



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Mendes Faustino, Deivison

A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 12, diciembre, 2017, pp. 3831-3840

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63053795003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra

The universalization of rights and the promotion of equity:
the case of the health of the black population

Deivison Mendes Faustino ¹

Abstract This article takes the field of “health of the black population” as an object to problematize some tensions and possibilities existing around the operationalization of the concepts of universality and equity in public policies and no debate about the right to the city. The question that mobilizes it is: how to articulate the search for the universalization of rights with demands mobilized by specific groups in an unequal society. In order to respond, to approve the debates and the resistances surrounding the institutionalization of the National Policy of Integral Health of the Black Population and its relation with the prerogatives of the Unified Health System. The result is a critique of the universalization/targeting and recognition/distribution and pointing to a dialectical approach. Categories that consider a mediation between singularity, particularity and universality.

Key words Universality, Equity, Black population health

Resumo Este artigo toma o campo saúde da população negra como objeto para problematizar algumas tensões e possibilidades existentes em torno da operacionalização dos conceitos de universalidade e equidade nas políticas públicas e no debate sobre o direito à cidade. A pergunta que o mobiliza é: como articular a busca pela universalização dos direitos com as demandas requeridas por grupos específicos em uma sociedade desigual. Para respondê-la, o autor examina os debates e as resistências em torno da institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a sua relação com as prerrogativas do Sistema Único de Saúde. O resultado é a crítica às polarizações universalização/focalização e reconhecimento/distribuição e o apontamento à uma abordagem dialética dessas categorias que considere a mediação entre singularidade, particularidade e universalidade.

Palavras-chave Universalidade, Equidade, Saúde da população negra

¹ Departamento de Saúde, Educação e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista. R. Silva Jardim lado par/136, Vila Mathias. 11015-020 Santos SP Brasil. sdeivison@hotmail.com

Introdução

O interesse do campo da saúde nos assuntos relacionados ao direito à cidade justifica-se pela necessidade de observar, refletir e intervir nos aspectos socioculturais da produção da saúde dos indivíduos e coletividades, destacando-se, neste sentido a Declaração de Alma-Ata, produzida em setembro de 1978 na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, República do Cazaquistão (ex-república socialista soviética); a Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde realizada em novembro de 1986, em Ottawa, e o movimento “Cidade Saudável”, iniciado em Toronto, Canadá. Assim, temas como gentrificação, estigmatização territorial, segregação espacial, mobilidade urbana, entre outros, oferecem um grande potencial para pensar a saúde de maneira ampliada, sobretudo em contextos de intensa desigualdade social.

Desde os primórdios do movimento sanitário, no século XIX, – em um contexto histórico já marcado pela agudização das contradições urbanas nos centros capitalistas – já se reconhecia a importância da mobilização de sujeitos e recursos para o enfrentamento de problemas coletivos que afetavam a saúde. Entretanto, é a partir da segunda metade do século XX que essa percepção se consolida impulsionando a criação de uma série de conceitos, encontros e tratados¹, que elegem a cidade, ou pelo menos os conflitos nela presentes, como pressupostos incontornáveis para as reflexões sobre a saúde².

Ao mesmo tempo, as questões próprias ao campo da saúde como qualidade de vida, promoção à saúde, saúde mental, entre outras, também estão presentes nas reflexões relacionadas ao direito à cidade³, oferecendo incontáveis possibilidades de diálogo. Para além disso, ambos os campos trabalham com temas comuns que relacionam equidade e populações em situação de vulnerabilidade. Na esteira dessas discussões, encontram-se algumas perguntas que merecem destaque. A saber: é possível conciliar a luta pela universalização dos direitos com a *advocacy* por políticas específicas voltadas aos grupos em situação de vulnerabilidade? Se sim, quais as questões implícitas à essa conciliação?

Embora a resposta pareça óbvia, as perspectivas políticas e teóricas mobilizadas em torno delas nem sempre são convergentes, apresentando algumas tensões que serão objeto de reflexão desse trabalho. Assim, tomaremos o campo (de estudos e intervenção) *saúde da população negra* objeto privilegiado para pensar algumas dessas

tensões. Embora o tema em questão seja exclusivo da área da saúde, as suas relações causais – enquanto determinantes sociais de saúde – estão explicitamente ligadas às questões e preocupações da literatura voltada ao direito à cidade, especialmente em suas possibilidades de articulação dos conceitos de igualdade, universalidade, diferença e equidade.

