”.*

As falas dos homens

Os homens, em grupo ou nas entrevistas, falaram dos relacionamentos afetivos e do papel da mulher na concepção. Para eles, sexo é um ato permitido para os homens, mas que deve ser controlado e limitado pelas mulheres. Culpabilizam as mulheres pelo exercício da sexualidade e acreditam que é delas a responsabilidade pela gravidez não desejada, são *“as mulheres que têm que se cuidar”*.

Colocam a gravidez de suas parceiras como uma armadilha para laçar os homens e prendê-los numa possível constituição familiar. Esta ideia permeia, explícita e implicitamente, vários discursos masculinos:

Paulo (1): *“Porque a diferença entre mulher e homem é que nós saímos para galinhar, a gente sai para farra, a gente não quer nem saber.”*

(José s/n): *“A menina tem um namorado, tem que segurar não tem jeito. Você (ela) procura aquilo! Então, se você procurou tem que assumir”.*

Para os homens brancos e negros a decisão pelo aborto é do casal, eles recriminam as mulheres que

abortam por conta própria. Noutros momentos, eles se eximem da responsabilidade diante da gravidez, porque, para eles, o “problema” a ser resolvido pertence à mulher; é no corpo dela que a gravidez se dá: quem fica grávida é a mulher, não o homem. Nos grupos, todos se declararam contra o aborto e condenaram as mulheres que decidem pela interrupção da gravidez. Contudo, nas entrevistas em profundidade, vários homens assumiram a decisão pelo aborto:

José (9): *“Eu conheci ela com dezoito anos, ficamos um tempo, ela engravidou, eu novo, sem nenhuma responsabilidade e ainda desempregado. A gente conversou, dei um dinheiro para ela, ela comprou um remédio, fez o aborto (...) ela teve (que) abortar. (A decisão) foi mais minha. (...) Ela não queria, mas depois conversando bem, ela concordou comigo e fez o aborto (...). Ah! Os dois têm que decidir, tanto da parte dela, quanto da parte dele”.*

É interessante observar que, a decisão para eles deva ser conjunta, desde que seja o que eles desejam. Para eles, a mulher que faz aborto sem comunicar ao homem é porque no fundo, não tinha compromisso, ela queria só “desfrutar”.

As falas masculinas não revelam, como as das mulheres, envolvimento deles com o “potencial filho”, nem revelam sentimentos de arrependimento, dor etc, o que nos faz pensar: eles não refletiram sobre o ocorrido, não se dão o direito de expressar seus sentimentos ou não se responsabilizam?

José (1): *“(...) ela, como mulher, soube abrir as pernas (...), então tem o direito de participar daquilo (assumir). Não é chegar e tirar não (...). Eu acho que a mulher hoje é muito mais mulher, é muito mais que o próprio homem. Ela tem muito mais força de lutar, de viver”.*

Outra fala corrobora a ideia de que, seja qual for a condição, a mulher deve assumir o filho e só a liberam nos casos já definidos por lei.

José (4): *“Acho aquilo que Deus fez, se Deus colocou alguma coisa dentro de uma mulher, (ela) tem a possibilidade de colocar aquilo para fora e conseguir criar tudo. Elas só levam para o lado materialista. Elas querem liberdade e não pensam que todo mundo tem o direito de nascer. Eu acho que o aborto só pode ser feito, quando ela sofre estupro”.*

Paulo (16): *“Agora também não entendi, se ela queria tanto, porque não assumiu?(...) Eu não queria. Ela queria (...) então a melhor saída é o nascimento? Para ela, para mim não seria. Eu não estava a fim! Se ela fosse homem, e eu fosse mulher, eu assumiria esta gravidez”.*

Interferência da cor/raça

As questões relacionadas ao preconceito e ao racismo permeiam muitas falas. Em alguns casos, foram determinantes para o aborto. Contudo, estes episódios foram justificados pelos problemas que seriam enfrentados pela discriminação racial dos outros, e não pelo próprio preconceito:

Ana (2): *“(...) minha cunhada, essa que fez esse aborto com a mamona foi uma coisa impressionante... A mãe dela obrigou ela a fazer esse aborto... porque estava grávida do meu irmão e a mãe dela não aceitava que ela tivesse um filho de um negro”.*

José (3): *“Esse negócio de preto, de racismo (...) eu tenho uma irmã que fez um aborto. Ela tem um namorado que é loiro, então, a família dele não aceitou isso. Não aceitaram...”*

Maria (11): *“Sua filha vai ser neguinha, sua filha vai ser do cabelo pixaim, ficavam falando um monte de coisa”.*

Os comentários dos nossos/as informantes negros/as revelaram que introjetaram o ideal de branqueamento. Especificamente, as falas dos homens negros trazem a recusa de se encontrarem refletidos em “outro negro”¹⁴. Segundo Vilhena¹⁹, “Este, através da internalização forçada e brutal dos valores e ideais dos brancos, é obrigado a adotar para si modelos incompatíveis com seu próprio corpo” (p. 5):

José (1): *“(...) A pessoa mais racista que tem na face da terra é pobre e preto. O negócio é loira, uma branquinha. Se for mais clara que ele, se for da mesma cor que ele, ainda vai. Um pouquinho mais escura, desista, porque não vai! (...) eu falo porque sou assim, se você me vê com uma mulher mais escura que eu, você separa, porque é briga de foice”.*

José (2): *“É engraçado que a gente da nossa cor assim (negro) já quer uma mulher branca (...).”*

As mulheres negras também dão preferência aos homens brancos, sugerindo que, além do desejo de ascensão social, indicam autorrejeição e a ilusão de que a brancura do outro possa resolver seus conflitos. Nesse sentido, bem como acontece com os homens negros, a ideologia do “embranquecimento” faz com que estas mulheres, na maioria dos casos, desejem homens brancos, e, conseqüentemente, concebam filhos oriundos de relações interétnicas, sugerindo haver preferência por ter filhos “mais clarinhos”¹⁴: *“O outro menino é quase loiro”, “Meu filho é bem branquinho”, “Não gostaria de ter um filho preto”, “Ela era linda, bem clarinha”.*

Ana (12): *“Eu também não sou chegada em nego não. (...) é minha raça, é da nossa raça, mas não sei o*

que acontece. Ah, não! (...) minha casa é uma salada mista, meus filhos são mulatos, outro cabelo duro, puxou o meu, outro é cabelo liso, o outro é branco dos olhos claros, mas preto não. Conheci um rapaz, a gente ficou namorando, ele era branco de olhos verdes. O pai dele não me suportava, desertava o homem, se ele (se) casasse comigo, mas também não era amor não. Se fosse, acho que a gente tinha casado. Então tem muito preconceito”.

Ana (12): “Já namorei, lógico! Já conheci pessoas sim, mas tem que ser um pouquinho mais claro do que eu, um pouquinho mais escuro não dá certo”.

Com relação às mulheres brancas, a questão étnica não é discutida de forma explícita e se reveste de ambiguidades. Por isso, são comuns as falas: “O importante não é a cor, é o caráter” Apenas uma das entrevistadas brancas declarou que não namoraria um negro.

Os homens brancos citam dificuldades sociais que relacionamentos com mulheres negras trariam às suas vidas, principalmente quanto à vida familiar, levando-os, muitas vezes, a não assumir a parceira negra, nem mesmo reconhecer um filho com elas.

Paulo (13) “(...) a família toda branca, se resolver casar com uma pessoa negra (...) muitos não aceitam, (...) com uma família branca, isso (ainda) existe muito”.

Paulo (14) “Família, amigos: ‘você está louco? Casar com uma mina dessas? Que é isso aí? Não pode! Escolhe isto direito, que é isso e tal, que cabelo! O cabelo de uma mina dessas, é muito louco”.

Paulo (16) “A família é um pouco tradicional (...). Minha família não ia aceitar muito não (...).”

Paulo (16) classifica as mulheres segundo uma tabela de cores. As mulheres mulatas, pardas e “até negras” são atraentes porque possuem um melhor desempenho sexual e são fortes. Esses atributos são valorizados nos relacionamentos sexuais. Paulo (16) passou pela experiência do aborto, resultado de sua relação com uma mulher negra, com quem namorava. Segundo ele, não casou e/ou assumiu o filho por diferenças culturais e familiares¹⁴.

Quem decide? Quais são as escolhas?

Os resultados mostram que as decisões não são lineares e fáceis, indicam ambiguidades, medos, incertezas, mágoas e arrependimentos, que dependem da interação de muitos fatores e do envolvimento de muitas pessoas e opiniões, constituindo uma rede de relações sociais complexas.

Na verdade, a maioria das mulheres escutadas não teve a possibilidade de escolher livremente, isto é, elas

optaram pelo aborto, sob condições nas quais tinham pouco controle. Ele representou mais uma ausência de poder do que um exercício de liberdade reprodutiva. Essas mulheres não tiveram acesso à educação formal, não tiveram uma socialização adequada para a sexualidade e saúde reprodutiva, não tiveram recursos e nem acesso aos métodos contraceptivos.

Além disso, elas não puderam, já que o Estado brasileiro mantém a ilegalidade do aborto, optar por um aborto (clandestino) realizado de forma segura. É importante lembrar que são fundamentais mudanças também em outras esferas. Para quem deseja aprofundar a discussão, Maria Isabel Baltar da Rocha¹⁷ realizou uma análise interessante sobre a forma como o Legislativo brasileiro vem tratando a questão, e Miriam Ventura¹⁸, sobre a atuação do Jurídico.

Em síntese, nos resultados desse estudo, assim como na bibliografia consultada, as mulheres deixam evidentes a revolta e tristeza pela dor sofrida, decorrentes da forma como foram tratadas pelos companheiros, pela família, pelos serviços de saúde e, segundo elas, pela vida.

Considerações finais

Os resultados nos indicam que é fundamental disponibilizar nos serviços do SUS, para todas as mulheres e todos os homens, os métodos contraceptivos existentes, inclusive a contracepção de emergência, assim como orientações adequadas sobre eles.

