

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO E INSTITUIÇÕES DO
SISTEMA DE JUSTIÇA
MESTRADO ACADÊMICO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

RAFAELA SANTOS LIMA

O PRINCÍPIO DA EQUIDADE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: Análise das externalidades e internalidades que influenciam a saúde da população negra em São Luís – MA a partir da atuação do Ministério Público

São Luís – MA

2022

RAFAELA SANTOS LIMA

O PRINCÍPIO DA EQUIDADE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: Análise das externalidades e internalidades que influenciam a saúde da população negra em São Luís – MA a partir da atuação do Ministério Público

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da Universidade Federal do Maranhão (PPGDIR/UFMA) como requisito para obtenção do grau de Mestra em Direito.

Linha de Pesquisa: Direito à Saúde e Instituições do Sistema de Justiça

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Edith Maria Barbosa Ramos

São Luís – MA

2022

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Lima, Rafaela Santos.

O PRINCÍPIO DA EQUIDADE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE :
Análise das externalidades e internalidades que
influenciam a saúde da população negra em São Luís MA a
partir da atuação do Ministério Público / Rafaela Santos
Lima. - 2022.

128 f.

Orientador(a): Edith Maria Barbosa Ramos.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Direito e Instituições do Sistema de Justiça/ccso,
Universidade Federal do Maranhão, UFMA - Universidade
Federal do Maranhão, 2022.

1. Determinantes Sociais da Saúde. 2. Equidade em
saúde. 3. Saúde das Minorias Étnicas. I. Ramos, Edith
Maria Barbosa. II. Título.

RAFAELA SANTOS LIMA

O PRINCÍPIO DA EQUIDADE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
Análise das externalidades e internalidades que influenciam a saúde da
população negra em São Luís – MA a partir da atuação do Ministério
Público

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Curso de Mestrado do Programa de Pós-
Graduação em Direito e Instituições do
Sistema de Justiça da Universidade Federal
do Maranhão (PPGDIR/UFMA) como
requisito para obtenção do grau de Mestre em
Direito.

Aprovada em: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Edith Maria Barbosa Ramos
(Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Delmo Mattos da Silva (Examinador Interno)
Universidade Federal do Maranhão

Thiago Allisson Cardoso de Jesus (Examinador Externo)
Universidade Federal do Maranhão

Ao meu Senhor, Cristo Jesus, pois
tudo o que ele faz é formoso no seu
tempo.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor e Salvador, Jesus Cristo pois tenho certeza que se não fosse a sua misericórdia eu não teria chegado até aqui.

Aos meus pais, James e Graça, por todo amor, carinho e dedicação ao longo de todos os anos; por todo esforço dispendido na minha educação e por ter sonhado este sonho comigo.

À minha irmã Jagra Gabriela por ter aturado minhas alterações de humor, por ter levado lanches no quarto quando eu não conseguia levantar da cadeira e por ter cuidado da casa e do gato (Guiba) em dezembro. Agradeço também ao meu irmão Bruno Jander por ter me ajudado financeiramente quando necessitei. Obrigada pelo carinho e irmandade que nos une, pelo apoio e conselhos nos momentos de incerteza.

À minha família (Santos e Lima) por compreender minha ausência durante essa jornada e por ajudar-me com conselhos durante esta caminhada.

À família Resplandes Rocha, em especial ao meu grande amigo Lucas Rocha, por não ter me deixado desistir quando não me achei capacitada para esta jornada e por ter se feito presente durante minha jornada no Maranhão. Agradeço por todo o incentivo e apoio aos estudos e pelo companheirismo em todos os momentos.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Edith Maria Barbosa Ramos, que aceitou o desafio de me orientar mesmo sabendo que no primeiro momento, meu projeto demandaria muito trabalho. Agradeço, pois, se não tivesse confiado e me dado seu voto de confiança, eu não teria crescido tanto nestes dois anos. Agradeço pelos ensinamentos, principalmente pela paciência e por ter realizado meu sonho de estudar na Universidade Federal do Maranhão.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça (PPGDIR/UFMA).

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e a todos os servidores do PPGDIR/UFMA, por ter me recebido de portas abertas.

À CAPES pela concessão da bolsa de estudos que me auxiliou com recursos para a conclusão do presente curso de Mestrado.

Aos amigos que durante essa caminhada compartilharam as dificuldades e alegrias de um mestrado, especialmente a Laisse, ao Lucas e ao Elder.

Para que todos vejam, e saibam, e considerem, e juntamente entendam que a mão do SENHOR fez isto, e o Santo de Israel o criou (Isaías 41:20).

Em vez de bronze, eu trarei ouro para você, e prata, em vez de ferro; trarei bronze e ferro, em vez de madeira e pedras.

Farei com que a paz seja o seu rei e com que a justiça a governe.

(...)

Pois eu, o Senhor, serei para sempre a sua luz, e a minha glória brilhará sobre você.

(...)

Eu sou o Senhor e logo, no tempo certo, farei com que isso aconteça (Isaías 60: 17-22).

RESUMO

O presente trabalho visa problematizar as internalidades e externalidades que influenciam a saúde da população negra, em especial a de São Luís – MA, a partir da atuação do Ministério Público, com vistas a executar o princípio da equidade no Sistema de Saúde. De início, apresentam-se considerações sobre o percurso metodológico da pesquisa, situando-a na análise bibliográfica e documental do tipo descritivo-exploratória, abordagem qualitativa e raciocínio hipotético-dedutivo, e para subsidiar o terceiro capítulo, a técnica de Análise de Políticas Públicas. A hipótese é que, a depender das condições socioeconômicas e da etnia, a saúde de uma população é influenciada pelo meio social e pelo poder econômico e político diferenciadamente. No caso da população negra, o meio ambiente determina condições especiais de vulnerabilidade que demandam a implementação de Políticas Públicas de Equidade no Sistema de Saúde. Ocorre que não basta que estas sejam definidas apenas no papel, devendo ter sua efetividade supervisionada pelo Ministério Público. Estrutura-se a investigação no objetivo de analisar as externalidades e internalidades que afetam a saúde da etnia negra e que impactam na efetivação do princípio da equidade em saúde no Sistema Público de Saúde; e nos objetivos específicos visa compreender o processo saúde/doença e como seus diferenciais impactam na saúde da população; analisar as externalidades e internalidades que afetam a população negra e se há relação entre tais fatores e a saúde da etnia negra de São Luís – MA, analisar a equidade enquanto princípio norteador do Sistema de Saúde brasileiro; por fim, com o intuito de analisar se as Políticas Públicas Estaduais e Municipais destinadas à Saúde da População Negra estão sendo aplicadas, analisou-se a atuação do Ministério Público, enquanto órgão de defesa da cidadania. A partir dos resultados coletados, confirma-se a hipótese, constatando-se que as externalidades e internalidades impactam na saúde da população negra não apenas em razão do contexto histórico de desvantagem, mas principalmente em razão do racismo institucional e estrutural enraizado na sociedade brasileira. Com vista à diminuição desses determinantes na saúde dessa etnia, o Ministério Público deverá trabalhar com afinco para que políticas diferenciadas sejam aplicadas no Setor da Saúde. O desenvolvimento da pesquisa adotou o marco teórico a Teoria de Justiça como Equidade (Rawls) e Justiça como Escolha Social (Sen); e traz como conclusão geral que a ausência de real preenchimento do quesito raça/cor nos formulários do Sistema Único de Saúde, impede que seja quantificado o impacto dos determinantes sociais e que sejam direcionadas políticas sem desperdício de erário.

Palavras-Chaves: Determinantes Sociais da Saúde, Equidade em saúde, Saúde das Minorias Étnicas.

ABSTRACT

The present work aims to problematize the internalities and externalities that influence the health of the black population, especially that of São Luís - MA, from the performance of the Public Ministry, with a view to executing the principle of equity in the Health System. At the beginning, considerations about the methodological course of the research are presented, placing it in the bibliographic and documentary analysis of the descriptive-exploratory type, qualitative approach and hypothetical-deductive reasoning, and to support the third chapter, the technique of evaluation of Public Policies. The hypothesis is that, depending on socioeconomic conditions and ethnicity, the health of a population is influenced by the social environment and by economic and political power differently. In the case of the black population, the environment determines special conditions of vulnerability that demand the implementation of Public Equity Policies in the Health System. It happens that it is not enough that these are defined only on paper, their effectiveness must be supervised by the Public Ministry. The investigation is structured with the objective of evaluating the externalities and internalities that affect the health of the black ethnicity and that impact on the effectiveness of the principle of equity in health in the Public Health System; and in the specific objectives, it aims to understand the health/disease process and how its differentials impact on the health of the population; to analyze the externalities and internalities that affect the black population and if there is a relationship between such factors and the health of the black ethnicity of São Luís - MA; to analyze equity as a guiding principle of the Brazilian Health System; Finally, in order to analyze whether State and Municipal Public Policies for the Health of the Black Population are being applied, the performance of the Public Ministry was evaluated, as an organ for the defense of citizenship. From the collected results, the hypothesis is confirmed, noting that externalities and internalities impact the health of the black population not only because of the historical context of disadvantage, but mainly because of institutional and structural racism rooted in Brazilian society. With a view to reducing these determinants in the health of this ethnic group, the Public Ministry should work hard so that differentiated policies are applied in the Health Sector. The development of the research adopted the theoretical framework the Theory of Justice as Equity (Rawls) and Justice as Social Choice (Sen); and brings as a general conclusion that the absence of actual filling of the race/color question in the forms of the Unified Health System, prevents the impact of social determinants from being quantified and policies being directed without wasting money.

Keywords: Social Determinants of Health, Equity in Health, Health of Ethnic Minorities.

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Imagem 1: Modelo de Determinação da Saúde de Dahlgren e Whitehead (BRASIL, 2017).

Imagem 2: Como o racismo se estrutura? (JONES, 2002).

LISTA DE SIGLAS

CAOP/DH	Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos
CEIRMAR	Conselho Estadual da Política da Igualdade Étnica Racial
CNDSS	Comissão Nacional dos Determinantes Sociais em Saúde
COVID	Corona Virus Disease
CRI	Articulação para o Combate ao Racismo Institucional
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EEIR	Estatuto Estadual da Igualdade Racial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MP	Ministério Público
OMS	Organização Mundial de Saúde
PESIPN	Política Estadual de Saúde Integral da População Negra
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
SEIR	Secretaria Extraordinária de Igualdade Racial
SEPIR	Sistema Estadual de Promoção da Igualdade Racial
SES	Secretaria Estadual de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	BASES METODOLÓGICAS.....	11
2.1	Métodos de Pesquisa	11
2.2	Outras Técnicas de pesquisa.....	Erro! Indicador não definido.
3	O PROCESSO SAÚDE/DOENÇA E SUA DETERMINAÇÃO SOCIAL	14
3.1	Direito à saúde na contemporaneidade	16
3.2	A saúde e a busca por justiça: um estudo sobre as teorias de Justiça como Equidade e de Justiça como Escolha Social.....	29
3.3	O princípio da equidade como meio de equilíbrio da balança da justiça	38
4	INTER-RELAÇÃO ENTRE A DETERMINAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE E A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.....	50
4.1	Determinação social: um estudo sobre as externalidades e internalidades que afetam o direito à saúde.....	50
4.2	A repercussão dos determinantes sociais na saúde da etnia negra e sua presença em saúde no Maranhão.....	60
5	A NECESSIDADE DE EFETIVAÇÃO DO PRINCÍPIO DA EQUIDADE NO SISTEMA DE SAÚDE.....	82
5.1	Análise da Política Estadual de Saúde Integral da População Negra do Maranhão e das Políticas Públicas para a saúde da etnia negra de São Luís –MA	82
5.2	Paralelos opostos: a transformação da equidade em iniquidade por falta de Políticas Públicas	94
5.3	A atuação do Ministério Público do Maranhão na garantia da efetividade da Política Estadual de Saúde Integral da população negra	101
	CONCLUSÃO.....	115
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117

1 INTRODUÇÃO

A situação social vivenciada pelas pessoas negras encontra-se marcada por vulnerabilidades específicas e pela discriminação interseccional, fruto de externalidades e internalidades que afetam alguns em maior grau do que outros. A presente dissertação analisa o processo saúde/doença, a determinação social da saúde e se há relação entre estes fatores e a saúde da população negra, em especial em São Luís-MA.

A pesquisa torna-se importante, pois é imprescindível incentivar a discussão jurídica da matéria para que o Poder Público, através do Sistema de Saúde, esteja habilitado a reconhecer a existência de condições especiais que tornam necessária a realização de tratamentos e atendimentos diferenciados ¹, em especial para a população negra, em razão, não apenas, do contexto histórico de desvantagens que esta se insere e que lhe confere características peculiares que lhe são próprias mas também em razão de o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) reconhecer que atualmente setenta por cento dos atendimentos feitos no SUS seriam de pessoas negras ².

A necessidade de entender-se os fatores sociais que influenciam (e sua medida) na disponibilidade, pelo Poder Público, de saúde integral para a população negra de São Luís, justifica e torna importante a reflexão em torno da liberdade de escolha e o papel das Instituições e do Ministério Público na efetivação deste direito, reconhecido como fundamental à República Federativa Brasileira.

Neste sentido, a presente pesquisa se propôs a responder ao seguinte questionamento: porque é necessário efetivar o princípio da Equidade em saúde no Sistema Único de Saúde? Objetivou-se, portanto, analisar se há correlação entre as internalidades e externalidades que afetam a saúde da população negra e como o princípio da equidade em saúde poderá ser implementado com vistas à consecução da equidade no Sistema de Saúde brasileiro?.

Para tanto, apresentam-se os seguintes objetivos específicos: 1)

¹ Existem fatores internos, como a predisposição genética à alguns tipos de doenças, que demandam tratamentos preventivos diferenciados (a exemplo da toxemia gravídica influenciada pela predisposição da etnia negra à hipertensão arterial), motivo pelo qual, apenas a igualdade de tratamento no Sistema de Saúde não se mostra suficiente para evitar fatalidades.

² Ressalta-se que, de acordo com o último levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, 74% da população maranhense se declara preta, possuindo o Estado, a terceira maior população negra do país, ficando atrás apenas do Rio de Janeiro e da Bahia (IBGE, 2019).

Compreender o processo saúde/doença e como seus diferenciais afetam a saúde da população; 2) Analisar as externalidades e internalidades que afetam a população negra e se há relação entre tais fatores e a saúde da etnia negra de São Luís – MA; 3) Análisar a equidade enquanto princípio norteador do Sistema de Saúde brasileiro; 4) Análisar a atuação do Ministério Público, enquanto órgão de defesa da cidadania.

A estrutura do trabalho coincide com a ordem dos objetivos específicos mencionados. Inicialmente, preocupa-se em explicar o processo saúde/doença e como o adoecer passou a ser uma construção social.

Mas o que é saúde? Para tanto, buscou-se explicar as principais definições do que seja saúde e direito à saúde conhecidas atualmente, sendo apresentado os conceitos da Organização Mundial da Saúde (utilizado pelo Ministério da Saúde brasileiro), de Correia-Lugo e de Daniels nos quais a saúde pode ser entendida não apenas como um completo estado de bem-estar social, mas como um direito social, dicotômico, universal, influenciado pelo meio ambiente e pela sociedade e, que por este motivo deve ser assegurado e exigível perante o Estado, por se tratar de um direito que influencia nas políticas sociais e deriva da justiça distributiva.

No segundo capítulo, busca-se explicitar se há relação entre a determinação social em saúde e a saúde da população negra, sendo apresentado um estudo sobre as externalidades e internalidades que afetam o direito à saúde dos indivíduos e sua repercussão na saúde da etnia negra.

No terceiro capítulo, apresentou-se a necessidade de efetivação do princípio da equidade no Sistema de Saúde sendo avaliada a Política Estadual de Saúde Integral da População Negra do Maranhão e as Políticas Públicas para a saúde da etnia negra de São Luís -MA. Apresentou-se um estudo sobre como a ausência de equidade no Sistema de Saúde, transforma-o em conseqüente ambiente para o fomento de iniquidades, sendo ao final, descrito a atuação do Ministério Público do Maranhão na garantia da efetividade da Política Estadual de Saúde Integral da População Negra no Estado do Maranhão.

Por fim, nas considerações finais, foram apontados os resultados obtidos ao longo de toda a pesquisa, com especial enfoque para as conclusões oriundas da forma como os determinantes sociais afetam a saúde da população negra e a atuação do Ministério Público na fiscalização das Políticas de Equidade elaboradas pelo Governo do Maranhão.

2 BASES METODOLÓGICAS

Neste capítulo, será apresentada a metodologia empregada na construção da dissertação.

A presente pesquisa foi construída para auxiliar na reflexão de como externalidades e internalidades, influenciam o modo de viver da população negra de São Luís resvalando em via de exclusão social que afeta a qualidade e o acesso em saúde, motivo pelo qual Políticas Públicas de Equidades devem ser implementadas no Setor Saúde e serem fiscalizadas pelo Ministério Público.

Para tanto, tornou-se necessária uma estruturação minuciosa da metodologia, pois os dados coletados resultaram de um processo de escolha dirigido pela teoria, motivo pelo qual se afirma (MARQUES NETO, 2001) que todo dado é construído e, que toda teoria científica se caracteriza por expressar um conhecimento aproximado, retificável, e não um simples reflexo dos fatos.

2.1 Métodos de Pesquisa

Quanto ao método de abordagem, considerando os objetivos propostos na presente pesquisa, a investigação foi realizada por meio do método hipotético-dedutivo.

Embora as pesquisas na área de Ciências Sociais sejam efetuadas predominantemente a partir do método indutivo (do particular para o geral), excepcionalmente, pode-se utilizar o método hipotético-dedutivo.

O Governo do Maranhão compreende as vulnerabilidades presentes na vida/saúde da população negra e reconhece o racismo como determinante social em saúde. Com base nos estudos da Secretaria de Igualdade Racial (SEIR), foi um dos primeiros Estados a estabelecer a Política Estadual de Saúde Integral da População Negra através de decretos e leis.

O objetivo principal dessa política é o de fortalecer o combate às desigualdades através de políticas públicas, reduzir as disparidades e efetivar a equidade no SUS, reconhecendo a atuação de diversos setores da sociedade, órgãos e gestores, que trabalhariam conjuntamente em prol da melhoria das condições de saúde da população negra.

Como se depreende, há leis e decretos direcionando políticas públicas de

saúde à população negra, questiona-se, entretanto, se estas ordenanças estão de fato sendo aplicadas ou somente existem no plano jurídico. O objetivo de tal questionamento é o de observar se existe alguma probabilidade destes estatutos não estarem sendo efetivamente implementados pelo governo estadual e municipal.

A SEIR ressalta que diversos órgãos trabalham em prol da melhoria das condições de saúde da população negra. Como objeto de estudo para a pesquisa, foi escolhido como órgão, o Ministério Público - fiscal das Políticas Públicas. Com base nessa hipótese auxiliar, buscamos testar se esse argumento corresponde a um reforço na teoria pesquisada ou se tratou de uma falácia do Governo Estadual para mascarar Políticas Públicas simbólicas.

O principal instrumento para a percepção dos determinantes e para averiguar a atuação dos profissionais envolvidos no primeiro nível de atuação é a presença (e preenchimento) do recorte raça/cor nos formulários de atendimentos da rede de saúde, no qual seria possível observar os determinantes de adoecimento em diversas faixas etárias da população negra e ainda, o gênero afetado. Tanto o Estatuto de Igualdade Racial quanto a Política de Igualdade preveem a necessidade desse instrumento para controle e efetividade nos serviços e ações do governo. Caso tal requisito não seja respeitado, toda a política será ineficaz.

Buscou-se, analisar se as ações de fortalecimento da identidade étnica do povo e a promoção da saúde dessa minoria étnica está sendo atendida (conforme elucidado pelo governo estadual e municipal), ou, em caso negativo, os motivos pelas quais tais políticas tornaram-se ineficazes por não considerarem, por exemplo, as especificidades e singularidades da população negra.

No que diz respeito ao método de procedimento, foi adotado o método descritivo-exploratório, pelo qual, embora não seja proposto uma solução, visou-se realizar uma análise rigorosa da determinação social da saúde e da possível ausência de equidade no Sistema de Saúde objetivando localizar e dimensionar a extensão desse problema.

Esse método tornou-se importante, pois a análise dos conceitos, objeto de estudo, das teorias de justiça aplicadas à saúde, dos determinantes sociais e da equidade visou reorganizar e iluminar discussões intensas sobre os aspectos que influenciam a saúde da população negra, em especial, a de São Luís, população esta mais suscetível às vulnerabilidades epidemiológicas e sociais, o que implicaria em dificuldades de acesso e utilização dos serviços de saúde.

No que tange aos dados da presente pesquisa e às técnicas de análise, utilizou-se a da documentação indireta, abrangendo as técnicas de pesquisa documental (fontes primárias) e bibliográfica (de fontes secundárias).

Enquanto a pesquisa documental concentrou-se na análise dos dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), relacionados a saúde da população negra e aos determinantes sociais, a pesquisa bibliográfica, desenvolveu-se com base não apenas nos livros e estudos de Amartya Sen, Margareth Whitehead e John Rawls, como dos painéis de indicadores elaborados pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão Participativa nos anos de 2005, 2007, 2013, 2016 e 2017 e na legislação desenvolvida pelo Conselho Estadual da Política da Igualdade Étnica Racial e pela Secretaria de Igualdade Racial.

O ponto de partida para a pesquisa foram os estudos realizados por Whitehead (1992) sobre os determinantes sociais em saúde e o modelo de escala desenvolvido pela autora, base para os dois primeiros capítulos da dissertação. Esse modelo é utilizado pela Comissão Nacional dos Determinantes Sociais em Saúde e serve de suporte para orientar e organizar as pesquisas do Ministério da Saúde sobre o assunto.

Para possibilitar um amplo conhecimento das principais discussões e posicionamentos com relação ao objeto da presente investigação, pesquisou-se o tema nas bases de dados da SciELO, da vLex e do Portal de Periódicos da CAPES, usando como descritor: determinantes na saúde, equidade em saúde, iniquidades, saúde da população negra, atuação do Ministério Público e minorias étnicas.

Tais descritores, possibilitaram a seleção de revistas científicas na área do Direito Constitucional e Direito Sanitário com extratos elevados, qualis A e B. Essa investigação foi importante para aprofundar todo o marco teórico da pesquisa, de modo a atingir os objetivos pretendidos, propiciando melhor interpretação dos dados colhidos nos painéis. Desta forma, realizou-se análise quanto a necessidade de efetivação do princípio da equidade no Sistema de Saúde e sobre a atuação do Ministério Público como fiscal de políticas públicas.

3 O PROCESSO SAÚDE/DOENÇA E SUA DETERMINAÇÃO SOCIAL

A expressão saúde/doença diz respeito as variáveis que envolvem a saúde e o adoecimento de um indivíduo ou grupo e considera a existência de um elo entre os conceitos, como termos que, embora dicotômicos, estão interligadas e são consequência dos mesmos fatores.

A relevância do estudo sobre o processo saúde/doença está no fato de este interferir nos atores e no contexto social, sendo necessário, por este motivo, entender as principais concepções sobre saúde e doença, e sua forma de atuação na sociedade e etnias. Compreende-se que a noção de saúde/doença decorre de fatores biológicos, econômicos, sociais e culturais, e objetiva-se explicar - a relação entre as externalidades para o surgimento de alguma enfermidade.

Para que seja compreendido o tema, tornou-se necessário inicialmente, um aprofundamento sobre como o processo saúde adoecimento, superou os modelos causais clássicos, centrados em ações individuais e privilegiou a dimensão coletiva do fenômeno, entendendo que a saúde de um indivíduo pode ser afetada por fenômenos sociais e determinantes localizados fora do sistema de saúde.

Após esse percurso histórico sobre o processo, será realizada a apresentação conceitual das principais definições do termo saúde aceitas pelo Ministério da Saúde Brasileiro, sendo apresentada as concepções da Organização Mundial de Saúde, de Correa-Lugo e de Norman Daniel. Através da apresentação dos termos, será possível compreender que a dimensão do bem-estar, é uma definição maior do que um completo bem-estar físico ou psicológico, em que a contribuição da saúde considera o processo saúde/doença dos diversos atores sociais?

Em suma, processo saúde-doença representa o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e doença de uma população variando em diversos momentos históricos e no desenvolvimento científico da humanidade.

Sobre o processo, inicialmente, estuda-se o caráter da doença, se esta é biológica (advinda do indivíduo) ou, social (ocasionada por fatores externos).

Viana (2002) explica que, na antiguidade, acreditava-se que a saúde era dádiva e a doença castigo dos deuses, , cita-se como exemplo, a medicina da Mesopotâmia e do Egito Antigo nas quais se utilizavam processos mágico-religiosos para tratar dos castigos resultantes de pecados cometidos pelos pacientes. Com o

decorrer dos séculos a dádiva da saúde e o castigo da doença foi de responsabilidade de um único Deus.

Séculos mais tarde, mais precisamente, 400 anos AC, relacionaou-se os locais da moradia, a água para beber, os ventos com a saúde e a doença. Com o passar do tempo, com o surgimento das sociedades e fortalecimento da teoria miasmática (gases) passou-se a acreditar que as enfermidades eram transmitidas pelo vento (peste-negra) ou pela inspiração de gases de animais e dejetos em decomposição, tais teorias derivaram da concepção fisiológica (desequilíbrio entre as forças da natureza que agem dentro e fora das pessoas – não liga a doença a órgãos corporais específicos).

Ao final do século XVIII, predominou a teoria de que o adoecimento humano não mais advinha do castigo divino ou de referências socioambientais. Vinculados à concepção ontológica, defendeu-se as enfermidades como organismos exteriores ao corpo, que o invadem para se localizarem nos órgãos. Ocorre que, se por um lado, tal teoria motivou a atual medicina a trabalhar na elaboração de um diagnóstico exato do órgão corporal afetado, por outro imputa à doença como um fim, sem relação com o indivíduo, o corpo ou o modo de vida do paciente.

A descoberta da Bacteriologia, juntamente com o estudo da natureza do processo saúde/doença e seus avanços, levaram ao abandono dos critérios sociais na formulação e no enfrentamento das enfermidades. Com os avanços da teoria, identificou-se o predomínio da multicausalidade, mas com a interferência apenas de condicionantes individuais no processo.

A medicina moderna evoluiu para aceitar que embora haja a interferência da dimensão individual no processo saúde/adoecimento, o fato de o homem viver em sociedade e sofrer as consequências desta, faz com que fatores externos interfiram na sua saúde, de forma que seja flagrante a inter-relação entre o agente externo, o indivíduo e o meio-ambiente que afetam o primeiro, criam ou desenvolvem patologias que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte.

Depreende-se desta forma que o processo saúde/doença sofreu interferência na determinação social principalmente no que diz respeito aos grupos da camada social, ao papel do indivíduo na organização social e as relações de dominação/subordinação.

A doença passou a ser vista como uma forma complexa e dinâmica de relacionamento que não deveria ser tratada como um fim em si, desconsiderando-se

os fatores e externalidades que interferem nesta inter-relação, pois, o desprezo sobre estes fatores e sobre o sujeito afetado prejudica não apenas as ações de promoção e proteção à saúde e de prevenção das doenças, como também no estudo e realização de uma atenção integral à pessoa e às etnias específicas.

Com o passar dos anos, as mudanças na sociedade levaram à necessidade de uma ampliação do entendimento não apenas da forma como ocorre o processo saúde/adoecimento, como também sobre o que se entende como sendo aceitável em termos de saúde.

Como observado, processo saúde/doença foi sendo estruturado ao longo da história. Desde os primórdios em que a doença era considerada castigo dos deuses até meados do século XIX em que predominava a teoria miasmática, da teoria bacteriologista até o século XXI, construiu-se a teoria que as condições econômicas e sociais impactariam sobre a saúde e a doença devendo esse percurso ser estudado objetivando-se identificar e eliminar os fatores que prejudiquem a saúde da população em geral e de grupos sociais em específico.

Visando fundamentar a pesquisa, tratar-se-á a seguir sobre as principais definições de saúde atualmente aceitas, sendo disposto inicialmente a definição mais antiga e reconhecida da Organização Mundial das Nações Unidas (1976) que representaria uma concepção ampla da saúde, para além de um enfoque centrado na doença.