A política dos conceitos

A preocupação com as determinações econômicas da produção dos espaços urbanos, especialmente em seus efeitos nefastos à saúde e à qualidade de vida das populações ali residentes, tem sido alvo de sistematizada reflexão^{4,5}. Observa-se que o crescimento e a planificação das cidades foram guiados por lógicas que consideraram, em última instância, não o desejo e o bem-estar dos indivíduos e grupos que as compõem, mas, sobretudo, pela capacidade social e geográfica destes espaços concentrarem o excedente produtivo. Neste cenário, as possíveis divergências e dissensos presentes no debate localizam-se mais na profilaxia proposta do que no diagnóstico do problema, ou seja: para uns, a incontornável dimensão de classe dos problemas urbanos se resolveria dentro de marcos liberais – a partir de determinada regulação social que atue em consonância com o “sacralizado” direito à propriedade e à mais valia – e, para outros, a solução exigiria uma revolução emancipatória que pudesse democratizar o direito de reconstruir o seu espaço – e a si – segundo as próprias necessidades e desejos. Em ambos os casos, os diagnósticos, os debates sobre os direitos individuais e coletivos à cidade têm nas dimensões econômicas um elemento de importância capital.

No mesmo caminho, as principais reflexões e reivindicações em torno do direito à saúde passam, de maneira incontornável, pelas formas com que o Estado e a vida social, em determinado tempo e espaço, influenciam no direito individual e coletivo à saúde. Se o direito individual é visto em termos de liberdade – de decisão e acesso às informações e recursos necessários à uma vida saudável –, o direito coletivo à saúde é visto em termos de igualdade não apenas jurídica, mas, sobretudo, política e econômica⁶. Em ambos, entretanto, a preocupação com a pobreza e a desigualdade social assumiu importância central⁷, em oposição às reivindicações identitárias que apenas posteriormente ganharam espaço no cenário público, especialmente ao longo do século XX. Como exemplificam Marcos Chor Maio e

Simone Monteiro⁸, ao se referirem à trajetória do movimento da Reforma Sanitária:

[...] o movimento da Reforma Sanitária, uma espécie de intelligentsia, estaria informado por alguns princípios da tradição de esquerda, de corte nacionalista, que veria com estranheza um mundo movido através de constructos raciais, a saber: 1) longa tradição sociológica que opera com a categoria de classe social para tratar as desigualdades sociais; 2) tradições de esquerda cuja utopia socialista e nacionalista não concebe atores raciais; 3) sensibilidade moral cujo princípio de justiça identifica na privação absoluta o foco para o qual a sociedade deve estar mobilizada...

Entretanto, a partir da segunda metade do século XX, essa embocadura político-teórica – centrada em torno das determinações econômicas da produção e reprodução da vida – foi alvo de intensas críticas e reformulações, quando, então, novos atores políticos passaram a disputar os termos em torno daquilo que se entendia por direitos. Embora tenha assumido dimensões próprias em cada contexto particular, essa reconfiguração resultou em uma progressiva diversificação dos atores demandantes e, sobretudo, das reivindicações e noções de direito, agora mobilizados também em termos identitários como gênero, orientação sexual, raça/etnia, nacionalidades, faixa etária, entre tantas outras ramificações cada vez mais ramificadas o longo do tempo. O próprio debate sobre o direito à saúde se insere neste contexto de eclosão de novos movimentos sociais, não necessariamente centrados a partir das contradições de classe⁹.

Nancy Fraser classificou essa diversificação como uma tensão entre duas perspectivas distintas: de um lado, a luta pela distribuição dos direitos e dos recursos necessário à sua efetivação e do outro, de maneira quase inconciliável, a luta pelo reconhecimento das diferenças historicamente desvalorizadas. Enquanto a primeira, foca principalmente o combate às injustiças e desigualdades econômicas e políticas, advogando pela dissolução das diferenças sociais, a segunda toma as diferenças socialmente presumidas, não para propor a sua supressão mas, ao contrário, para afirma-las e positiva-las em suas diferenças supostamente específicas^{10,11}.

A essa divergência observada por Fraser, agrega-se uma outra com igual potencial de tensão, a saber: à polaridade entre a *universalização* e a *focalização* das políticas públicas⁷. A primeira tendência – adotada tanto pelo movimento da Reforma Sanitária quanto pelo movimento de defesa do direito à cidade – é pautada pela bus-

ca da expansão irrestrita dos direitos sociais ao conjunto da sociedade. Esta tendência pode ser exemplificada, no âmbito da saúde, pela adoção, no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, da Universalidade como um princípio fundamental do Sistema Único de Saúde onde se afirma a “A saúde é direito de todos e dever do Estado” e o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”¹². Este movimento “teve como função romper a linha divisória que existiu ao longo da história da saúde no Brasil, na qual havia um direito restrito a assistência médica individual, exercido pelos trabalhadores que tinham emprego formal e contribuíam diretamente com a previdência social”¹³.