É importante que se realizem estudos sobre a forma como vem sendo desenvolvida a atenção ao abortamento nos serviços do SUS, avaliando se estão de acordo com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, do Ministério da Saúde, 2005⁵.

É fundamental ampliar as discussões sobre o aborto nas distintas esferas da sociedade, inclusive, ou especialmente, nos poderes Legislativo e Judiciário. Não se pode manter na invisibilidade as inequidades que ocorrem especialmente contra as mulheres pobres e negras, decorrentes da clandestinidade em que a prática está colocada no País.

Além disso, é imprescindível que os homens sejam incluídos nessas discussões e que a reprodução não seja considerada um problema individual de cada mulher, e sim de toda a sociedade.

Referências

1. AGI–The Alan Guttmacher Institute. Aborto clandestino: uma realidade latino-americana. New York; 1994.
2. Araújo MJO. Impacto da Gravidez Indesejada na Saúde da Mulher. Artigo apresentado no Seminário Os Novos Desafios da Responsabilidade Política; 2003 Set. 19-21; Rio de Janeiro (BRA).
3. Bispo CDB, Souza VLC. Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento. Revista Baiana de Enfermagem 2007; 21 (1): 19-30.
4. Brasil. Ministério da Saúde Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: Norma Técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
6. Corrêa S e Freitas A. Atualizando os dados sobre a interrupção voluntária da gravidez no Brasil. Rev Est Femin 1997; 5 (2):389-95.
7. Costa RG, Hardy E, Osis MJD, Faúndes A. A decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos. Cad. Saúde Públ. 1995; 11 (1): 97-105.
8. Diniz D e Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. [Acesso em junho 2010] Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=5593>.
9. Duarte GA, Alvarenga AT, Osis MJD, Faúndes A e Hardy E. Perspectiva masculina acerca do aborto provocado. Rev Saúde Pública 2002; 36(3):271-7.
10. Menezes GMS, Aquino ML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. Cad. Saúde Pública 2009; 25(2):193-204.
11. Menezes GMS, Aquino ML, Silva DO. Aborto provocado na juventude: desigualdades sociais no desfecho da primeira gravidez. Cad. Saúde Pública 2006; 22 (7): 1431-46.
12. Monteiro MFG, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões. In: Anais do Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2006; Belo Horizonte, BR. Belo Horizonte: ABEP; 2006.
13. Olinto MTA, Moreira Filho DC. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. Cad. de Saúde Pública 2006; 22 (2): 365-75.
14. Pinto EA. O aborto numa perspectiva étnica e de gênero: o olhar masculino. In: Arilha M, Ridenti SGU, Medrado B, organizadores. Homens e masculinidades: outras palavras. São Paulo: Ecos/Ed.34; 1998.
15. Pinto EA. Ventres livres: o aborto numa perspectiva étnica e de gênero. Fala Preta/Terceira Imagem: São Paulo; 2002.
16. Rocha MIB e Barbosa RM, organizadores. Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. Campinas: Núcleo de Estudos de População: Nepo/ Unicamp; 2009.
17. Rocha MIB. Breve panorama sobre a questão do aborto no legislativo brasileiro. In: Rocha MIB da e Barbosa RM, organizadores. Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. Campinas: Núcleo de Estudos de População: Nepo/ Unicamp; 2009.
18. Ventura M. A questão do aborto e seus aspectos jurídicos. In: Rocha MIB da e Barbosa RM, organizadores. Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. Campinas: Nepo/ Unicamp; 2009.
19. Vilhena J. A violência da cor: sobre racismo, alteridade e intolerância. Revista Psicologia Política 2006; 6(12): 391-413. [Acesso em maio de 2010]. Disponível em <<http://www.fafich.ufmg.br/rpp/seer/ojs/viewarticle.php?id=7>>.

Acesso da população masculina aos serviços de saúde: alguns caminhos para o enfrentamento de vulnerabilidades

Access of the male population to health care services: some ways of facing vulnerabilities

Renato Barboza^I
Ane Talita da Silva Rocha^{II}

Resumo

O artigo discute a produção bibliográfica recente sobre a inserção dos homens nas políticas públicas de saúde, evidenciando barreiras de acesso dessa população aos serviços de saúde na rede de Atenção Básica. Analisa a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, editada pelo Ministério da Saúde no ano de 2009, e o Plano de Ação Nacional, que está sendo desenvolvido para sua implementação no Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2009-2011, apontando caminhos para o enfrentamento da vulnerabilidade programática, presente nas práticas de saúde e na organização dos serviços e sua interferência no cuidado integral e equânime a esse segmento.

Palavras-chave: Homens e saúde; masculinidades; vulnerabilidade

Abstract

This article discusses the recent bibliographic production regarding the insertion of men in public health care policy showing access barriers of this population to health care services in the Basic Attention Network. Analyzes the Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (National Policy of Integral Attention to Men's Health Care), published by the Ministry of Health in 2009, and the Plano de Ação Nacional (National Action Plan) currently under way to be implemented in the Sistema Único de Saúde (SUS – Single Health Care System) for the period 2009-2011, showing the way to face the programmed vulnerability, present in health care practices and the organization of services and their interference in the integral care for this segment.

Key-words: Men and health; masculinities; vulnerability

^IRenato Barboza (renato@isaude.sp.gov.br) é cientista social, mestre em Saúde Coletiva e pesquisador científico III do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{II}Ane Talita da Silva Rocha (atsrocha@isaude.sp.gov.br) é graduanda em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (USP), estagiária do Núcleo Práticas em Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



Introdução

No Brasil, nos últimos anos, a saúde do homem vem ganhando relevância no campo da Saúde Coletiva. O presente artigo apresenta uma breve discussão da literatura recente sobre o acesso dos homens aos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e analisa alguns aspectos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e suas contribuições para o enfrentamento das vulnerabilidades masculinas.

O Ministério da Saúde editou, em agosto de 2009, a portaria GM Nº 1944, instituindo a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem* no SUS. Trata-se de uma estratégia inovadora para o reconhecimento das necessidades de saúde dos homens, concebida à luz de outras políticas no campo da Saúde Coletiva voltadas a segmentos específicos, a exemplo das crianças, das mulheres e dos idosos. A institucionalização dessa política representa um passo importante para o enfrentamento dos principais agravos que atingem os homens adultos, cujo perfil de morbimortalidade concentra-se nas áreas da cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia³.

Em sua concepção sustentadora foram definidos como princípios norteadores que devem orientar a implementação das políticas estaduais e municipais: a universalidade e equidade das ações e serviços de saúde voltados para a população masculina; a humanização e

a qualificação da atenção à saúde do homem; a articulação entre o poder público e a sociedade no que tange à saúde e à qualidade de vida dos homens; e a orientação à população masculina, familiares e comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e enfermidades do homem³.

Homens nas políticas públicas de saúde

Essa política está em consonância com o Pacto pela Saúde, que define um conjunto de responsabilidades sanitárias pactuadas pelos gestores para fortalecer as respostas programáticas no SUS baseadas nas necessidades da população. Preconiza que a Atenção Básica deve ser a porta de entrada prioritária do sistema, assumindo um papel estruturante na oferta e organização de linhas de cuidado em interface com os níveis mais complexos. Para tanto, no País, a estratégia da Saúde da Família tem sido o eixo condutor da reorganização do modelo de atenção à saúde, priorizando ações de promoção da saúde e o vínculo com a comunidade no território, com vistas à integralidade e à equidade da atenção no SUS⁴.

A ampliação do acesso da população masculina aos serviços de saúde é um dos principais desafios a serem alcançados. Estudos revelam que a dimensão do acesso envolve a interação entre o usuário e suas necessidades de saúde e a oferta de procedimentos pelos serviços, o que pode resultar em processos que imprimem

um maior ou menor grau de facilidade na obtenção dos cuidados em saúde¹². As dificuldades enfrentadas pelos usuários do SUS para acessar e permanecer na rede de cuidados, também expressa um determinado grau de vulnerabilidade programática presente nas práticas de saúde e na organização dos serviços¹¹.

No intuito de reverter a vulnerabilidade individual e programática no SUS entre os homens adultos, está em desenvolvimento um Plano de Ação Nacional (2009-2011)¹³, elaborado conjuntamente pelos gestores, sociedades médicas, universidades e sociedade civil, que contempla, também, a realização de projetos-piloto em 27 municípios selecionados pelo Ministério da Saúde, abrangendo todos os estados e o Distrito Federal.

Do ponto de vista político e programático, o Plano está estruturado em eixos complementares, com definição de objetivos, metas, ações, indicadores e responsáveis, o que denota uma preocupação dos atores com a formulação, a execução e, em especial, o monitoramento e a avaliação das propostas pactuadas para saúde do homem no País.

Em relação ao acesso dos homens ao SUS, nos parece importante destacar algumas ações previstas no eixo “implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem”, que prevê a organização de linhas de cuidado integral. Essa proposta é relevante, pois implica reorganizar o processo de trabalho dos profissionais e a oferta dos procedimentos, sobretudo na Atenção Básica, na qual as equipes devem identificar, acolher e atender os homens a partir de suas especificidades. Vale ressaltar que diversos estudos evidenciam a não-identificação da população masculina com a estrutura e as ações ofertadas pelos serviços, contribuindo para o desenvolvimento de barreiras ao acesso dos homens, que optam pela automedicação nas farmácias e pela procura de serviços de pronto atendimento no SUS^{5, 7, 8, 9}.

Outros dois eixos que merecem comentários referem-se à “qualificação dos profissionais da saúde” e à “promoção de saúde”, que, em nossa opinião, representam grandes desafios para a integralidade da atenção aos homens, contribuindo para o enfrentamento da vulnerabilidade programática. Está previsto que os profissionais de nível técnico e superior serão qualificados para reconhecer e acolher as principais demandas da saúde masculina, o que poderá aumentar a visibi-

lidade dos mesmos na rede de saúde. Não obstante, também será necessária uma mudança de atitudes e da autopercepção dos homens sobre a própria saúde, resignificando crenças e padrões de (in)vulnerabilidade ancorados em valores sociais e culturais sobre a masculinidade na contemporaneidade.