Em seguida será delineada a definição de saúde de Correa-Lugo (2005) que considera a saúde mais do que uma norma universal e abstrata (o oposto da definição da OMS) e, por fim apresentar-se-á a teoria de Daniels (2006) que explica a relação existente entre a doença, a saúde e forma como esta pode afetar questões fundamentais como políticas sociais e justiça distributiva.

3.1 Direito à saúde na contemporaneidade

Observa-se que da dimensão do ser (ser humano) decorre a noção do que é considerado normal ou patológico sendo necessário a este, conhecer suas limitações para avaliar as transformações sofridas por seu corpo e assim perceber o momento em que o normal se transforma em patologia. Tal constatação nos remete à reflexão de que o processo de adoecimento e sua consequente percepção, ocorre de maneira desigual entre os indivíduos, recebendo influência direta do local que os seres

ocupam na sociedade.

Deste modo, para se compreender o processo saúde/adoecimento, torna-se necessário entender o que é saúde e as principais concepções existentes.

Antes de adentrarmos na concepção da OMS, a primeira a ser estudada, torna-se importante tratar sobre a definição de alguns conceitos a serem utilizados no presente trabalho.

O direito aos cuidados de saúde distingue-se do direito à saúde na medida que a expressão direito à saúde é mais restritiva do que a expressão direito aos cuidados de saúde, pois se entende o direito à saúde como uma liberdade negativa que exclui o direito aos cuidados de saúde, o que implicaria em obrigações positivas para o Estado, devendo este prevenir certas ações danosas contra os indivíduos, mas sem ser obrigado a cumprir obrigações positivas que consistiriam na prestação de serviços médicos (HUIDOBRO, 2013).

Ao tratar sobre a diferença entre as expressões direito aos cuidados de saúde e o direito à proteção da saúde (por parte do SUS), no primeiro exige-se uma distribuição equitativa dos recursos médicos e de saúde disponíveis para todos os indivíduos e também inclui proteção e promoção da saúde. O segundo conceito, por outro lado, tem um escopo mais amplo: expande-se no que diz respeito ao setor saúde e requer outros atores sociais relevantes para a promoção da saúde, considerando nas respectivas políticas, o efeito dos padrões de saúde e das medidas adotadas. Desta forma, o direito aos cuidados de saúde incluiria, em todo caso, os cuidados de saúde vitais (HUIDOBRO, 2013).

No que diz respeito à definição de condição de saúde ela é formada pela soma de três planos: subindividual, individual e coletivo, O plano subindividual corresponderia ao nível biológico e orgânico, fisiológico ou fisiopatológico. Nesse plano, o processo saúde/doença seria definido pelo equilíbrio dinâmico entre a normalidade — anormalidade. Desta forma, qualquer alteração na balança poderia fazê-la pender para o lado da anormalidade ocasionando a percepção de patologias.

O plano individual das condições de saúde, entende que as disfunções e anormalidades ocorrem em indivíduos que são seres biológicos e sociais em simultâneo. Desta forma, as alterações no processo saúde-doença resultam não apenas de aspectos biológicos, mas também das condições gerais da existência dos indivíduos, grupos e classes sociais. Nesse plano, a condição de saúde varia entre um extremo de mais perfeito bem-estar até o extremo da morte, com uma série de

processos e eventos intermediários entre os dois (VIANA, 2002).

Por fim, no plano coletivo o processo saúde/doença é encarado não como a simples soma das condições orgânicas e sociais de cada indivíduo isoladamente, mas sim como a expressão de um processo social mais amplo, resultante de fatores e relações, representados por determinados fenômenos nos vários níveis externos. A saúde seria assim, um fenômeno clínico e sociológico.

Perpassando pelos conceitos necessários ao entendimento do presente trabalho, apresentar-se-á as principais definições de saúde e direito à saúde existente. Iniciaremos tratando sobre a principal definição de saúde conhecida na atualidade que é àquela definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), organismo sanitário internacional foi criada após a II Guerra Mundial (1948) pela Organização das Nações Unidas (ONU) visando estudar e sugerir alternativas para melhorar a saúde mundial. Em 1978, a OMS e a Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) promoveram em Alma-Ata, uma Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde.

A saúde foi definida pela OMS como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Por ser reconhecido como um direito fundamental, a consecução do mais alto nível de saúde seria uma meta social mundial, cuja realização requereria a ação multissetorial.

Através da concepção de saúde definida pela OMS (1976), haveria um reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, e do nexo de causalidade entre esta e os setores sociais e econômicos, sendo a saúde a causa e consequência da progressiva melhoria das condições e da qualidade de vida.

A OMS, ao definir a saúde como um completo estado de bem-estar, delimitou o alcance do direito humano à saúde nos seguintes termos: todo ser humano tem direito a um meio ambiente com riscos mínimos à saúde e a ter acesso aos serviços de saúde que podem prevenir ou aliviar seu sofrimento, tratar doenças e ajudar a manter e promover uma boa saúde ao longo da vida do indivíduo.

Embora a definição acima apresentada, conste no preâmbulo da Constituição da Assembleia Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Sanitária Internacional realizada em Nova York em 1946 sendo considerada avançada para a época de sua promoção, como se observa, tal conceito não abarca somente a ausência de doenças que é componente essencial dos principais conceitos de saúde

conhecidos, sendo este o principal motivo das críticas sofridas ao longo dos anos.

Como crítica a esta concepção, Ferraz e Segre (1997), afirmam que o completo bem-estar, a perfeição definida no conceito da OMS não é definível.

Ao se trabalhar com uma avaliação do grau de perfeição, bem-estar ou felicidade de um sujeito externo a ele próprio, estar-se-ia automaticamente elevando os termos perfeição, bem-estar ou felicidade a categorias que não estão sujeitas a uma descrição dentro de um contexto que lhes empreste sentido.

Com relação a esse aspecto, Ferraz e Segre (1997) explicam que a perfeita felicidade de um indivíduo seria praticamente impossível visto que, com o pacto que deu início a sociedade, realizado figurativamente entre os homens, os indivíduos trocaram uma parcela de sua liberdade por um pouco de segurança.

Desta forma, a própria organização social e a condição da existência do homem em grupos baseiam-se em uma renúncia, o que por si só, gera um constante sentimento de mal-estar, que torna a sociedade em si, doente. Logo, depreende-se que esse completo estado de bem-estar é praticamente impossível.

O conceito que emerge da Constituição da OMS possuiu o condão de tornar definitivo o fato, de que são fatores determinantes da saúde, não apenas aqueles ligados às características pessoais e individuais, tais como os de ordem genética ou comportamental, mas também os relacionados ao meio ambiente, à cultura e à organização social e política em que esse indivíduo está imerso (GLOBEKNER, 2011).

Como se observa, embora muito criticada, essa definição, supera a definição negativa de saúde como ausência de doenças, e o biologicismo que marcou o contexto do desenvolvimento da Revolução Industrial durante o século XIX e começo do XX. Uma consequência da definição ampliada de saúde, é que se compreendeu que, ninguém pode ser individualmente responsável por sua saúde, pelo menos não de forma inteira e exclusivamente (GLOBEKNER, 2011).

O Brasil, em 1986, na VII Conferência Nacional de Saúde adotou como definição de saúde em sentido amplo, sendo aquela derivada das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Seria, desta forma, o resultado de fatores externos que podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Esta concepção definiu a atenção primária como estratégia a ser ofertada a toda a população, trazendo a noção de universalidade no contexto de um sistema

de saúde.

Já a definição proposta pela OMS, influenciou a Constituição Federal Brasileira de 1988 que consolidou em seu artigo 225 que todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações³.

Apesar das críticas à definição da Organização Mundial da Saúde, seu conceito de saúde enfatiza um caráter dinâmico e complexo que envolve múltiplas variáveis a se desenvolver no tempo e no espaço, reconhecida como o conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciada por fatores políticos, culturais, socioeconômicos e ambientais, enfim, influenciada pelos determinantes sociais.

A saúde, no entanto, é mais que isso, indo além da assistência médica e das ações para a promoção e manutenção de um estado saudável. Ela está relacionada com as próprias condições de vida das pessoas: meio ambiente, saneamento básico, moradia, alimentação, educação, trabalho, entre outros (RAMOS, DINIZ, 2017). Por este motivo, e por depender de uma contextualização, considera-se mais usual, o entendimento de que a saúde não é um completo estado de bem-estar, mas uma condição de equilíbrio ativo entre o ser humano e seu ambiente natural, familiar e social.

A segunda definição de Saúde e de Direito à Saúde conhecidas são aquelas delineadas por Correa-Lugo (2005). O autor mostra-se não adepto das teorias que consideram a saúde como uma forma de viver livre, alegre e solidária, sendo também contrário àquelas que associam o direito como uma Declaração Universal dos Direitos Humanos, do qual decorreria a afirmação de que se a saúde é tudo, toda situação contrária seria considerada uma patologia, logo, ele se contrapõe a definição da OMS.

O autor também critica quem buscaria relativizar culturalmente a saúde, a tal ponto que uma definição universal seja impossível (CORREA-LUGO, 2005).

Correa-Lugo (2005) entende a saúde como um assunto individual, de forma que o ser adocece sozinho. Por consequência, embora os indivíduos possam compartilhar as causas da doença com outras pessoas e possam recuperar a saúde

³ BRASIL, Constituição Federal de 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em 10 jan. 2022.

com medidas coletivas, a doença como fenômeno em si, ocorre no indivíduo, dentro de sua natureza biológica.

Embora seja individual e variável, saúde e doença formam um par dicotômico em que um elemento é definido tendo como referência o seu oposto, e cada um delimita o âmbito do outro, portanto, a noção saúde / doença tem sido determinante, ao tratar-se da maioria das definições de saúde ou ao tentar-se reduzir a saúde à ausência da doença.

No que diz respeito as condições de saúde, algumas causas da doença e as suas consequências são modificáveis e, por este motivo, pode-se falar de uma responsabilidade jurídica derivada da preservação, garantia ou recuperação de tais condições. Assim, muito embora o indivíduo adoça sozinho, a forma/motivo da enfermidade nem sempre é natural e pode depender ou derivar de ações humanas, ou externalidades.

Como há relação entre o fator externo, o motivo da doença e o indivíduo, torna-se fundamental uma regulação e / ou controle estatal, para que o direito à saúde seja garantido como, por exemplo, através de normas ambientais, abastecimento de água potável, qualidade dos alimentos, exposição a toxinas, acesso sem discriminação aos serviços de saúde, etc.

A modificação destas condições determinantes de saúde se assentaria no avanço do conhecimento científico e constituiria o núcleo central da executoriedade jurídica do Estado: a manutenção de certas condições favoráveis e / ou a correção de certas circunstâncias desfavoráveis garantem como bem protegido a saúde (CORREA-LUGO, 2005).

Em suma, a saúde seria individual, modificável, dicotômica e objetiva de forma que, somente a natureza objetiva do direito legal permitiria criar o consenso social necessário para definir o que se considera uma questão de executoriedade para o Estado.

Observa-se que além do direito, a saúde também é benefício. Como resultado, existem aspectos do direito à saúde que não dependem de recursos (equidade no acesso aos serviços, segurança dos cidadãos, por exemplo), mas da gestão que deles é conduzida, de forma que deve se permitir o exercício das reivindicações adequadas dos particulares, de modo a evitar arbitrariedades, por normas jurídicas que sujeitem a administração (Estado de Direito).

Por este motivo, a saúde seria um direito socialmente exequível do Estado.

Por consequência, embora algumas ações para sua garantia possam ocorrer no marco da solidariedade entre seres iguais e livres, essa discricionariedade não é o campo da saúde como direito, pois existe uma diferença entre a esfera da solidariedade e a esfera dos deveres do Estado.

No que diz respeito ao direito a saúde como um direito social, este se enquadra nos direitos de aplicação progressiva por depender da disponibilidade de recursos disponíveis. Há casos, porém, em que a saúde se afastaria (ou pelo menos se confrontaria) da noção de progressividade: nos casos de emergências médicas, nas situações em que a violação está relacionada a condições diretas e fundamentais ou quando o Estado elabora políticas que visam garantir, em princípio, o direito à saúde das gerações futuras sem atender às necessidades das gerações presentes (CORREA-LUGO, 2005).

Ao aceitar a existência do direito à saúde, o Estado reconhece sua exigibilidade perante aquele a quem o Estado delegou a implementação da norma, sem ser necessário, contudo, uma demanda do usuário dos serviços para o Estado.

Esta exigibilidade cria a responsabilidade, para o Estado, não apenas pelas ações e omissões relacionadas a esse direito, como também no que diz respeito à permissão que terceiros violem os direitos humanos.

Como determinados serviços públicos são inerentes à materialização do Estado social, cabe ao Estado regular os serviços cujo interesse público e oferta estejam relacionados com necessidades vitais, como a saúde. Assim, no que se refere a justiça, relacionada ao campo do Direito à Saúde, a saúde seria dada não pela justiça comutativa ⁴ mas pela justiça distributiva (igualdade e equidade) ⁵.

Em suma, para Correa-Lugo (2005): a) o direito à saúde não deve ser entendido apenas como um direito à saúde, devendo também incluir liberdades – exemplo direito/liberdade de controlar a saúde e do corpo; b) Embora o Estado não possa garantir a boa saúde nem protegê-las contra todas as causas possíveis de doença do ser humano, o direito à saúde deve ser entendido como o direito ao gozo de toda uma gama de instalações, bens, serviços e condições necessárias para atingir o mais alto nível de saúde possível; e c): o direito à saúde é um direito inclusivo que

⁴ Aquela que regula as trocas: tem como objetivo fundamental que as duas coisas que se trocam tenham o mesmo valor, para que a troca possa ser considerada justa, para que numa compra e venda seja justamente o preço que corresponde ao valor da coisa comprada.

⁵ Aquela na qual o poder público se inspira para a distribuição de honras e impostos: seu objetivo é que cada um receba o que lhe corresponde.

abrange não apenas cuidados de saúde, mas também os principais determinantes da saúde.

A boa saúde em termos de saúde seria desta forma, como uma condição dinâmica equilibrada e adequada da natureza biológica da pessoa, objetivamente verificável, moralmente aceitável (como socialmente consensual), que possa ser mantida sob certas condições, vulnerável a determinados fatores, e potencialmente garantida e / ou recuperável mediante o uso de uma determinada técnica, e, como tal, legalmente exequível (CORREA-LUGO, 2005).

Percebe-se que a definição apresentada inclui as partes necessárias e suficientes para explicar sobre o que é saúde enquanto um direito e, principalmente, sobre sua exequibilidade no campo jurídico.

Sendo a exequibilidade necessária para a garantia desse direito, a prestação de serviços de saúde seria possível não somente com base nas finanças, nas políticas públicas ou na administração, mas principalmente nas normas e no social. Desta forma, o direito à saúde como direito, só poderia ser respondido corretamente a partir do direito ou dentro deste, sendo a única forma de se falar sobre política pública no Estado de Direito.

Ao considerar a saúde como direito individual, modificável, dicotômico e objetivo o autor concebe-a como uma norma que beneficia, se assim preferir, pessoas em situações especiais como mulheres grávidas ou pessoas com deficiência, sem, contudo, negar sua categoria de direito fundamental.

Partindo dessas premissas, a definição de Correa-Lugo contempla os três critérios citados, pois considera que: 1) a discussão sobre saúde e doença, os serviços em sua área e as políticas que os determinam também são um problema ético e, embora não haja consenso, há algumas coisas no debate que podem ser distinguidas como corretas ou incorretas; 2) o que se espera, em termos de saúde, deve ter margem de possibilidade e / ou probabilidade para ser razoavelmente esperado; e 3) a responsabilidade pelo cuidado de alguns elementos deve ser compartilhada entre quem sofre de enfermidades e seus entes queridos, pela sociedade e seus órgãos reguladores (CORREA-LUGO, 2005).

Em síntese, para o autor, a saúde seria um bem jurídico moralmente aceitável (socialmente consensual) e, que, portanto, atenda às necessidades humanas; real ou potencialmente justificável, definida racionalmente; e legalmente exigível.

Assim como Correa-Lugo (2005), Daniels (2008) entende que a saúde, por afetar questões fundamentais sobre a política social e a justiça distributiva, torna imprescindível o entendimento das correlações entre os resultados de saúde e as desigualdades sociais.

Por ser o direito à saúde um direito que se materializa na exigência de meios que garantam adequadas condições da natureza biológica da pessoa e / ou restabelecem aquelas alteradas, os elementos sociais que interessariam quando se reivindica este direito perante o Estado seriam aqueles que efetivamente afetariam a saúde das minorias étnicas.

A desigualdade de renda, por exemplo, afetaria a saúde e corroeria a coesão social, aumentando a desconfiança social e reduzindo a participação em organizações cívicas. A falta de coesão social acarretaria diminuição da participação social na política, minando a capacidade de resposta das instituições governamentais para atender às necessidades sociais, em especial, dos grupos menos favorecidos (MACHADO, 2015).

Logo, Daniels (2008) entende que a saúde não é produto apenas de cuidados de saúde, não sendo possível isolá-la de uma justiça social mais ampla.

A observação central emanada do direito à assistência à saúde é a que doenças e incapacidades restringem o leque de oportunidade dos indivíduos, visto que as enfermidades encurtam a vida ou prejudicam a capacidade de funcionamento. Desta forma, os cuidados de saúde em todas as suas formas, sejam de saúde pública ou médica, preventiva ou aguda, ou crônica, visariam manter as pessoas funcionando o mais próximo possível do normal.

Como o ser humano é criatura social complexa, suas capacidades normais incluem as capacidades para o funcionamento emocional e cognitivo e não apenas as capacidades físicas. Assim, a saúde preservaria o leque de oportunidades, ao considerar os talentos e habilidades do indivíduo (DANIELS, 2008).

A contribuição significativa dos cuidados de saúde para proteger o leque de oportunidades abertas aos indivíduos seria, no entanto, limitada de duas maneiras importantes. Limitado porque outras coisas, como a distribuição de riqueza, renda e educação, afetam profundamente a igualdade de oportunidades. Também seria limitada porque os cuidados de saúde, ao restringir seu objetivo de proteger o funcionamento normal, deixariam a distribuição normal de talentos e habilidades sem modificações.

Diferente de Correa-Lugo (2005), Daniels (2008) afirma que a saúde não é apenas direito individual ou humano, pois, a limitação dessa descrição, não eliminaria as divergências e incertezas sobre o alcance desse direito e possuiria o condão de justificar adequadamente sua reivindicação como direito. Apesar deste entendimento, o objetivo central da saúde seria a de ajudar os indivíduos a funcionarem como concorrentes "normais", não como estritamente iguais.

Ao iniciar seu estudo sobre a temática saúde, o autor questionou o que se define fundamental para a teoria: O que seria devido (entre os indivíduos) para promover a saúde numa população e dar assistência a pessoas doentes ou com algum tipo de deficiência? Para facilitar a resposta, Daniels subdivide-a em outras três perguntas: a) a saúde possui um status moral especial? b) alguma desigualdade em saúde pode ser considerada injusta? c) de que forma seria possível distribuir justamente os recursos em saúde? (DANIELS, 2008).

No que diz respeito ao status moral especial que a saúde possui, esta parte da premissa de que, embora se admita distribuições desiguais de uma série de bens, o fato de que alguns indivíduos/grupos sociais necessitem defender posições mais igualitárias quando se trata de saúde, atribui a este direito um caráter especial.

Desta forma, mesmo naqueles países em que as desigualdades não sejam apenas toleradas, como também positivamente mistificadas —, programas tais como o Medicare e o Medicaid, buscariam minimizar as desigualdades existentes e protegeriam o núcleo essencial do direito.

Observa-se que, o status moral especial que necessita ser protegido não é de cuidados em saúde, mas o da saúde, tomado em sentido amplo o suficiente para incluir todos os seus potenciais determinantes sociais, a ser protegido pelos princípios de liberdade, diferença e igualdade de oportunidades.

Assim, os princípios (que culminam na proteção das oportunidades das pessoas) devem ser postos a serviço do bom funcionamento da saúde.

Quanto a resposta a segunda indagação - Quando são injustas as desigualdades em saúde? -, Daniels (2008), reassegura que a saúde tem status moral especial, não sendo apenas sinônimo de cuidados em saúde, abarcando também todos os seus determinantes sociais.

Desta forma, muito embora existam bens primários que devam ser assegurados a todos os indivíduos, , sempre que um determinante social afetar o funcionamento normal dessa pessoa impedindo no pleno exercício das oportunidades,

estar-se-ia diante de uma injusta desigualdade em saúde.

Quanto a terceira indagação - como distribuir justamente os recursos em saúde? - Daniels não chega a firmemente respondê-la. Ao rechaçar o utilitarismo e seus instrumentos, como a análise de custo-efetividade tipo QALY e DALY2, o autor (DANIELS, 2008) acaba por priorizar àqueles que estiverem em pior situação, o que se revela rapidamente impraticável, por meio da distribuição de renda.

A justiça na distribuição dos recursos, transforma o direito à saúde em um requisito de justiça, ocorre que há pouca base para exigir que as pessoas ajudem outras atendendo seus cuidados de saúde ou outras necessidades.

Ao tratar sobre a teoria libertária, por exemplo – que reconhece um dever imperfeito de agir de forma benéfica ou caridosa. Daniels (1998) afirma que, as pessoas negadas à caridade não têm direito a ela e não têm queixa contra pessoas que agem de maneira caridosa de outras maneiras.

Embora a dificuldade de coordenar a prestação de assistência beneficente possa justificar medidas coercitivas, ou tente mostrar que os adeptos dessa teoria devam reconhecer algumas formas de direitos de bem-estar, os adeptos da teoria libertária resistem a qualquer enfraquecimento dos direitos de propriedade no centro de sua visão.

Daniels (1998) também rechaça a teoria utilitarista ao afirmar que, muito embora ainda haja controvérsia sobre se seus adeptos possam fornecer uma base para o reconhecimento dos verdadeiros direitos morais, há um forte instrumento utilitarista em favor dos governos que garantem acesso a pelo menos uma grande variedade de serviços médicos eficazes.

Prevenir ou curar doenças, ou deficiências reduz o sofrimento e permite que as pessoas funcionem de maneira que contribuam para o bem-estar. Além disso, saber que os serviços de saúde estão disponíveis aumenta a segurança pessoal e fortalece os laços da comunidade. Pode-se justificar também a redistribuição do ônus de entregar esses benefícios à sociedade na totalidade, levando-se em consideração a utilidade marginal decrescente do dinheiro para apoiar o progressivo alinhamento dos serviços de saúde.

Depreende-se do disposto acima, que Daniels defende uma noção de igualdade democrática, em que, as desigualdades seriam permitidas apenas se acarretarem um ganho para os que estão em pior situação, se comparadas a arranjos alternativos.

A controvérsia moral que envolve a criação de vencedores e perdedores nas decisões de alocação de recursos resulta apenas em um problema de legitimidade, enquanto demanda uma resposta sobre em que condições os tomadores de decisão têm a autoridade moral para definir os limites impostos por suas decisões.

Essa autoridade só seria legítima se cumprir com um procedimento ou processo previamente determinado e debatido. Se não houver consenso sobre princípios capazes de resolver disputas acerca da alocação de recursos para a saúde e os cuidados de saúde, então é preciso encontrar um processo justo cujos resultados sejam aceitos como justos ou razoáveis (MACHADO, 2015).

Para remediar a resposta à terceira questão, Daniels (2008) aduz que as decisões de alocação de recursos deveriam obedecer a um princípio de legitimidade que, no que lhe concerne, obedeceria a quatro condições: publicidade, relevância, possibilidade de revisões e recursos, força regulatória. A primeira condição que conferiria legitimidade aos agentes alocadores de recursos e suas decisões forçosamente limitadoras é a transparência.

A segunda condição seria a de que, tais regras (de alocação) fossem razoáveis, ou seja, aceitas por todos. A terceira condição é que haja sempre a possibilidade de se revisar ou mesmo questionar, por recursos, as decisões tomadas, já que, seja lá qual for a regra escolhida, sempre pode ser circunstancialmente falha. Por fim, tal regra (não especificado pelo autor) precisa ter força regulatória para que as três condições anteriores aconteçam (MELLO E PARANHOS, et. all., 2018).

Ainda no que se refere a terceira questão, Daniels (1998) aduz que o direito aos cuidados de saúde é um direito positivo em oposição a um negativo. Como sabido, o direito positivo exige que outras pessoas realizem algo benéfico ou capacitador para os portadores de direitos, logo, embora algumas medidas de saúde pública que protegem as pessoas contra interferências em sua saúde, possam ser interpretadas como requisitos de um direito negativo, o direito à assistência médica impõe uma obrigação a terceiros de ajudar os portadores de direitos na obtenção de serviços necessários e adequados.

Desta forma, a principal obrigação social seria a de garantir a todos, o acesso a um nível de serviços que efetivamente promova o funcionamento normal e, assim, proteger a igualdade de oportunidades. Como os cuidados de saúde não seria o único bem importante, os recursos a serem investidos no nível básico são apropriados e razoavelmente limitados.

Devido ao alto custo , haveria alguns serviços médicos beneficiários que seriam razoáveis não serem fornecidos no nível básico ou apenas em uma base limitada. Dizer que esses serviços teriam altos custos de oportunidade significa que fornecê-los consumiria recursos que produziram maiores benefícios à saúde e protegeriam mais as oportunidades se usados de outras maneiras (DANIELS, 1998).

Reivindicar um direito à assistência à saúde incluiria também outras demandas, como por exemplo, alocação justa dos recursos da sociedade às necessidades relacionadas à saúde, considerando as reivindicações concorrentes de diferentes tipos de necessidades de saúde.

Desta forma, como os direitos à saúde fazem parte de uma família mais ampla de direitos positivos de bem-estar, que incluem direitos à educação e apoio à renda, a efetividade de tal direito ocasionaria não apenas a ausência de doenças físicas, como também doenças mentais.

Em suma, Daniels (2006) entende saúde enquanto funcionamento normal, ou seja, como ausência de patologia, mental ou física. Como observado, essa definição é mais estreita que a definição amplamente citada pela Organização Mundial da Saúde – não é completo estado de bem estar.

O autor critica a concepção da OMS por ela expandir a saúde para incluir quase todo o bem-estar, para que ele não possa mais funcionar como uma noção de limite. Entretanto para se entender a saúde como funcionamento normal, primeiramente, deve-se compreender os determinantes da saúde.

Essa caracterização própria do que se considera saúde, ajuda aos mais necessitados, na alocação de recursos e nos cuidados de saúde, e implica diretamente na busca pela equidade em saúde. Desta forma, ao tratar sobre a saúde, o direito à saúde e os problemas de saúde, o autor afirma que entender o objetivo de a equidade na saúde tornar todas as pessoas saudáveis ajuda-nos a funcionar normalmente durante uma vida útil normal.

Em suma, através das definições de saúde da OMS (1976), de Correa-Lugo (2005) e Daniels (2006), a saúde deve ser entendida não apenas como um completo estado de bem-estar social, mas como um direito social, dicotômico, universal, influenciado pelo meio ambiente e pela sociedade e que por este motivo deve ser assegurado e exigível perante o Estado por tratar-se de um direito que influencia nas políticas sociais e deriva da justiça distributiva.

Desta forma, o direito à saúde também transcenderia o direito aos serviços

de saúde ou a proteção estatal por envolver uma completa rede de ações estatais que vão muito além dos serviços de saúde, protegendo também o acesso e utilização por parte de grupos específicos.

Ao reconhecer que a equidade não se restringe ao acesso, mas, às necessidades em saúde e aos determinantes sociais da saúde, a saúde fortaleceu-se como bem primário (assim como para Rawls), mas desta vez, garantidor de oportunidades.

Como um componente da qualidade de vida, um bem e um direito social, sua proteção promove exercício da cidadania, equilibrando desta forma, a balança da justiça possibilitando a orientação de conduta, decisões, estratégias e ações elaboradas pelo Poder Público.

3.2 A saúde e a busca por justiça: um estudo sobre as teorias de Justiça como Equidade e de Justiça como Escolha Social

As teorias da justiça formuladas por Rawls e Sen, serão analisadas sobre o prisma do Direito à Saúde. Inicialmente, definiram-se os aspectos gerais da teoria de Justiça como Equidade de Rawls.

Em seguida, apresentaram-se as especificidades por ele trabalhadas com relação aos princípios da diferença e da oportunidade, até a aplicação da teoria à saúde. Posteriormente, procedeu-se ao exame da teoria de Justiça como Escolha Social desenvolvida por Sen, que abarca a liberdade, a capacidade e conseqüentemente, a equidade no desempenho e distribuição da saúde, integrando assim um conceito mais amplo de justiça para por fim, ser exposta às críticas de Sen à teoria de Rawls.