Já a segunda tendência, nomeada na literatura como *focalização*, é entendida como “ação de concentrar os recursos financeiros disponíveis em uma população definida”^{14,15}. Entre as forças envolvidas em sua formulação, destaca-se a presença de um sujeito de difícil enquadramento, mas que sempre esteve presente nas disputas em torno das políticas sociais, embora nem sempre nomeado: o mercado e os agentes governamentais e multilaterais que atuam em seu nome, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional. É verdade, quando se analisa o caso das políticas sanitárias no Brasil, que desde a década de 1930 o debate sobre a saúde já está atrelado às perspectivas de regulação entre capital e trabalho e as estratégias de construção de um Estado nacional⁷. Entretanto, o ponto que se quer destacar aqui é que, pelo menos inicialmente, mesmo nas propostas que traziam a questão da pobreza à tona, o debate hegemônico sobre os Direitos se apresentavam como alternativa (e contraponto) às forças políticas que centralizavam a contradição entre Capital e Trabalho, objetivando a sua superação¹⁶. Não obstante, a contradição entre Capital e Trabalho tendia a ser substituída por uma polarização entre Estado e Sociedade Civil.

A problematização a respeito do mercado nem sempre teve destaque nos debates sobre direitos porque, pelo menos inicialmente, as perspectivas políticas (inicialmente liberais) que os orientavam, privilegiavam a tensão entre Estado e Sociedade Civil, ora desconsiderando as cisões e contradições inerentes à esfera econômica, ora apostando na disputa pela edificação de um Estado provedor das carências sociais. Entretanto, as últimas décadas do século XX foram marcadas por uma dupla inversão desse quadro. De um lado, a crise estrutural do capitalismo¹⁷ resultou, no plano político, na *advocacy* intransigente – protagonizada por um conjunto de forças e

agências multilaterais que atuam em seu benefício – da dissolução do já frágil *Welfare State*. Para estes, as desigualdades sociais de toda ordem foram tomadas como realidades imutáveis que impediriam a universalização dos direitos, restando, portanto, atuar apenas nos pontos mais críticos do sistema:

A noção de 'focalização' traduz o entendimento de que diante do contingenciamento e da limitada disponibilidade de recursos financeiros para atender as demandas infinitas por serviços e benefícios sociais, inclusive estabelecendo a clássica relação custo-benefício, o Estado deve priorizar e direcionar a sua ação, no âmbito das políticas sociais, para as camadas mais desfavorecidas da população¹⁵.

A partir deste ponto, quando se observa de forma mais detida as propostas de focalização, os possíveis dissensos em seu interior giram em torno das definições a respeito de quais os critérios para definir os grupos desfavorecidos, e portanto, sujeitos a serem priorizados nas, cada vez mais escassas, ações governamentais. Esse movimento, esteve, em grande medida atrelado à uma orientação ideológica –neoliberal– que objetivava o desmantelamento do Estado de Bem-Estar Social, estruturado nas décadas anteriores nos países capitalistas centrais e em alguns países periféricos.

No outro polo, a crise das esquerdas¹⁸ – influenciadas sobremaneira pela divulgação dos crimes de Stalin e posteriormente pela queda do Muro de Berlim, mas, sobretudo, pela incapacidade destas forças responderem às alterações estruturais que se propunham enfrentar – resultou em uma guinada político-teórica que passou a identificar a busca pela universalização dos direitos, como sinônimo – ou pelo menos, substituto – da busca pela emancipação social¹⁶. Como resultado, tem-se já na virada do milênio uma polaridade em jogo no debate político, que vai da defesa da focalização à universalização das políticas sociais. A primeira, defendida pelo próprio mercado, vislumbrando a substituição da lógica do direito pela da mercadoria; e a segunda, amplamente presente entre os formuladores da Reforma Sanitária, defendida como símbolo emancipador ou, pelo menos, de justiça social.

O curioso, quando se observa o caso brasileiro, é que o advento do Sistema Único de Saúde no final da década de 1980 – em sua afirmação da saúde como um direito universal – veio na contramão desse movimento mundial de desmonte do Estado, ao apontar exatamente para o dever do Estado em prover os direitos. O resultado foi a estruturação de uma reforma orientada para a

universalização, mas, ao mesmo tempo, sensível à existência de características específicas na população. O princípio da equidade, presente no texto do Sistema Único de Saúde, expressa bem essa busca¹⁹.

Para dar conta dessa particularidade, Amélia Cohn distingue focalização das políticas – como propostas pelo Banco Mundial em seu franco confronto ao Estado como provedor de direitos – da existência de Programas específicos – que reconheçam as disparidades em saúde – voltados à universalização do acesso⁷. Ainda assim, a despeito do grande pacto social que possibilitou a emergência do Sistema Único de Saúde no final da década de 1980 e início dos anos noventa, os anos seguintes foram marcados por sucessivos ataques a essa perspectiva, sobretudo no que tange ao financiamento e à organização do sistema¹³.