Apesar de recentes no campo da Saúde Coletiva, o aprofundamento dos estudos sobre gênero e masculinidades pode fornecer elementos para entendermos a (in)vulnerabilidade desse segmento, uma vez que “em nossa sociedade, a construção do gênero determina as características, os atributos e comportamentos de homens e mulheres”⁶ (p. 34); assim como as relações de poder¹⁰. No que tange à implementação da política, a incorporação da perspectiva de gênero é um ponto central para os gestores e as equipes técnicas responsáveis pela atenção aos homens, pois a área de Planejamento e Políticas de Saúde ainda é pouco permeável a essa temática⁴. Nos anos 1990, a análise da vulnerabilidade masculina tornou-se ainda mais complexa, a partir da articulação das iniquidades de gênero associadas às outras desigualdades como raça/cor, etnia, orientação sexual, geração e religião⁹, evidenciando a importância do reconhecimento e incorporação de “masculinidades múltiplas”¹ nas políticas públicas de saúde.

Além das questões de gênero e do papel social desempenhado pelos homens, atualmente a baixa procura dos serviços de saúde também pode ser explicada a partir das concepções e intencionalidades dos gestores e profissionais diretamente envolvidos na definição e na execução das linhas de cuidado oferecidas aos homens². Nessa ótica, é importante refletirmos sobre a recomendação do estudo de Figueiredo, que ressalta a ideia de que a Unidade Básica de Saúde deve ser pensada na perspectiva de gênero,

“porém, mais importante do que ter homens na assistência, é uma mudança da postura prática de todos os profissionais, sejam homens ou mulheres. É necessário que os profissionais de saúde tenham uma maior sensibilidade para as interações entre as concepções de gênero e as demandas trazidas pelos homens no uso do serviço”⁵ (p. 107).

Considerações finais

No estado de São Paulo, na Secretaria de Estado da Saúde (SES), foi implantado, em 2008, no Hospital Brigadeiro, o Centro de Referência da Saúde do Homem, oferecendo serviços nas seguintes especialidades mé-

¹³Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_saude_homem.pdf

dicas: andrologia, patologias da próstata e urologia, além de ações voltadas ao ensino e pesquisa. Recentemente, algumas áreas da SES têm incorporado em suas agendas a questão da saúde do homem, a exemplo das DST/Aids que promoveram um evento para discussão das masculinidades e articulação de estratégias de prevenção^{IV}. Na ocasião, representantes da SES destacaram que ainda não foi formulada uma política estadual para a saúde do homem, mas que a mesma está em processo de discussão no Grupo Técnico de Ações Estratégicas, devendo priorizar ações voltadas às causas externas, ao uso abusivo de álcool e às doenças cardiovasculares. Vale destacar que Campinas foi um dos municípios selecionados pelo Ministério da Saúde para desenvolver um projeto-piloto sobre a saúde do homem. Em 2010, outros três municípios foram incorporados – São Paulo, Sorocaba e Guarulhos.

Por fim, enfatizamos a importância desses processos no quadro sanitário brasileiro e sua potencialidade para o fortalecimento das políticas e das ações voltadas à promoção do cuidado integral e equânime aos homens. Cabe-nos reiterar a relevância e o papel das ações de monitoramento e avaliação dessa política, pelos gestores, equipes técnicas, pesquisadores, conselheiros de saúde e movimentos sociais afins, quanto à produção, análise e incorporação permanente de informações estratégicas que possam aprimorar os processos de trabalho para redução das desigualdades no acesso dos homens no SUS.

Referências

1. Aquino EML. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006; 40 (nº especial): 121-132.
2. Barboza R, Kalckmann S, Segri, NJ. Desafios para ampliação do acesso ao exame de dosagem de antígeno prostático específico (PSA) em municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista. In: Anais do IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva [CD]; 2009. Recife (BR).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº.1944 de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. [acesso em 5 de maio de 2010]. Disponível em <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1944-%5B2949-120110-SES-MT%5D.pdf>>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº.399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006. [acesso em 10 de maio de 2010]. Disponível em http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf
5. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10(1): 105-9.
6. Garcia SM. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: Arilha M, Umbehaum S, Medrado M, organizadores. *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: ECOS/Ed. 34; 1998. p.31-50.
7. Gomes R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008.
8. Kalckmann S, Batista LE, Souza LC. Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual. In: Adorno R, Alvarenga A, Vasconcelos MP. *Jovens, Trajetórias, Masculinidades e Direitos*. São Paulo: EDUSP; 2005. p.199-217.
9. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10(1): 7-17.
10. Scott J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Recife: SOS Corpo; 1995.
11. Silva JAS, Val LF, Nichiata LYY. A estratégia saúde da família e a vulnerabilidade programática na atenção ao HIV/AIDS: uma revisão da literatura. *O Mundo da Saúde* 2010; 34(1): 103-8.
12. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (2): 190-6.

^{IV}Evento realizado em 31/05/2010 pelo Programa Estadual DST/Aids no Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde – CEFOR

Profissionais do sexo e vulnerabilidade

Sex professionals and vulnerability

Regina Figueiredo^I

Marcelo Peixoto^{II}

Resumo

Este artigo procura refletir sobre a problemática da prostituição feminina e masculina, considerando este fenômeno enquanto exploração socioeconômica e de gênero. Aponta seus efeitos na saúde de profissionais do sexo, abordando as vulnerabilidades a que estão sujeitos em Saúde Sexual e Reprodutiva, como exposição à gravidez não-planejada e DST/AIDS, e em Saúde Mental, incluindo a violência física e psicológica e o uso de drogas lícitas e ilícitas. Faz sugestões sobre propostas de atenção em saúde para profissionais do sexo e referência à importância de conquistas no campo do Direito em geral, como caminhos importantes para a redução dessas vulnerabilidades, além de expor a importância da organização desses grupos e atenção a suas reivindicações.

Abstract

This article seeks to reflect on the problem of male and female prostitution, considering this phenomenon as socio-economic and gender exploitation. It points out the effects on the health of sex workers, covering the vulnerability to which they are subject in Sexual and Reproductive Health, such as the exposure to unplanned pregnancy and STDs/Aids, and in Mental Health, including physical and psychological violence and the use of both legal and illegal drugs. It makes suggestions regarding proposals for health care attention for sex workers and refers to the importance of advances in the field of law in general as important ways for the reduction of these vulnerabilities, apart from exposing the importance of organizing these groups and attending to their demands.

Palavras-chave: DST/AIDS; prostituição masculina; vulnerabilidade

Key-words: STD/AIDS; male prostitution; vulnerability

^IRegina Figueiredo (reginafigueiredo@isaude.sp.gov.br) é socióloga, mestre em Antropologia da Saúde, pesquisadora científica III do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e membro do NEPAIDS – Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS/USP.

^{II}Marcelo Peixoto (marcelopeixoto1950@hotmail.com) é ator e diretor formado pela Escola de Arte Dramática da Universidade de São Paulo (EAD/USP), membro da ING ONG e coordenador do “Projeto Esgriima” (de 1997 a 2004), da APTA/Instituto Cultural Barong, com profissionais do sexo viril de São Paulo, com os quais atua até hoje.



Prostituição: profissionais do sexo e clientes

Falar de prostituição é falar da exploração do corpo e da sexualidade por um mercado consumidor desse “serviço”. Argumentos de ser “a mais antiga profissão do mundo” (utilizado no senso comum) tentam naturalizar a prostituição com o uso da sua presença histórica. Contudo, vale lembrar que também a escravidão foi o primeiro “trabalho” realizado para outro ser humano, desde os primórdios. Da escravidão surge o uso sexual de mulheres e adolescentes escravizados, explorados e até estuprados, como ainda vemos em guerras. Assim, argumentos de defesa da prostituição como algo inerente às relações humanas, não se sustentam.

A análise do universo da prostituição constata dois fatos: ela se baseia na desigualdade de gênero e nas desigualdades socioeconômicas, étnico-raciais e geracionais. Esses pilares são revelados pelo universo dos “prostituídos”: geralmente mulheres, homossexuais, transgêneros, rapazes, jovens e adolescentes, de baixo nível socioeconômico. Também migrantes, etnias/raças/cores discriminadas, como negros, pardos e indígenas (no Brasil); latinos e afrodescendentes ou oriundos do Leste Europeu e da Ásia (nos países do chamado 1º Mundo). Por outro lado, quem são os “prostituidores”? São homens, geralmente adultos, brancos, heterossexuais ou bissexuais, que desejam aparentar *status* de gênero masculino, além de possuir recursos e utilizá-los para compra do serviço/profissional do sexo, para satisfazer sua necessidade, fantasia ou desejo.

Assim, a prostituição, efeito de explorações, vem sendo legitimada por elites e governantes. Como afirma Pelongher, “a miséria, filha da desigualdade social, é vista como desencadeante do processo de prostituição”²³ (p. 204). Porém, esse processo também está associado a tabus da sexualidade que excluem muitas dessas pessoas da vida familiar original e as impele à desproteção e, conseqüentemente, à dominação pelos mais poderosos.

Argumentos sobre a exacerbada sexualidade desses “prostituídos” têm sido utilizados como fator individualizante de “escolha da profissão”/“vida fácil”, embora saibamos que a sexualidade plural e fora do padrão preconizado, ou “multigâmica”, poderia estar presente na sociedade sem a necessidade de submissão econômica – como ocorreu em outras culturas (Roma, Grécia e sociedades tribais) que permitiam espaços de orgia. A atual sociedade não tolera tais expressões da sexualidade e as relega à marginalidade, privilegiando e promovendo apenas a monogamia, a matrimonialidade e a sustentação da estrutura familiar no modelo burguês-europeu.