Sem mais, tratar-se-á inicialmente sobre a análise da teoria da justiça como equidade de Rawls.

Ao delinear sua teoria de justiça, Rawls (2003) objetivava generalizar e elevar a uma ordem mais alta de abstração a teoria do contrato social, apresentada por Locke, Rousseau e Kant.

Através da conhecida teoria do contrato social, os indivíduos de uma sociedade vivem em cooperação social, reconhecem regras de condutas como obrigatórias e, na maioria das vezes, agem de acordo com elas.

Entretanto, apesar do respeito às regras, os indivíduos visam vantagens

mútuas, ocorrendo aí um conflito de interesses. Nesse sentido, embora os indivíduos reconheçam que a posição em que estão só foi concebida através da cooperação social, eles também se preocupariam como os benefícios produzidos pela cooperação mútua são distribuídos e objetivam uma participação crescente destes.

Para que, cada um receba aquilo que lhe é necessário, Rawls (2003) afirma que se deve, inicialmente, erigir um conjunto de princípios para decidir a forma de ordenação social que determinará essa divisão de vantagens e logo após, se selará um acordo sobre as partes distributivas adequadas. Tais princípios seriam àqueles referentes à justiça social e fornecerão um modo de atribuir direitos e deveres nas instituições básicas da sociedade definindo assim a distribuição apropriada dos benefícios e encargos da cooperação social.

Desta forma, sendo a justiça a primeira virtude das instituições sociais, uma sociedade bem-regulada conseguirá não apenas promover o bem-estar dos seus membros, como será especificadamente regulada por uma concepção pública de justiça.

Esta concepção resultaria em um ponto de vista comum entre os membros a partir do qual suas reivindicações seriam julgadas, estabelecendo os vínculos da convivência cívica. O desejo de justiça limitaria assim, a persecução de outros fins, e, ainda que os homens se inclinassem ao seu bel-prazer, seu sentido público de justiça possibilitaria uma associação segura.

Embora haja indivíduos com concepções e princípios de justiça diferentes, eles ainda assim poderiam concordar que as instituições são justas quando não fizesse distinções arbitrárias entre as pessoas na atribuição de direitos e deveres básicos e quando as regras determinassem um equilíbrio adequado entre as reivindicações concorrentes das vantagens da vida social.

Este consenso embora necessário, não é o único pré-requisito para a viabilidade da comunidade humana, sendo necessário também coordenação, eficiência e estabilidade na resolução dos problemas sociais fundamentais.

Embora os indivíduos de uma sociedade possuam sonhos e planos diferentes, tais planos precisariam se encaixar nos de outros indivíduos para que as várias atividades necessárias à coordenação sejam compatíveis entre si e possam ser executadas sem que as expectativas legítimas de outros sofram frustrações graves. A execução desses planos levaria à consecução de fins sociais eficientes e coerentes com a justiça.

Seria o conteúdo dos princípios de justiça ilustrados a partir da descrição da estrutura básica de uma democracia constitucional, sendo que estes princípios apresentariam uma sequência em três etapas, que explicitaria sua aplicação às instituições básicas. Em regra, o cidadão deveria apreciar a justiça da legislação e da política social; decidir sobre as soluções constitucionais que possam conciliar as opiniões contrárias quanto à justiça e conseguir determinar os fundamentos e limites do dever e da obrigação política (MENDES DA SILVA, 1988).

Para Rawls (2003) princípios decididos pelas partes contratantes da posição original são princípios que se aplicam à estrutura básica da sociedade, que regem a distribuição de direitos e deveres e regulam a distribuição das vantagens sociais e econômicas.

Tais princípios pressuporiam que a estrutura social possuísse duas partes distintas, quais sejam, (1) os aspectos do sistema que definem e garantem as liberdades e (2) aqueles que especificam e estabelecem as desigualdades sociais e econômicas; por essa razão o primeiro princípio estabeleceria as liberdades e, o segundo se aplicaria à distribuição de renda e riqueza, que deveria ser compatível com as liberdades fundamentais e com a igualdade de oportunidades.

Por meio do primeiro princípio, cada pessoa deveria ter um direito igual ao sistema mais extenso de iguais liberdades fundamentais que seja compatível com um sistema similar de liberdades para as outras pessoas; através do segundo, as desigualdades sociais e econômicas devem estar dispostas de tal modo que tanto (a) se possa razoavelmente esperar que se estabeleçam em benefício de todos como (b) estejam vinculadas a cargos e posições acessíveis a todos.

Destas concepções, somente haveria injustiça se houvessem desigualdades que não fossem vantajosas para todos. E para que tais desigualdades fossem evitadas, a estrutura básica da sociedade deveria distribuir bens que todo indivíduo racional almejasse possuir, sejam estes, bens primários sociais ou naturais. Sendo a saúde, um bem primário natural.

Depreende-se que, para a teoria da justiça como equidade de Rawls, as desigualdades deveriam funcionar a favor da sociedade, e que a saúde não é um bem que possa ter impacto negativo sobre a vida das pessoas a ponto de sua ausência resultar em injustiças sociais. Logo, por entendê-la como um bem primário natural, não seria passível de distribuição pela estrutura básica apesar de poder ser afetada por essa.

Haja vista este desdobramento, a manutenção da saúde seria muito mais responsabilidade do indivíduo do que das instituições da estrutura básica, pois, há de se considerar que renda, riqueza, oportunidades e liberdade já foram igualitariamente distribuídas.

De Mario (2016) afirma que, o primeiro princípio de Rawls, requer que as leis que definem as liberdades fundamentais se apliquem igualmente a todos e permitam a mais abrangente liberdade compatível com uma liberdade semelhante para todos ao passo que o segundo, exige que todos se beneficiem das desigualdades permissíveis na estrutura básica, e haja equidade nas oportunidades de acesso a cargos e suas prerrogativas.

Sob esse ponto de vista, para que seja realizada a distribuição dos bens, a partir de uma interpretação democrática, deve-se combinar o princípio de igualdade equitativa de oportunidades com o princípio da diferença. A combinação entre estes princípios tornaria a distribuição de saúde, por exemplo, mais justa.

Ao distribuir-se o bem, considerando o princípio da diferença, se admitiria uma desvantagem objetivando-se elevar a posição mais desfavorecida, pois desta forma, elevaria as expectativas das posições intermediárias. Quando se considera o segundo princípio, o da igualdade equitativa de oportunidades, tem-se que na justiça como equidade a sociedade é um empreendimento cooperativo para benefício de todos, e a estrutura básica um sistema de normas públicas que define um esquema de atividades que levaria os homens a agirem juntos para produzir um total maior de benefícios (DE MARIO, 2016).

Uma sociedade justa e solidária, possui uma estrutura básica para lidar com as contingências do indivíduo. Isto significa que, as instituições funcionariam para mitigar os efeitos negativos dessas contingências, no presente caso, na ausência de saúde na vida das pessoas.

De Mario (2016), sustenta que, na teoria delineada por Rawls, existiriam variações em moral, capacidades e habilidades intelectuais; variações nas capacidades e habilidades físicas, incluindo os efeitos de doenças e acidentes sobre as habilidades naturais; variações entre as concepções de bem dos cidadãos e as variações entre gostos e preferências.

Entretanto, no que diz respeito as variações causadas por doenças e acidentes, elas poderiam ser trabalhadas no estágio legislativo quando a prevalência e a forma desses infortúnios pudessem ser conhecidas. Com o véu da ignorância já

parcialmente retirado, os gastos requeridos por esses infortúnios poderiam ser medidos e equilibrados de acordo com os gastos governamentais.

Por este motivo, considerando que as instituições não são manifestações da justiça e nem invioláveis, a influência dos padrões comportamentais das pessoas associados à busca de instituições que promovam a justiça seria analisada em conjunto na busca pela equidade.

Indo além da teoria de justiça como equidade de Rawls que considera o princípio da igual liberdade para todos nas quais as exigências da liberdade seriam aquelas que dizem respeito as liberdades fundamentais da pessoa e protege a liberdade de consciência e de pensamento e a justiça no processo político, Sen (2002) afirmaria que, sendo a liberdade pressuposto intrínseco do próprio processo de escolha, se a liberdade de escolha nos processos sociais não são respeitadas, não haveria o que se falar em justiça.

Por fazer uma distinção entre o “aspecto de oportunidade” e o “aspecto de processo” da liberdade, a teoria de Justiça a ser desenvolvida leva em conta escolha social.

Logo, os princípios de justiça não se definiriam apenas com relação às instituições – embora estas possam fazer parte de um papel instrumental importante na busca da justiça, mas sim quanto à vida e às liberdades das pessoas envolvidas. Com os determinantes do comportamento individual e social, uma escolha apropriada tomada pelas instituições tem um papel criticamente importante na tarefa de melhorar a justiça.

Dessa maneira, uma teoria da justiça pela forma como foi desenvolvida por Rawls, aplicaria os princípios de justiça na posição original, as partes realizam uma convenção constituinte, que decide sobre justiça das diversas formas políticas e escolhem uma constituição, que, por sua vez, deve determinar um sistema que contenha a estrutura e funções do poder político e dos direitos fundamentais, respeitado sempre os princípios de justiça já adotados na posição original (MENDES DA SILVA, 1988).

Por este motivo, sendo os indivíduos seres capazes de raciocínio e de autorreflexão, a justiça seria obtida através de um processo de raciocínio público de pessoas capazes de deliberar e raciocinar sobre suas alternativas individuais e sociais, ou seja, através do processo de escolha social.

O principal diferencial da teoria de Sen, diz respeito a uma compreensão

da justiça que se baseia na realização e relaciona-se ao argumento de que a justiça não pode ser indiferente às vidas, experiências e realizações que as pessoas podem viver de fato. Embora as instituições e regras influenciam no mundo real, as realizações de fato são o diferencial por dizer respeito à vida que as pessoas conseguem — ou não — viver.

A teoria da Escolha Social de Sen (2002) apresenta-se em sentido bem amplo sendo fundada na equidade e na justiça social. Por este motivo, não seria a doença um fim em si, mas um sistema complexo de fatores externos que interferem na vida do indivíduo, sendo fruto de uma consideração social.

Desta forma, para uma teoria da justiça servir como base da argumentação racional no domínio prático precisaria incluir modos de julgar como reduzir a injustiça e promover a justiça, em vez de apenas buscar caracterizar sociedades perfeitas. O modo como essas decisões seriam tomadas também interferiria na teoria da justiça.

Ao basear sua teoria na natureza da vida humana Sen (2011) considerou a liberdade das pessoas. Esta liberdade pode contribuir não apenas para o bem-estar, como também na capacidade de buscar e escolher o que o indivíduo considera mais valioso. A liberdade seria valiosa por pelo menos duas razões diferentes. Em primeiro lugar, mais liberdade concederia mais oportunidade na consecução dos objetivos do indivíduo, esta característica relaciona-a com a possibilidade de realizar o que se valoriza, não importando qual é o processo através do qual essa realização acontece.

Em segundo lugar, por ser a saúde uma das condições mais importantes da vida humana sendo um componente fundamental das oportunidades, nenhuma teoria de justiça social que aceitasse a necessidade de uma distribuição equitativa e formação eficiente das possibilidades humanas poderia ignorar o papel da saúde na vida humana e nas oportunidades das pessoas para alcançar uma vida saudável.

A teoria de Escolha de Sen (2011) não se fundamenta apenas na liberdade de escolha do indivíduo, mas também nas suas capacidades. O núcleo da abordagem das capacidades não seria apenas o que uma pessoa realmente acaba fazendo, mas o que ela de fato poderia fazer.

As capacidades deveriam então ser definidas a partir dos funcionamentos, e o conjunto de funcionamentos realmente escolhidos deveriam estar entre as melhores combinações possíveis. Desta forma, a capacidade significaria uma liberdade que de fato seria desfrutada, relacionando-se tanto aos bens primários e os recursos quanto às realizações.

A partir dessas duas bases, depreende-se que se somente a liberdade tivesse importância instrumental para o bem-estar de uma pessoa, e a escolha não tivesse nenhuma relevância intrínseca, não haveria necessidade de se falar em escolha social.

A teoria de Justiça de Sen (2002) no que diz respeito a saúde, abarca a liberdade, a capacidade e conseqüentemente, a equidade no desempenho e distribuição da saúde, integrando assim um conceito mais amplo de justiça.

Sendo a boa saúde parte integrante do conceito de justiça, a impossibilidade de alguns em alcançar uma boa saúde devido a acordos sociais seria considerada uma injustiça. Desta forma, uma doença que não fosse prevenida ou tratada por razões sociais, e não por escolha pessoal, teria impacto negativo na justiça social, pois, embora o indivíduo quisesse, não poderia alcançar a boa saúde, em suma, não teria a oportunidade de escolher.

Assim, a equidade em saúde não diria respeito apenas à saúde aplicada isoladamente, mas abarcaria princípios e diretrizes mais amplas como os de imparcialidade, justiça dos acordos sociais, distribuição econômica e principalmente, na liberdade, tornando-a fundamental para a compreensão da justiça social.

Para Sen (2002), a equidade em saúde tem muitos aspectos sendo melhor vista como um conceito multidimensional, incluindo aspectos relacionados à conquista da saúde e à possibilidade de alcançar a boa saúde, e não apenas à distribuição dos cuidados de saúde.

Por sua teoria basear-se na equidade dos processos, deve-se atentar para a ausência de discriminação na prestação de cuidados de saúde, requerendo-se também que as considerações de saúde sejam integradas às questões mais amplas de justiça social, levando-se em consideração o nível de alcance dos diferentes acordos sociais.

A boa saúde também não diria respeito apenas a prestação ou distribuição dos cuidados de saúde em particular. Outros fatores poderiam contribuir para os sucessos e fracassos da saúde e se distribuiriam desde predisposições genéticas, renda individual, hábitos alimentares e estilos de vida até saúde, até cenários epidemiológicos e condições de trabalho, etc.

Na visão do autor (SEN, 2000), através da teoria da escolha social sobre a promoção da justiça, os indivíduos desempenhariam papel primordial na busca por seus objetivos. Desta forma, diminuir as desigualdades significa considerar que existe

uma diversidade de características internas (idade, sexo, etc.) e externas (patrimônios disponíveis, ambientes sociais, etc.) que interferem na capacidade de estes realizarem funcionamentos (estados e ações) que, no que lhe concerne, constituem a sua liberdade para alcançar objetivos considerados valiosos.

Logo, apesar de todos os cidadãos terem direito aos serviços, por não serem iguais, as pessoas teriam necessidades diferentes. O que determinaria as ações de saúde seria a prioridade epidemiológica e não o favorecimento, investindo-se mais onde a carência é maior. Sendo assim, todos teriam condições de acesso, more onde morarem, sem privilégios e sem barreiras, observando-se seu grau de necessidade, atendido até o limite do que o sistema pudesse oferecer, objetivando-se desta forma, um ideal de equidade (LIMA, RESPLANDES ROCHA E CARDOZO, 2021).

Como os processos e a justiça processual afetariam a justiça social, as conquistas da saúde e da possibilidade de alcançar a saúde deveriam ir além de um conceito restrito de saúde ou direito sanitário. Desta forma, a base que sustenta a justiça social, não deveria apoiar-se apenas em possibilidade, visto que, além dos resultados e da possibilidade de alcançá-los, os processos também seriam importantes.

Assim sendo, as desigualdades, inclusive aquelas relacionadas à atenção à saúde seriam importantes, pois interferem na justiça social e a equidade em saúde, sendo que o aspecto processual da justiça e da equidade requerem atenção e interferem diretamente no conceito de saúde.

Sendo a liberdade diferente, como um meio dos fins que ela mesma representa, haveria um espaço informacional adequado entre as liberdades substantivas e as aptidões da pessoa em escolher a vida que deseja levar. Logo, os funcionamentos e as capacitações têm por objetivo capturar as diferenças entre as pessoas para enriquecer a discussão sobre bem-estar e desenvolvimento.

Nesse sentido, a necessidade de imparcialidade da visão do espectador seria essencial, pois a participação pública e crítica no processo de escolha social influenciaria nas possíveis ordenações de demandas de justiça. O espectador imparcial seria como o indivíduo que não se atentaria apenas para as demandas locais, mas também consideraria vozes distantes (países, culturas). Desta forma, mesmo que alguns dos argumentos venham de fora e possam ser rejeitados, ainda persistirão casos particulares de raciocínio que poderão fazer reconsiderar as culturas

locais (MARIN E QUINTANA, 2012).

Por fim, segundo a teoria da escolha social, variações existentes entre indivíduos e características físicas e sociais diferenciadas seriam consideradas ao buscar-se pelo tratamento de saúde mais apropriado. Logo, não há o que se falar apenas nas oportunidades que as pessoas têm, mas também em como essas oportunidades poderiam ser usadas para que estes atingissem seus fins mais valorados (LIMA, RESPLANDES ROCHA E CARDOZO, 2021).

Como já observado, a teoria de Sen (2002) no que diz respeito a saúde, abarca a liberdade, a capacidade e conseqüentemente, a equidade no desempenho e distribuição da saúde, integrando assim um conceito mais amplo de justiça sendo este seu grande diferencial da teoria de Justiça como Equidade de Rawls.

A principal crítica de Sen (2011) a teoria de justiça como equidade de Rawls diz respeito a forma como Rawls baseia sua teoria na supremacia da igualdade nos bens primários dos indivíduos para o alcance da justiça como equidade não considerando, as diversas características físicas individuais e de oportunidades e condições de vida.

Por ter a teoria de Justiça como equidade de Rawls, se concentrado na criação de uma sociedade perfeitamente justa, com uma combinação entre instituições ideais e comportamentos ideais, desconsiderou a existência de interesses gerais genuinamente plurais, e às vezes conflitantes, que afetariam a compreensão do que se considera justiça.

Difícilmente, seria possível que um conjunto de pessoas que estivessem realmente cobertas com um véu da ignorância aceitassem como princípio primordial, o da igualdade ou até mesmo o da equidade, pois muitos desses indivíduos compartilhariam as características de serem não tendenciosos e imparciais.

Por fim, e no que diz respeito as abordagens transcendentais de justiça, baseadas apenas no poder das instituições e na tradição contratualista, estas geralmente não são nem suficientes para explicar o processo de decisão e escolha de políticas públicas, principalmente, àquelas relacionadas ao Direito à saúde, pois não alcançam um padrão ideal de justiça, ou sobre as escolhas concretas que os indivíduos fazem no que se refere a resultados justos.

Embora Rawls tenha tratado a saúde como um bem natural, e não social, Sen apresenta suporte suficiente para o estabelecimento de uma conexão entre saúde e oportunidade de escolha, que subsidiaria a obrigação da justiça (e do Estado) em

proteger as oportunidades dos indivíduos. Decerto, o meio ambiente influencia (positiva e negativamente) a capacidade de escolha dos indivíduos, principalmente em termos de saúde. Sendo assim, embora este queira, por exemplo, consultar-se, se não houverem hospitais perto ou dinheiro para pagar as consultas/remédios, este indivíduo não teria liberdade na escolha.

Quanto a concepção de justiça como equidade de Rawls, esta garantiria a distribuição dos bens primários essenciais, inclusive a saúde, através do exercício das liberdades. O cerne da questão diz respeito das Instituições fomentarem as desigualdades sociais, o que seria por certo um determinante na saúde dos indivíduos.

As duas teorias, quando aplicadas à saúde, remetem a reflexões sobre a necessidade de se reduzir desigualdades em saúde, bem como suscitam debates sobre questões como escolha, liberdades, as bases da igualdade e o que seria necessária para que os fatores externos não mais afetem a grupos específicos, como, por exemplo, através da efetivação da equidade, aqui, aplicada à saúde.

Geralmente, pode-se concluir que as teorias de justiça como equidade de Rawls e Justiça como Escolha Social de Sen, contribuem para o debate e enfrentamento de problemas associados às políticas de acesso e utilização dos serviços e cuidados de saúde, bem como sobre a justiça na distribuição de cuidados no campo da saúde e principalmente no Sistema Único de Saúde.

3.3 O princípio da equidade como meio de equilíbrio da balança da justiça

O direito à saúde, tal qual delinea Correa-Lugo (2005) é um direito negativo e, ao mesmo tempo individual. Mas ainda que o indivíduo adoça só, o direito à saúde é também um bem coletivo, exigindo a participação da sociedade e do Estado na sua promoção.

Por tratar-se de direito coletivo, a Constituição Federal insculpiu em seu art. 196 e no âmbito do ordenamento jurídico brasileiro a saúde como um direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e, para promoção, proteção e recuperação de outros agravos o acesso universal e igualitário às ações e serviços, sendo este direito inserido pelo legislador constituinte no sistema da seguridade social.

Já na primeira parte do art. 196, pode-se perceber a institucionalização de um conceito amplo de saúde, incorporando ao contexto brasileiro a compreensão de

saúde defendida desde 1948 pela Organização Mundial da Saúde, que, como já tratado, conceitua a saúde enquanto um estado de completo bem-estar físico e social (RAMOS E DINIZ, 2016).

Fruto do movimento sanitário e como forma de promover a justiça social, em 1990 promulgou-se a Lei Orgânica de Saúde (Lei n.º 8.080/1990), que regulamentou a segunda parte do art. 196 e seguintes da Constituição Federal, de modo a instituir as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Constituiu-se desta forma, o Sistema Único de Saúde, nos moldes em que se encontra estruturado, pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, previsto no art. 7.º seus princípios norteadores⁶, dos quais destaca-se a universalidade de acesso aos serviços de saúde; a integralidade de assistência, e; a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Destaca-se que a igualdade insculpida como princípio do SUS não seria àquela definida em sentido puramente formal, também denominada igualdade perante a lei ou igualdade jurídica, mas a igualdade material, também conhecida como igualdade real ou substancial. Esta igualdade possui por finalidade igualar os indivíduos, que essencialmente são desiguais, seria uma igualdade consubstanciada

⁶ Lei nº 8.080/90. Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: **I - universalidade de acesso aos serviços de saúde** em todos os níveis de assistência; **II - integralidade de assistência**, entendida como 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; **III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral**; **IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie**; **V - direito à informação**, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; **VI - divulgação de informações** quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; **VII - utilização da epidemiologia** para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; **VIII - participação da comunidade**; **IX - descentralização político-administrativa**, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; **X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico**; **XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios** na prestação de serviços de assistência à saúde da população; **XII - capacidade de resolução dos serviços** em todos os níveis de assistência; e **XIII - organização dos serviços públicos** de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. **XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.**

no plano da equidade, sendo este o cerne da presente pesquisa.

Visto que os indivíduos diferem em sua essência, deve-se tratar os iguais, igualmente e os desiguais na medida da sua desigualdade. Ressalta-se que este aspecto substancial da igualdade material (equidade) visa corrigir desigualdades.

Essa distinção, considera equidade como equivalente à justiça, sendo referida como uma forma de igualdade. Aplicada ao financiamento em saúde, traduz-se como um princípio geral, em que a contribuição para o financiamento dos serviços deve manter relação direta com a capacidade de pagamento do usuário. Já no que diz respeito ao acesso e utilização dos serviços de saúde possui relação com as necessidades específicas dos grupos sociais.

O debate sobre a definição de equidade em saúde iniciou-se em 1986 aparecendo na Carta de Ottawa - documento resultado da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - como um dos pré-requisitos para a saúde (WHITEHEAD e DAHLGREN, 1991).

Embora várias definições possíveis de equidade possam ser apresentadas para fins práticos, Whithead (2000), simplifica-a em dois significados: primeiramente, uma chance justa para todos e um estado de saúde igual para necessidades iguais. Aqui, os serviços de saúde poderiam ser baseados em gastos iguais per capita. Desta forma, uma alocação equitativa seria alcançada se o orçamento disponível para serviços de saúde fosse dividido igualmente entre áreas geográficas com base no tamanho da população em cada área.

Na segunda definição, a equidade nos cuidados de saúde seria alcançada quando o estado de saúde fosse igual para todos que estejam em um mesmo patamar de saúde, como forma de equilíbrio da balança da justiça.

A equidade nos cuidados de saúde incorporaria noções de arranjos justos que permitissem igual acesso geográfico, econômico e cultural aos serviços disponíveis para todos com igual necessidade de cuidados. Outras dimensões da equidade nos cuidados de saúde incluiriam possibilidades iguais de cuidados informais adequados e a mesma qualidade de cuidados profissionais para todos (WHITEHEAD e DAHLGREN, 1996).

Assim, o objetivo de um serviço de saúde equitativo seria o de igualar o nível de saúde em todas as regiões e/ou grupos sociais, ou pelo menos diminuir significativamente a lacuna de saúde. Na prática, seria esta uma meta irreal por ser a atenção à saúde apenas um dos muitos fatores que contribuem para as diferenças de

saúde em um país e agir isoladamente não conseguiria trazer a melhoria necessária no estado de saúde da comunidade.

A equidade em saúde implicaria que, idealmente, todos poderiam atingir seu pleno potencial de saúde e que ninguém deveria ser prejudicado de alcançar esse potencial por sua posição social ou outra circunstância socialmente determinada. Isso se referiria a todos e não apenas aos grupos desfavorecidos. Os esforços para promover a equidade social em saúde visariam, portanto, a criação de oportunidades e a remoção de barreiras para que o potencial de saúde de todas as pessoas pudessem ser alcançado.

Envolveria a distribuição justa dos recursos necessários para a saúde, o acesso justo às oportunidades disponíveis e a justiça no apoio oferecido às pessoas quando doentes. O resultado desses esforços seria uma redução gradual de todas as diferenças sistemáticas de saúde entre os diferentes grupos socioeconômicos. A visão final seria a eliminação de tais desigualdades, nivelando-as com a saúde dos mais favorecidos.

Portanto, a equidade na atenção em saúde deve significar: a) acesso igual para necessidade igual; b) utilização igual para necessidade igual e; c) qualidade igual para todos.

Na base de dados LILACS o termo equidade na saúde encontra-se como descritor, subdividido em equidade na cobertura, na distribuição de usos e recursos com uma subdivisão de equidade financeira, no acesso e no estado de saúde, em que o termo implicaria: (a) As condições de saúde, redução de diferenças evitáveis e injustas até o mínimo possível e, quanto aos serviços de saúde (b) diz relação à necessidade e contribuição na capacidade de pagamento (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005).

A associação da possibilidade de uso de uma determinada assistência à renda do indivíduo, acabaria por reproduzir as desigualdades sociais no interior do sistema, enquanto as chances de escolha no consumo de serviços estão limitadas por estes fatores, por serem os grupos que apresentam maiores necessidades de saúde àqueles que possuem maior dificuldade de acesso e utilização aos serviços de saúde (ASSIS; DE JESUS, 2012).

Ainda, no que diz respeito a esse acesso, os indivíduos mais pobres tendem a procurar os serviços de saúde quando a doença já está instalada no corpo, quando já há os sintomas, e não por motivo de prevenção ou exames de rotina, como

as pessoas de maior poder aquisitivo.

Equidade em saúde implicaria, desta forma, que idealmente, todos os indivíduos tivessem uma oportunidade justa de atingir o seu potencial de saúde de forma que ninguém deveria estar em desvantagem para alcançá-lo, ainda que para isso necessitasse da criação de igualdade de oportunidades no âmbito do acesso à saúde (Whitehead, 1992).

Abordagens visando melhorar o acesso de grupos desfavorecidos possui íntima ligação com a diminuição dos determinantes sociais, pois ao compensar-se as diferenças de atenção de grupos populacionais menos favorecidos logo na porta de entrada do Sistema de Saúde, colocaria em foco a equidade na operacionalização dos serviços de saúde.

Torna-se difícil o cumprimento das metas estabelecidas pelo governo, inicialmente pelo fato de haver a dificuldade no acesso de alguns grupos sociais (menos favorecidos).

A igualdade de acesso aos cuidados disponíveis para igual necessidade resultaria em igual direito aos serviços disponíveis, uma distribuição justa em todo o país com base nas necessidades de saúde, facilidade de acesso em cada área geográfica e a remoção de outras barreiras de acesso (exemplo: barreiras financeiras, horário de funcionamento das clínicas que impede que trabalhadores se consultem, custo do transporte, maior quantidade de clínicas em bairros ricos, e etc).