O ponto que pretendo problematizar a esta altura é: em que medida a agência de grupos identitários em torno da defesa do direito à cidade ou à saúde se relaciona com as polaridades já mencionadas? E me refiro aqui tanto à polaridade entre reconhecimento e distribuição quanto à polaridade entre universalização e focalização. Mais do que isso, até que ponto podemos pensar essas tendências como polares e em que medida essa reflexão pode contribuir para a “velha” e tão atual busca pela universalização dos direitos sociais? Em que medida a polaridade entre reconhecimento e distribuição se traduzem na tensão entre universalidade versus focalização das políticas de saúde? Na impossibilidade de elaborar juízos mais gerais sobre o estado da arte de todo o setor saúde, focarei a atenção em um campo de investigação e intervenção nomeado como *Saúde da população negra*.

Os conceitos da política: o campo saúde da população negra em questão

“A saúde da mulher negra não é uma área de conhecimento ou um campo relevante nas Ciências da Saúde”. Assim inicia-se um artigo científico recentemente publicado por uma das mais importantes intelectuais e ativistas defensoras do Sistema Único de Saúde, e continua:

“É inexpressiva a produção de conhecimento científico nessa área e o tema não participa do currículo dos diferentes cursos de graduação e pós-graduação em saúde, com raríssimas exceções. Trata-se de assunto vago que, na maior parte dos casos, é ignorado pela maioria de pesquisadoras e pesquisadores, estudantes e profissionais de saúde no Brasil²⁰.

Desde o seu “aparecimento” junto ao setor saúde, o campo nomeado como *Saúde da população negra* enfrenta pelo menos três desafios que são caros ao escopo deste artigo. O primeiro está relacionado às próprias aspas utilizadas na palavra *aparecimento*, pois embora a literatura especializada em saúde não tenha se familiarizado completamente com esse debate, é mister lembrar que o nosso país foi largamente influenciado pelas diversas culturas trazidas pelos povos africanos. A coletânea “Religiões Afro-brasileiras, Políticas de Saúde e a Resposta à Epidemia de HIV/Aids”, organizada por Celso Ricardo et. al, é bastante didática ao evidenciar que o maior sequestro coletivo da história resultou, não apenas na importação compulsória de mão de obra, mas também na recepção –nem sempre assumida– de um infinito repertório de saberes, práticas e técnicas de trabalho, sobretudo em saúde.

O segundo desafio, de caráter mais político e programático, está relacionado às dificuldades de institucionalização do campo saúde da população negra, tanto em termos acadêmicos quanto de políticos. Embora não seja possível neste espaço retomar o rico histórico de consolidação deste tema na agenda pública do Sistema Único de Saúde, é válido mencionar que o movimento negro esteve presente em importantes momentos de luta pela Reforma Sanitária^{21,22} e que as primeiras experiências governamentais com foco na saúde da população negra datam da década de 1980, quando então algumas prefeituras incorporaram certas demandas do movimento negro -principalmente do movimento de mulheres negras.

Entretanto, é somente após a mobilização nacional em torno da III Conferência Internacional contra o Racismo, Homofobia e as Intolerâncias Correlatas, realizada em 2001, em Durban, África do Sul, e a resultante criação, em 2003, da Secretaria Especial para a Promoção da Igualdade Racial, que o Ministério da Saúde criou um Comitê Técnico de Saúde da População Negra, com o objetivo de promover a equidade racial em saúde. É verdade que essa mobilização só foi possível mediante um histórico de articulações, estudos e *advocacy* que remontam às décadas e governos anteriores. Mas neste contexto, as articulações avançaram rapidamente para o reconhecimento institucional de um conjunto de disparidades raciais em saúde e, consequentemente, na pontuação de uma resposta programática ao cenário identificado.

Em consequência, observa-se um conjunto de diálogos entre gestores executivos do Ministério da Saúde, bem como outros órgãos cole-

giados como o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS, e outros movimentos sociais vinculados à saúde, que resultou na aprovação, em 2006, no Conselho Nacional de Saúde-CNS, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra-PNSIPN. Essa Política, aprovada na Tripartite, em 2008, e publicada pela Portaria 992, em 2009, apresenta como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais e condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde, e o reconhecimento, por parte do Ministério da Saúde, de que as condições de vida da população negra impactam o processo saúde, doença e morte.