A perpetuação da exploração sexual é reforçada devido à ausência de solidariedade entre os estigmatizados sexualmente. Essa divisão dos grupos de prostituição, que se conforma na hierarquia “ser mais homem” *versus* “ser menos homem/não ser homem”²³ é incorporada e reproduzida pelos próprios explorados, estigmatizando outros prostituídos da mesma forma como são estigmatizados. Dessa maneira, a culpa é imputada ao explorado (“inadequado” aos pa-

drões sociais), acusado pelo explorador e por outros grupos explorados. O explorador ganha razão e se torna modelo a ser almejado e nem sempre tem consciência de seu papel, já que é formado pela sociedade para assumir tal posição. Por este motivo, tal como uma “luta de classes”, a “minorias social estigmatizada” só estará apta a se fortalecer caso promova a organização dos grupos discriminados.

Entre prostitutas, a organização foi desencadeada com o início da epidemia de AIDS, com entidades como a Rede Brasileira de Profissionais do Sexo, que realizou, em 1987, o 1º Encontro Nacional de Prostitutas, com a Associação da Vila Mimosa, em 1988, a Associação das Prostitutas do Estado do Ceará (APROCE), fundada em 1990, década em que também surgiram o Grupo de Mulheres Prostitutas da Área Central de Belém (1990), a Associação Sergipana de Prostitutas (1990), o DaVida – Prostituição, Direitos Cívicos e Saúde (1992), entre outras⁴⁹. Infelizmente, a maioria das prostitutas e, em especial os profissionais do sexo masculino de rua, não costumam se associar. Michês, na maioria das vezes, não se apresentam socialmente como prostitutas fora do “trabalho”²³. Quanto aos travestis, não possuem organizações específicas e vêm se inserindo nas organizações de luta LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros), visando denunciar a violência que enfrentam, lutar pela ampliação de seus direitos e reivindicar a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS e a atenção a sua saúde sexual em geral.

Vulnerabilidades

A desigualdade social e o desejo sexual socialmente “indesejado” são “invisibilizados”, como afirma Pelongher²³: no Brasil, a estigmatização sexual se mescla ao “autoritarismo e à arrogância de classe” (p. 13). Não à toa, vai submeter o indivíduo a uma série de vulnerabilidades: desde o mau relacionamento, expulsão e abandono pela família, à necessidade de busca de autossustento que irá expô-lo à homofobia, à violência e a ocorrências de saúde, como a gravidez não planejada, abortos (no caso das mulheres) e DST, incluindo o vírus HPV (causador do condiloma) e a AIDS, além de transtornos emocionais como depressão, ansiedade, que se cruzam frequentemente com o uso abusivo e dependência de psicoativos, presentes no mundo da marginalidade (sofridos por profissionais femininos e masculinos).

A maioria, quando jovens, tem expectativa de sair da prostituição: mulheres pensando em “príncipes encantados” que as tirarão da profissão, michês e travestis sonhando com clientes fixos/amantes (“o cara que lhe sustente”), ambos querendo acesso a uma condição econômica me-

lhor do que a que a vida real lhes proporciona. Com o tempo, se “acostumam” ao “trabalho” e, mais velhos, já se veem inseridos e identificados nesse meio que lhes deu um *status* socioeconômico que não teriam originalmente.

Pesquisa realizada entre agosto de 2009 e março de 2010, entre quem acessava o site www.abusadas.com.br¹, de “acompanhantes” sexuais profissionais (de ambos os sexos), registrou que 15,9% alegaram usar preservativos apenas com parceiros desconhecidos e 13,7% não o utilizavam porque alegavam parceria fixa – incongruência, já que pesquisa de 2006 havia demonstrado que 70,9% desses com parceiro fixo haviam traído sexualmente este(a) parceiro(a). Observa-se, assim, que a exposição da clientela, inclusive seus(as) parceiros(as), se configura como retroalimentação da vulnerabilidade dos profissionais do sexo, formando uma “rede” de exposição envolvendo ambos, como uma via de mão-dupla.

Vulnerabilidade de profissionais do sexo feminino

A AIDS vem crescendo entre mulheres, da proporção de 1 caso feminino para 25 masculinos em 1986, para 1/2 atualmente²¹. Bastos³ aponta que, diferentemente dos países nórdicos, em países em desenvolvimento, como o Brasil, as profissionais do sexo são um dos subgrupos mais infectados pelo HIV/AIDS desde o início da epidemia. Segundo Gysels et al.¹³, isso ocorre porque este grupo é homogêneo no seu baixo *status* socioeconômico, culminando em menor poder de negociação do uso do preservativo e, conseqüentemente, expondo-se a mais infecções. A este fator, somam-se, muitas vezes, o uso de drogas (álcool, cocaína e crack)²⁴, a falta de assistência ginecológica adequada¹¹ e o pouco uso de preservativo por “clientes”⁴, que varia conforme o preço pago. Em pesquisa de Gravato et al.¹¹ em Santos (SP), com 1.047 prostitutas, verificou-se que 7% tinham HIV, valor que crescia para 37% entre as usuárias de drogas injetáveis. Isso demonstra a importância de ação incisiva de estímulo ao uso de preservativos com este grupo, visto que o uso em metade das relações sexuais não provoca praticamente nenhuma redução no risco de infecção por HIV/AIDS¹⁶, enquanto o uso constante previne 100%, anulando infecções.

Vulnerabilidade de profissionais do sexo homens e transgêneros

Segundo o Ministério da Saúde, nos casos masculinos de HIV/AIDS, observa-se que a transmissão pelo uso de drogas

injetáveis decresceu, a transmissão homo/bissexual vem se estabilizando em cerca de 26% e a heterossexual continua a crescer²¹. Deve-se considerar, nesses dados, a subnotificação de soropositividade pela baixa testagem da população.

Na vulnerabilidade sexual, os michês, nas capitais, por se identificarem como homens²², praticamente não aceitam fazer programas com clientes homens sem uso de camisinha e só abandonam a prevenção com parceiras e outras mulheres, inclusive prostitutas – aí sim, expondo-se a DST/HIV/AIDS. Segundo a Coordenação Nacional de DST/Aids¹⁹, não há dados que explicitem a quantidade de michês e travestis soropositivos, pois o prontuário desses não aponta sua situação bissexual da “profissão”, enquanto travestis são identificados com sexo e nome masculinos, o que mistura seus dados com o de outros homens.

Para se ter noção da vulnerabilidade dos travestis, em Buenos Aires (Argentina), há prevalência de até 40% de DST, incluindo HIV e sífilis, neste grupo¹⁵. Travestis são consideradas pela Coordenação Nacional¹⁹ como grupo significativo na epidemia de AIDS devido a sua vulnerabilidade social, que abrange histórico de exclusão, violência, preconceito e estigmatização. Essa vulnerabilidade é reconhecida pelas próprias travestis: Ferraz et al.⁹ mostram que, no interior de Minas Gerais, 33% delas se declaram com “grande risco” de contrair HIV, 22% com “risco médio”, 18% com “risco pequeno”. Apenas 5% achavam que não tinham nenhum risco – não à toa, 76% haviam feito teste anti-HIV. Tal percepção reflete a prática sexual de risco⁹: o uso de preservativos com clientes era de apenas 48% e de 20% no sexo anal com parceiro fixo.

Quanto à exposição à violência, pesquisa realizada em 2008 pelo Grupo Gay da Bahia (GGB)¹², registra que, no País, foram assassinados 47 profissionais do sexo masculino (42 travestis e 5 gays), além de 48 gays que, apesar de não comprovado, morreram provavelmente em situações ligadas à prostituição. Muitos transexuais, como Francisco Aguiar, 43 anos, entrevistado pelos autores deste artigo, declaram que tentam evitar a prostituição, adotando uma postura “feminina” mais receptiva ao sexo. Assim, só realizam programas quando necessitam de dinheiro para suas cirurgias, uma vez que esta é a única forma de obter renda⁹. Isso mostra que as implicações ultrapassam os aspectos de saúde física ligados à “profissão”, provocando o desempenho de um papel sexual “ativo” que são obrigados a se submeter com clientes, para chegar a serem, enfim, “passivos”, atestando a extrema violência psíquica com relação à própria identidade.

A exposição à violência física entre profissionais do sexo masculino é diferente à das prostitutas, pois, além

da polícia e clientes, enfrentam a homofobia e o contato físico mais agressivo e letal estabelecido entre homens.

Iniciativas para a promoção da saúde entre profissionais do sexo

No Seminário Nacional “AIDS e Prostituição”, realizado em 2002²⁰, que orienta para a prevenção de DST/aids, os seguintes princípios e estratégias foram sugeridos:

- considerar que o grupo profissionais do sexo não é homogêneo, mas inclui segmentos com características, culturas, necessidades e linguagens diferentes e, assim, ações de saúde deverão contemplar essa diversidade;
- contemplar, nas ações de prevenção, os insumos necessários (preservativos, lubrificantes, kits com seringas e agulhas descartáveis, materiais de informação e educativos);
- incluir, obrigatoriamente, ações educativas na disponibilização de insumos, uma vez que seu fornecimento não assegura o uso e são frequentes os desperdícios;
- promover a intervenção preventiva, desenvolvendo e valorizando o autocuidado e o estímulo à busca de tratamento que não conflitem com este objetivo integral, limitem ou ponham a perder o esforço educativo;
- incluir, nas ações de prevenção, o alcance a clientes, amigos(as), companheiros(as) e parceiros(as);
- incentivar a articulação entre organizações governamentais e não-governamentais, procurando desenvolver ações de prevenção e assistência, mantendo independência e os objetivos de cada parte, sem submissões.

A partir dessas reivindicações, há necessidade de que as estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS) promovam ações na Atenção Básica visando facilitar o acesso a informações e serviços de assistência. Isso inclui preparação dos profissionais de saúde para que enfrentem os preconceitos que se perpetuam na atenção aos profissionais do sexo, além de possibilitar acesso a consultas, exames e medicamentos.