Naqueles casos em que a utilização dos serviços é restringida por desvantagens sociais ou econômicas, justifica-se procurar taxas de utilização iguais para necessidades iguais. Já com relação ao conceito de igual qualidade de atendimento, importaria que os indivíduos tivessem a mesma oportunidade de serem selecionadas para atenção através de um procedimento justo baseado na necessidade e não na influência social.

Ainda no que diz respeito a qualidade, a implementação das reformas destinadas à renovação da atenção básica (cobertura universal; atenção centrada na pessoa; políticas públicas igualitárias; assim como melhor liderança, gestão e participação), poderiam levar a um melhor desempenho em termos de equidade se feita no sistema de saúde na totalidade, por todos os seus componentes e funções: prestação de serviços; profissionais de saúde; sistemas de informação; acesso a medicamentos, vacinas e tecnologias; financiamento para a saúde; e liderança (OMS 2011).

Por tratar-se de um princípio inerente ao Sistema Único de Saúde a equidade possui relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça como equidade e justiça como escolha social. Na primeira diz respeito às Instituições de forma que estas deveriam fornecer meios para a redução das desigualdades mesmo que significasse privilegiar grupos menos favorecidos. Quanto a segunda teoria, ao diminuir as barreiras de acesso, concedendo mais oportunidades de escolha – o que implicaria em mais liberdade e, conseqüentemente, mais justiça.

Busca-se o reconhecimento dos diferenciais de vida, saúde e necessidades das pessoas. Haveria, por exemplo, desperdício de tempo e dinheiro público se fosse ofertado a todos de igual forma (a quem necessita, a quem não precisa e a quem não deseja utilizar), a mesma quantidade de acesso e utilização dos serviços de saúde. Pela equidade em saúde se oferece mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados.

O princípio da equidade também norteia políticas de saúde, reconhecendo necessidades de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos. Neste sentido, existiriam ações e serviços de saúde distintos e direcionados para grupos populacionais desiguais socialmente, com forte traço de "discriminação positiva" objetivando superar estas desigualdades através da formulação e implementação de ações específicas (ASSIS; DE JESUS, 2012).

Embora hajam grupos que busquem acessar e utilizar os serviços de saúde, existem também aqueles que não os querem por motivos de crenças, decisões subjetivas ou momentâneas (como exemplo cita-se os ciganos e as testemunhas de jeová). A equidade em saúde identificaria desigualdades que exigem atenção, adequando-as às características posicionais de cada grupo, melhorando desta forma, o acesso e os serviços de saúde para os grupos que necessitem de fato.

A equidade não buscaria a imposição dos serviços de saúde, ao contrário os permitiria/propiciaria a quem quisesse utilizá-los, em termos razoáveis e na medida da sua necessidade. Esta seria a justiça da equidade. O respeito à liberdade de escolha, por exemplo, de se recusar a receber um certo tratamento.

Depreende-se que, as metas de equidade em saúde e em cuidados de saúde são muito diferentes. Através da equidade em saúde tem-se por objetivo final a eliminação de todas as diferenças sistemáticas no estado de saúde entre os grupos socioeconômicos. O objetivo final da equidade nos cuidados de saúde, no entanto,

seria adequar os serviços ao nível de necessidade, o que poderia muito bem resultar em grandes diferenças no acesso e uso dos serviços entre os diferentes grupos socioeconômicos, favorecendo os grupos mais desfavorecidos e com maior necessidade.

No que diz respeito a este último, existe uma diminuição gradual ou linear na saúde a depender da escala social em que o grupo se encontra, o chamado gradiente social. O impacto do gradiente social na saúde se expressaria como um déficit na saúde, a existência dessas desigualdades sociais, representaria o desafio mais sério para melhorar a saúde da população. Os avanços na expectativa de vida de um país como um todo, por exemplo, seriam travados pela magnitude da desigualdade vivida naquele país.

A equidade nos cuidados de saúde baseia-se assim, no princípio de tornar acessíveis a todos os cuidados de saúde de alta qualidade. Isto representaria promover políticas públicas em saúde que melhorem o acesso e controlem a qualidade dos cuidados.

Significaria assim a) uma chance justa para todos; b) alocação de recursos em relação às necessidades sociais e de saúde; c) distribuição geográfica dos serviços vinculados às medidas de necessidade e acesso em cada área; d) levando-se em consideração a experiência de diferentes grupos sociais em suas tentativas de acesso às instalações, usando pesquisas de consumo quando apropriado; e) qualidade do atendimento, incluindo sua aceitabilidade; e g) as razões para a baixa aceitação de serviços essenciais (WHITEHEAD e DAHLGREN, 1991).

Como observado, a equidade em saúde diz respeito não apenas ao acesso à saúde de grupos populacionais em situação de vulnerabilidade social como também acessos e utilização dos serviços adequados conforme as necessidades em saúde. Oferecendo-se mais a quem de fato necessite.

Nesse sentido, faz-se necessário identificar as necessidades de saúde, estabelecer prioridades, implementar políticas e programas de saúde, e principalmente, monitorar e pesquisar as dificuldades enfrentadas pelos grupos, as razões pelas quais estes desistem ou nem chegam a utilizar o sistema de saúde, ou só o utilize quando a patologia apresenta seus sintomas.

Trata-se de pensar políticas públicas que se adequem às condições de saúde e de vida específicas dos grupos que integram diferentes estratos da sociedade.

Para que a equidade nos cuidados de saúde se implemente, torna-se necessário analisar políticas públicas propostas pelas estruturas de governo e monitorar ainda, seus efeitos no acesso, utilização e qualidade do atendimento para grupos desfavorecidos.

As políticas públicas implementadas com vista à eficiência, poderiam ter o efeito de reduzir as desigualdades no acesso aos serviços, desde que sejam feitas adequadas avaliações das políticas de equidade, através de pesquisa, monitoração e análise dos resultados obtidos.

Essa análise é necessária, pois escolhas ligadas ao modo de financiamento dos sistemas de saúde e sobre a localização das unidades de saúde determinam de maneira crucial o impacto positivo ou negativo do setor saúde sobre os grupos sociais. Para que seja possível garantir que o setor saúde reduza as desigualdades em saúde, efetivando a equidade no Sistema, seria necessário que os serviços fossem prestados de maneira equitativa para todos os grupos da sociedade e em todas as modalidades de atenção (OMS 2011).

Whitehead e Dahlgren (1991) elencam ainda princípios pragmáticos para que as ações em políticas públicas possam reduzir as desigualdades sociais no estado de saúde. Primeiramente, ninguém sugeriria tentar fechar a lacuna de saúde reduzindo as pessoas mais saudáveis ao nível das menos saudáveis. A única maneira de diminuir a lacuna de saúde de maneira equitativa seria elevando o nível de saúde dos grupos de pessoas em pior situação ao dos grupos que estão em melhor situação. Nivelar para baixo não seria uma opção.

Em seguida, por ser as três principais abordagens para reduzir as desigualdades sociais em saúde interdependentes, devem se basear uma na outra, focando apenas nas pessoas em situação de pobreza, estreitando a divisão da saúde e reduzindo as desigualdades sociais em toda a população. O uso combinado dessas abordagens ⁷, deveria abranger toda a população, incluindo os grupos de renda média, buscando reduzir as diferenças de saúde entre os grupos de alta, média e baixa renda, por meio da equalização das oportunidades de saúde em todo o espectro socioeconômico.

A equidade em saúde seria importante, pois a existência de diferenciais em

⁷ 1) Identificação das necessidades de saúde estabelecendo-se prioridades; 2) Implementação de políticas e programas de saúde e; 3) Monitoração das Políticas Públicas e das dificuldades enfrentadas pelos grupos, as razões pelas quais estes desistem ou nem chegam a utilizar o sistema de saúde.

saúde de diferentes grupos sociais da população e entre diferentes áreas geográficas do mesmo país, impacta direta e primeiramente na taxa de mortalidade, morrendo mais cedo as crianças de grupos que estão em desvantagem. Impacta primeiro a saúde das crianças.

Sendo os grupos desfavorecidos os que, não só sofrem um fardo mais pesado de doenças do que outros, como também os que experimentam o aparecimento de doenças crônicas e incapacidades em idades mais jovens, havendo grandes diferenças na experiência da doença, as ações em saúde deveria se preocupar com o enfrentamento dos determinantes sociais e das iniquidades em saúde, não sendo suficientes, apenas as intenções políticas declaradas como também o monitoramento da possibilidade de ações prejudiciais à saúde, como, por exemplo, daqueles grupos que se recusam a utilizar os serviços de saúde.

Outra abordagem diria respeito a necessidade de seleção de ferramentas apropriadas para medir a extensão das desigualdades e o progresso em direção às metas a serem definidas nas políticas públicas. Estas também deveriam trabalhar conjuntamente para dar voz aos sem voz. No que lhe concerne, sempre que possível, as desigualdades sociais em saúde deveriam ser descritas e analisadas separadamente para homens e mulheres e também relacionadas as diferenças de saúde por origem étnica ou geografia com origem socioeconômica.

Desta forma, os sistemas de saúde devem ser construídos sobre princípios de equidade; os serviços públicos de saúde não deveriam ser movidos pelo lucro, e os pacientes nunca deveriam ser explorados com fins lucrativos; os serviços de saúde também deveriam ser prestados conforme a necessidade e não a capacidade de pagamento. Isso requereria um sistema de financiamento de cuidados de saúde que reunisse os riscos em toda a população, de modo que aqueles de alto risco fossem subsidiados por aqueles de baixo risco a qualquer momento (WHITEHEAD; DAHLGREN, 1991).

Em suma, a busca pela equidade se traduziria na oferta do mesmo alto padrão de atendimento a todos, sem discriminação quanto ao perfil social, étnico, de gênero ou idade e que os valores subjacentes e os objetivos de equidade de um sistema de saúde sejam explicitamente identificados e monitorados para ser garantido a máxima eficiência possível na consecução desses objetivos.

Ao se associar as concepções de saúde e de justiça de Rawls e Daniels e Sen, com os estudos de Whitehead e Dahlgren, a ideia de Justiça deveria garantir o

exercício das liberdades básicas, assegurando a todos, de forma equânime, o acesso e utilização dos serviços de saúde, compensando, sempre que possível, as loterias biológicas e sociais.

Garantiria assim que o exercício das liberdades assegurasse a todos, ponderadamente, a distribuição de bens primários sociais essenciais, inclusive a saúde (MELLO E PARANHOS, 2018).

Sen (2002) afirma que a equidade em saúde não se encontra dissociada da equidade e da justiça em geral, não se limitando, entretanto, a lidar apenas com as desigualdades em saúde, pois a consecução de um arranjo social justo se relacionaria mais com a busca pela redução das injustiças e disparidades do que com a tentativa de insculpir-se uma sociedade perfeitamente justa.

Por integrar a estrutura da equidade em geral, a equidade em saúde consideraria aspectos especiais relacionadas à saúde que deveriam ser integrados na avaliação geral da justiça. Por ser a enfermidade limitadora da capacidade e da liberdade do indivíduo, saúde e sobrevivência seriam essenciais para entender a qualidade de vida e para que se efetive a equidade no Sistema de Saúde.

Para Sen (2011), a equidade e a justiça são estruturas pelas quais se funda e avalia-se o êxito de uma sociedade, principalmente a partir da criação de oportunidades sociais básicas que possibilitariam o desenvolvimento humano e conseqüentemente, o desenvolvimento econômico. Desta forma, políticas públicas voltadas à criação de oportunidades sociais possibilitariam que a massa da população participe do processo de expansão econômica.

Políticas públicas voltadas para a saúde contribuiriam com o aumento da capacidade e liberdade de escolha do indivíduo, interferindo desta forma na qualidade de vida das pessoas, influenciando na redução de privações existentes.

No que diz respeito a teoria de Rawls (2003), 1) cada pessoa teriam o mesmo direito irrevogável a um esquema plenamente adequado de liberdades iguais que seriam compatíveis com o mesmo esquema de liberdades para todos; 2) as desigualdades sociais e econômicas deveriam estar vinculadas a cargos e posições acessíveis a todos em condições de igualdade equitativa de oportunidades; e, deveria beneficiar ao máximo os membros menos favorecidos da sociedade.

Pelo princípio da igual liberdade, as liberdades básicas na estrutura social seriam resguardadas, destacando-se àquelas decorrentes dos direitos de primeira geração. No que se refere ao princípio da diferença que decorreria da distribuição de

renda e do ingresso à riqueza e se findaria na organização de Instituições que utilizem como parâmetros o uso da diferença de autoridade e responsabilidade numa hierarquia de administração, esta distribuição de renda/ingresso não precisaria ser igual, mas vantajosa, garantindo o acesso a posições superiores.

Depreende-se que, para Rawls (2008) a violação das iguais liberdades fundamentais protegidas pelo primeiro princípio não poderiam ser justificadas nem compensadas por maiores vantagens econômicas e sociais. Essas liberdades teriam um âmbito principal de aplicação, dentro do qual só seria possível limitá-las ou comprometê-las quando entrarem em conflito com outras liberdades fundamentais.

No que se refere ao princípio da prioridade, o da liberdade e da justiça deveria prevalecer sobre a eficiência e o bem-estar. Assim, os princípios de justiça deveriam ser dispostos de forma que só pudesse restringir as liberdades básicas em nome da própria liberdade, sendo que uma liberdade menos extensa deveria fortalecer o sistema total de liberdades de todos; e uma liberdade desigual seria aceitável para aqueles que têm menor liberdade.

Em seguida, ainda no que se refere a prioridade do princípio da igualdade equitativa de oportunidades sobre o princípio de diferença, estes se repartem em dois casos: (a) a desigualdade de oportunidades deve aumentar as oportunidades daqueles que têm menos oportunidades; e (b) uma taxa elevada de poupança deve mitigar o ônus daqueles que carregam o fardo da desigualdade.

Decorre desse enunciado o motivo pelo qual a prioridade do princípio da igual liberdade em relação ao princípio da diferença, se dá em razão daquele conter a natureza fundamental dos direitos e liberdades básicas protegidas dos indivíduos, vedando a conduta humana de substituir tais garantias por benefícios econômicos.

Derivando da busca pela equidade de Rawls (2003), Daniels (2008) aduze que, a saúde se relaciona com a oportunidade. Se o indivíduo está enfermo ou é menos favorecido, possui menor oportunidade de melhorar de vida. Assim, a justiça em saúde, diria respeito a se admitir injustiças em saúde e às formas de se distribuírem recursos em saúde justamente - equidade.

Embora a teoria de Rawls (2003) tenha sido elaborada para as instituições políticas, sociais e econômicas, não poderia ser entendida apenas como uma concepção moral geral a ser aplicada à estrutura básica da sociedade, sendo sua teoria de justiça como equidade uma alternativa ao utilitarismo e ao intuicionismo. Para o autor, todos os valores sociais ou os bens primários sociais essenciais, devem ser

distribuídos igualmente, exceto se a distribuição desigual, de um ou de todos esses valores, fosse efetuada para o benefício de todos. Sendo assim, seria injustiça a desigualdade por que não servir ao bem de todos.

Os conceitos de equidade apresentados por Rawls, Daniels e Sen apresentam grande influência dos pressupostos de Whitehead (1991), à medida que relacionam diferentes situações de saúde com a questão da justiça, sendo a equidade um meio para diminuir ou eliminar disparidades em saúde.

A limitação do conceito de equidade seria compreendida pela dificuldade em operacionalizá-lo, visto que um princípio social se trata de um valor abstrato, reportando a aspectos éticos e morais.

Para concluir, a equidade em saúde seria melhor vista como um conceito multidimensional que incluiria aspectos relacionados à conquista da saúde e à possibilidade de alcançar a boa saúde, e não apenas à distribuição dos cuidados de saúde devendo atentar para a ausência de discriminação na prestação de cuidados de saúde.

Além disso, um bom compromisso com a equidade em saúde requereria que as considerações de saúde fossem integradas às questões mais amplas de justiça social e equidade global, prestando atenção suficiente à versatilidade de recursos e a diferença de alcance dos diferentes acordos sociais (SEN,2002).

A equidade em saúde distinguiria desta forma, a igualdade nas conquistas em saúde (ou as correspondentes possibilidades e liberdades – justiça como escolha social e justiça como equidade) e igualdade na distribuição dos recursos de saúde, sendo que as teorias de justiça devem ocupar uma posição central na equidade em geral e na equidade em saúde em particular.

Conclui-se que a equidade em saúde diz respeito a busca pela justiça no Sistema Único de Saúde. Somente se alcançaria essa justiça quando os diferenciais em saúde (principalmente os evitáveis) forem observados, avaliados e diminuídos.

A equidade observaria as variáveis biológicas, as culturais ligadas aos hábitos e costumes, a liberdade e a capacidade de escolha inclusive em função do nível de renda, acesso inadequado a serviços públicos essenciais de saúde, e outros fatores externos e internos que impactam na vida/saúde de forma de impacto nos diferentes grupos da sociedade.

Por fim, embora a doença não possa ser evitada, o fato de as pessoas doentes descerem na escala social (mobilidade social) e a de que grupos

economicamente desfavorecidos sofrerem maior carga de patologias, deve ser considerada ponto de partida na busca pela justiça no Sistema de Saúde.

4. INTER-RELAÇÃO ENTRE A DETERMINAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE E A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Por ser o indivíduo, agente passivo e causador das interferências do meio-ambiente, sofreria perturbações em seu organismo que poderia ocasionar o aparecimento de enfermidades.

O estudo do processo saúde/doença preocupa-se assim, pelo modo como o transcurso do adoecimento passou de individual para social. Partindo desse cenário, a saúde seria reconhecida como o conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciada por fatores políticos, culturais, socioeconômicos e ambientais, enfim, influenciada pelos determinantes sociais.

Desta forma, por ser o meio ambiente capaz de modificar e criar patologias interferindo assim na saúde, torna-se importante explicar as internalidades e externalidades que afetam a vida e saúde de grupos específicos.

4.1. Determinação social: um estudo sobre as externalidades e internalidades que afetam o direito à saúde

Das definições de saúde de Correa-Lugo (2005) e Daniels (2006), surgiram 3 (três) critérios de partida para a pesquisa: 1) a discussão inicial sobre a saúde e a enfermidade, os serviços de saúde e suas áreas de aplicação, bem como sobre os problemas éticos que entornariam e determinariam as políticas públicas; 2) que o esperado, em termos de saúde, deveria ter margem de possibilidade e/ou de probabilidade para ser razoavelmente esperado; e por fim, que 3) a responsabilidade pela atenção de alguns elementos, precisaria ser repartida entre as pessoas que sofrem a enfermidade e os que lhes cercam.

Observa-se pela aplicação das teorias de justiça existentes, que a saúde dos indivíduos e as Políticas Públicas que visam a promoção do bem-estar sofrem influência de fatores sociais, sejam estes fatores, fruto das Instituições ou da ausência de liberdade de escolha.

Para a WHO (2011), a maior parte da carga das doenças - assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países -, aconteceriam por conta das condições onde as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Tais condições seriam chamadas determinantes sociais da saúde.

Desta forma, os determinantes sociais de saúde (DSS) referem-se as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população e, conseqüentemente, se relacionam com a situação de saúde do indivíduo, podendo tais elementos serem definidos como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam também na ocorrência de problemas de saúde (BUSS, FILHO 2007).

Vieira-da-Silva (2009), afirma que a relação entre os determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais distais, sociais, econômicos e políticos e os mais proximais, relacionados diretamente ao modo de vida, distintos os fatores que afetam a situação de saúde de grupos e de pessoas.

Objetivando estudar os determinantes sociais, sua relação entre os fatores acima descritos e as formas de diminuir a distância de alguns grupos sociais, o Ministério da Saúde, através da CNDSS (BRASIL, 2008) adotou o modelo de Dahlgren e Whitehead que inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima - determinantes individuais; até uma camada distal - os macrodeterminantes.

O indivíduo/grupo como centro do modelo sofreria interferência dos determinantes sociais que se agravaria a depender das suas características individuais, como idade, sexo e fatores genéticos.

Por ser seu modelo distribuído por camadas, no nível externo, delineiam-se os comportamentos e os estilos de vida individuais já que os comportamentos dependem não apenas de opções realizadas pelo livre arbítrio das pessoas, mas também dos determinantes sociais. Ao passo que na camada seguinte encontra-se a influência que as redes comunitárias e de apoio tocam na vida do indivíduo, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade na totalidade.

No próximo nível estão os fatores primordiais da determinação da saúde, e se relacionam com condições de vida e de trabalho, acesso a ambientes e serviços essenciais, moradia, alimentação, entre outros, indicando que as pessoas em

desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços (CNDSS, 2008).

Por fim, no último nível, estariam situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também o racismo e determinantes supranacionais como o processo de globalização.



Imagem 1. Modelo de Determinação de Saúde de Dahlgren e Whitehead, utilizado pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidadesconteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em: 14 set. 2021.

Apesar de o indivíduo estar no centro do modelo, ao seu redor, existem características modificáveis pela política, e esses fatores de proteção, eliminam o risco ou facilitam a resistência à doença, a exemplo de vacinações, fatores psicossociais (apoio social de grupos sociais, da família, da igreja), dietas saudáveis, entre outro.

O estilo de vida do indivíduo funciona como mediador da saúde da população (como normas e redes sociais e nas condições de vida e de trabalho) e também se relaciona ao ambiente socioeconômico e cultural mais amplo. Por fim, não apenas os fatores externos, os determinantes da saúde podem ser influenciados por decisões individuais, comerciais ou políticas (DAHLGREN E WHITEHEAD, 2007).

Apesar da existência de fatores negativos, existem fatores positivos que contribuem para a manutenção da saúde, tais como a segurança econômica, moradia adequada e segurança alimentar. O controle sobre os resultados da vida e desfrutar de bons relacionamentos em casa e outras relações sociais emocionalmente

gratificantes são importantes fatores positivos de saúde (DAHLGREN E WHITEHEAD, 2007).

Dada a existência dos determinantes sociais em saúde, que afetam a vida de determinados indivíduos com mais força do que a de outro, a consecução da equidade e da igualdade na saúde visaria eliminar as disparidades ou iniquidades entre grupos de pessoas menos privilegiadas.

Apesar da existência de diferentes determinantes sociais, somente são considerados importantes para a “*World Health Organization*”, aqueles que gerem estratificação social – os chamados determinantes estruturais.

A estrutura exterioriza-se por mecanismos sociais, econômicos e políticos que definirão definido como posições socioeconômicas, de forma que populações acabariam sendo estratificadas segundo a renda, a educação, a ocupação, o gênero, a raça/etnia e outros fatores (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Essas posições socioeconômicas, acarretariam vulnerabilidades e exposições diferenciadas nas condições de saúde (determinantes distais), ecoando e determinando o lugar das pessoas dentro das hierarquias sociais.

Esses mecanismos estruturais - que alteram o posicionamento social dos indivíduos - seriam a causa mais profunda das iniquidades em saúde. Para que a abordagem dos determinantes sociais possa ser aplicada, torna-se necessário que intervenções coordenadas e coerentes entre si, sejam implementadas nos setores da sociedade que influenciam os determinantes estruturais visando diminuir sua interferência nos grupos sociais de maior vulnerabilidade (WHO, 2011).

Entre os fatores contextuais relacionados com a produção e manutenção da hierarquia social, destacam-se: 1) estruturas de governança formais e informais relacionadas com mecanismos de participação social da sociedade; 2) políticas macroeconômicas, incluindo políticas fiscais, monetárias, políticas de mercado e a estrutura do mercado laboral; 3) políticas sociais nas áreas de emprego, posse de terra e habitação; 4) políticas públicas em áreas como educação, saúde, água e saneamento, assim como a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social e 5) aspectos relacionados com a cultura e com os valores sociais legitimados pela sociedade (SOLAR; IRWIN, 2010).

Os determinantes estruturais e aqueles derivados das estruturas políticas geram posicionamentos sócio-econômicos em estruturas de poder, prestígio e acesso a recursos por parte de grupos específicos. Tais mecanismos manteriam a

estratificação social nas estruturas de governança, sistemas de educação, de trabalho, financeiros, interferindo na formulação de políticas; nas políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social.

Através do estudo sobre os determinantes estruturais, o sistema de saúde seria considerado um determinante da terceira camada, pois, através das barreiras de acesso, poderia agravar e dificultar os cuidados de saúde de grupos economicamente vulneráveis.

Como menos privilegiados, histórica e globalmente, destacam-se os indivíduos com menor capacidade econômica aquisitiva. Assim, a pobreza seria a principal causa direta e indireta da saúde precária e das iniquidades sociais em saúde. O impacto negativo da pobreza na saúde, também dar-se pelo fato de aqueles que possuem menor poder aquisitivo não disporem de alimentação adequada, acesso a saneamento básico, moradia digna.

A alimentação, cujo acesso e qualidade seriam claramente influenciados por fatores socioeconômicos, comportamentais e culturais, constitui-se num dos mais importantes determinantes sociais da saúde. Nas últimas décadas, o Brasil vem passando por um processo de transição nutricional, que consiste na substituição de um padrão alimentar baseado no consumo de cereais, feijões, raízes e tubérculos por uma alimentação mais rica em gorduras e açúcares. Este processo de transição nutricional seria marcado pelas desigualdades segundo a estratificação socioeconômica (CNDSS, 2011).

Desta forma, para que os determinantes sociais em saúde deixem de influenciar a saúde desse grupo vulnerável, é necessário aumentar o número de políticas orientadas para serviços essenciais como saúde, educação, habitação, eletricidade, água e transporte público.

Porto (2002) conceitua a disparidade em saúde como uma forma de medir o progresso para a igualdade na saúde. Assim, um compromisso com a saúde implicaria na redução das desigualdades sociais e dos efeitos prejudiciais relacionados à pobreza socioeconômica e são agravados pela desigualdade.

Para isso ocorrer, alguns indicadores podem ser utilizados para identificar o nível socioeconômico e as disparidades ou desigualdades regionais, como, por exemplo, o grau de alfabetização; análise das taxas de desemprego ou das casas que possuem redes de saneamento básico; entre outros.

Visando impulsionar a Política Nacional da Saúde da População Negra, o

Governo brasileiro criou em 2006 a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), tendo como objetivo principal promover um debate sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações, e sobre a necessidade do combate às iniquidades de saúde por eles geradas.

Por ser a saúde um bem público, o trabalho da CNDSS permitiria que se multipliquem ações integradas entre as diversas esferas da Administração Pública, e que, as já existentes ganhem maior coerência e efetividade.

Embora as atividades da CNDSS tenham como referência o conceito de saúde delineado pela OMS, ela se baseia nos seguintes pilares: 1. Compromisso com a ação ⁸. 2. Compromisso com a equidade promovendo-a para que se assegure o direito universal à saúde. 3. Compromisso com a evidência.⁹¹⁰

⁸ Implicaria apresentar recomendações concretas de políticas, programas e intervenções para o combate às iniquidades de saúde geradas pelos determinantes.

⁹ De forma que as recomendações da Comissão estejam fundamentadas em evidências científicas, que permitam, entender como operam os DSS, como e onde devem incidir as intervenções para combatê-las e quais resultados podem ser esperados em termos de efetividade e eficiência.

¹⁰ A OMS (2011, pg. 12) cita os seguintes exemplos de políticas públicas presentes em abordagens de determinantes sociais:

1. Economia e emprego – a) São populações saudáveis que estimulam economias fortes e resistentes e o crescimento econômico. Pessoas saudáveis podem poupar mais e podem se manter no mercado de trabalho por mais tempo; b) Oportunidades ligadas ao trabalho e a um emprego estável.

2. Segurança e justiça – a) As taxas de violência, assim como os números das doenças e ferimentos aumentam em populações cujo acesso a alimentos, água, habitação, oportunidades de trabalho e um sistema de justiça igualitário é deficiente. Os sistemas de justiça precisam ser capazes de lidar com as consequências do acesso deficiente a essas necessidades básicas; b) A prevalência de doenças mentais (e o consumo de drogas e álcool associado a elas) está ligado à violência, ao crime e ao encarceramento.

3. Educação e primeiros anos de vida – a) Crianças e membros da família com problemas de saúde diminuem o sucesso e o potencial educacional; b) O sucesso educacional de mulheres e homens produz cidadãos engajados e contribui diretamente com a saúde e a capacidade dos indivíduos de participar de forma plena de uma sociedade produtiva.