Entretanto, o que parecia ser o fluxo “normal” de qualquer Política criada no âmbito do Sistema Único de Saúde revelou-se uma grande frustração para os diversos sujeitos envolvidos em sua formulação. O emprego do termo “normal” nesse trecho não ignora que a simples formalização de uma política não significa, necessariamente, nem a sua concretização enquanto processo de implementação e nem o seu sucesso em termos de resultados esperados. Pelo contrário, a própria consolidação do Sistema Único de Saúde, como uma política governamental voltada à garantia da saúde como um direito, implica um pacto social ainda em disputa. Logo de início, a PNSIPN – desenhada prioritariamente como política transversal, ou seja, a aposta na incorporação do combate ao racismo institucional e adoção de indicadores de processo e resultado desagregados por raça nas demais Políticas e Programas do Ministério da Saúde²³ – deparou-se com uma resistência institucional à sua efetivação. Essa resistência se deu tanto pelo desconhecimento da Política por parte de gestores e profissionais de saúde nos três níveis de gestão do SUS, quanto pela não incorporação das ações, indicadores e metas previstos em seu Plano Operativo, – por outras políticas e programas do Ministério da Saúde²⁴.

Para Estela Maria Cunha²⁵, essa resistência pode ser explicada pelo conceito de Racismo institucional, configurando-se como a dificuldade ou impossibilidade das instituições públicas – especialmente aquelas voltadas à promoção de direitos sociais- responderem efetivamente às desigualdades raciais. De acordo com Jurema Werneck, o conceito de racismo institucional guarda relações com o conceito de vulnerabilidade programática, uma vez que “desloca-se da dimensão

individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais. É também denominado racismo sistêmico e garante a exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados, atuando como alavanca importante da exclusão diferenciada de diferentes sujeitos nesses grupos²⁰. Esse problema, sustenta a autora, é alimentado tanto pela crença na ausência de racismo na sociedade brasileira, quanto no desconhecimento de suas influências negativas sobre a saúde das pessoas.

Neste momento, entramos no terceiro desafio enfrentado pela referida política: a existência de posições abertamente contrárias à existência do campo Saúde da população negra e aos “riscos” que ela supostamente representaria^{8,26-30}.

Os argumentos teóricos contrários ao campo da saúde da população negra podem ser resumidos nos seguintes tópicos:

1. discordância quanto a validade do uso científico e/ou político do conceito de raça
2. crítica ao que seria a importação colonial da biracialidade estadunidense (branco/negro) ao contexto brasileiro
3. discordância quanto às influências do racismo na saúde e a defesa da centralidade das questões econômicas como determinantes das condições de saúde
4. classificação do campo saúde da população negra como política de focalização, em suposta consonância com as forças políticas e econômicas que atentam contra a busca pela universalização do direito à saúde.

Não há espaço nem necessidade de discutir aqui cada um desses tópicos, uma vez que eles foram suficientemente problematizados e confrontados por uma importante literatura subsequente^{20,25,31-34}. O que importa destacar é o quanto a polêmica em torno do campo saúde da população negra remete às tensões descritas na primeira seção deste artigo. De um lado, a tensão entre reconhecimento e distribuição, traduzida na disputa pelos elementos a serem considerados centrais como determinantes sociais de saúde, e, do outro lado, na tensão entre universalização e focalização das políticas, expressa na discussão sobre a necessidade ou não de uma política de ação afirmativa nos marcos do Sistema Único de Saúde.

Essas tensões, acredito, explicam-se em parte pelo flagrante desconhecimento e/ou desconsideração do racismo como determinante social de saúde^{20,35}. A ainda hegemônica crença no mito da democracia racial em sua incontornável subesti-

mação dos conflitos raciais na sociedade brasileira – acrescida pela histórica ausência de negros ou mesmo brancos solidários à luta antirracista em espaços de poder do Setor Saúde, seja na produção e validação de conhecimento científico em saúde, seja na gestão e funcionamento do SUS, resultam no já denunciado quadro de Racismo Institucional.

Entretanto, como veremos a seguir, há um outro elemento que deve ser analisado em sua relação e potencialização do racismo institucional, a saber: uma frequente simplificação no trato de categorias que relacionam igualdade, diferença, singularidade, particularidade e universalidade humana, sobretudo, quando aplicadas ao campo político institucional.