Há necessidade de serviços específicos em “áreas-chave”, com horários alternativos, como no início dos anos 1990 no município de São Paulo, que ampliou o acesso a profissionais do sexo, com a abertura noturna do COAS. Além disso, a atuação na rua e a busca ativa por equipes

multidisciplinares envolvidas na promoção da saúde deste público, com treinamento prévio sobre suas vulnerabilidades específicas, conhecimento dos subgrupos, códigos de conduta e linguajar/vocabulário, facilitaria a criação de vínculos com a clientela. Ou seja, como diria Vicentini²⁵, procurar se colocar no lugar do outro e ver suas motivações e atos, sem julgar, “pois nesse cenário não existe certo ou errado, somente personagens tentando sobreviver” (p. 15).

Para michês, a situação é mais complexa, pois não costumam explicitar sua situação de trabalho a profissionais de saúde, pois têm autopreconceito com a ocupação e prática bissexual. Por isso, seria fundamental realizar um levantamento de demandas com este grupo, verificando a melhor forma de promover a saúde entre eles.

Estratégias de promoção à saúde entre profissionais do sexo incluem mais acesso a insumos fundamentais ao seu trabalho: preservativos masculinos e femininos¹⁴, lubrificantes¹⁸ (que evitam rompimento de preservativos principalmente no sexo anal), tratamentos emergenciais de DST (uso de bisturis elétricos no tratamento de condilomas) e estratégias de redução de risco sexual, além de estímulo ao seu protagonismo. Cabe ressaltar a campanha de prevenção para travestis proposta pela Coordenação Nacional de DST e AIDS, que incentiva atitudes de respeito e de inclusão social deste segmento, que se torna mais vulnerável à AIDS, devido ao preconceito e à violência.

Assim, quaisquer iniciativas que promovam direitos civis são importantes. O projeto que visa criminalizar a homofobia⁵ incide automaticamente sobre profissionais do sexo masculino, uma vez que tal criminalização pode ser usada como defesa, restringindo agressões verbais, comportamentais e físicas que enfrentam em andanças e no trabalho. Da mesma forma, legislações que ampliem cidadania, como o direito à parceria civil, herança, adoção de filhos, atuam proporcionando equivalência deste grupo face aos heterossexuais, gerando igualdade de tratamento, como manda a Constituição⁸. A lei que efetiva desde 2007, a mudança de sexo (transgenitalização) pelo SUS para transexuais, junto ao direito à nova documentação civil dado pelo Supremo Tribunal Federal em 2009, são importantes para direitos civis de alguns profissionais do sexo transgêneros e travestis.

Apesar da importância da promoção da cidadania igualitária aos profissionais do sexo, é importante salientar os perigos da legalização da prostituição, que poderia “autorizar” e regulamentar as explorações citadas, que deveriam ser banidas da sociedade, para que todos pudessem ter livre arbítrio sexual e condições dignas de vida social sem ter que recorrer à prostituição.

A Rede Brasileira de Prostitutas, com grupos no Sul, Sudeste e Nordeste, articula o movimento em busca da identidade profissional, visando o pleno exercício da cidadania, a redução do estigma, da discriminação e a melhoria da qualidade de vida. Por isso, defendem a profissionalização da prostituição e o projeto de lei federal N°98/2003⁷. Já a Federação Nacional de Trabalhadoras do Sexo, com grupos no Norte-Nordeste, tem histórico de lutas contra a exploração sexual e expressa preocupações quanto ao abandono do estudo por adolescentes, em caso da profissionalização da prostituição como medida isolada. Como diz Rosarina Sampaio, fundadora da APROCE:

“A prostituição como atividade, para nós, idealmente, precisa ser uma escolha autônoma sem a interferência dessas imposições que são frutos de nossa dívida social, o que tem levado com constância crianças, adolescentes e jovens prematuramente e desumanamente para a atividade, que é uma profissão de mulheres e homens adultos e bem resolvidos”.

Por isso, o grupo não tem posição fechada de defesa da lei, considerando-a incompleta e insuficiente.

Cabe lembrar que os próprios michês não desejam ser estigmatizados com o rótulo de profissionais do sexo, uma vez que a garantia de direitos sociais de saúde já está prevista a todos pela equidade possibilitada no atendimento pelo SUS, além da possibilidade de aquisição de aposentadoria como autônomos pelo INSS.

Na verdade, a profissionalização pode se tornar uma “opção” (indução?) perigosa a adolescentes socialmente excluídos, podendo “naturalizar” a exploração socioeconômica e de gênero em suas perspectivas de vida, como ocorre em regiões sem opção de educação e perspectiva profissional de meninas², incentivo observado também quando atores/atrizes de expressão atuam personagens de profissionais do sexo em novelas com final vantajoso ou feliz. Afinal, quem ganhasse uma “bolada” na loteria continuaria na prostituição?

Para finalizar, estratégias intersetoriais mais abrangentes, como a articulação com programas de Educação, Cidadania, Direitos Civis e Bem Estar Social, além de Saúde Mental, visando à redução de risco de álcool e drogas, alternativas de formação educacional e profissional, objetivando uma coesão de políticas públicas de respeito a esses sujeitos, são fundamentais para reduzir a vulnerabilidade social dos profissionais do sexo e, conseqüentemente, sua vulnerabilidade em saúde.

Referências

1. Abusadas. [homepage na internet] [acesso em 20 e maio de 2010] Disponível em: <www.abusadas.com.br>.
2. Bastos S, Vieira V, Caetano C. BR-116 - O Caminho da Prevenção: intervenção social para a prevenção de DST e AIDS entre jovens que se prostituem em rodovias. *BIS* 2006; (40):25-27.
3. Bastos FI. A feminização da epidemia de AIDS no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. *Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Saúde Sexual e Reprodutiva* 2000; (3).
4. Bellei NCJ et al. HTLV infection in a group of prostitutes and their male sexual clients in Brazil: seroprevalence and risk factors. *Royal Society of Trop Med and Hyg* 1996; 90:122-25.
5. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei da Câmara 122 – Criminalização da Homofobia. Brasília; 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Profissionais do Sexo – Série Manuais, nº 47. Brasília: MS; 2002.
7. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei No. 98 – Prostituição. Brasília; 2003.
8. Brasil. Câmara dos Deputados. Constituição Federal. Brasília; 1988.
9. Ferraz EAF, Souza C, Souza LM, Costa N. Travestis profissionais do sexo e HIV/AIDS: conhecimento, opiniões e atitudes. [Trabalho apresentado no Seminário de Diamantina; 2006; Diamantina, BR].
10. Gravato N. Fatores Associados pela Infecção do HIV em trabalhadoras do sexo de Santos. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP; 2004.
11. Gravato N, Lacerda R, Bastos FI et al. Differential levels of syphilis and HIV infections by socioeconomic status (SXES) and regularity of gynecological care (RGC) among female CSWs in Santos, Brazil. XIII Conf. Int. de AIDS, Durban. No prelo.
12. Grupo Gay da Bahia. Dossiê Violência. Assassinato de homossexuais no Brasil. Salvador; 2008. [Acesso em maio de 2010] Disponível em [http://www.ggb.org.br/assassinatosHomossexuaisBrasil_2008_pressRelease.html].
13. Gysels M, Pool R, Nalusiba B. Women who sell sex in a Ugandan trading town: Life Histories, Survival Strategies and Risk. *Social-Science-and-Medicine* 2002; 54(2):179-192.
14. Jimenez L. Aprendendo a escolher: opções contraceptivas e prevenção das DST/HIV: relato de experiência com um grupo de mulheres trabalhadoras do sexo. Disponível em http://www.aidscongress.net/pdf/170.pdf
15. La Nación. Buenos Aires. Sífilis e aids reinam entre as travestis. 7 de agosto de 2009. [Acesso em: junho de 2010] Disponível em http://criasnoticias.wordpress.com/2009/08/09/argentina-sifilis-e-aids-reinam-entre-as-travestis/.
16. Lago TDG do. Opções contraceptivas em tempos de AIDS. In: Parker R, Galvão J. Quebrando o silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil. RJ: Relume Dumará; 1996.
17. Liguori AL. El SIDA y la salud reproductiva. In : Langer A, Tolbert K, organizadores. *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*. México: EDAMEX/Populacion Council; 1996.
18. Ministério da Saúde (Brasil). Metas e Compromissos Assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas em HIV/AIDS. Resposta Brasileira 2005-2007. Brasília: Programa Nacional de DST e AIDS; 2008.
19. Ministério da Saúde (Brasil). Documento referencial para ações de prevenção das DST e da AIDS – Série manuais nº 47. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
20. Ministério da Saúde (Brasil). Relatório de Conclusões e Recomendações do Seminário Nacional “AIDS e Prostituição”. Março; 2002. [Acesso em: 20 julho de 2006]. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/final/novidades/prof_sexo.relatorio.htm
21. Programa Nacional de DST e AIDS. [Acesso em junho de 2010]. Disponível em: www.aids.gov.br.
22. Peixoto M. Relatório de Campo do Projeto Esgrima. São Paulo: Barong; 2002.
23. Perlongher N. O negócio do michê: a prostituição viril em São Paulo. São Paulo: Perseu Abramo; 2008.
24. Szwarcwald CL, Bastos, FI, Gravato N et al. The relationship of illicit drug consume to HIV-infection among commercial sex workers (CSWs) in the city of Santos, São Paulo, Brazil. *The International Journal of Drug Policy* 1998; 9:427-436.
25. Vicentini AM. Um olhar sobre a prostituição masculina. São Paulo: Grupo Editorial Scortecci; 2008.