4. Agricultura e alimentação – a) Estimulando-se práticas agrícolas mais sustentáveis; b) Alimentos saudáveis melhoram a saúde dos indivíduos; c) A qualidade dos alimentos e a segurança alimentar ajudam a diminuir a transmissão de doenças de animais para seres humanos.

5. Infraestrutura, planejamento e transporte - 1) otimizando o tempo dos indivíduos através do planejamento de estradas e dos sistemas de transporte e habitação. 2) Melhores oportunidades de transporte - onde se incluem o uso da bicicleta e da caminhada - geram comunidades mais seguras e agradáveis, assim como reduzem a degradação ambiental e fortalecem a saúde.

6. Meio-ambiente e Sustentabilidade – 1) através de políticas que influenciem os padrões de consumo da população; 2) um quarto de todas as doenças preveníveis são causadas pelas condições ambientais nas quais as pessoas vivem. Habitação e serviços comunitários; 3) O desenho e o planejamento da infraestrutura de habitação devem levar a saúde e o bem-estar (por exemplo, a isolamento térmico, a ventilação, a existência de espaços públicos e a coleta de lixo, etc.); 4) O desenvolvimento da comunidade pode ampliar a coesão social e gerar apoio a projetos de desenvolvimento.

7. Terra e cultura - Um acesso facilitado à terra pode melhorar as condições de saúde e o nível de bem-estar de Comunidades tradicionais, visto que a saúde e o bem-estar estão ligadas à sensação de pertencimento à terra e ao país.

Baseando-se nessas vigas, a Comissão teria como principais objetivos: 1. produzir conhecimentos e informações sobre os DSS no Brasil; 2. apoiar o desenvolvimento de políticas e programas para a promoção da equidade em saúde¹¹; e 3. promover atividades de mobilização da sociedade civil para tomada de consciência e atuação sobre os determinantes e; 4) Criação do Portal institucional sobre DSS^{12 13} (BUSS; FILHO, 2007).

Países que conseguiram implementar ações sobre os determinantes sociais e reduziram as iniquidades em saúde mostram que intervenções devem ser realizadas sobre cinco dimensões principais, que são elas: governanças, participação popular, programas de saúde pública, ações globais e monitoração de Políticas Públicas de equidade.

Inicialmente, na dimensão da Governança, as ações necessárias se dariam através da interferência sobre os determinantes sociais da saúde. Em seguida, através da participação dos indivíduos nos grupos comunitários ao tempo em que se é promovida ação sobre os determinantes sociais.

A redução das iniquidades em saúde seria possível por meio da implementação de programas de saúde pública pelo Setor da Saúde. Na dimensão global, as ações sobre os determinantes sociais, deveriam ser alinhadas com prioridades e grupos de interesse; e por última e principal; deve monitorar-se o progresso, medição e análise das políticas sobre determinantes sociais objetivando-se melhorar aquelas que estão dando certo ou deixar de utilizar aquelas que não alcançaram seus objetivos (WHO, 2011).

No nível da Governança, a WHO (2011) afirma que para o enfrentamento das causas mais profundas das iniquidades em saúde torna-se necessário construir uma governança adequada à implementação de ações sobre os determinantes sociais. A implantação de respostas políticas que reduzam as diferenças em saúde demanda uma governança que delimite as responsabilidades individuais e conjuntas dos diferentes atores e setores.

No segundo nível, a promoção da participação criaria condições para a

¹¹ No âmbito desta linha de atuação, a CNDSS, o Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e o CNPq lançou em 2007, um edital de pesquisa que buscava apoiar projetos de pesquisa sobre DSS (BUSS E FILHO, 2007).

¹² Endereço do Portal Institucional da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais: <<https://dssbr.ensp.fiocruz.br/>>.

¹³ Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) - Linhas de Atuação. Disponível em: <https://www.who.int/social_determinants/resources/ppt_areas_bz.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2022.

participação dos indivíduos nos mecanismos que interferem na sociedade. Entre as ações que devem ser promovidas estão: a institucionalização de mecanismos formais, transparentes e públicos; a oferta de recursos destinados à participação considerando o impacto de políticas e práticas anteriores sobre a capacidade de participar das comunidades; desenvolvendo capacidades e assegurando a representatividade.

Tais medidas possuiriam o condão de aumentar o empoderamento das comunidades, tornando a representação pública mais equitativa.

Ao tratar sobre o papel do próprio setor saúde na diminuição dos determinantes sociais e conseqüentemente das iniquidades em saúde, este deveria desempenhar seu papel na boa governança, observando as seguintes funções: A defesa da utilização de uma abordagem ligada aos determinantes sociais, pois ela beneficiaria a sociedade na totalidade e a diferentes setores; a monitoração das iniquidades em saúde buscando acompanhar o impacto de políticas de ação sobre os determinantes sociais; e o combate os fatores que fazem com que o desempenho em saúde seja diferenciado para determinados grupos.

No que diz respeito às ações globais sobre os determinantes sociais, elas dizem respeito ao alinhamento das prioridades e grupos de interesse, sendo este, desenvolvido principalmente entre organizações internacionais, agências não governamentais e parceiros bilaterais e os governos nacionais.

No nível do progresso, a WHO (2011), aduz como primordial, a medição e análise para informar as políticas sobre determinantes sociais, identificando fontes, selecionando indicadores, coletando dados e estabelecendo metas. A implementação eficiente de ações efetivas sobre os determinantes sociais, demanda monitoramento e mensurações que forneçam informações que possam ser utilizadas na formulação de novas políticas, avaliações da implementação e na construção da responsabilidade.

As iniquidades em saúde, os determinantes sociais e o impacto de políticas precisam ser monitorados, cruzando-se os dados obtidos entre diferentes setores às condições de saúde. Naqueles casos em que haja ausência de dados sistematizados ou baixa disponibilidade, deve-se realizar pesquisas de opinião em que sejam ouvidas as comunidades/organizações da sociedade civil, para que as políticas públicas reflitam as necessidades da população (WHO, 2011).

Embora a existência de dados não se traduza na efetiva implementação de ações, as informações precisam ser trabalhadas para que públicos diferentes possam

utilizá-las.

A lógica por detrás da implementação de ações sobre os determinantes sociais baseia-se nas seguintes premissas: 1. reduzir as diferenças em saúde é um imperativo moral; 2. Necessidade de melhorar-se as condições de saúde e o bem-estar, promover o desenvolvimento e alcançar objetivos gerais no campo da saúde; e 3. é necessário promover ações em uma série de prioridades sociais - que estão para além do campo da saúde e que dependem de melhores níveis de igualdade em saúde (WHO, 2011).

Ao tratar do impacto do setor saúde na governança dos determinantes sociais existem quatro funções inter-relacionadas através das quais este poderá contribuir para a: 1. Conscientização da população, dos governantes; e de seus próprios funcionários sobre a importância de entender-se os determinantes sociais; 2. Monitoração das iniquidades em saúde e do impacto de políticas sobre os determinantes sociais; 3. União dos diversos setores, objetivando planejar e implementar intervenções sobre os determinantes sociais; 4. Desenvolvendo assim, capacidades para o trabalho com os determinantes sociais (WHO, 2011).

Para realizar essas quatro funções de forma efetiva, o setor da saúde deverá: 1. compreender as agendas políticas e os imperativos administrativos de outros setores; 2. desenvolver conhecimento e uma base de evidências para opções e estratégias políticas; 3. avaliar comparativamente as consequências sobre a saúde de diferentes opções no processo de desenvolvimento de políticas; e 4. trabalhar com outros braços do governo no sentido de concretizar os seus objetivos e, assim fazendo, avançar a questão da saúde e do bem-estar.

Embora os serviços de saúde possuam a capacidade de diminuir a exposição aos fatores de risco para a saúde de indivíduos e grupos, a dificuldade no acesso e na utilização desses serviços, influenciam negativamente e oportunistam o surgimento de doenças e mazelas, evidenciando assim, iniquidades e vulnerabilidades (LIMA, RESPLANDES ROCHA E CARDOZO, 2021).

Observa-se que, não apenas o acesso e a utilização dos serviços de saúde influenciam na determinação social da doença, as condições sociais em que as pessoas vivem também influenciam poderosamente nas suas chances de serem saudáveis. Fatores como pobreza, exclusão social, alimentação precária, ausência de saneamento básico são determinantes para a maioria das doenças, mortes e desigualdades de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011) afirma que o primordial para se diminuir o impacto dos determinantes sociais em saúde, seria, a longo prazo, monitoração, Análise e implementação contínua de políticas públicas. Em seguida, deve-se conscientizar o público sobre a existência dos DSS. Terceiro, uma distribuição equitativa do bem-estar e da saúde precisa se transformar em uma meta prioritária para o governo e para a sociedade. Quarto, é essencial que ações sobre os DSS sejam coordenadas entre si e coerentes no plano da governança.

Desta forma, ao invés dos setores trabalharem isoladamente, o trabalho conjunto fortaleceria a sociedade e diminuiria o impacto negativo de políticas públicas individuais.

Ao associar-se a atuação do Setor Público na diminuição do impacto dos determinantes sociais em saúde com as teorias de Justiça de Sen (2000) e Rawls (1999), compreende-se a importância de eliminar-se todas as privações de liberdade que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas para exercer sua condição de cidadão.

A determinação social associada às precárias condições de vida e saúde que atingem a grupos sociais diversificadamente privam a liberdade e limitam a capacidade deste grupo em optar entre diferentes alternativas existentes, em termos de saúde, moradia, alimentação (entre outros), de ter voz frente às instituições do Estado e da sociedade e de ter maior participação na vida social.

Desta forma, a busca pela efetivação da equidade, visaria assegurar o direito universal à saúde, fundamental para a consecução da Justiça como Equidade e da Justiça como uma forma de escolha social na saúde.

A saúde é a base da vida dos indivíduos, desta forma, o estudo sobre os determinantes sociais acabaria por identificar, estudar e melhorar a distribuição da saúde – através da equidade – tendo como indicador a igualdade, o grau de justiça social e o funcionamento da sociedade.

Ao analisar-se a saúde, torna-se importante o estudo das iniquidades em saúde que funcionam como um indicador de coerência interna das políticas de uma sociedade, em especial, àquelas relacionadas à saúde.

Depreende-se que a busca pela diminuição dos determinantes sociais em saúde, não diz respeito apenas a busca por justiça. A boa saúde contribui não apenas para o bem-estar como também para a coesão social e para o desenvolvimento econômico. Assim, a saúde e os seus determinantes se beneficiam mutuamente.

3.2. A repercussão dos determinantes sociais na saúde da etnia negra e sua presença em saúde no Maranhão

Os determinantes sociais impactam a saúde da população negra em razão do contexto histórico desvalorizado em que este se inseriu, vejamos:

Desde a sua chegada ao Brasil no século XVI, a história da população negra foi marcada por desigualdades, principalmente por ter sua introdução no país sido realizada através do tráfico de negros para trabalharem forçadamente nos engenhos e lavouras de cana-de-açúcar no período colonial. Apesar das péssimas condições de vida e trabalho houve episódios de resistência e luta que foram a base para a formação de quilombos.

Os quilombos foram uma forma importante de organização social da população negra e espaço de fortalecimentos da comunidade, da cultura e da democracia, em que a população se resguardava, em simultâneo, em que construíam sua própria história.

Mesmo com constantes revoltas, por mais de três séculos a população negra no Brasil viveu sob o regime de escravidão tendo a abolição oficial da escravatura advindo somente em 1888, durante o Brasil Império. Apesar da abolição e do posterior reconhecimento das graves violações decorrentes da escravização, a população negra continuou excluída socialmente do acesso a vários bens (BRASIL, 2016).

Mbembe (2018, b), afirma que a escravização pode ser considerada uma das primeiras manifestações da experimentação biopolítica. Por ela, a própria estrutura do sistema e suas consequências manifestaria uma figura paradoxal do estado de exceção. Paradoxal por duas razões. Em primeiro lugar, a humanidade do escravo desapareceria, sendo reduzida a uma tripla perda: perda de um lar, direitos sobre seu corpo e de estatuto político. Essa tripla perda equivaleria a uma dominação absoluta, uma alienação de nascença e uma morte social (sendo expulsão fora da humanidade).

Em segundo lugar, enquanto estrutura político-jurídica, a plantação seria o espaço onde o escravo pertence ao senhor. Neste local, não poderia haver nenhuma reciprocidade, fora das possibilidades de rebelião e suicídio, evasão e queixa silenciosa. Os escravos, com o passar do tempo, acabariam sem voz.

A escravização da população negra apreendeu, demarcou e afirmou o controle físico e geográfico, sobre relações sociais e espaciais.

Essa subordinação, criou fronteiras e hierarquias, zonas e enclaves; culminou na classificação das pessoas de acordo com diferentes categorias; na extração de recursos; e, finalmente, na produção de uma ampla reserva de imaginários culturais. Esses imaginários deram sentido à instituição de direitos diferentes, para diferentes categorias de pessoas, para fins diferentes no interior de um mesmo espaço – demarcação da soberania (DE ALMEIDA, 2019).

A escravização criou espaço em que a soberania e a violência se sustentavam. Soberania significaria ocupação, e ocupação significa relegar o colonizado em uma terceira zona, entre o status de sujeito e objeto.

O negro, objeto pertencente ao senhor branco, acabou por aceitando seu lugar como um subalterno. Por este motivo, questões de igualdade não podem ser discutidas a partir da premissa de que processos de exclusão social afetam apenas indivíduos. A identidade pessoal precisa ser compreendida na experiência dos membros do grupo racial. Estereótipos raciais afetam todos os membros de minorias raciais, criando disparidades de status cultural e de status material entre esses cidadãos (MOREIRA, 2018).

Desde o século XVI até o momento, imperou no Brasil, uma fragilidade no modelo de democracia racial, até que as questões e demandas de classe e raça ganharam projeção na arena política brasileira, por meio da fundação da Frente Negra brasileira, em 1931, sendo fortalecidas, posteriormente, pelo Movimento Social Negro, que atuava organizadamente desde a década de 1970 (BRASIL, 2007).

Neste mesmo espaço de tempo, no resto do mundo, movimentos negros contra as regras de segregação racial eclodiam. Consubstanciando com esse progresso, no Brasil através do Movimento pela Reforma Sanitária, consolidou-se o art. 194, da Constituição Federal, em que a saúde passou a fazer parte como direito universal, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia e orientação sexual, e deveria ser promovida pelo Sistema Único de Saúde.

Salienta-se o quesito raça e cor no artigo citado, pois, o racismo e o sexismo seriam considerados marcas segregadoras diferenciadas, que implicam restrições específicas dos direitos da população negra, consubstanciando desta forma em um duplo preconceito.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) expõe que as primeiras inserções

do tema Saúde da População Negra nas ações governamentais, no âmbito estadual e municipal, ocorreram na década de 1980 sendo formuladas por ativistas do Movimento Social Negro e pesquisadores. Ocorre que, somente em 1990, o governo federal passou a se ocupar do tema, em atenção às reivindicações da Marcha Zumbi dos Palmares (20/08/95).

O mesmo estudo deixa claro que já em 1996, os movimentos negros se preocupavam com a inclusão do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos com vistas à elaboração de políticas públicas e planos de combate aos determinantes em saúde relacionadas a cor/raça; com a introdução do recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos; e com a implantação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme (BRASIL, 2007).

Nos anos 2000 em diante, o governo brasileiro e organismos internacionais começaram a se preocupar com compromissos mais efetivos dos setores da sociedade, com a equidade étnico-racial e de gênero na política de saúde do país.

Tal preocupação, dá-se pelo fato que, segundo o IBGE (2019) cerca de 55,8% (cinquenta e cinco vírgula oito por cento) da população brasileira autodeclarar-se preta ou parda ao passo que a declarada branca seria de 43,1%.

Além que representar a grande maioria da população brasileira, negativamente nos afrodescendentes, encontram-se os maiores indicadores de ruralidade, pobreza, desemprego, analfabetismo e migração, associados com menor acesso aos serviços de saúde e saneamento ambiental. Incríveis 30% da população da região das Américas é composta por mulheres, homens e crianças afrodescendentes, o que se traduziria em mais ou menos 200 milhões de pessoas que vivem em condições desfavoráveis que impactam todas as esferas de suas vidas.

A pobreza e os séculos de escravização da população negra influenciaram negativamente na sua inserção na sociedade brasileira, contribuindo para um desigual e desfavorável acesso a direitos e oportunidades.

Somando-se a isso, a falta de políticas públicas no período pós-abolição que a incluísse nos processos produtivos e sociais, contribuiu para a sua marginalização. Estas características refletiram no quadro epidemiológico, evidenciando iniquidades e vulnerabilidades no acesso às condições promotoras de saúde.

Como será demonstrado, o Ministério da Saúde juntamente com IBGE

revelou dados que confirmaram o impacto dos determinantes sociais na saúde da etnia negra. Por exemplo, no que diz respeito a distribuição dos rendimentos por décimos de população segundo a raça/cor, esta manifestou-se desigual.

Através de estudo observou-se que em uma faixa dos 10% mais pobres na população brasileira, 14,1% é composto por negros e 5,3% por brancos. Ainda no que diz respeito a distribuição dos rendimentos, nos extremos da distribuição predominava-se a participação dos brancos com maiores rendimentos (mais ricos) e de pretos ou pardos entre os mais pobres.

Ressalta-se que o próprio Ministério destacou que embora tenha havido uma ligeira melhora na distribuição do rendimento familiar per capita nos últimos anos (por conta de programas assistenciais), o quadro de desigualdade pouco foi alterado: seriam 81,6% de brancos no 1% mais rico da população, contra apenas 16,2% de pretos ou pardos (BRASIL, 2016).

No que diz respeito a educação, entre 2016 e 2018, na população preta ou parda, a taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade passou de 9,8% para 9,1%, e a proporção de pessoas de 25 anos ou mais de idade com pelo menos o ensino médio completo se ampliou de 37,3% para 40,3%.

Ambos os indicadores acima descritos, porém, permaneceram abaixo dos observados na população branca, cuja taxa de analfabetismo era 3,9%, e a proporção de pessoas com pelo menos o ensino médio completo era 55,8%. O pior cenário em relação ao analfabetismo refere-se às pessoas pretas ou pardas residentes em domicílios rurais (BRASIL, 2019).

Uma mudança no ramo da educação ocorreu, entretanto, no campo do ensino superior, apesar de ficar abaixo dos indicadores da população branca (78,8%) na mesma faixa etária, entre 2016 e 2018, a proporção de estudantes de 18 a 24 anos cursando ensino superior, passou de 50,5% para 55,6%.

Destaca-se que: 1. o nível de educação de uma população guarda relação direta com seu estado de saúde, e 2. Existe uma correlação significativa entre a educação dos pais e a saúde de seus filhos, no sentido que poucos são os filhos que conseguem ultrapassar o grau de instrução dos pais.

No que diz respeito ao mercado de trabalho, o IBGE (2019) destaca que as pessoas de cor ou raça preta ou parda constituem, também, a maior parte da força de trabalho no País, correspondendo em 2018, a 57,7 milhões de pessoas, ou seja, 25,2% a mais do que a população de cor ou raça branca na força de trabalho.

Entretanto, em relação à população desocupada e à população subutilizada (subocupados e força de trabalho potencial), as pessoas pretas ou pardas formam cerca de $\frac{2}{3}$ dos desocupados (64,2%) e dos subutilizados (66,1%) na força de trabalho em 2018. No Estado do Maranhão, quase 80% da população negra ocupada estava em trabalhos informais.

No tocante ao rendimento, em 2018, o rendimento médio mensal das pessoas ocupadas brancas foi 73,9% superior ao das pretas ou pardas. Ressalta-se que, tanto na ocupação formal, como na informal, as pessoas pretas ou pardas receberam menos do que as de cor ou raça branca (IBGE, 2019).

Quando se observa a diferença de rendimento da população negra, utilizando-se também o quesito sexo, o diferencial é maior. Enquanto as mulheres receberam 78,7% do valor dos rendimentos dos homens, em 2018, as pessoas de cor ou raça preta ou parda receberam apenas 57,5% dos rendimentos daquelas de cor ou raça branca. O diferencial por cor ou raça é explicado por fatores como segregação ocupacional, menores oportunidades educacionais e recebimento de remunerações inferiores em ocupações semelhantes (IBGE, 2019).

As razões de rendimentos entre categorias de cor ou raça e de sexo indicam que o diferencial por cor ou raça é maior.

Segundo o IBGE (2019), outra flagrante discriminação diz respeito a diferença salarial entre mulheres brancas, que possuem rendimentos 74,1%, superior ao homem negro e 58,6% a mulheres pretas ou pardas. Os homens pretos ou pardos, por sua vez, possuem rendimentos 79,1%, a maior aos das mulheres dessa mesma cor ou raça.

No que tange a cobertura de serviços essenciais básicos (coleta de lixo, saneamento básico, rede de abastecimento de água), indicadores relacionados apontam uma significativa desigualdade, segundo a cor ou raça.

Em 2018, verificou-se maior proporção da população preta ou parda residindo em domicílios sem coleta de lixo (12,5%, contra 6,0% da população branca), sem abastecimento de água por rede geral (17,9%, contra 11,5% da população branca), e sem esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial (42,8%, contra 26,5% da população branca), implicando condição de vulnerabilidade e maior exposição a vetores de doenças (IBGE, 2019).

As condições inadequadas de saneamento básico estão entre as causas subjacentes e evitáveis de mortalidade infantil.

Em relação à análise dos fatores de risco que atingem a população o mesmo estudo indica que na população negra haveria maior probabilidade de prevalência destes.

Entre os fatores de risco destacam-se o tabagismo, consumo alimentar deficitário em decorrência de salários baixos, maior risco de hipertensão arterial - sendo 27% maior em pretos e 6% maior em pardos quando comparados aos brancos; bebida alcoólica (23% menor em pretos e 15% menor em pardos quando comparados aos brancos); maior propensão a violência (em um universo de 20,7%, 18% em pretos e 9% em pardos em relação aos brancos) entre outros (BRASIL, 2016).

Como atenuante aos fatores de risco, os fatores de proteção seria o consumo recomendado de frutas e hortaliças, o consumo regular de feijão, a prática de atividade física recomendada no tempo livre (que diminuiria o risco de infarto ou hipertensão), a realização de exames de detecção precoce de câncer e a averiguação constante da pressão arterial em mulheres, principalmente as grávidas, o que evitaria a descoberta de câncer tardiamente e fatalidades decorrentes de eclâmpsia na gravidez, entre outros.

Acerca da violência familiar (em um universo de 10,6%, 21% de pretos e 6% de pardos declararam já ter passado por alguma situação de violência) quando comparados aos brancos. A população negra também apresenta a maior taxa de mortalidade infantil, homicídios, maior taxa de mortalidade para algumas doenças.

Além de trazer sofrimento físico e psicológico, altas taxas de homicídios e violência não letal impactam economicamente a estrutura da sociedade.

Como resultado ao crescente número de violência, o governo necessita ampliar os gastos com investimento em saúde o que conseqüentemente implica em perda de produtividade econômica, em especial quando essas taxas atingem com mais intensidade a população jovem, e resulta também na falta de confiança nas instituições que precisam requerer um extenso sistema de justiça criminal.

Relativamente a prevalência de algumas doenças na população negra, o predomínio de hipertensão arterial para brancos foi de 22,1% (IC95%: 21,3-23,0), para pretos 24,2% (IC95%: 22,2- 26,3) e pardos 20,0% (IC95%: 19,2-20,8).

No que tange a ocorrência de diabetes mellitus autorreferida para a população brasileira foi de 6,2% (Intervalo de Confiança 95%: 5,9-6,6). A prevalência de diabetes mellitus para brancos foi de 6,7% (IC95%: 6,1-7,2) ao passo que para pretos foi de 7,2% (IC95%: 5,8-8,5) e pardos de 5,5% (IC95%: 5,1-5,9). Acerca da

HIV, sífilis, hepatite A e D, tuberculose, parto em adolescentes, eclâmpsia, violência doméstica e violência sexual, prevaleceu maioritariamente o índice epidêmico na população negra (BRASIL, 2016).

O governo Nacional, através do Ministério da Saúde, priorizou a redução dos agravos a incidir sobre a população negra, segundo as taxas de morbidade e mortalidade, pois os determinantes sociais que impactam a saúde da população negra, influencia na esperança de vida ao nascer e na probabilidade de morte dos indivíduos ao alcançar idade específica.

Ressalta-se que essas desigualdades aumentaram exponencialmente entre 2020-2022 com a pandemia da Covid-19. Após o Governo brasileiro reconhecer a Emergência de Saúde Pública de Nível Nacional, muitos Estados decretaram “*LockDown*” em especial o setor comercial.

Neste período, a maioria da população começou a trabalhar em formato de “*home office*”. Ocorre que, como foi demonstrado, na população negra concentra-se as maiores taxas de trabalhadores ao nível informal. Enquanto houve proibição de aglomeração em locais fechados, as feiras ao ar livre e o comércio informal continuou funcionando normalmente, evidenciando uma necropolítica, um deixar morrer ¹⁴.

Não apenas no que diz respeito ao trabalho, mas também a ambientes domiciliares lotados, instalações de cuidados para idosos, ocupações de serviços com salários mais baixos e comorbidades subjacentes ampliam a suscetibilidade de indivíduos negros à infecção por SARS-CoV-2, aumentando a probabilidade pré-teste de morte por COVID-19 grave, a população negra foi a mais afetada com a pandemia, o que evidenciou as iniquidades em saúde. Observa-se que, em pleno século XXI, o quesito raça reflete disparidades de saúde e fatores de risco (ADEGUNSOYE; VENTURA; LIARSKI, 2020).

Somado a este fato, a Abrasco (2021) salientou que, diferentemente de outros países, o Brasil não acatou estratégias emergenciais para mitigar a transmissão do vírus, e as consequências dessa negligência foram a superlotação de hospitais públicos, a falta de insumos hospitalares, incluindo respiradores e oxigênio, levando o

¹⁴ Um dos primeiros registros de caso de óbito confirmado do novo coronavírus no Brasil, foi notificado em março de 2020 e era uma mulher negra de 57 anos, doméstica. Mais de um ano depois, essa morte personifica milhares de outras de brasileiros (as) impedidos (as) de evitar situações de exposição ao vírus, seja usufruindo do trabalho *home office* ou de recursos suficientes para se manter no distanciamento social decretado por estados e municípios. Sem auxílio emergencial decente, essas pessoas ficaram, e ainda estão, mais expostas à contaminação (ABRASCO, 2021).

Brasil ao segundo lugar de total de mortes no mundo: mais de 520 mil vidas perdidas.

Os determinantes sociais atingindo em especial a população negra faz com que esta seja mais suscetível às doenças crônicas não transmissíveis e, conseqüentemente, a Covid-19. No período da pandemia, pessoas com DCNT como hipertensão, diabetes e seus fatores de risco, como tabagismo e menor consumo de frutas e hortaliças, não conseguiram procurar atendimento médico por conta do isolamento social.

O mesmo se aplica aos portadores de doença falciforme (doença genética com mais casos entre a população negra), apesar de ter sido incluída no Plano Nacional de Imunização, como não está contextualizada sobre a ótica racial, não houve um acompanhamento governamental sobre as conseqüências da pandemia em quem sofre essa patologia ¹⁵.

Por fim, no que diz respeito aos dados epidemiológicos pré e pós pandemia estes evidenciaram iniquidades históricas e, com as ações e omissões para o enfrentamento à Covid-19, apontando a piora das condições de saúde, condições econômicas e de bem-estar das populações negras. O racismo continua desafiando o Governo a desenvolver estudos, formações, políticas, programas e ações que promovam a equidade.

Por situar-se em maior proporção, abaixo das linhas de pobreza, e residir em domicílios com piores condições de moradia e com menos acesso a bens e serviços que a população branca, na população preta ou parda concentra-se os maiores índices de impacto de determinantes na saúde, conforme se demonstrou com os dados do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Com exceção dos indicadores educacionais, as desigualdades entre esses dois grupos populacionais permanecem consideráveis e se agravam no decorrer dos

¹⁵ A doença falciforme é patologia hereditária que acomete 1 em cada 1200 cidadãos brasileiros, acometendo em especial a população negra. Os indivíduos com doença falciforme desenvolvem na 1ª infância asplenia funcional, nesta condição o baço não funciona como expositor de antígenos e o indivíduo se torna imunossuprimido, ou seja, dentro do grupo de maior risco de desenvolver as formas graves da doença. Uma das principais causas de morbimortalidade nesses indivíduos é a síndrome torácica aguda (STA) e por esse motivo, existe uma preocupação significativa de que a sobreposição de doença pulmonar do COVID-19, pois a sobreposição das duas resulta em complicações significativas e na ampliação da utilização da assistência médica. Além disso, indivíduos com doença falciforme têm alta utilização de serviços de emergência por febre, sinais e sintomas de pneumonia ou STA em evolução. Assim, pode haver desafios específicos de diagnóstico, tratamento e logística para atender às necessidades de saúde dessa população em meio à pandemia de COVID-19, relegando ela a necropolíticas (ABHH, 2020).

anos.