Desembolando o caminho

Em um estudo que investiga os dilemas relacionados aos espaços institucionais de controle social das políticas de saúde, como o Conselho Nacional de Saúde, Amélia Cohn e Yasmin Lilla Bujdoso³⁶ questionam até que ponto estas instâncias têm se configurado como espaços de articulação geral de interesses diversos ou, ao contrário, resumidos à disputa de interesses particulares dos múltiplos segmentos ali representados. Assim, chamam a atenção para o risco de fragmentação implícito à emergência e disputa de interesses de sujeitos diversos no cenário político. Como argumentam, é válido observar em cada realidade concreta:

*Até que ponto essas novas práticas não significariam o enfraquecimento do sistema político, uma vez que a emergência e a generalização dos movimentos sociais e da participação nos conselhos de gestão constroem identidades sociais no âmbito restrito de demandas sociais específicas, e não no da coletividade?*³⁶

Em termos rousseauianos, esses “particularismos generalizados” de que falam as autoras, significariam a substituição da “vontade geral” – pautada pela articulação de interesses particulares em direção ao bem-estar geral e à conservação do comum – pela “vontade em geral”, como a impossibilidade dessa articulação³⁷. Entretanto, nem as autoras supracitadas, nem mesmo o próprio Rousseau, apresentam o problema em termos de antagonismo entre particularidade e universalidade, mas sim como desafios concretos às possibilidades de articulação desses polos em um cenário pautado pela busca da democratização do acesso e universalização do direito à saúde.

O mesmo não se pode dizer das vertentes

contrárias à existência do campo saúde da população negra que, além de classificarem equivocadamente o campo saúde da população negra como esforço de “racialização das políticas de saúde”, em consonância com exigências globais (neoliberais) de focalização, e de negarem-se a reconhecer o racismo como um determinante social de saúde²⁰, atribuem ao campo –e não aquilo que o campo propõe superar – o peso de distanciar-se da tradição representada pela Reforma Sanitária em seu esforço de universalização de direitos. Em outras palavras, a categoria Universal, é tomada –neste enquadramento- não como síntese das diversas particularidades que a compõe, mas sim como seu polo antitético, de forma que a afirmação de uma implicaria a negação da outra.

Do mesmo modo, para retomar a polaridade observada por Nancy Fraser, as disputas e negociações pela efetivação dos direitos são apresentadas como *tensão* ao invés de *articulação* entre reconhecimento e distribuição. Ocorre que aqui, apressa-se em tomar partido do polo que julgam legítimo representante do movimento sanitário:

O movimento da Reforma Sanitária, calcado no tripé universalidade, integralidade e gratuidade, conforme inscrito na Constituição Federal, concebe a saúde como um direito universal de cidadania. Com todos os percalços existentes no campo da saúde pública no país, existe um consenso de que a reforma da saúde é um dos mais bem-sucedidos projetos políticos de incorporação dos setores populares, segmentos esses com expressiva presença de negros⁸.

Essa apreensão binária da realidade social não é exclusividade das perspectivas que advogam a distribuição ou a universalização do acesso, mas também está presente em seus opositos, representados pelos diversos movimentos identitários onde pode se incluir aí o movimento negro pela saúde. Não apenas esses movimentos pautados pelas políticas de reconhecimento, mas também os diversos segmentos mobilizados em torno da distribuição equitativa dos recursos econômicos estão sujeitos a priorizar uma parte da realidade social em detrimento do todo, ou pior, totalizar discursivamente a parte que lhes dizem respeito, rivalizando com outros segmentos pela prioridade das políticas. Como observam Cohn e Bujdoso³⁶:

Esses processos e dinâmicas acabam por embaçar os limites entre a esfera pública e privada da vida social, tal como estão embaçados e embaraçados os limites entre o que é uma instituição pública e uma instituição privada, no mer-

cado de serviços de saúde e na própria estrutura dos equipamentos públicos estatais: de um lado, as isenções fiscais e formas de subsídios para prestadores privados de serviços de saúde, que têm acesso a eles porque “prestam serviços de relevância para o SUS”; de outro, as entidades filantrópicas que passam a oferecer serviços privados típicos do mercado ou, ainda, os serviços públicos estatais de saúde que passam a contratar entes privados “de relevância pública e social” para a gestão direta dos equipamentos de saúde.

Mas, se a consideração da diversidade inviabilizasse a universalização, seria necessário questionar se o conjunto de sujeitos e políticas já mobilizados em torno da equidade em saúde e não apenas aquelas voltadas à promoção da equidade racial, sob o risco de assumir que o incômodo relatado não é a perspectiva da equidade –e nem com o risco da focalização neoliberal- e sim, a tentativa de alcançar a equidade racial. O próprio Sistema Único de Saúde, em sua noção de “conceito ampliado de saúde”, apresenta o princípio da equidade – e também integralidade- ao lado do princípio da universalidade, e não como contraponto³⁸.