As origens da regulação estatal sobre a questão da infância e da adolescência no Brasil e sua repercussão nas políticas públicas atuais

The origins of state regulation on the question of infancy and adolescence in Brazil and its repercussions on current public policies

Kátia Cibelle Machado Pirotta¹

Resumo

O artigo tem como proposta apresentar resultados de uma pesquisa a respeito da regulação estatal, no Brasil, sobre a questão da infância e da adolescência. Foram estudadas as concepções e categorias presentes no primeiro Código de Menores brasileiro, conhecido como Mello Matos, de 12 de outubro de 1927, e as condições históricas e políticas da sua formulação. As concepções

e categorias presentes nesse marco regulatório influenciaram todo o desenvolvimento da política de atenção à infância e à adolescência e condicionaram o modelo de assistência implantado no País, ao longo do século XX. Influenciado pelas correntes eugenista e higienista e pela necessidade de ampliação da esfera de regulação estatal, especialmente a partir do Segundo Reinado, o tratamento dado às crianças e aos adolescentes foi orientado por uma lógica de Estado.

O paradigma adotado possuía um cunho moralista e autoritário e foi incapaz de corrigir as injustiças sociais da época. Com a redemocratização do Estado brasileiro, nos anos 1980, apesar da grande inflexão de cunho teórico e prático trazida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o paradigma anteriormente adotado continuou a influenciar, em muito, as práticas assistenciais e o imaginário ligado à criança e ao adolescente, até os dias atuais.

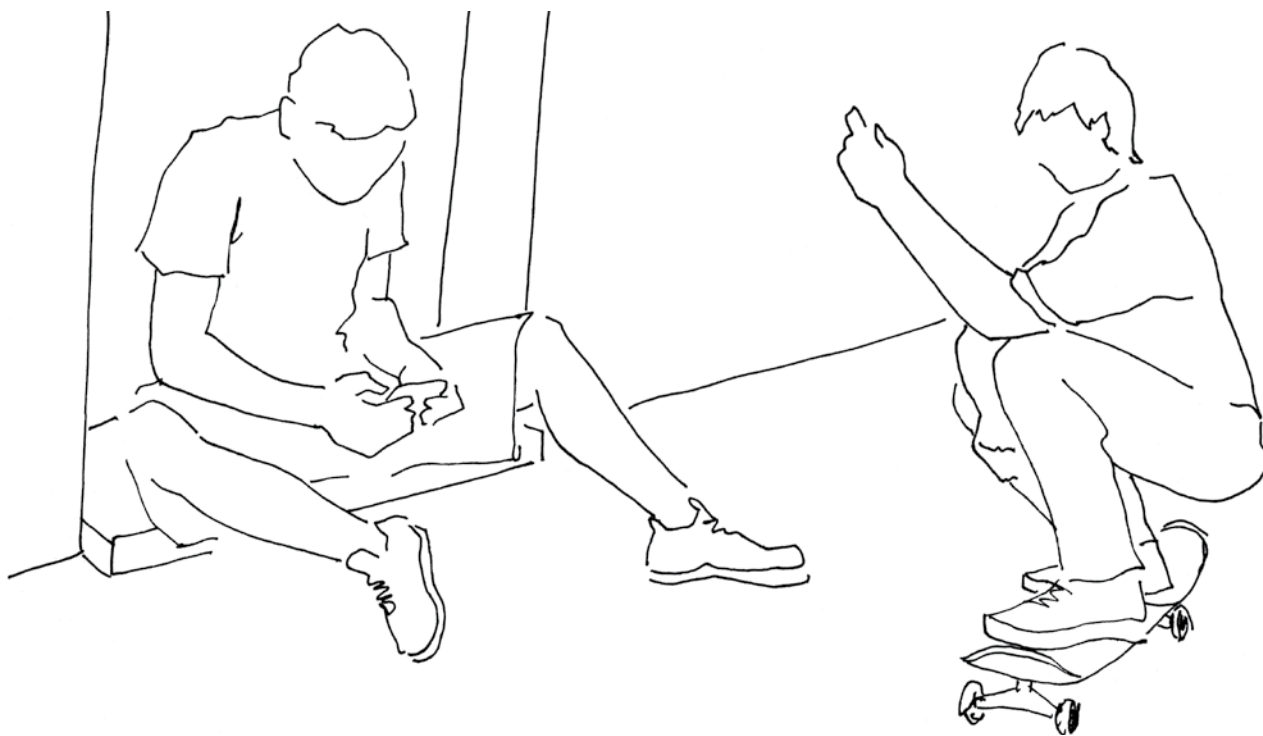
Palavras-chave: Infância; adolescência; direitos das crianças e dos adolescentes

Abstract

The proposal of this article is to present the results of a survey concerning state regulation in Brazil of the question of infancy and adolescence, the concepts and categories present in the first Código de Menores brasileiro (Code of Brazilian Minors), known as Mello Matos, of October 12, 1927, and the historical and political conditions regarding their formulation. The concepts and categories present at this regulatory mark influenced the entire development of the policy of attention to infancy and adolescence and conditioned the model of assistance implemented in the country throughout the XX Century. Influenced by the eugenist and hygienist currents and by the need to amplify the sphere of state regulation, especially as from the Second Kingdom, the treatment given children and adolescents was guided by state logic. The paradigm adopted had a moralist and authoritarian bent and was incapable of correcting the social injustices of the day. With the redemocratizing of the Brazilian State in the eighties, despite the large influx of a theoretical and practical nature brought by the Statute of the Child and Adolescent (ECA) and by the creation of the Sistema Único de Saúde (SUS – Single Health Care System), the paradigm previously adopted continues to influence, a lot, the practices of assistance and the imagination connected to the child and adolescent up to the present.

Key-words: Infancy; adolescence; children's and adolescence's rights

¹Kátia Cibelle Machado Pirotta (katia@isaude.sp.gov.br) é socióloga, mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Pesquisadora científica IV do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



O artigo tem como proposta apresentar os primeiros resultados de uma pesquisa sobre as origens das leis brasileiras a respeito da infância e da adolescência e a sua influência no tratamento dado às crianças e aos adolescentes pelas instituições até os nossos dias. A pesquisa está sendo realizada a partir de um levantamento do desenvolvimento das leis referentes ao tema, da análise das concepções e categorias cristalizadas no primeiro Código de Menores brasileiro e de um estudo das decisões do judiciário paulista nos anos iniciais da vigência do *Código de Menores Mello Matos*. No presente artigo expõem-se as principais características do Código Mello Matos e o contexto histórico do seu surgimento, refletindo-se sobre o seu impacto na perpetuação das iniquidades na sociedade.

As concepções e categorias presentes nessa legislação influenciaram o desenvolvimento da política voltada ao tratamento da questão do “menor” e condicionaram o modelo de assistência implantado no País. Em 1990, frente à pressão e à crítica dos movimentos sociais e de diversos setores da sociedade à forma como o Estado tratava as questões relativas à infância e à adolescência – cujas intervenções agravavam ainda mais a exclusão social, principalmente nos setores mais empobrecidos da sociedade –, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi promulgado e tornou-se um marco para as políticas públicas e para a atenção das crianças e dos adolescentes. Apesar

disso, muitas das concepções e das práticas adotadas no primeiro modelo continuaram a influenciar a assistência e o imaginário ligado à criança e ao adolescente.

O *Código de Menores Mello Matos* (Decreto N. 17.943 - A) foi a primeira lei brasileira que apresentou um enfoque mais geral sobre o tratamento da infância e da adolescência. O chamado Código Mello Matos foi promulgado em 12 de outubro de 1927, durante o período da República Velha, anos após a promulgação do Código Civil de 1916. Em 1923, no Rio de Janeiro, então Capital Federal, havia sido criado o Juizado de Menores, tendo José Cândido de Albuquerque Mello Matos assumido o cargo de juiz de menores, o primeiro da América Latina. Em São Paulo, seguindo o exemplo da Capital Federal, criou-se a Vara Privativa de Menores em 1924, por meio da Lei nº 2.059.

Um dos principais aspectos que marcava o debate sobre a situação da infância no Brasil, ao iniciar o século XX, era a presença de menores nas cadeias públicas, em companhia dos detentos adultos. Essa situação já vinha gerando críticas antes mesmo da Proclamação da República. Um rápido panorama da situação durante o Império é indicativo da situação encontrada no início do século XX. O Código Criminal do Império, de 1830, definiu três períodos de idade em relação à responsabilidade penal. Não possuíam responsabilidade penal os menores de 14 anos, exceção feita aos escravos, para

os quais a lei só passa a valer em 1885. Os maiores de 14 e menores de 17 anos estariam sujeitos à ponderação do juiz sobre o seu grau de discernimento para a aplicação da pena. Só após os 21 anos seria possível a imposição de penas drásticas, como as galés, em que o condenado era obrigado a trabalhar em obras públicas acorrentado. Apesar desses critérios etários, admitia-se que menores de 14 anos fossem recolhidos às Casas de Correção, caso o juiz considerasse que eles possuíam discernimento sobre o ilícito cometido. O Código Penal de 1890 diminuiu a idade da responsabilização penal para os 9 anos, permitindo que infratores de 9 a 14 anos fossem presos nas Casas de Correção. Mas, na realidade, o seu destino era a prisão comum, já que não existiam Casas de Correção para menores. No início do século XX, alguns juristas denunciavam o abandono das crianças e adolescentes pobres pelo Estado, que eram tratados como “casos de polícia”².

Vivendo em uma sociedade altamente discriminatória, as crianças e os adolescentes eram vistos perambulando pelas ruas, em situação de pobreza e sem condições para se escolarizar. O fim do trabalho escravo, em 1888, por seu turno, ocorreu sem que a população negra pudesse ser devidamente incorporada à organização social, prosseguindo a exclusão e a discriminação dos negros. O retrato da família paulista, à época do início da urbanização, era de fragmentariedade e seus integrantes viviam precariamente diante das dificuldades de sustento e de sobrevivência^{1,7}.