Como já discorrido, saúde/doença relaciona-se a uma série de fatores socioeconômicos e culturais que afetam a integridade física e psicológica, individual e coletiva. As condições históricas de inserção social, somadas às condições de moradia, renda, localização geográfica e autoconceito positivo ou negativo são elementos que determinam o acesso a bens e serviços também de saúde.

A discriminação racial, associada a população negra destacou estereótipos negativos que reforçariam a marginalização social, econômica, política e cultural, sendo o racismo um forte elemento – advindo desde o Brasil Colonial – que estratificou e reproduziu determinantes estruturais que a relega a subalternidade, ao criar e/ou potencializar as vulnerabilidades, impondo barreiras de acesso a direitos ou negligenciando necessidades.

As Políticas desenvolvidas pelo Poder Público visando o reconhecimento, a justiça e desenvolvimento para o grupo deverá remover os obstáculos que impeçam a equidade no exercício dos direitos políticos; adotar medidas que garantam a plena, efetiva e igualitária participação na vida pública e na esfera política objetivando que esta população possa opinar sobre as políticas e serviços a serem desenvolvidos e; a criação das condições necessárias para a participação nos processos decisórios em todas as esferas da vida.

Além destes fatores externos e internos, um grave determinante estratifica e relega a população ao ostracismo nas Políticas Públicas. O racismo no Brasil, se reafirma no dia-a-dia, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura, influenciando a vida, o funcionamento das instituições, das organizações e também as relações entre as pessoas; trazendo consigo o preconceito e a discriminação, que afetam a população negra.

O racismo é um fenômeno enraizado nas estruturas da sociedade. Sua consequência reproduz tratamento negativamente diferenciado aos grupos raciais, influenciando os acessos e as oportunidades. Desta forma, o racismo cria e/ou potencializa as vulnerabilidades, impondo barreiras de acesso a direitos ou negligenciando necessidades.

De Almeida (2019) define o racismo como uma forma sistemática de discriminação que teria a raça como fundamento, e se manifestaria por práticas conscientes ou inconscientes culminando em desvantagens, ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertencem.

Por oportuno, torna-se importante diferenciar o racismo, do preconceito racial e da discriminação racial. O preconceito racial é o juízo baseado em estereótipos acerca de indivíduos que pertençam a um determinado grupo racializado, e que pode ou não resultar em práticas discriminatórias, como exemplo cita-se o fato de considerar-se os negros violentos e os judeus avarentos.

A discriminação racial, seria a atribuição de tratamento diferenciado a membros de grupos racialmente identificados, e possui como fator diferencial o poder/força, sem o qual não é possível atribuir vantagens ou desvantagens por conta da raça.

Ela pode ser direta ou indireta, sendo a primeira, o repúdio ostensivo a indivíduos ou grupos, motivado pela condição racial, exemplo do que ocorre em países que proíbem a entrada de negros, ao passo que a segunda seria um processo em que a situação específica de grupos minoritários é ignorada, ou sobre a qual são impostas regras de neutralidade racial sem que se considere a existência de diferenças sociais significativas (DE ALMEIDA, 2019) ¹⁶.

A consequência de práticas de discriminação direta e indireta temporalmente leva à estratificação social, e afetaria, conseqüentemente, chances de ascensão social, de reconhecimento, de sustento material. Vida, poder de escolha e liberdade seriam afetadas.

O racismo é um termo que possui diversos significados, podendo ser definido e dividido pelas seguintes categorias: racismo interpessoal ^{17 18}, institucional

¹⁶ Por oportuno, trazemos à lume a definição do considerado **racismo internalizado**, definido como a aceitação pelos membros das raças estigmatizadas de mensagens negativas sobre suas próprias habilidades e valor intrínseco. Caracteriza-se por não acreditarem em outros que parecem consigo e/ou não acreditarem em si. Envolve aceitar limitações à própria humanidade, incluindo o espectro de sonhos, o direito à autodeterminação e o alcance de autoexpressão permitido. Manifesta-se como a aceitação da brancura (alisadores de cabelo e cremes descolorantes e pela estratificação do tom de pele nas comunidades de cor), autodesvalorização (injúrias raciais como apelidos, rejeição da cultura ancestral) e resignação, desamparo e desesperança (abandono escolar, não-participação eleitoral e práticas de saúde arriscadas) (JONES, 2002).

¹⁷ Diz respeito a comportamentos discriminatórios, tratamento hostil, desrespeitoso e/ou excludente direcionado às pessoas negras, motivado pela crença em sua inferioridade devido a sua raça/cor. É definido como preconceito e discriminação onde, o preconceito é o pressuposto diferencial sobre as habilidades, motivações e intenções de outros, motivado por raça; e discriminação são ações diferenciais em relação a outros motivados por raça, intencionais ou não, incluindo também atos de omissão (JONES, 2002).

¹⁸ O racismo Institucional nas relações interpessoais pode se manifestar através de: negligência no atendimento profissional; um não olhar, não tocar, não fornecer orientações; pela oferta de um número de consultas; por não seguir o protocolo de atendimento (não preencher o quesito raça/cor); por não modificar a medicação quando não atinge os resultados esperados; pela utilização de expressões depreciativas (ou pretensamente carinhosas) em relação ao usuário negro; por dificuldades em aceitar ser liderado por profissionais negros, entre outros (UNASUS, 2014).

¹⁹ e estrutural, importando para o presente estudo, os dois últimos.



Imagem 2. Como o racismo se estrutura? Fonte: JONES, 2002.

O racismo institucional seria o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas por sua cor, cultura, origem racial ou étnica.

Este tipo de racismo se manifestaria por normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, resultantes do preconceito racial, combinado com falta de atenção e ignorância. Ele acabaria por colocar pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (CRI, 2006).

Essa situação de desvantagem também estaria presente no acesso aos benefícios gerados pela ação das instituições e organizações. Na saúde, as desigualdades se refletiriam nos dados epidemiológicos que evidenciam a diminuição da qualidade e da expectativa de vida da população negra, tanto pelas altas taxas de morte materna e neonatal, como pela violência vivenciada de forma mais intensa experimentada por homens jovens negros (SESGO, 2020).

Mbembe (2018), explica que, como as instituições seriam reflexo da estrutura social que tem o racismo como um de seus componentes orgânicos, ela somente seria racista se a sociedade também o fosse. Desta forma, as Instituições somente privilegiariam determinados grupos raciais, se o racismo fizesse parte da

¹⁹ Pode ser entendido também como o resultado do funcionamento das instituições, que passam a atuar em uma dinâmica que confere, ainda que indiretamente, desvantagens e privilégios com base na raça (DE ALMEIDA, 2019).

ordem social.

Consequentemente, por ser o racismo decorrente da própria estrutura social, ou seja, do modo com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, (não sendo considerado pela maioria como um desarranjo institucional), seria também estrutural (DE ALMEIDA, 2019).

Essa estruturação seria fruto de um processo histórico e político, que criou as condições sociais para que, grupos racialmente identificados sejam discriminados de forma sistemática. O racismo como parte de um processo social aparenta ser justificado pela tradição.

O racismo é estrutural, pois, visto que o Estado é a atual forma política do mundo, não poderia se reproduzir se, em simultâneo, não alimentasse e fosse também alimentado pelas estruturas estatais. É por meio do Estado que a classificação de pessoas e a divisão dos indivíduos em classes e grupos seria realizada.

O racismo teria duas funções ligadas ao poder do Estado: a primeira é a de fragmentação, de divisão no contínuo biológico da espécie humana, introduzindo hierarquias, distinções, classificações de raças. O racismo estabeleceria uma linha divisória entre superiores e inferiores, entre os que devem permanecer vivos e o que serão mortos. Aqui se entenderia a morte como a exposição ao risco da morte, a morte política, a expulsão e a rejeição.

A segunda função seria a de permitir que se estabeleça uma relação positiva com a morte do outro, compatível com o exercício do biopoder, em que seria estabelecida uma relação de tipo biológico, em que a morte do outro – visto como um degenerado, pertencente a uma raça ruim – passa a ser vista não apenas como uma garantia de segurança do indivíduo ou das pessoas próximas a ele, mas limpeza e desenvolvimento da espécie, do fortalecimento do grupo ao qual se pertence.

Por oportuno, torna-se importante explicar a definição de biopoder e explorar sua relação com as noções de soberania (*imperium*) e estado de exceção. Os campos da morte em particular seriam interpretados como a metáfora central para a violência soberana e destrutiva e como o último sinal do poder absoluto do negativo (MBEMBE, 2018).

O biopoder, seria estruturado através do racismo, em que o Estado, criaria (direta ou indiretamente) ferramentas de anonimato na morte em massa daqueles que podem e devem ter seu direito de viver atravessado pelo fazer morrer do poder.

Haveria aqui uma brevíssima relação entre o conceito e a concepção de

justiça como equidade em Rawls (2008), pois nesta as próprias instituições balizariam o funcionamento da sociedade. Diga-se em parte, pois, no biopoder o Estado poderia relacionar o sujeito e a morte, com uma interpretação social apta a demonstrar como os mecanismos de poder podem separar diferentes sujeitos, de forma que alguns possam ser designados como potenciais mortos, passíveis da morte, enquanto outros devem ter sua existência preservada. Tem-se, então, a necropolítica operada.

Nesse espaço que a norma jurídica não alcança, em que o direito estatal é incapaz de domesticar o direito de matar, aquele que sob o velho direito internacional é chamado de direito de guerra, se revelaria o necropoder.

O racismo, permitiria a conformação das almas à extrema violência (maior índice de homicídio em homens negros, por exemplo) a que populações inteiras são submetidas. De forma que acaba por se naturalizar a morte de crianças por balas perdidas, que famílias inteiras convivam com áreas inteiras sem saneamento básico, sem sistema educacional ou de saúde, que se exterminem milhares de jovens negros por ano, algo denunciado há tempos pelo movimento negro como genocídio (DE ALMEIDA, 2019).

Por ser o racismo mais que o pensamento de luta de classe, possui racionalidade própria decorrente do biopoder sendo inteiramente justificável. Na economia do biopoder, a função do racismo seria a de regular a distribuição de morte, tornando possível as funções assassinas do Estado (MBEMBE, 2018).

Depreende-se que o racismo se manifesta tanto nas condições materiais quanto no acesso ao poder. Para combater as condições materiais, cita-se como exemplo, a oferta de um acesso diferenciado à educação de qualidade, moradia adequada, emprego remunerado, instalações médicas adequadas e ambiente limpo.

Para possibilitar o acesso ao poder, poderia ser oferecido acesso diferenciado à informação (incluindo a própria história), recursos (incluindo riqueza e infraestrutura organizacional) e voz (incluindo direitos de voto, representação no governo e controle da mídia).

De Almeida (2019), afirma que no Brasil, existe uma segregação racial facilmente observada através da segregação não oficial entre negros e brancos que vigora em certos espaços sociais: pequeno número de profissionais negros na vida acadêmica e na advocacia; ideal popular de que a condição racial nada teria a ver com a situação socioeconômica dos negros; pessoas negras estão alocadas em trabalhos menos qualificados, os quais, conseqüentemente, são mal remunerados;

peças negras estão sob o domínio de uma supremacia branca politicamente construída e está presente em todos os espaços de poder e de prestígio social.

O próprio autor afirma que às duas primeiras explicações são nitidamente racistas. A primeira é abertamente racista, pois impinge uma espécie de inferioridade natural a pessoas negras ao passo que a segunda seria veladamente racista.

A terceira e a quarta proposições trazem o que poderia ser chamada meias verdades. De fato, negros são considerados o conjunto da população brasileira que apresentam menor índice de escolaridade e, sim, o sistema político e econômico privilegia pessoas consideradas brancas, todavia existem pessoas brancas que também não teriam acesso à educação, mas ainda sim, obteriam privilégios sociais.

Quanto às duas primeiras afirmações, é atualmente visto como natural a ausência de pessoas negras em escritórios de advocacia, tribunais, parlamentos, cursos de medicina e a presença de que pessoas negras em trabalhos precários e insalubres ou em presídios.

Esta normalização somente pode ser assinalada, através do entendimento de que o racismo, enquanto processo político e histórico, é também um processo de constituição de subjetividades, de indivíduos cuja consciência e afetos estão de algum modo conectados com as práticas sociais, só conseguindo se perpetuar ao produzir um sistema de ideias que fornece uma explicação para a desigualdade racial (DE ALMEIDA, 2019).

Mas, por que discutir-se o racismo e sua influência na saúde?

Inicialmente porque o reconhecimento possibilita o debate sobre o tema e a possibilidade de enfrentamento das situações de desigualdade originadas ou determinadas pela raça, ou pela cor da pele e também, o acesso universal à saúde por meio da eliminação progressiva das barreiras que impedem que as pessoas, em especial, a população negra, utilizem os serviços integrais de saúde de maneira equitativa.

Em seguida, políticas públicas direcionadas à saúde da população negra, com vistas à eliminação de barreiras de acesso ou de equidade na saúde, só podem ser de fato implementada após a aceitação de que o Brasil possui uma sociedade racista e segregadora (ainda que velada) e com a utilização prévia e efetiva do recorte teórico raça/cor nos formulários padronizados de atendimento do SUS.

Com o preenchimento deste formulário, será possível não apenas quantificar os usuários negros que utilizam os serviços do SUS anualmente, como

também elaborar políticas para prevenção ou tratamento das patologias que atingem especificamente a população negra.

Como forma de combate às diferentes disparidades do Sistema de Saúde, no campo dos cuidados diferenciados no sistema deve-se: informar a necessidade de utilização do critério raça/cor nas entrevistas; treinar uma força de trabalho de saúde mais racial, econômica e linguisticamente diversificada em todos os níveis; fornecer treinamento antirracismo para provedores de saúde e estimular a supervisão comunitária das instituições de saúde.

Logo, para que os determinantes sejam combatidos ou remediados, torna-se importante dar voz aos sem voz – homens e mulheres negras. Tal mecanismo seria possível através de pesquisas de satisfação, implementação de ouvidorias, atualização dos dados do censo demográfico por Estado/Cidade, respeito ao quesito cor/raça nos questionários da saúde, entre outros.

As dificuldades enfrentadas diante do recorte da temática étnico-racial nas políticas públicas podem ser elencadas da seguinte forma: 1. o caráter residual dessas políticas, com poucos investimentos e fragmentação dos programas e ações; 2. A ausência de uma base conceitual para a formulação dos programas e ações que consistiria em entender as determinantes do racismo; 3. a insuficiente interconexão entre as desigualdades étnico-raciais e as desigualdades sociais e o racismo institucional que promove a desigualdade étnico-racial por meio da oferta hierarquizada dos serviços, benefícios e oportunidades (SANTOS, 2018).

No campo do acesso diferenciado aos cuidados de saúde, o governo deve prover: uma cobertura universal de saúde; o financiamento do Sistema Nacional de Saúde; o treinamento de uma força de trabalho de saúde mais racial, econômica e linguisticamente diversificada em todos os níveis; criando mecanismo para garantir a distribuição geográfica adequada de médicos.

No que se refere às diferenças nas exposições e oportunidades de vida por raça, deve-se conscientizar a população sobre a existência do racismo e promover as reparações históricas necessárias para os afrodescendentes.

Por fim, o reconhecimento do racismo presente na sociedade brasileira e suas implicações, é um passo fundamental para se desenvolver Políticas de Saúde e de Equidade adequadas.

Esse reconhecimento, por parte do governo brasileiro, faz com que a nação articule políticas e programas visando a diminuição das disparidades de saúde raciais

e étnicas ²⁰.

As disparidades de saúde raciais para Jones (2002) produzem-se em pelo menos três níveis: cuidados diferenciados no sistema de saúde, acesso diferenciado aos cuidados de saúde e diferenças nas exposições; e nas oportunidades de vida que criam diferentes níveis de saúde e doença.

A partir deste reconhecimento das disparidades, nos três níveis, torna-se necessário combatê-las, pois, se há indivíduos que não poderiam (ou se quisessem, não conseguiriam) acessar o sistema, não seria suficiente apenas o fornecimento de um acesso universal ao sistema de saúde, deveria antes analisar-se e entender-se a distribuição desigual de bens, serviços e oportunidades por divisão de raça que estruturam a maior carga de doença em certos grupos.

O combate ao racismo institucional e estrutural no Sistema de Saúde, por meio dessas ações estratégicas, seria de suma importância haja vista que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), atualmente 70% (setenta por cento) dos atendimentos feitos no SUS seriam de pessoas negras.

Tal combate somente aconteceria com políticas públicas de igualdade e de equidade racial.

Estas políticas se desenvolveram inicialmente no período da ditadura militar, em que foram empreendidas mudanças econômicas e estruturais que promoveram reformas no Estado visando dar garantias ao capital internacional de que o território brasileiro era um espaço seguro para investimentos e que a legislação trabalhista, previdenciária, etc.

No campo das políticas direcionadas à saúde e moradia, as reformas visavam garantir apenas o mínimo existencial para a população carente, por ações descentralizadas e privatizantes.

Os estudos sobre políticas públicas, relacionam-se à formação e ao modo

²⁰ No campo político-programática, o combate ao racismo e aos determinantes sociais poderá ser efetivado por meio da produção e disseminação de informações sobre as condições de vida e de saúde e pela capacidade em reconhecer-se o racismo como um dos determinantes das desigualdades no processo de ampliação das potencialidades individuais; entre outras.

Nesta dimensão, as manifestações do racismo institucional podem através das seguintes situações: Não coletar adequadamente o quesito cor (ou retirar do documento); não analisar as informações; não divulgar, não implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN; não incluir as questões étnico-raciais e racismo nas ações de educação permanente em saúde; resistência na adoção de mecanismos e estratégias de não discriminação, combate e prevenção do racismo, sexismo e intolerâncias; falta de investimentos na formação de profissionais; dificuldade em priorizar e implementar mecanismos e estratégias de redução das disparidades e promoção da equidade; na ausência do recorte étnico/racial na produção de informações, entre outros (UNASUS, 2014).

de produção predominante na sociedade. Assim, este estudo constituiu-se como importante campo de produção de conhecimento em virtude das necessidades de pensar em abordagens teóricas que deem conta dos aspectos da realidade social.

Os processos de formulação de tais políticas em saúde conjugam elementos da estrutura social – sua lógica de produção econômica e, especialmente, de reorganização das instituições sociais – com os elementos da superestrutura, aspectos ideológicos e hegemônicos que entornam a formação da identidade nacional brasileira (BRASIL; BOMFIM, 2012).

Sendo o racismo, um dos maiores impeditivos à implementação da Política Nacional de Saúde da População Negra, a não priorização e/ou suposto desconhecimento das Políticas por parte dos gestores e áreas técnicas da saúde, revelou-se um grande desafio, por caracterizar-se como racismo velado.

Ocorre que a diminuição das desigualdades através de Políticas Públicas só poderá ser estabelecidas por governanças, que reafirmem as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS na implementação de suas ações e na articulação com outros setores do governo e da sociedade civil, em especial com os movimentos sociais que representam a população negra, se integrando assim, com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde que já foram expostas no tópico anterior.

No que diz respeito gestão da saúde, esta se instrumentalizaria através de gestores estaduais e municipais que se comprometeriam na implementação da PNSIPN nos serviços de saúde e na gestão, essencial a inclusão de ações de políticas de equidade e enfrentamento ao racismo nos respectivos planos de saúde.

O segundo principal impeditivo para a implementação efetiva da Política Nacional é a qualificação da coleta do quesito raça/cor, assim como a análise dos dados desagregados nos sistemas de informação de saúde, que serviriam para subsidiar a formulação de políticas públicas e a produção de conhecimento em saúde da população negra, bem como para verificar o cumprimento do princípio da equidade no SUS.

Caso a qualificação fosse preenchida, o monitoramento das desigualdades raciais em saúde por meio dos sistemas de informação possibilitaria a formulação de políticas públicas específicas, permitindo a comparação entre perfis epidemiológicos e a avaliação de equidade na utilização de serviços de saúde (BRASIL, 2016).

Desta forma, observa-se de fundamental importância o preenchimento adequado do quesito raça/cor nos formulários e sistemas de informação de saúde,

que fornecem dados para a construção de seus indicadores e para a formulação de políticas públicas de equidade nas esferas federais, estaduais e municipais.

Mesmo com a ineficiência estatal no preenchimento do quesito, que tornaria eficiente as Políticas de Equidade, no campo federal, o governo brasileiro implementou Políticas Públicas para enfrentamento das adversidades, como a política de cotas em universidades; os programas sociais como o Bolsa Família; Secretarias especializadas para a Promoção da Igualdade Racial, entre outros.

Essa Política tem como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. Seu objetivo é promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e nos serviços do SUS (BRASIL, 2017).

No plano Estadual, além da existência de Legislações direcionadas à população negra, constatou-se, por dados da Secretaria Estadual de Saúde, a presença de fatores internos e externos que afetam a saúde da população em especial da etnia negra, principalmente, pelo fato de no Maranhão observar-se o terceiro maior contingente de negros do país.

São 5.005.543 habitantes que se declararam negros ou pardos, equivalente a 77,5 % da população geral. A população branca corresponderia a 1.454.184 de habitantes somando 22,5% do total e amarelos ou indígenas (1,2%) (SES, 2020).

Quanto ao sexo da população, conforme os dados da SES (2020), cerca de 50,6% da população maranhense é composta por pessoas do sexo feminino e homens representam 49,4% da população total. No que diz respeito aos dados da população vivendo em área rural, seria o Maranhão o Estado que deteria maior percentual, atingindo 37% ao passo que a população urbana atingiu 63%.

Como já tratado, a discriminação expõe grupos raciais ou étnicos à situação de vulnerabilidade e estratificação social. Desta exclusão, na qual a população negra insere-se, resultam determinantes sociais da saúde que se encontram presente no Estado do Maranhão.

O Estado apresenta enorme desigualdade na distribuição de renda, ocupando o 2º lugar no país, com percentual de 25,19% da população em extrema pobreza, e a 26ª posição ao considerar-se o Índice de Desenvolvimento Humano/IDH. Apresenta 157 municípios dispersos nas 19 regiões com IDH baixo, entre 0, 500 a 0,

599 e muito baixo entre 0 a 0, 499 em sete municípios componentes de 03 Regiões (SES, 2016).

Relativamente a taxa de homicídios no recorte raça cor, a SES (2020) revelou que esta foi de 10,2% em pessoas brancas e 89,8% em negros, correspondendo em número absoluto, a respetivamente 50 brancos mortos para cada 439 negros. Comprovou-se assim, elevado número de casos de homicídios de jovens negros, revelando casos de necropoder e biopolítica.

A necropolítica, se revela nos dados acima elucidados, em que a morte avança implacavelmente sobre a vida, especialmente nos bairros periféricos. (MBEMBE, 2018).

Embora 2015 tenha apresentado um grande crescimento do PIB, as áreas da periferia de São Luís, nas quais a população carente recebe bolsa família ou outro benefício assistencial, como o bairro Liberdade, Camboa, Anjo da Guarda e João Paulo, são áreas de população negra (CEIMAR, 2017).

A pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde (SES), constatou que os negros sofrem danos físicos e morais decorrentes do trabalho escravo, agressões, violência, rede de prostituição, tráfico de pessoas e de órgãos.

Para subsidiar o Plano Estadual Maranhense, os dados acima apresentados foram colhidos nas 7 (sete) macrorregionais de saúde, das quais todas as 19 (dezenove) regiões do Estado foram contempladas e tiveram a participação de representantes dos movimentos sociais, gestores municipais, profissionais de saúde, Povos e Comunidades Tradicionais e representantes do controle social (SES, 2020).

Como já observado, os determinantes sociais acima enumerados (saúde, educação, alimentação, taxa de natalidade, homicídios, saneamento etc.) atingem a população negra e decorreram dos séculos de escravização que impactou negativamente na saúde da população negra, a adoção de políticas públicas, principalmente no campo da saúde objetivaria reduzir as desigualdades e iniquidades.

Ocorre que, no campo das patologias, em especial àquelas que atingem a população negra em maior grau do que outras etnias, no Estado do Maranhão não há quantificadores em números haja vista que o Plano Estadual demonstrou a dificuldade no preenchimento do quesito raça/cor. O próprio plano explica que foi utilizado o recorte sexo ou idade por conta da dificuldade na utilização do primeiro.

A ausência do recorte teórico raça/cor nas pesquisas de saúde do Governo do Maranhão dificulta a implementação e consequente monitoramento das Políticas

Públicas de Equidade. Como já tratado no capítulo anterior, o segundo princípio pragmático que o Sistema de Saúde deve seguir objetivando diminuir a presença dos determinantes em saúde é a monitoração do acesso e utilização dos serviços de saúde por meio desse recorte (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Ainda no que diz respeito as doenças e agravos que atingem a população negra em especial, o Governo do Maranhão reconhece a presença da anemia falciforme, câncer de colo de útero e mama, miomatose uterina, diabetes mellitus, hipertensão arterial, DST/AIDS, hanseníase, tuberculose, leishmaniose, alta taxa de mortalidade materna, neonatal e juvenil (SES, 2020).

Em referência às Hepatites Virais o governo Estadual registrou no ano de 2014, 834 (oitocentos e trinta e quatro) casos. Com relação aos casos de Aids, na região, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), em 2013, 621 (seiscentos e vinte e um) casos sendo a taxa de incidência de 44,7 para cada 100.000 habitantes. Quanto a internação hospitalar do Diabetes Mellitus, na Faixa Etária de 30 a 59 anos, houveram 273 (duzentos e setenta e três) em 2014, em toda a região maranhense. Com relação à internação por Hipertensão houveram em 2013, 31 (trinta e uma) internações (SES, 2016).

Em relação à taxa de mortalidade materna de mulheres negras é sete vezes maior que a mesma taxa entre mulheres não negras e a diferença relativa entre o nível da mortalidade infantil de negros e não negros seria de 40% (SES, 2020).

Em suma, a ausência de dados que expressem em número a quantidade de negros/negras afligidos por patologias específicas, ainda mais quando a Política Nacional dispõe desde 2007 sobre a necessidade de preenchimento do quesito raça/cor no questionário do Sistema de Saúde revela condições de desigualdade persistentes, injustas e evitáveis, as chamadas de iniquidades em saúde.

Para combatê-las, o Ministério da Saúde e as demais esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) deveriam implementar eficientemente as políticas de promoção da equidade, visando diminuir as vulnerabilidades a que os negros estão mais expostos, e que resultam de determinantes sociais da saúde, mas essa eficiência só poderia ser de fato possível, ao saber-se exatamente quantos cidadãos negros são atingidos por determinadas mazelas.

Além do racismo institucional, o biopoder – como modo de exercício do poder sobre a vida, disciplinador e regulamentador a saúde pública, manifesta-se na ausência do saneamento básico, nas redes de transporte e abastecimento deficitário,

ausência de segurança pública. Estes seriam exemplos do exercício do poder estatal sobre a manutenção da vida, sendo sua ausência considerada um deixar morrer, uma necropolítica.

Ao desenvolver-se a teoria de Justiça como equidade de Rawls, em que as Instituições e os atores do sistema de saúde deveriam melhorar as condições de saúde, observamos que estes são, um determinante social, pois ao invés de reduzir as iniquidades em saúde, é comum que o setor saúde acabe por piorá-las, por exemplo, ao fomentar o racismo institucional.

A OMS (2011) cita como exemplo, quando o Setor Saúde oferece melhor atenção e acesso às pessoas que, não precisam tanto quanto outras. Quando faz com que outros tenham que pagar diretamente pelos serviços de saúde (ao precisar de exames de sangue, raio-x...), escolhas ligadas ao modo de financiamento dos sistemas de saúde e sobre a localização das unidades de saúde, além das atitudes dos profissionais da saúde em relação a diferentes grupos da sociedade (ao não preencher o recorte raça/cor) determinam o impacto positivo ou negativo do setor saúde sobre os determinantes em saúde.