Conclusão

O itinerário aqui trilhado permite sugerir que se a agência dos grupos de interesses diversos for analisada a partir de uma episteme binária, restará apenas a escolha entre a afirmação de uma particularidade totalizante, cega aos interesses comuns que a cercam ou a negação dessas particularidades em nome de um objetivo pseudo-comum –como a universalização do acesso- que nem sempre é capaz, por si, de abranger a diversidade a ela implícita. Em outras palavras, se quisermos pensar o campo saúde da população negra nos termos dos seus críticos, teríamos que ignorar os indicadores existentes em nome de uma universalidade abstrata que se cala a respeito das disparidades raciais em saúde.

O próprio Rousseau, já apontava para essa questão quando argumentava pela vontade geral –enquanto universalidade- como articulação –e não oposição- das necessidades e interesses particulares³⁷. Se isso não resolve o risco da fragmentação, apontado por Cohn e Bujdoso³⁶ e Cohn³⁹, pelo menos não advoga pela invisibilidade da diversidade existente no campo social. No mesmo caminho, Nancy Fraser^{10,11} e Boaventura Santos¹⁶ argumentam pela necessidade de superar “falsa antítese” entre reconhecimento e distribuição em

direção à um conceito mais abrangente de justiça que articule os elementos emancipatórios de ambas as tendências. É nesse contexto que o sociólogo português afirma “temos o direito de ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito de ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza”.

Por fim, a classificação do campo saúde da população negra como política focalizada, supostamente consonante com as prerrogativas neoliberais e em confronto à universalização, só faria sentido se desconsiderássemos em primeiro lugar as prerrogativas implícitas ao próprio campo. A própria Política Nacional de Saúde Integral da População Negra–PNSIPN, em sua perspectiva de transversalidade, depende unilateralmente do fortalecimento progressivo do Sistema Único de Saúde para se viabilizar. Como explica Luiz Eduardo Batista et al.³⁴:

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra–PNSIPN⁴⁰, 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.

Em segundo lugar, a particularidade histórica de emergência do Sistema Único de Saúde

está mais para a articulação entre programas específicos regidos pela diretriz da universalidade de direitos do que pela ideia de focalização defendida pelo mercado, indo na contramão daquilo que prorrogava o neoliberalismo⁷. O que o campo saúde da população negra apresenta como reivindicação – em consonância com essa noção ampliada de justiça social que articula reconhecimento e distribuição – é a possibilidade de enfrentar as inequidades raciais em consonância com a busca pela universalização do direito à saúde.

O mesmo se pode pensar a respeito do direito à cidade. A tão desejada liberdade de construir e reconstruir a cidade e a nós mesmos como um bem precioso⁵ – fato indispensável à qualidade de vida das pessoas – passa também pelo reconhecimento integral dos sujeitos que a compõem em suas mais diversas diferenças e particularidades, mas, sobretudo, pelo reconhecimento dos processos pelos quais essas diferenças se convertem em desigualdade, pois como argumentava o filósofo húngaro George Lukacs:

A totalidade como uno, como unidade sintética do diverso, como um momento da totalização, é também múltipla, pois possui como uma de suas faces os diferentes níveis de entendimento do real. A totalidade congrega o singular, o particular e o universal (Lukacs, apud. Bernardes⁴¹).