No início do século XX, a presença das crianças e dos adolescentes nas ruas era vista como ameaça à ordem social e ao futuro da República. O abandono material somava-se ao abandono moral e, na visão da época, isso se devia a eles não contarem com a família ou com qualquer outra instituição social para moldar seu caráter e possibilitar sua formação.

Durante o século XIX, as correntes eugenista e higienista marcaram fortemente o pensamento no País e no mundo, influenciando as concepções políticas e as instituições sociais, através concepções de teor cientificista. Ao lado disso, a medicina procurava a sua institucionalização e profissionalização, apoiando-se no saber científico e não mais na prática leiga. A busca da construção da nação, especialmente no Segundo Reinado, mas prolongando-se pelo Período Republicano, é acompanhada pela necessidade de reconhecimento e legitimidade do Estado, no âmbito externo e no interno. Todos esses

fatores marcam o processo de ampliação da esfera de regulação estatal em direção à infância e à adolescência. Vejamos, a seguir, como eles se interrelacionam.

A mortalidade infantil, a educação e a sexualidade representam três pontos de interesse da medicina brasileira sobre a infância. A partir das preocupações iniciais com o combate das altas taxas de mortalidade infantil, o pensamento médico passa a defender teses que aconselhavam a utilização de táticas médico-higiénicas na educação escolar, na pedagogia infantil e na orientação familiar. A escola era vista como instituição ideal, capaz de preservar a infância e a adolescência de influências perniciosas originadas de uma sociedade em desordem. A questão moral era difundida pela medicina do século XIX, por meio do combate às práticas e costumes disseminados desde o período colonial e pelo controle da sexualidade⁶.

A ascensão da influência dos médicos ocorre paralelamente ao processo de configuração da classe burguesa brasileira³. A medicina encontra, na burguesia recém-survida, uma aliada, na medida em que ambas possuíam os mesmos ideais de construção da nação moldados pelas correntes positivistas, evolucionistas e eugenistas da época. Os médicos buscavam impor-se aos centros de decisão do Estado e, voltando-se para a infância e a adolescência, ditavam regras no preparo e aperfeiçoamento dos futuros homens de sociedade. Daí que a preocupação com a infância e a adolescência possuísse um caráter autoritário, de cunho moral, mais voltado para uma visão sobre o futuro da nação emergente do que para os problemas sociais existentes na época.

O debate sobre as condições de vida e de saúde das crianças, a maternidade, o desenvolvimento dos futuros cidadãos, o ideal de família a ser buscado, as condições da força de trabalho, entre outros aspectos, passaram a ser vistos como fatores fundamentais para o futuro da nação. Adquirem interesse político e são orientados por interesses de Estado. O Estado, buscando sua legitimação, passa a se preocupar com a organização da vida social e, assim, iniciam-se as políticas públicas em relação à infância e à adolescência. Esse paradigma foi fortemente marcado por um teor moralista e autoritário que, introduzido num contexto social altamente discriminatório, produziu um modelo de assistência incapaz de corrigir as injustiças sociais presentes à época.

O advento de um código voltado para o tratamento das crianças e adolescentes ocorre nas primeiras déca-

das do período republicano e pode ser entendido como uma busca de ampliação da esfera de atuação estatal sobre a sociedade, revelando, simultaneamente, a urgência da questão da infância e a busca do Estado em se legitimar por meio da produção de diplomas legais.

No Brasil, havia se passado três décadas desde a Proclamação da República e a abolição da escravatura. O crescimento das cidades, a chegada de imigrantes vindos de diversos países da Europa, a substituição da mão de obra escrava pela assalariada, a ascensão da cafeicultura e o advento da industrialização são algumas das significativas transformações que se davam no âmbito interno. Do ponto de vista internacional, a crise de 1930, o período entre guerras e ascensão dos estados totalitários são alguns dos elementos que caracterizaram o período.

O início da República foi marcado pela adesão às ideias científicas produzidas na Europa do século XIX, quando se estabelecem associações rígidas entre patrimônio genético, aptidões individuais e inclinações morais. O comportamento humano é considerado consequência direta de leis biológicas e naturais, no esteio do nascimento da frenologia, da craniologia e da antropometria. Essas correntes baseavam-se em estudos sobre variedades do cérebro humano para estabelecer os determinantes da capacidade humana. Aplicando essa hipótese ao comportamento criminoso, Cesare Lombroso – principal expoente da antropologia criminal – tratou dessa questão como um fenômeno biológico e hereditário, buscando conhecer as bases objetivas que permitissem a detecção da tendência criminosa a partir das características físicas individuais e de sua herança biológica⁸.

A preocupação com a criminalidade juvenil também está cercada pelo receio de que a realização do delito ocultava uma perversão do caráter de origem hereditária. Esta, se descoberta a tempo, poderia ser reduzida ou evitada. Esse raciocínio considera que a perversão moral pode ser combatida pela disciplinarização. Na medida em que o comportamento era tratado a partir da perspectiva eugenista e higienista da época, a questão do menor era reforçada como um elemento ameaçador à ordem social e à construção da nação. Acreditava-se que a perversão moral daria seus primeiros sinais na adolescência e, caso não fosse diagnosticada e corrigida a tempo, ocasionaria efeitos nefastos sobre a organização da sociedade.

Com esse pano de fundo, o Código Mello Matos vem regular a relação do Estado com a infância e a adolescên-

cia e normatizar as condutas de crianças e adolescentes e de suas famílias. O documento consiste em um conjunto de normas e categorias que abarcam aspectos da vida social e do desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, incluindo medidas de ressocialização, como a destituição do pátrio poder e a internação em asilos e reformatórios. Seus tópicos abrangem diversos temas, como: o aleitamento das crianças através das nutrizes e a regulação dessa atividade; a criação da Inspetoria de Higiene Infantil; a exclusão do sistema de rodas – que só se efetivaria muito mais tarde; a criação do registro secreto das crianças expostas; o trabalho dos menores; a tutela e a inibição do pátrio poder, entre outros temas. Além disso, o Código, na sua parte especial, define a composição do juízo de menores e a atribuição de seus profissionais, disciplina questões relativas ao processo de menores, institui o abrigo de menores, subordinado ao juízo de menores e cria os institutos disciplinares. Esse diploma legal passou a orientar a relação entre o Estado e a infância e a adolescência, forjando seu molde.

Em seu primeiro artigo, o Código Mello Mattos define qual o objetivo e a finalidade da lei: “o menor, de um ou outro sexo, abandonado ou delinquente, que tiver menos de 18 anos de idade, será submetido pela autoridade competente às medidas de assistência e proteção contidas neste Código”.

O Código Mello Mattos estrutura-se em torno do conceito de menor abandonado ou delinquente, modelo este conhecido como “doutrina da situação irregular”. Por essa doutrina, entende-se que a lei se dirige apenas para a parcela empobrecida da população, em situação de abandono e delinquência, e não para a totalidade das crianças e adolescentes. Desse modo, as ações repressivas e assistenciais recaem sobre as crianças em situação de exclusão, fora da estrutura familiar ou em abandono. O tratamento dado pelo legislador às questões da infância e da adolescência resultou no acirramento da estigmatização da pobreza e acabou culpando a própria criança e o adolescente por sua origem social. Por conseguinte, a legislação sobre menores produz mais discriminação do que garantias sociais, sendo ineficiente do ponto de vista da garantia de direitos à criança e ao adolescente.

A condição de menor abandonado e delinquente é detalhada no quarto capítulo do código. Consideram-se abandonados, os menores de 18 anos sem habitação certa nem meios de subsistência, cujos pais, tutores ou responsáveis legais estejam ausentes ou impedidos de

cuidar ou que estejam vivendo em companhia de pai, mãe, tutor ou responsável que pratiquem atos contrários à moral e aos bons costumes. Também são considerados abandonados ou delinquentes, os que se encontrem em estado habitual de vadiagem, libertinagem ou medicância. E, ainda, os que forem vítimas de maus tratos ou crueldade.

As medidas a serem aplicadas eram variadas, consistindo na simples devolução para a família até a internação em hospital, asilo, instituto de educação, escola de preservação ou de reforma. Caso o menor sofresse de qualquer doença física ou mental, a autoridade pública deveria ordenar as medidas convenientes para que ele recebesse tratamento.

Ganhava terreno, à época, a discussão da importância na prevenção da criminalidade por meio da internação dessas crianças e adolescentes em escolas e instituições disciplinares. Vista como a maneira de afastá-los dos “focos de contágio”, a essas instituições caberia “(...) dirigir-lhe a índole, educá-los, formar-lhes o caráter, por meio de um sistema inteligente de medidas preventivas e corretivas”².

Qualquer pessoa poderia apresentar um menor de 18 anos ao juízo, se considerasse que ele estava vadiando ou mendigando. Caso o menor fosse encontrado mais de duas vezes nessa situação, ele seria considerado um vadio ou mendigo habitual, cabendo a internação em escola de preservação até a maioridade ser alcançada. O mesmo valia para aqueles que procurassem obter habitualmente recursos na prostituição, tráfico ou criminalidade.

Quanto ao menor delinquente, o menor de 14 anos, autor ou cúmplice de crime ou contravenção não seria submetido a processo penal, mas deveria ser examinado quanto ao seu estado físico, mental e moral. Além disso, o juiz deveria fazer um levantamento da situação social, moral e econômica dos pais, tutores ou de qualquer pessoa que estivesse com a guarda do menor. Constatada alguma forma de alienação ou deficiência mental, incluindo-se epilepsia, cegueira, mudez, surdez, entre outros, a autoridade ordenaria que o menor recebesse tratamento adequado. Caso o menor fosse abandonado, pervertido ou em risco de sê-lo, deveria ser colocado em uma instituição de asilo, casa de educação ou escola de preservação ou ser entregue a uma pessoa idônea, até os 21 anos, no máximo.