Ressalta-se que tais escolhas correspondem diretamente com a ausência de liberdade descrita na teoria de justiça como escolha social de Sen (2008) haja vista não haver o que se falar em liberdade, se ao indivíduo não é concedida a possibilidade de decidir o horário de seu atendimento, o desejo de troca de medicamentos ou até mesmo a necessidade de prevenção de mazelas na saúde.

Para ser possível garantir que o Sistema Único de Saúde reduza - e não aumente - as diferenças em saúde, o gestor deverá melhorar o acesso já na atenção primária à saúde, o que aumentaria a garantia da equidade, possibilitando a implementação de ações intersetoriais e a facilitação da participação e da negociação nos processos de liderança do setor saúde.

Para compensar os problemas de desempenho na atenção de grupos populacionais menos favorecidos, estratégias dedicadas ao fortalecimento dos sistemas de saúde e dos programas de saúde pública precisariam efetivar a equidade na atenção e em todas as funções do sistema de saúde com vista à consecução da justiça em saúde.

O monitoramento das desigualdades raciais em saúde por meio dos sistemas de informação seria uma ferramenta importante para a gestão, subsidiando a formulação de políticas públicas e permitindo a comparação entre perfis

epidemiológicos e a avaliação de equidade na utilização de serviços de saúde.

Para isto, seria fundamental o preenchimento adequado do quesito raça/cor nos formulários e sistemas de informação de saúde, que fornecem dados para a construção de seus indicadores.

É quase impossível pensar-se em efetivação da equidade no Sistema de Saúde se não se identificar os grupos sociais desfavorecidos e suas necessidades de utilização dos serviços de saúde. Como será possível como tratar o risco de eclâmpsia em mulheres negras grávidas se não se sabe ao certo o número destas que morrem no parto? Como direcionar uma política de tratamento da diabetes tipo 2 em negros se não sei quantificar a diferença de predomínio desta patologia nos diferentes grupos?

Para medir a extensão das desigualdades e o progresso em direção às metas a serem definidas nas políticas públicas ao Governo brasileiro, careceria a urgente necessidade de se trabalhar conjuntamente para dar voz aos sem voz. Não devendo, as desigualdades sociais em saúde descritas e analisadas separadamente apenas sobre o quantificador homens e mulheres, como, e principalmente por origem étnica.

Essa abordagem significaria revelar as diferenças não só em relação à saúde, como também em relação ao uso e à qualidade dos serviços. A implementação de reformas pontuais no setor da saúde, o monitoramento das políticas públicas ainda que por meio do Ministério Público e a participação dos grupos e representantes renovaria a atenção básica, levando a um melhor desempenho em termos de equidade.

5 A NECESSIDADE DE EFETIVAÇÃO DO PRINCÍPIO DA EQUIDADE NO SISTEMA DE SAÚDE

No capítulo anterior demonstrou-se a existência de externalidades e internalidades que influenciam a saúde da população negra.

Por vir de um contexto de vulnerabilidades decorrentes dos séculos de escravização, na etnia negra destacam-se os indivíduos com menor capacidade econômica aquisitiva. Por este motivo, a pobreza seria a principal causa direta e indireta da saúde precária e das iniquidades sociais em saúde. O impacto negativo da pobreza na saúde, dar-se pelo fato de àqueles que possuem menor poder aquisitivo não disporem de alimentação adequada, acesso a saneamento básico e moradia digna.

A segunda causa seria o racismo que cria e/ou potencializa as vulnerabilidades, impondo barreiras de acesso a direitos, negligenciando as necessidades específicas de minorias étnicas.

Por conta dessa necessidade específica de tratamento diferenciado, especialmente no Sistema de Saúde, a população negra demanda que seja formulada, aplicadas e respeitadas, Políticas Públicas de equidade com vistas a oferecer um tratamento diferenciado na prevenção e contenção de patologias e um acesso diversificado no SUS.

5.1 Análise da Política Estadual de Saúde Integral da População Negra do Maranhão e das Políticas Públicas para a saúde da etnia negra de São Luís -MA

Como disposto pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011) os problemas sociais e suas soluções são sistêmicos, as políticas públicas de transporte e habitação, fiscais, ambientais, educacionais, comerciais e agrícolas possuem importância central para a diminuição das desigualdades.

A abordagem dos determinantes sociais refere-se ao fato de que as iniquidades em saúde não podem ser combatidas sem que as iniquidades sociais também o sejam. Para que a economia permaneça forte é essencial que ações coordenadas em prol da saúde sejam implementadas.

Desta forma, enfatizar os determinantes sociais significa, apoiar ações coerentes sobre algumas prioridades. Ademais, essa abordagem considera

desigualdade racial que desafia as políticas públicas. O aumento da incidência de doenças não-transmissíveis, a perda de oportunidades econômicas para alguns grupos, por exemplo, causa iniquidades que reduzem a expectativa de vida e causam insatisfações na população (WHO, 2011).

As principais estratégias necessárias à implementação das políticas de equidade no Sistema de Saúde, com base na WHO (2015) demandam Análise dessas Políticas, para identificar falhas, quantificar necessidades e distribuir equitativamente os cuidados e acessos na saúde.

Analisou-se a Política Estadual de Saúde Integral da População Negra do Maranhão, bem como as Políticas Públicas para a saúde da etnia negra de São Luís -MA, desenvolvidas pelo Conselho Estadual da Política da Igualdade Étnica Racial – CEIRMA e pela Secretaria Extraordinária de Igualdade Racial (SEIR).

No que se refere a essa Análise de Políticas Públicas, ela ocorre em três planos: na análise da formulação da Política Estadual de Saúde Integral da População Negra, na execução do Plano e a na análise da eficiência da implementação das Políticas, buscando aferir resultados e impactos na alteração da qualidade de vida da população beneficiária.

A principal dimensão da Análise encontra-se no plano da participação da população interessada na formulação das políticas sociais e na publicização dos resultados como elementos avaliadores, evocando assim, a equidade e justiça como princípios fundamentais das decisões de políticas sociais.

A politização da participação diretamente interessada torna-se importante pois se não houver esta possibilidade, não haverá indetidade principiológica já na elaboração, o que conseqüentemente leva a uma falta de conhecimento e aceitação resvalando em Políticas Simbólicas.

No plano da participação popular, antes da elaboração da Política Estadual da Saúde da População negra, profissionais de saúde, gestores públicos, lideranças de movimentos sociais, quilombolas e de matriz africana das regionais de São Luís e Rosário debateram, em 2017, a política de saúde voltada para a população negra. Nesta época, houveram oito etapas (Escutas Territoriais) que visaram debater aspectos da política de saúde visando a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população negra ²¹.

²¹ Governo ouve sociedade para construir plano estadual de saúde da população negra, 2017. Disponível em: <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZCLO0AxheMEJ:https://>

A análise torna-se necessária também, em razão da necessidade de verificação dos propósitos da política em relação ao princípio da justiça como equidade e da justiça como escolha social, bem como em razão da possibilidade de a Análise contribuir para o controle social dos programas sociais e para servir de instrumento de pressão social sobre o Estado.

Para a presente pesquisa, escolheu-se como filtro de Análise, as Políticas Públicas direcionadas à população negra do Estado do Maranhão, em especial a de São Luís, com vistas a entender-se o motivo pelo qual, e existência de internalidades e externalidades demandam a aplicação do princípio da equidade no Sistema Único de Saúde.

Para serem avaliadas as políticas Públicas de equidade em saúde da população negra, diminuindo assim o impacto dos determinantes sociais na saúde, torna-se necessário trabalhar nas seguintes linhas de atuação (BUSS E FILHO, 2007): 1) Produção de conhecimentos e informações sobre a relação entre os determinantes sociais e a situação de saúde, com vistas a fundamentar políticas e programas ²². 2) Promoção, apoio, seguimento e Análise de políticas ²³, programas e intervenções governamentais e não governamentais; 3) Desenvolvimento de ações de promoção e mobilização junto a diversos setores da sociedade civil; e a 4) Criação do Portal institucional sobre DSS.

No que diz respeito a primeira linha, o Governo Estadual vem trabalhando na produção de conhecimento, por incentivo ao debate ou outras estratégias que o fomentem.

Como exemplo, cita-se o seminário ocorrido em 2017, sobre o Estatuto da Igualdade Racial, que contou com representantes municipais das regionais de Imperatriz, Bacabal, Itapecuru, Pinheiro, São João dos Patos e Codó. Na conferência de devolutiva da política de saúde integral da população negra, foram apresentados os aspectos normativos e orientadores, além do processo de construção, princípios, missão, diretrizes e objetivos desta política de saúde.

www.ma.gov.br/governo-ouve-sociedade-para-construir-plano-estadual-de-saude-da-populacao-negra/+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 20 fev 2020.

²² No âmbito desta linha de atuação, a CNDSS, em 2007 o Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e o CNPq lançou um edital de pesquisa que buscava apoiar projetos de pesquisa sobre DSS (BUSS E FILHO, 2007).

²³ Art. 41. O Poder **Executivo criará instrumentos para aferir a eficácia social das medidas previstas neste Estatuto, bem como efetuará seu monitoramento constante, por meio do Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômico e Cartográfico (IMESC), devendo ser elaborados relatórios escritos periódicos** (SEIR, 2020).

Na conferência, os líderes locais, governais e regionais se comprometeram também a responsabilizar cível e criminalmente a omissão e o abuso de autoridade dos agentes públicos diante das violações de direitos humanos; e a criar um programa de ressocialização utilizando a Agricultura Familiar e a Economia da Cultura como estratégia de inclusão produtiva de jovens negros egressos do sistema prisional e detentos em regime de semi-liberdade.

Na mesma ocasião, comprometeram-se também a garantir políticas públicas de redução das vulnerabilidades da juventude negra com acesso à cultura, esporte, educação, trabalho e profissionalização para combater a cultura do extermínio; e, primordialmente, na criação, no âmbito da Defensoria Pública de um Núcleo de Combate ao Racismo e a Intolerância Religiosa com estrutura descentralizada, garantindo agilidade no atendimento e acompanhamento dos processos envolvendo a população negra (CEIMAR, 2017).

No plano do fomento da produção e da comercialização de produtos e objetivando ampliar a participação da população negra no mercado de trabalho, o Estatuto Estadual da Igualdade Racial (EEIR) preveu a constituição de centros de iniciação de trabalho, bem como o apoio à qualificação e aperfeiçoamento profissional e aos projetos de agroecologia, extrativismo e economia criativa que se desenvolvam em comunidades predominantes de pessoas negras.

O reconhecimento das necessidades e diferenciais em saúde é uma das diretrizes previstas pela Organização Mundial de Saúde como essencial ao combate das iniquidades em saúde. A segunda diretriz é a de fomentar a conscientização dos indivíduos, através de Políticas Públicas de Acesso à Informação, como, por exemplo, por realização de conferências, panfletagens, informes publicitários, etc...

O Estatuto Estadual da Igualdade Racial também estabeleceu diretrizes para a defesa dos direitos humanos da população negra, para a efetivação da igualdade de oportunidades, bem como para o combate à discriminação, ao racismo e às demais formas de intolerância étnico-racial.

No que diz a proteção do direito à saúde, o EEIR estabeleceu, em especial, as seguintes diretrizes: redução das vulnerabilidades sociais e sanitárias da população negra e a implementação da PESIPN (Política Estadual de Saúde Integral da População Negra) e das Comunidades Tradicionais de Matriz africana e Quilombola do Maranhão.

Para que essa política seja eficaz, existe a necessidade de que sejam efetuadas alterações em setores influentes cujos interesses nem sempre coincidem com a redução das iniquidades em saúde. Desta forma, o governo teria o importante papel de regulação das atividades que interferem nas questões da saúde, e o de desenvolver e aplicar a lei nos casos necessários (WHO, 2011).

No plano da Análise das políticas públicas, esta resta comprometida, haja vista que para quantificar-se os negros atendidos pelos hospitais, suas enfermidades, e a influência de determinantes sociais no ambiente de trabalho, moradia ou relações familiares, é primordial o levantamento de informações relativas ao quesito raça/cor, na qual a Secretaria Estadual de Saúde observa uma grande subnotificação.

O campo sem informação supera todos os outros, seguido da união do campo parda e preta que forma a raça negra. Para se obter um diagnóstico da situação de saúde que torne eficiente a equidade na saúde é necessário o preenchimento do sistema de informação, pois os indicadores de saúde devem considerar essas variáveis (SES, 2020).

Ainda no plano da promoção de Políticas Públicas, o EEIR previu a temática saúde nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde. Ressalta-se que não há notícias de que esta diretriz esteja sendo respeitada.

No âmbito do direito à educação, o Estatuto reconheceu a necessidade de se estabelecer mecanismos voltados para a ampliação do acesso da população negra ao ensino gratuito, bem como de se implementar um estudo gratuito eficiente, em especial por meio do estudo e difusão da história da população negra no Brasil (SES, 2020) ²⁴.

²⁴ Estatuto Estadual da Igualdade Racial - Lei nº 11.399 de 28 de dezembro de 2020.

Art. 11. Em âmbito estadual, a **política educacional** terá por objetivos: I. ampliar o acesso da população negra ao ensino gratuito; II. prevenir e coibir, nas instituições de ensino estaduais, qualquer tratamento diferenciado injustificado, em especial em virtude da cor, descendência ou origem nacional ou étnica. III. Implementar programa destinado a promover o reconhecimento fortalecimento da identidade e da autoestima de crianças e adolescentes negros e indígenas. Parágrafo único. Para cumprimento dos objetivos a que se refere o caput, o Poder Público: I - desenvolverá campanhas educativas, inclusive nas escolas, para que a solidariedade e o respeito à população negra façam parte da cultura de toda a sociedade; II - desenvolverá ações afirmativas; III - assegurará a participação da população negra, em igualdade de oportunidades, nos espaços de participação e controle social das políticas públicas de educação.

Art. 12. O Poder Executivo estimulará o estudo e difusão da história geral da África e da história da população negra no Brasil. Parágrafo único. Para cumprimento do disposto no caput deste artigo, o Estado fomentará a formação inicial e continuada de professores e a elaboração de material didático específico. Subseção II Da Ação Afirmativa de Cotas no Ensino Superior Art. 13. A Universidade Estadual do Maranhão - UEMA e a Universidade Estadual da Região Tocantina do Maranhão -

Como determina a CNDSS, para que as Políticas de Equidade combatam os determinantes sociais da saúde, torna-se primordial o reconhecimento por parte da população, órgãos públicos, gestores e do próprio SUS da existência de fatores externos e internos que afetam a saúde da população negra. Essa difusão do conhecimento pode dar-se através de conferências, campanhas de conscientização, informe publicitário ou o próprio ensino da temática nas escolas, centros de apoio, igrejas, etc.

Para difundir a temática, em 2017 (CEIMAR, 2017) o Governo do Estado do Maranhão organizou a conferência Estadual de Igualdade Racial e reconheceu os afrodescendentes, como sujeitos de direito a direito à igualdade de oportunidades e à não discriminação; educação em igualdade e conscientização; e a participação e inclusão.

Na Conferência, os gestores se comprometeram a: 1. Garantir ações de fortalecimento dos órgãos gestores dos Conselhos Municipais de Promoção da Igualdade Racial e das entidades da sociedade civil que atuam no combate ao racismo e à discriminação, com disponibilização de equipamentos, cursos de formação, material didático, etc., em todos os municípios do Estado do Maranhão; 2. Criação de Centro de Cultura e Memória visando reunir acervo material, histórico e documental. 3. Fomentar a elaboração de materiais didáticos com conteúdo afro-brasileiro

UEMASUL reservarão, em cada seleção para ingresso nos cursos de graduação, no mínimo, 10% (dez) por cento, respectivamente, de suas vagas para estudantes oriundos de comunidades indígenas e estudantes negros que tenham cursado integralmente o ensino médio em escolas públicas.

Do Estímulo à Pesquisa Científica

Art. 14. O Poder Executivo, por meio da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FAPEMA, incentivará pesquisas e programas de estudo voltados para temas referentes às relações étnicas, às comunidades quilombolas e às questões pertinentes à população negra.

Das Cotas no Serviço Público

Art. 16. Ficam reservadas aos negros 20% (vinte por cento) das vagas oferecidas nos concursos públicos para provimento de cargos efetivos e empregos públicos no âmbito da administração pública estadual, das autarquias, das fundações públicas, das empresas públicas e das sociedades de economia mista controladas pelo Estado do Maranhão, na forma desta Lei.

Do Combate ao Racismo e à Violência Institucional

Art. 38. O Estado promoverá: I - a oferta de cursos de capacitação e aperfeiçoamento, bem como campanhas informativas aos servidores com vistas a prevenir e combater o racismo institucional; II - estratégias para avaliação de conhecimentos, em concursos públicos e processos seletivos promovidos no âmbito do Poder Executivo, acerca de temas referentes às relações étnico-raciais, à trajetória histórica da população negra, indígena e de povos e comunidades tradicionais, às políticas de promoção da igualdade racial e de defesa de direitos de pessoas e comunidades afetadas pelo racismo e pela discriminação racial (SEIR, 2020).

conforme a realidade local, com a participação da própria comunidade, contemplando suas histórias e identidades (CEIMAR, 2017) ²⁵.

Com o intuito de organizar outras conferências e eventos objetivando acionar um debate público e conscientizar sobre a luta contra o racismo, discriminação racial e intolerâncias relacionadas, a CEIMAR (2017) se comprometeu ainda a: 1. Implementar as ações e metas previstas pelo Plano Nacional de Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-brasileira para a Educação Escolar contemplando a inserção das especificidades regionais e a; 2. Coletar, compilar, analisar, divulgar e publicar dados estatísticos confiáveis visando monitorar a situação da população negra, avaliando o progresso alcançado, aumentando a visibilidade, e identificando disparidades sociais. Ressalta-se que o segundo compromisso não foi observado haja vista que o dado de monitoração da situação da população maranhense encontra-se disponível pelo quesito gênero e não raça/cor.

No que diz respeito a inclusão da população negra, a Política Estadual Saúde do Estado do Maranhão (2020) determinou que o Estado, os municípios e a União adotem medidas de ação afirmativa que possibilitem a participação plena, igual e efetiva da população negra na vida pública e política sem discriminação, conforme o direito (inter)nacional dos direitos humanos.

No que se refere ao acesso à justiça, o Estado se comprometeu a adotar medidas especiais, como ações afirmativas, essenciais para aliviar e reparar disparidades que afetam a população negra, protegendo-os contra a discriminação e superando disparidades estruturais persistentes e desigualdades de fato que resultam de circunstâncias históricas.

Desse modo, o Estado do Maranhão e os municípios deveriam desenvolver ou elaborar planos de ação para promover a diversidade, a igualdade, a justiça social, a igualdade de oportunidades e a participação de todos. Através de ações ou estratégias afirmativas, ou positivas, deveria criar condições para a participação efetiva de todos no processo de tomada de decisão e na concretização dos direitos civis, culturais, econômicos, políticos e sociais em todas as esferas da vida, com base na não discriminação (CEIMAR, 2017).

²⁵ Encontros regionais fortalecem a Política de Igualdade Racial do Maranhão. Disponível em: <<https://igualdaderacial.ma.gov.br/encontros-regionais-fortalecem-a-politica-de-igualdade-racial-no-maranhao/>>. Acesso em 16 jan 2022.

Ao tratar sobre a prevenção e punição todas as violações de direitos humanos que afetam a população afrodescendente, o Estado se comprometeu a adotar medidas efetivas e apropriadas, incluindo medidas legais, para combater todas as formas de racismo, especialmente a disseminação de ideias baseadas em superioridade racial ou ódio, incitação ao ódio e a violência racial, a intolerância religiosa ou incitação à intolerância religiosa, como também atividades de propaganda racista e participação em organizações racistas.

No que diz respeito ao Sistema Prisional o Estado deveria prevenir e punir todas as violações a direitos humanos que afetam a população negra, incluindo violência, atos de tortura, tratamento desumano ou degradante, incluindo aqueles cometidos por autoridades públicas, invocando a todos os agentes públicos e privados em questão que tomem medidas apropriadas e efetivas para deter e inverter as consequências duradouras dessas práticas, considerando suas obrigações legais (CEIMAR, 2017).

No que se refere as medidas contra a pobreza, ao reconhecer que a pobreza é tanto uma causa como uma consequência da discriminação racial, os municípios do Maranhão se comprometeram a adotar ou fortalecer programas de erradicação da pobreza e redução da exclusão social que considerem as necessidades e as experiências específicas da população negra, intensificando seus esforços para promover a cooperação intermunicipal, estadual, regional e (inter)nacional na implementação desses programas.

Ao combater os determinantes sociais na educação, o Estado se comprometeu a garantir que a educação de qualidade seja acessível e disponível nas áreas onde vivem a população negra, especialmente em zonas rurais e comunidades periféricas, de modo a melhorar a qualidade da educação pública. Visando garantir que os sistemas de educação pública e privada não discriminem crianças negras, os gestores deverão fornecer treinamento e formação continuada aos profissionais da educação e medidas para aumentar o número de professores(as) negros(as) (CEIMAR, 2017).

Ainda no campo da educação, o Estado deveria promover políticas de ação afirmativa no acesso, permanência e sucesso escolar para a população negra nos estabelecimentos oficiais de ensino em todos os níveis e modalidades.

Ao tratar sobre a empregos, o Governo deveria promover políticas de ação afirmativa no acesso da população negra nos concursos para preenchimento de

cargos do funcionalismo público em todos os setores e poderes da administração pública; estabelecer e incrementar políticas de assistência técnica e financiamento para a população negra, de modo a prestar suporte a suas atividades produtivas tradicionais.

No que se refere as Políticas de Promoção de moradia para a população afrodescendentes, o Governo do Maranhão reconheceu as condições inseguras e precárias de moradia nas quais vivem muitos negros(as), e se comprometeu a desenvolver e implementar políticas e projetos que visem assegurar que eles adquiram e sustentem um lar e uma comunidade segura e protegida, onde possam viver em paz e dignidade.

Dentre estes destacam-se as políticas de regulamentação fundiária para titulação da propriedade definitiva de territórios rurais e urbanos ocupados pela população negra, bem como agilizar a tramitação dos processos já iniciados e, ainda, tomar posição de proatividade para a abertura de novos processos quanto à titulação dos territórios quilombolas e indígenas.

No combate dos Determinantes na Saúde da População Negra, o Estado e os municípios comprometeram-se a tomar medidas para melhorar o acesso a serviços de saúde de qualidade para a população negra, observando os parâmetros estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e pelo Estatuto da Igualdade Racial.

Com este objetivo deveria garantir recursos orçamentários, apoio técnico para a formação de pessoal especializado no cuidado das especificidades de atendimento da população negra, fortalecer a gestão participativa e o controle social, preencher dos dados sobre o perfil étnico-racial dos usuários dos serviços de saúde, apoiar aos processos de educação popular em saúde no que se refere à temática, dentre outras ações (CEIMAR, 2017).

Mais uma vez vislumbra-se uma meta não obedecida haja vista que até o momento, não há constatação do preenchimento dos dados sobre o perfil étnico-racial dos usuários dos serviços de saúde com vistas ao planejamento de ações com base nas estatísticas levantadas.

No tocante ao resultado da Política Estadual de Igualdade Racial, constataram-se ainda os seguintes resultados:

Apesar de ter sido instituído em 2017 na CEIMAR, somente em janeiro de 2022, o governo do Maranhão publicou no DOE – MA, o Decreto nº 37387 que

regulamentou o Sistema Estadual de Promoção da Igualdade Racial - SEPIR, instituído pela Lei 11.399, de 28 de dezembro de 2020 (EEIR).

Este sistema seria responsável pela execução e coordenação do conjunto de ações, políticas e serviços previstos no Estatuto Estadual da Igualdade Racial, e deveria contar com a participação de representantes do Ministério Público e da Defensoria Pública do Estado do Maranhão.

Possibilitaria ainda, a integração de informações entres os Estados participantes, abarcando desde os orçamentos, políticas, planos, ações e projetos para a Promoção da Igualdade Racial, bem como os dados quantificadores da etnia negra ²⁶.

No que diz respeito ao compromisso de Criação de Centro de Cultura e Memória visando reunir acervo material, histórico e documental que valorizaria a cultura da População Negra em São Luís - firmado em 2017, somente em 2022, inaugurou-se o Centro de Cultura e Memória sobre a história do líder quilombola José Bento das Chagas (Negro Cosme), denominado pelo Governo do Estado como o Complexo de Fortalecimento Étnico ²⁷.

A criação de um espaço de fortalecimento histórico/cultural, com a designação de um Secretaria própria, reforça a estrutura de organização social da população negra, a comunidade, preserva e dissemina a cultura e fortalece a democracia da população negra.

Ao tratar sobre o combate ao racismo, por parte das Instituições do Sistema de Justiça, embora a Defensoria tenha recebido em novembro de 2021, o Selo Esperança Garcia – Por uma Defensoria Antirracista, - premiação promovida pelo Conselho Nacional de Ouvidorias de Defensorias Públicas (CNODP), porque cumpriu sete dos oito requisitos previstos na Resolução no 01/2021 do Conselho ²⁸, até 2022, o núcleo especializado de combate ao racismo e todas as formas de preconceito ainda não foi implantado.

²⁶ O principal incentivo para que os Estados adiram ao SEPIR, seria a concessão de acesso prioritário a recursos federais nos chamamentos públicos direcionados às Políticas Públicas para grupos minoritários, o que possibilitará o apoio federal à execução de políticas de promoção da igualdade racial em âmbito local.

²⁷ Em 23 de fevereiro de 2022 o Governo do Maranhão e a Vale entregam a Casa de Negro Cosme, nova sede da SEIR. Disponível em: <<https://www.igualdaderacial.ma.gov.br/noticias/governo-e-vale-entregam-a-casa-de-negro-nova-sede-da-seir>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

²⁸ DPE/MA recebe selo nacional pela implementação e fortalecimento de políticas de combate ao racismo institucional. Disponível em: <https://defensoria.ma.def.br/dpema/portal/noticias/7445/dpema-recebe-selo-nacional-pela-implementacao-e-fortalecimento-de-politicas-de-combate-ao-racismo-institucional>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

No plano da promoção de Políticas Públicas que fomentem o aumento de profissionais negros em cargos públicos, o EEIR prorrogou até 2030, a vigência da política de cotas nos concursos públicos destinados ao provimento de cargos efetivos e empregos públicos no âmbito do Poder Executivo Estadual.

Ao combater os determinantes sociais nos níveis de empreendedorismo, emprego e renda, o Estado do Maranhão e os Municípios se comprometeram a tomar medidas concretas para eliminar o racismo, discriminação racial, intolerância religiosa e intolerâncias relacionadas, no ambiente de trabalho, contra todos os trabalhadores, especialmente contra a população negra; a garantir a igualdade plena perante a lei e eliminar barreiras, quando apropriado; incentivando a busca de emprego e o fomento ao trabalho em condições seguras e saudáveis ²⁹.

No campo da educação e visando garantir que os sistemas de educação pública e privada não discriminem crianças negras, os gestores deverão fornecer treinamento e formação continuada os profissionais da educação e medidas para aumentar o número de professores(as) negros(as) (CEIMAR, 2017) ³⁰.

Na educação, o Estado promoveu políticas de ação afirmativa no acesso, permanência e sucesso escolar para a população negra nos estabelecimentos oficiais de ensino em todos os níveis e modalidades ³¹, disponibilizando inclusive, cursos e oficinas direcionadas, não apenas à população negra, como também, com temas específicos sobre a história, educação e cultura étnica.

No que diz respeito a implementação de debates na sociedade e entre grupos vulneráveis esse possui como objetivo, fazer com que os determinantes sociais sejam conhecidos para que Políticas de Equidade sejam implantadas e desta forma,

²⁹ Governo do Maranhão lança a 1ª feira Ma preta para promover o **afroempreendedorismo no Maranhão**. Disponível em: <<https://www.ma.gov.br/agenciadenoticias/?p=325347>>. Acesso em 16 jan 2022.

³⁰ Idosos, quilombolas e indígenas são públicos de novos programas acadêmicos da Uema e do Governo Estadual. Disponível em: <<https://www.ma.gov.br/agenciadenoticias/?p=324151>>. Acesso em 16 jan 2022.