Referências

1. Adriano JR, Werneck GF, Santos MA, Souza RC. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):53-62.
2. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça M HM, Escorrel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica* 2010; 26(2):286-298.
3. Aguinaga AF, Costa RGR, Cohen SC. Mobilidade e saúde urbana: o direito à saúde e à cidade. *Com Ciência: Revista Eletrônica de Jornalismo Científico* 2015; (173):1-6.
4. Lefebvre H. *O direito à cidade*. São Paulo: Centauro; 2001.
5. Harvey D, Alfredo A, Schor T, Boechat CA. A liberdade da cidade. *GEOUSP: Espaço e Tempo* 2009; 26:09-18.
6. Dallari SG. O direito à saúde. *Rev Saude Publica* 1988; 22(1):57-63.
7. Cohn A. O SUS e o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: Lima NT, Gerszman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. *Saúde e Democracia: História e perspectivas do Sistema Único de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005. p. 385-405.
8. Maio MC, Monteiro S. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 2005; 12(2):419-446.
9. Sader E. *Quando novos personagens entram em cena: experiência e lutas dos trabalhadores na grande São Paulo*. São Paulo: Terra e Paz; 1995.
10. Fraser N. Igualdade, identidades e justiça social. *Le Monde Diplomatique Brasil* (online) 2012 Jun 01; Edição 59.
11. Fraser N. Reconhecimento sem ética? *Lua Nova* 2007; 70:101-138.
12. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
13. Sousa AMC. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. *Revista Katálysis* [periódico na Internet]. 2014 Nov. [acessado 2017 Jul. 07]; 17(2):227-234. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/32679>.
14. Rizzotto MLF. *O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2000.
15. Rizzotto MLF. Focalização em saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz; 2009. [on line]. [acessado 2017 Abr 12]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/focsa.html>
16. Santos BS. Direitos Humanos: o desafio da interculturalidade. *Revista Direitos Humanos* [periódico na Internet]. 2009 [acesso 2016 Ago 08]; (2):10-18. Disponível em: http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Direitos%20Humanos_ Revista%20Direitos%20Humanos 2009.pdf.
17. Mészáros I. *A Crise Estrutural do Capital*. São Paulo: Boitempo Editorial; 2009.
18. Chasin J. Da razão do mundo ao mundo sem razão. *Revista Nova Escrita Ensaio* 1983; anoV (11/12) Edição Especial Marx Hoje.
19. Santos NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet]. 2007; [acessado 2017 Maio 24]; 12(2):429-435. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200019&lng=en&nrm=iso
20. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc* 2016; 25(3):535-549.
21. Albertini SE. *Metamorfoses do fórum popular de saúde FOPS: participação política de saúde CuritibaPR, 1991/2001* [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2002.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: MS; 2006.
23. Monteiro CR, Oliveira e Sousa P, Batista LE. *Religiões afro-brasileiras, políticas de saúde e a resposta à epidemia de AIDS* [monografia]. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP; 2014.
24. Faustino DM. A equidade racial nas políticas de saúde. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, organização. *Saúde da população negra*. Brasília: ABNP; 2012. p. 92-121. (Coleção negras e negros: pesquisas e debates/coordenação Tânia Mara Pedroso Müller)
25. Cunha EMGP. Recorte étnico-racial: Caminhos trilhados e novos desafios. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, organizadores. *Saúde da população negra*. 2ºed. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012. (Coleção negras e negros). p. 21-33.
26. Anand SS. Using ethnicity as a classification variable in health research: perpetuating the myth of biological determinism, serving socio-political agendas, or making valuable contributions to medical sciences? *Ethnicity & Health* [periódico na Internet]. 1999 [acessado 2017 Jun 30]; 4(4):241-244. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1355785998029>
27. Bourdieu P, Wacquant L. Sur les Ruses de la Raison Imperialiste. *Actes de la Recherché en Sciences Sociales* 1998; (121-122) mar.:109-118.
28. Ferreira LB, Pedrosa MA, Oliveira SF. Utilização do conceito de 'raça' nas ciências médicas. *Cien Saude Colet* 2003; 8(Supl. 2). Livro de Resumos II do VII Congresso de Saúde Coletiva 2003.
29. Maggie Y, FRY P. A reserva de vagas para negros nas universidades brasileiras. *Estudos Avançados* 2004; 18(50):67-80.
30. Fry P. *A persistência da raça: ensaios antropológicos sobre o Brasil e a África austral*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005.
31. French J. Passos em Falso da Razão Antiimperialista: Bourdieu, Wacquant, e o Orfeu e o Poder de Hanchard. *Estudos Afro-Asiáticos* 2002; 24(1):97-140.
32. Ayres JRCM. Debate sobre o artigo de Fry et al. *Cad Saude Publica* [periódico na Internet]. 2007 [acessado 2017 Jun. 30]; 23(3):519-520. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

33. Lopes F, Buchalla CM, Ayres JRCM. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica* [periódico na Internet]. 2007 [acessado 2017 Jun. 30]; 41(Supl.2):39-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-89102007000900008&lng=en&nrm=iso>
34. Batista LE, Monteiro RB. Política de Saúde da População Negra no Estado de São Paulo: focalizando para promover a universalização do direito à saúde? *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)* [periódico na Internet]. 2010 [acessado 2017 Maio 24]; 12(2):172-178. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200012&lng=pt&nrm=iso.
35. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir/PR. Racismo como determinante social de saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/pub-acoes-affirmativas/racismo-como-determinante-social-de-saude-1>
36. Cohn A, Bujdoso YL. Participação social e gestão pública no Sistema Único de Saúde. *Tempo Social, revista de sociologia da USP* 2015; 27(1):33-47.
37. Gordon JA. Revolucionários em tempos contrarrevolucionários: desenvolvendo a consciência nacional fano-niana no século XXI. *Meritum* 2013; 8(1):259-277.
38. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS Doutrinas e Princípios*. Brasília: MS;1990.
39. Cohn A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Cien Saude Colet* 2003; 8(1):9-18.
40. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS*. Brasília: MS; 2009.
41. Bernardes A. Quanto às categorias e aos conceitos. *Revista Formação Online* 2011; 2(18):39-62.

Artigo apresentado em 30/06/2017

Aprovado em 04/09/2017

Versão final apresentada em 06/09/2017