O menor de 18 anos e maior de 14 anos sofreria um processo especial, após terem sido tomadas informações

precisas sobre o seu estado físico, mental e moral e sobre as condições sociais, morais e econômicas da família, conforme mencionado acima. Sendo imputado crime considerado grave a um menor com mais de 16 anos e menos de 18 anos, provando-se que se tratasse de indivíduo perigoso pelo seu estado de perversão moral, o juiz aplicaria o art. 65 do Código Penal e o enviaria para um estabelecimento para condenados de menor idade. Na falta deste, o menor seria remetido a uma prisão comum, mas deveria ficar separado dos condenados adultos.

Durante o século XX, foi crescente o processo de elaboração de legislação para a proteção da criança e do adolescente e da regulamentação das ações voltadas para esses grupos, tanto no âmbito dos tratados internacionais, como nos ordenamentos jurídicos internos dos Estados Nacionais. O ponto chave dos direitos humanos estendidos às crianças e adolescentes é quando eles passam a ser considerados sujeitos de direitos próprios e adequados à sua condição, com vistas à preservação de seus interesses, e não objeto de uma legislação de caráter disciplinar, visando à correção de desvios de conduta.

Atualmente, o direito da criança e do adolescente possui como principais diplomas legais a Constituição Federal de 1988, em especial o artigo 227, a Convenção Internacional dos Direitos Humanos das Crianças, documento da ONU, de 1989 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990. Esse conjunto de textos legais estabelece um marco importantíssimo no tratamento dado à criança e ao adolescente, ao reconhecer a sua dignidade decorrente de sua condição de ser humano, inserindo a proteção da criança e do adolescente no âmbito dos direitos humanos.

Nas décadas de 1970 e 1980, movimentos sociais e personalidades públicas denunciaram a falência do modelo adotado no Brasil, pressionando o Estado a realizar mudanças no tratamento dado às crianças e aos adolescentes. Com a redemocratização e a instalação da Assembleia Constituinte, nos anos 1980, criaram-se as condições para a revisão da legislação e a construção de um novo marco legal⁴. O artigo 227 da Constituição Federal de 1988 exigiu a substituição do antigo paradigma por um novo enfoque, levando ao processo que culminou com a promulgação do ECA, em 1990. Orientado por princípios comuns, na área da saúde, foi criado, por lei, o Sistema Único de Saúde (SUS). De um modo geral, pode-se afirmar que tanto o ECA quanto o SUS, na sua formulação, buscaram fazer frente à he-

rança recebida do paradigma anterior e adotaram princípios comuns como a participação social, a atenção integral, a universalidade da assistência, a descentralização administrativa e a equidade⁵.

O ECA, no seu Capítulo I, trata do direito das crianças e dos adolescentes à vida e à saúde. No seu Art. 7º, lê-se o seguinte: “a criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. (ECA, Art. 7º)

Logo a seguir, o Art. 11 trata do atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, pelo sistema público: “é assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde”. (ECA, Art. 11º)

Na área da saúde, muitos dos problemas verificados em relação à criança e ao adolescente – como as questões da violência doméstica e sexual, da orientação sexual, da gravidez, das DSTs e do HIV/Aids, entre outros – continuam exigindo esforços para que o novo paradigma se consolide. A garantia da cobertura e o aperfeiçoamento da legislação são alguns dos pontos para a promoção da saúde das crianças e dos adolescentes. Por sua vez, o direito à autonomia, à privacidade e à confidencialidade, um dos pilares da assistência e da ética médica, nem sempre é garantido nos serviços de saúde, pois há receio em se lidar com os adolescentes. Algumas vezes, há situações contrárias, em que o sigilo deve ser quebrado, como no caso do abuso sexual e da violência contra a criança e o adolescente, com denúncia aos Conselhos Tutelares. Aos profissionais de saúde cabe lidar com essas complexas situações sociais e psicológicas e ponderar qual o melhor caminho a ser tomado, preferencialmente com o respaldo de uma equipe multidisciplinar. Concluindo, a saúde das crianças e dos adolescentes depende, em muito, da atuação de profissionais com sensibilidade para superar os padrões históricos e culturais que limitam as possibilidades de vivenciar uma vida saudável desde a infância e a adolescência, por meio do desenvolvimento de ações e programas voltados para as especificidades e necessidades do grupo.

Referências

1. Dias MOLS. Quotidiano e poder em São Paulo no século XIX. 2ª Ed. São Paulo: Brasiliense; 1995.
2. Londoño FT. A origem do conceito menor. In: Del Priore M, organizador. História da criança no Brasil – Coleção Caminhos da História. 4ª ed. São Paulo: Contexto; 1996. p. 129-145.
3. Machado R, Loureiro A, Luz R, Murici K. Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
4. Pereira RFS. Movimento de defesa dos direitos da criança e do adolescente: do alternativo ao alternativo [dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Serviço Social da PUC; 1998.
5. Pirotta WRB, Pirotta KCM. O adolescente e o direito à saúde após a Constituição de 1988. In: Schor N, Mota MSFT, Branco VCB. Cadernos Juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde; 1999. p.30-40. Disponível em <<http://www.adolec.br/bvs/adolec/p/cadernos/capitulo/cap02/>>
6. Ribeiro PRM. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. Psicologia em Estudo 2006; 11(1).
7. Samara EM. As mulheres, o poder e a família. São Paulo, século XIX. São Paulo: Marco Zero; 1989.
8. Schwarcz LM. O espetáculo das raças: Cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930. São Paulo: Cia das Letras; 1993.

Informações básicas e instruções aos autores

O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é uma publicação quadrimestral do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Com tiragem de dois mil exemplares, a cada número o BIS apresenta um núcleo temático, definido previamente, além de outros artigos técnico-científicos, escritos por pesquisadores dos diferentes Núcleos de Pesquisa do Instituto, além de autores de outras instituições de Ensino e Pesquisa. A publicação é direcionada a um público leitor formado, primordialmente, por profissionais da área da saúde do SUS, como técnicos, enfermeiros, pesquisadores, médicos e gestores da área da Saúde.

Fontes de indexação: o BIS está indexado como publicação da área de Saúde Pública no Latindex. Na Capes, o BIS está nas áreas de Medicina II e Educação.

Copyright: é permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições. Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.

Patrocinadores: o BIS é uma publicação do Instituto de Saúde, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Resumo: os resumos dos artigos submetidos para publicação deverão ser enviados para o e-mail boletim@isaude.sp.gov.br, antes da submissão dos artigos. Deverão ter até 200 palavras (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), em português, com 3 palavras-chave. Caso o artigo seja aprovado, um resumo em inglês deverá ser providenciado pelo autor, nas mesmas condições do resumo em português (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples, acompanhado de título e palavras-chave).

Submissão: os artigos submetidos para publicação devem ser enviados, em português, para o e-mail boletim@isaude.sp.gov.br e ter entre 15.000 e 25.000 caracteres com espaço no total (entre 6 e 7 páginas em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), incluídas as referências bibliográficas, salvo orientações específicas dos editores. O arquivo deve ser enviado em formato Word 97/2003, ou equivalente, a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. Fotos, figuras e gráficos devem ser enviados à parte, com resolução mínima de 300 dpi.

Título: deve ser escrito em Times New Roman, corpo 12, em negrito e caixa Ab, ou seja, com letras maiúsculas e minúsculas.

Autor: o crédito de autoria deve estar à direita, em Times New Roman, corpo 10 (sem negrito e sem itálico) com notas de rodapé numeradas sequencialmente, em algarismos romanos, informando sua formação, títulos acadêmicos, cargo e instituição a qual pertence. Também deve ser disponibilizado o endereço eletrônico para contato (e-mail).

Subtítulos do Texto: nos subtítulos não se deve usar números, mas apenas letras, em negrito e caixa Ab, ou seja, com maiúsculas e minúsculas.

Corpo do Texto: o corpo do artigo deve ser enviado em Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Transcrições de trechos dentro do texto: devem ser feitas em Times New Roman, corpo 10, itálico, constando o sobrenome do autor, ano e página. Todas essas informações devem ser colocadas entre parênteses.

Citação de autores no texto: deve ser indicado em expoente, em algarismos arábicos, o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado antes da pontuação, nos casos em que se aplica. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares.

Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (relatórios e outros): devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas somente nos rodapés das páginas onde estão citadas, e em algarismos romanos.

Referências bibliográficas: preferencialmente, apenas a bibliografia citada no corpo do texto deve ser inserida na lista de referências. Elas devem ser ordenadas alfabeticamente e numeradas em algarismos arábicos, no final do texto. A normalização seguirá o estilo Vancouver.

Espaçamento das referências: deve ser igual ao do texto, ou seja, Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Termo de autorização para publicação: o autor deve autorizar, por escrito e por via eletrônica, a publicação dos textos enviados, de acordo com os padrões aqui estabelecidos. Após o aceite para publicação, o autor receberá um formulário específico, que deverá ser preenchido, assinado e devolvido aos editores da publicação.

Obs.: no caso de trabalhos que requeiram o cumprimento da resolução CNS 196/1996 será necessária a apresentação de parecer de comitê de ética e pesquisa.

Avaliação: os trabalhos são avaliados pelos editores científicos e por editores convidados, a cada edição, de acordo com sua área de atuação.

Acesso: a publicação faz parte do Portal de Revistas da SES-SP, em parceria com a BIREME, com utilização da metodologia Scielo para publicações eletrônicas, podendo ser acessada nos seguintes endereços:

Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>
Instituto de Saúde – www.isaude.sp.gov.br

BIS - números já editados



Volume 12 Número 1 - 04/2010
Comunicação e Saúde



Nº 48 - 11/2009
Formação dos trabalhadores
para o SUS



Nº 47 - 04/2009
Envelhecimento & Saúde



Nº 46 - 12/2008
Saúde Sexual e Reprodutiva



Edição Especial - 09/2008
20 Anos de SUS



Nº 45 - 08/2008
Saúde Mental

Edições disponíveis no site www.isaude.sp.gov.br



**SECRETARIA
DA SAÚDE**