³¹ Secretaria de Estado da Igualdade Racial (Seir) e a Secretaria de Estado de Esporte e Lazer (Sedel) realizaram em 2021 a III Copa Quilombola que objetivou promover o intercâmbio esportivo, cultural e a autoestima entre as comunidades quilombolas do Estado do Maranhão, incentivando a prática de esportes coletivos, com um papel fundamental no combate ao racismo. Disponível em: <<https://igualdaderacial.ma.gov.br/retrospectiva-2021-iii-copa-quilombola-trofeu-negro-cosme/>>. Acesso em 16 jan 2022.

Inscrições abertas para processo seletivo simplificado de acesso **aos cursos de licenciatura intercultural para a educação quilombola** 2022. Disponível em: <<https://igualdaderacial.ma.gov.br/proetnos-inscricoes-abertas-para-processo-seletivo-simplificado-de-acesso-aos-cursos-de-licenciatura-intercultural-para-a-educacao-quilombola-2022/>>. Acesso em 16 jan 2022

iniquidades em saúde sejam evitadas e torna possível que Políticas Públicas sejam avaliadas.

Como observado, a política implementada no Estado do Maranhão, pautou ações de saúde, buscou fortalecer a atenção primária, vigilância em saúde que possibilitaria o enfrentamento de agravos em saúde.

Ocorre que, as maiores conquistas observadas dizem respeito apenas a conscientização da população. Conforme pesquisado, houve a inclusão da história da população de matriz africana nas escolas, feiras de artesanatos e exposição da cultura africana. Houveram também, cursos e oficinas nas escolas, que buscaram a conscientização e o combate ao racismo nas escolas.

No que diz respeito às Políticas direcionadas diretamente a saúde da população negra, o Governo do Maranhão foi omissivo. Não houve direcionamento específico e por um simples fato: ausência de preenchimento do recorte raça/cor nos formulários de atendimento no Sistema de Saúde.

Como já explicado, na população negra concentra-se os maiores indicadores de anemia falciforme, câncer de colo de útero e mama, miomatose uterina, diabetes mellitus, hipertensão arterial, DST/AIDS, hanseníase, tuberculose, leishmaniose, alta taxa de mortalidade materna, neonatal e juvenil, entre outras patologias.

Ocorre que, como disposto no próprio Plano Estadual de Saúde (2020 - 2023) elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde, não há como quantificar a presença dessas patologias nas pessoas negras moradoras do Maranhão e de São Luís, haja vista não haver o preenchimento do recorte teórico raça nas pesquisas de saúde. Em parte, por conta de os gestores, médicos e enfermeiros se sentirem constrangidos com o preenchimento da informação no formulário do SUS, em parte por desconhecerem a necessidade de tratamento diferenciado para este grupo étnico.

No plano de Saúde foi utilizado o recorte sexo ou idade por conta da dificuldade na utilização do quesito raça/cor. A ausência do recorte teórico raça/cor nas pesquisas de saúde do Governo do Maranhão dificulta o monitoramento das Políticas Públicas de Equidade, bem como na monitoração do acesso e utilização dos serviços de saúde e no direcionamento de políticas específicas para tratar as patologias que acometem a população negra.

5.2 Paralelos opostos: a transformação da equidade em iniquidade por falta de Políticas Públicas

A saúde seria o fator estrutural das metas da sociedade, por este motivo, a abordagem das externalidades e internalidades, identifica a distribuição da saúde - medida pelo grau de desigualdade em saúde - como um importante indicador não só do nível de igualdade e justiça social existente numa sociedade, como também o funcionamento do Sistema de Saúde na totalidade. Com base no disposto, a equidade em saúde funcionaria como um indicador do sucesso e do nível de coerência interna do conjunto de políticas de uma sociedade para uma série de setores.

Contraopondo-se a equidade, o termo iniquidade teria uma dimensão moral e ética, referindo-se às diferenças que são desnecessárias e evitáveis, mas, além disso, àquelas que também são consideradas injustas. Assim, para descrever uma determinada situação como injusta, a causa deve ser examinada e julgada injusta no contexto do que está acontecendo no resto da sociedade (WHITEHEAD, 2000).

As iniquidades em saúde causam sofrimento desnecessário e são fruto de condições sociais adversas ou de políticas públicas ineficazes. Essas iniquidades indicam a presença de fatores que prejudicam o desenvolvimento, a sustentabilidade ambiental, o bem-estar das sociedades e a capacidade de oferecer condições iguais para todos.

Essas iniquidades refletiriam não só as disparidades de renda e riqueza, como também diferenças nas oportunidades dadas aos indivíduos com base em fatores como etnia, raça, classe, gênero, nível educacional, deficiências, orientação sexual e localização geográfica, representando o chamado determinante social da saúde (OMS, 2011).

Whitehead e Dahlgren (2007) afirmam que essas iniquidades em saúde são injustas e evitáveis, pois são causadas por políticas públicas não saudáveis e estilos de vida influenciados por fatores estruturais. O nivelamento do estado de saúde dos grupos socioeconômicos menos privilegiados ao nível já alcançado pelos mais privilegiados deveria, portanto, ser uma dimensão fundamental de todas as políticas de saúde internacionais, nacionais e locais.

O critério utilizado para identificar quais situações são injustas ou evitáveis é o grau de escolha envolvido, se correlacionando assim com a teoria da escolha social de Sen. Onde as pessoas teriam pouca ou nenhuma escolha nas condições de

vida e de trabalho, as diferenças de saúde resultantes seriam mais propensas a serem consideradas injustas do que aquelas resultantes de riscos à saúde escolhidos voluntariamente. A sensação de injustiça aumenta para grupos onde as desvantagens se agrupam e reforçam umas às outras, tornando-os muito vulneráveis a problemas de saúde.

Para o presente estudo, torna-se importante identificar as desigualdades injustas sofridas pela população negra. Além de estarem mais expostos ao risco de morte violenta intencional, os negros também integram o grupo de brasileiros que têm, em geral, piores indicadores de saúde, expressos na maior incidência de doenças ³².

Por sua natureza biológica, na população negra encontram-se os maiores riscos de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, a exemplo da diabetes tipo 2, anemia falciforme e a pressão alta. Além desse fator, por conta da pobreza, salários mais baixos, racismo estrutural e institucional, alimentação deficitária e outros fatores externos, fazem com que a população negra viva com menos qualidade.

A alta vulnerabilidade às doenças somadas a maior influência dos determinantes sociais de saúde, e as baixas condições sanitárias, torna a população negra mais suscetíveis a alguns dos problemas de saúde.

Por ser as desigualdades sociais em saúde responsáveis por uma parte substancial da carga total de doenças nos estados de bem-estar social, torna-se necessárias definir as diferenças absolutas e relativas, para expressar iniquidades em saúde. Tal requisito justifica-se pelo fato de as Políticas Públicas que visam reduzir as desigualdades absolutas em saúde, enquanto estratégias gerais e orientadas para a equidade serem necessárias também para reduzir as diferenças relativas na saúde.

Para saber se as diferenças de saúde são consideradas injustas, depende de a pessoa afetada definir se, escolheu a situação que causou a doença ou se ela estava fora de seu controle direto. Por exemplo, por falta de recursos, os grupos sociais mais pobres podem ter pouca escolha, como a de viver em habitações inseguras e superlotadas, aceitar trabalhos perigosos e sujos ou passar por frequentes períodos de desemprego. Por outro lado, por exemplo, lesões de esqui sofridas com mais frequência por determinados grupos não despertariam o mesmo

³² Negros têm maior incidência de problemas de saúde evitáveis no Brasil, alerta ONU. Disponível em: < <https://brasil.un.org/pt-br/79061-negros-tem-maior-incidencia-de-problemas-de-saude-evitaveis-no-brasil-alerta-onu>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

sentimento de injustiça.

Por relacionar-se com a possibilidade de escolha da população mais afetada, aqui negativamente, sendo a liberdade pressuposto intrínseco do próprio processo, o princípio de justiça como escolha social acaba por ser afetado por não ter sido respeitada a liberdade de escolha nos processos sociais, logo, não haveria o que se falar em justiça (SEN, 2002).

Embora algumas das diferenças de saúde entre homens e mulheres possam se enquadrar na categoria de variação biológica, a exemplo de problemas de saúde devido a problemas específicos do sexo, como câncer do colo do útero e do ovário e não a causas sociais ou ambientais injustas. Outros fatores biológicos, como, por exemplo, deficiências pode reduzir as oportunidades de emprego e ganhos dos indivíduos diminuindo sua capacidade e liberdade. Isso, no que lhe concerne, significa que essas pessoas podem ter que viver em condições desfavoráveis que podem colocar em risco ainda mais sua saúde (WHITEHEAD, 2000).

Com vistas a implementar políticas de equidades sobre todos os determinantes sociais, é essencial melhorar as condições de saúde e reduzir as iniquidades, tendo o setor saúde um papel vital a desempenhar. Para isso ocorrer, o primordial seria identificar a população vulnerável, quantificar os riscos e as doenças e assim direcionar políticas públicas específicas para combatê-los.

Para combater as causas de iniquidades em saúde, as Políticas direcionadas deverão dispor inicialmente, de dados suficientes e de qualidade, e gerar evidência sobre desigualdades e iniquidades étnicas em saúde para a tomada de decisões políticas.

Ocorre que, em pese haver a necessidade de preenchimento do quesito raça/cor nas consultas públicas, a desobediência ou insuficiência de preenchimento desses dados torna inviável a possibilidade de aplicação de políticas de equidade no SUS.

O setor da Saúde possui papel fundamental na construção de um diálogo que explique os motivos para que a equidade em saúde sejam metas comuns para a sociedade na totalidade e a identificar quais outros setores podem se beneficiar do trabalho sobre os determinantes sociais. O setor saúde deve trabalhar com outros setores no sentido de reduzir diferenças nos níveis de exposição e a vulnerabilidade a riscos. Entretanto, para que este trabalho ocorra, torna-se necessário quantificar as doenças e especificidades dos usuários do SUS, através do quesito raça/cor.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011) afirma que o próprio sistema de saúde (atores, instituições e recursos cujas ações visam principalmente melhorar as condições de saúde), incluindo seus programas de saúde pública, são, em si, um determinante social, pois ao invés de reduzir as iniquidades em saúde, é comum que o setor saúde acabe por piorá-las, por exemplo, quando oferece melhor atenção e acesso aos segmentos que, comparativamente, não precisam tanto quanto outros.

Escolhas ligadas ao modo de financiamento dos sistemas de saúde e sobre a localização das unidades de saúde - além das atitudes dos profissionais da saúde em relação a diferentes grupos da sociedade - determinam de maneira crucial o impacto positivo ou negativo do setor saúde sobre as iniquidades em saúde.

Para ser possível reduzir as iniquidades em saúde no setor de saúde, seria necessário que os serviços fossem prestados de maneira equitativa para todos os grupos da sociedade e em todas as modalidades de atenção. Também seria fundamental aumentar a capacidade de ação dos programas de saúde pública sobre os determinantes sociais da saúde.

A abordagem da atenção primária colocaria o aumento da equidade como um valor central para o setor saúde, com a garantia da cobertura universal, a implementação de ações intersetoriais e a facilitação da participação e da negociação nos processos de liderança do setor saúde, se correlacionaria assim, com aquelas ligadas aos determinantes sociais por possuírem objetivos comuns.

Para compensar os problemas de desempenho na atenção de grupos populacionais menos favorecidos, estratégias dedicadas ao fortalecimento dos sistemas de saúde e dos programas de saúde pública precisariam institucionalizar um foco explícito na equidade no contínuo da atenção e em todas as funções do sistema de saúde. Isso significaria deixar as médias para trás e revelar disparidades não só em relação à saúde, como também em relação ao uso e à qualidade dos serviços, com isso será possível avançar nas prioridades de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011) cita como exemplo, mais difícil cumprir as principais metas - como as metas de Desenvolvimento do milênio e a eliminação da tuberculose - pelo fato do serviço não chegar a populações de difícil acesso. A implementação das reformas destinadas à renovação da atenção básica pode levar a um melhor desempenho em termos de equidade se feita no sistema de saúde na totalidade, por todos os seus componentes e funções: prestação de serviços;

profissionais de saúde; sistemas de informação; acesso a medicamentos, vacinas e tecnologias; financiamento para a saúde; e liderança.

O tamanho do papel das Políticas Públicas no país dependerá de quantificar inicialmente, quantos indivíduos vivem na situação de pobreza. Isso ocorre por a pobreza ser sempre um grande risco de saúde para os pobres enquanto, não afeta aos ricos. Cada país precisa de sua própria Análise de quais determinantes da saúde seriam os mais significativos para seu contexto nacional. O papel desempenhado pela pobreza, por exemplo, para um país de alto poder de compra pode ter menor importância do que para um país subdesenvolvido.

Portanto, é de fundamental importância distinguir entre os determinantes sociais da saúde para a população em geral e os determinantes sociais das iniquidades em saúde. A identificação e análise dos determinantes das iniquidades sociais em saúde, seria a melhor abordagem adotada pelo Governo para entender as causas determinantes das desigualdades sociais (DAHLGREN E WHITEHEAD, 2007).

Em que pese a análise dos fatores causais precise ser mais desenvolvida, pois os determinantes das iniquidades em saúde podem diferir dos determinantes sociais da saúde para toda a população – ou seja, os determinantes mais importantes da saúde podem diferir para diferentes grupos socioeconômicos, o fato de as raízes das desigualdades sociais em saúde serem encontradas na estrutura de classes da sociedade implica também na busca pela mudança da sociedade em si.

Logo, em tempos de recessão econômica, reivindicações concorrentes podem anular a meta de equidade em saúde, quando o crescimento econômico pode parecer muito mais importante do que a busca pelos ideais em saúde. No que diz respeito aos obstáculos de natureza prática, é preciso reconhecer que uma melhoria na saúde ou uma redução nas desigualdades em um país pode causar inadvertidamente uma deterioração da saúde, ou um aumento da desigualdade em outros (WHITEHEAD, 2000).

Com esse objetivo, o governo deveria financiar políticas públicas que interferisse nos setores que alavanquem e melhore a vida e saúde da população menos favorecida, como na saúde, educação e alimentação.

Por este motivo, no que diz respeito as ações na camada multissetoriais para combater as iniquidades em saúde, as melhorias nas condições de vida e trabalho, abastecimento de alimentos e acesso a bens e serviços essenciais, como

educação e saúde, podem impactar positivamente a saúde da população de modo geral.

Desta forma, ações na segunda camada dos determinantes sociais seriam muito importantes para a redução das iniquidades sociais em saúde, pois há fortes gradientes sociais nesses fatores.

A resposta a essas políticas precisaria ser multissetorial, pois, no que diz respeito, por exemplo, à educação, há uma estreita associação entre educação e saúde: quanto menor o desempenho educacional, pior o estado de saúde do adulto e vice-versa. O caminho entre melhor educação e melhor saúde pode ser direto – um maior conhecimento sobre saúde pode ajudar as pessoas a promover sua própria saúde e evitar riscos à saúde, incluindo comportamentos de risco; ou indireto – por influências sobre as categorias de trabalho abertos a uma pessoa instruída, a maior renda que ela pode obter e os níveis mais baixos de estresse que ela encontra como resultado de sua posição privilegiada (WHITEHEAD, 2000).

Ainda no que diz respeito à educação, frequentemente, são as pessoas que vivem em circunstâncias desfavorecidas que possuem um desempenho educacional mais baixo e menos acesso a serviços educacionais de boa qualidade. A educação é uma importante via de saída da pobreza para grupos desfavorecidos em muitos países.

Geralmente, as qualificações melhoram as chances das pessoas de conseguir um emprego e de ter melhores perspectivas de remuneração e o consequente aumento do padrão de vida. Isso, por sua vez, melhora as oportunidades de obter os pré-requisitos para a saúde – alimentação nutritiva, moradia segura, um bom ambiente de trabalho e participação social (WHITEHEAD, 2000).

O empoderamento dos indivíduos e grupo desfavorecidos seria outro objetivo na busca pela redução das iniquidades e consecução da equidade em saúde. Um governo democrático deveria incentivar a participação na comunidade, por seminários, entrevistas, consultas públicas, pois o processo democrático não deve ser subestimado (DALGREN; WHITEHEAD 2007).

Melhorar o nível da renda dos menos favorecidos, seja por políticas trabalhistas ou através da concepção de benefícios assistenciais para terem mais controle sobre suas vidas cotidianas, influenciaria e corroboraria com a diminuição de iniquidades, pois, ao fomentar políticas de equidade para grupos em vulnerabilidade possibilitará mobilidade social, de forma que os indivíduos dos estratos sociais mais

baixos, melhorem sua posição socioeconômica na sociedade.

Poderá influenciar também no tamanho da divisão social, melhorando a coesão social ao igualar a renda e as condições sociais da população e estimular um maior entendimento entre os grupos.

Corroborando com o entendimento, observou-se que, com os determinantes sociais da saúde geram estresse insalubre e são socialmente estruturados – relacionados à posição social –, seriam muito mais comuns entre pessoas com uma posição social baixa, em comparação com pessoas com uma posição social alta. A redução das iniquidades em saúde poderia ser pensada como o aumento da liberdade e do poder entre as pessoas com as possibilidades mais limitadas de controlar e influenciar sua própria vida e sociedade (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

Desta forma, com vistas a diminuir ou evitar iniquidades, principalmente em saúde, os Governos, Estados e Municípios deveriam ainda: 1. Implementar políticas alternativas para um determinante de saúde específico, visando uma perspectiva de equidade direcionada; 2. Garantir que os sistemas de informação em saúde forneçam informações sobre a distribuição de diferentes causas de morte e problemas de saúde percebidos por origem social e não apenas por idade e sexo e; 3. Desenvolver sistemas e indicadores específicos para monitoramento e análise dos determinantes sociais da saúde em geral (WHO, 2011).

Uma chance justa para todos também seria uma meta no combate as iniquidades em saúde e, também se refere à melhoria do nível de saúde (por ser a saúde um estratificador e rebaixador econômico-social).

Para ser possível garantir que o setor saúde reduza - e não aumente - as iniquidades em saúde, também seria necessário que os serviços fossem prestados de maneira equitativa para todos os grupos da sociedade e em todas as modalidades de atenção. Aumentar a capacidade dos programas de saúde pública de ação sobre os determinantes sociais da saúde também seria outro passo importante, pois, se o setor saúde não estiver combatendo as iniquidades em saúde, não estará em boa posição para pedir a outros setores que implementem ações sobre os determinantes sociais (OMS, 2011).

Por outro lado, Whitehead (2000) afirma que produtos ou processos de produção prejudiciais à saúde podem ser proibidos por motivos de saúde em um país, desde que houvesse a colaboração irrestrita entre diversos setores, órgão ou países.

Superar tais obstáculos requereria, um exercício de conscientização por parte do setor saúde, para explicar a verdadeira extensão do problema e aumentar a compreensão dos efeitos das diversas políticas na saúde, especialmente dos grupos vulneráveis, sendo este um processo de mão dupla, o setor saúde também precisaria se conscientizar das muitas iniciativas que estão acontecendo em outros setores e que possuem um efeito positivo na saúde (WHITEHEAD, 2000).

Com todo o exposto, para haver uma diminuição das iniquidades em saúde e principalmente na saúde da população negra, o governo deverá Reconhecer os afrodescendentes como grupos vulneráveis e suscetíveis a presença dos determinantes em saúde e das iniquidades em saúde; garantir que princípios de justiça sejam garantidos aos afrodescendentes; que Políticas Públicas objetivando o desenvolvimento dos afrodescendentes sejam implantadas; e por fim, que seja diminuída ou extinguida a discriminação múltipla, ou agravada dos afrodescendentes.

5.3 A atuação do Ministério Público do Maranhão na garantia da efetividade da Política Estadual de Saúde Integral da população negra

Para que uma abordagem ligada aos determinantes sociais possa ser adotada, os governos precisam conseguir coordenar e alinhar setores e tipos de organização diferentes para terem a saúde e o desenvolvimento como meta coletiva.

A construção da governança, através da qual todos os setores se responsabilizam pela redução das iniquidades em saúde, seria essencial. A ação intersetorial - ou seja, a realização de um trabalho de fato integrado entre os setores – seria o componente-chave para o processo.

A busca pela saúde seria uma estratégia política que ilustra como a saúde poderia ser meta compartilhada do governo na totalidade, assim como um indicador comum de desenvolvimento, desde que diversos setores da sociedade e das Instituições do Sistema de Justiça se integrem e combatam efetivamente as iniquidades e os determinantes sociais que afetam a vida e saúde da população negra, visando assim efetivar o princípio da equidade, em especial no Sistema de Saúde.

A saúde em todas as políticas, sublinha as relações mais importantes entre as metas econômicas e as sociais mais amplas, e coloca a melhoria da saúde da população e a redução das iniquidades em saúde como problemas complexos, mas prioritários, que demandariam uma resposta política integrada entre os setores.

Mas, seria possível que instituições de justiça predominantemente organizada por uma classe hegemônica branca, desenvolver seu trabalho com a imparcialidade necessária para que princípios de justiça sejam aplicados as classes sociais mais vulneráveis? Trataremos inicialmente sobre a hegemonia no funcionalismo público.

No que diz respeito ao Poder Judiciário, o CNJ (2014), publicou estudo afirmando que o perfil médio do magistrado brasileiro seria o de homem, branco, católico, casado e com filhos. De acordo com esse estudo, os homens representam 84% dos ministros; 77% dos desembargadores; 61% dos juízes titulares e 56% dos juízes substitutos, ao passo que as mulheres representariam 16% dos ministros; 23% dos desembargadores; 39% dos juízes titulares e 44% dos substitutos.

Dos 11.348 entrevistados, 80,3%, se declarou da raça branca, 18% negra (16,5% pardas e 1,6% pretas), e 1,6% de origem asiática. Apenas 11 magistrados se declararam indígenas. Dos que entraram na carreira a partir de 2011, 76% se declararam brancos ³³.

O principal problema encontrado quanto a um judiciário majoritariamente branco diz respeito ao que estes sentem e entendem sobre o racismo, discriminação e políticas de equidade.

Para os juristas, em sua maioria, a discriminação racial descreveria apenas uma série de ações individuais cujas consequências devem ser solucionadas por meio da responsabilização de indivíduos específicos. A solução para os problemas que negros enfrentam requereria apenas a neutralização das práticas que impedem que essas pessoas, possam ter acesso a direitos.

Por serem indiferentes em relação ao problema da subordinação racial, pensam que o sistema jurídico deve apenas neutralizar aquelas ações irracionais que violam o ideal de tratamento simétrico. Um judiciário homogeneamente branco interpretaria a igualdade a partir de uma perspectiva procedimental (MOREIRA, 2018).

Ao dispor sobre os dados do funcionalismo público no Poder Executivo, a pesquisa mais recente, de 2014, realizada pelo Enap, demonstra que 51,7% dos funcionários se declaram brancos, 22,4% pardos, 4,1% negro, 3,4% amarelo e 0,3% indígena. Situação que evidencia a disparidade das classes diz respeito ao número

³³ CNJ, Conselho Nacional de Justiça. Perfil Sociodemográfico dos Magistrados Brasileiros 2018. Disponível em: <https://securservercdn.net/45.40.146.38/rb3.20c.myftpupload.com/wp-content/uploads/2018/09/CNJ_PerfilSociodemograficoMagistradosBrasileiros-2018.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2022.

de ocupantes de cargos altos no Executivo, nos cargos DAS-5 e 6, mais de 73% dos funcionários se declaram brancos, ao passo que cerca de 13% são negros/pardos ³⁴.

Ao analisarmos o Poder Legislativo, no Brasil, o quadro atual também é o de sub-representação da população preta ou parda na Câmara dos Deputados, nas Assembleias Legislativas Estaduais e nas Câmaras de Vereadores. Com efeito, 75,6% dos deputados federais; 77% dos desembargadores; 71,1% dos deputados estaduais e 57,9 % dos vereadores se declararam brancos, ao passo que 24,4% no legislativo federal, 28,9% no estadual e 42,1% dos vereadores eleitos se declaram negros.

O aumento na representação política resultaria no fortalecimento da consciência de raça por parte da população, bem como resultaria em maiores direcionamentos de políticas públicas de equidade para a população negra.

Os dados, que mostram um contraste entre o total de funcionários públicos brancos em relação ao total que se declaram negro ou pardo, evidenciam o racismo estrutural persistente em todas as relações de poder. Por ser o racismo estrutural uma maneira como as sociedades se organizam para privilegiar com suas práticas e normas um grupo social ou étnico, acaba por excluir completamente outros grupos da participação em instituições sociais.

O pensamento monocrático no Poder Judiciário, Legislativo e Executivo impacta negativamente na prestação da jurisdição, bem como na distribuição da justiça, na formulação de Legislações de equidade e na execução de Políticas Públicas. A ausência de diversas perspectivas de vida, experiências e participações conduz à jurisdição falha, partindo de realidades distorcidas, o que acaba por ser percebido pela sociedade, quando exteriorizadas na essência das decisões.

Para evitar que Políticas Públicas, legislação/decretos de equidade sejam desrespeitados ou ineficazes, seria necessária a criação de um Órgão Público responsável pela fiscalização das leis/decretos/políticas públicas.

Por não fazer parte de nenhum dos três Poderes, ao Ministério Público é incumbida a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

Como uma das instituições que compõem o sistema de justiça no Brasil, às

³⁴ ENAP, Escola Nacional de Administração Pública. Servidores Públicos Federais por raça/cor. 2014. Disponível em: <<https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1700/4/Folder%20servidores%20p%20c%203%20b%20ablicos%20federais%20ra%20c%20a7a-cor%202014.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2022.

duas principais funções pelas quais o Ministério Público possui é a de *custos legis* (fiscal da lei) e a de titular da ação penal pública.

O Ministério Público tanto provoca a prestação jurisdicional como órgão do Estado, destinado a fazer valer normas indisponíveis de ordem pública, como também quando auxilia um particular, ou substitui sua iniciativa, no zelo de interesses indisponíveis do cidadão. Embora o Ministério Público tenha inúmeras funções, como na aprovação de acordos extrajudiciais e no atendimento ao público, ele atua primordialmente naqueles feitos submetidos à prestação jurisdicional em que haja algum interesse indisponível, difuso ou coletivo, ligado à qualidade de uma das partes ou à natureza da própria *lide*.

O Ministério Público possui relevância constitucional por tratar-se de Instituição permanente (cláusula pétrea) que trabalha em condição de igualdade e liberdade, sendo este pressuposto da Democracia; atua no caso de inércia do Poder Judiciário trazendo efetividade do acesso à Justiça, defendendo desta forma, maiores valores sociais.

No que diz respeito a sua autonomia, esta encontra-se prevista no art. 127, § 2º, da CF, que aduz que ao Ministério Público é assegurada autonomia funcional, administrativa e financeira, sendo inclusive delineado como princípio institucional do órgão a unidade, a indivisibilidade e a independência funcional.

As funções institucionais do Ministério Público estão previstas no art. 129 da Constituição Federal, que assim dispõe:

Art. 129, CF. São funções institucionais do Ministério Público:
I - promover, privativamente, a ação penal pública, na forma da lei;
II - zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia;
III - promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos;
IV - promover a ação de inconstitucionalidade ou representação para fins de intervenção da União e dos Estados, nos casos previstos nesta Constituição;
V - defender judicialmente os direitos e interesses das populações indígenas;
VI - expedir notificações nos procedimentos administrativos de sua competência, requisitando informações e documentos para instruí-los, na forma da lei complementar respectiva;
VII - exercer o controle externo da atividade policial, na forma da lei complementar mencionada no artigo anterior;
VIII - requisitar diligências investigatórias e a instauração de inquérito policial, indicados os fundamentos jurídicos de suas manifestações processuais;
IX - exercer outras funções que lhe forem conferidas, desde que compatíveis com sua finalidade, sendo-lhe vedada a representação judicial e a consultoria jurídica de entidades públicas.

Como titular da ação penal pública, o MP está encarregado de acionar o Poder Judiciário objetivando a aplicação da pena nos crimes penalmente codificados. Apesar de o direito de punir ser de exclusividade do Estado, o Ministério Público é o órgão estatal que possui a responsabilidade de desenvolver a acusação no processo criminal, podendo ser substituído de modo subsidiário pela vítima ou seu representante em algumas situações específicas.

Como responsável por promover a ação civil pública o MP tem a possibilidade de acionar o Poder Judiciário para promover a defesa de direitos transindividuais, conhecidos como direitos difusos e coletivos.

Na esfera criminal, o MP tem o dever de promover em juízo a apuração dos delitos e a responsabilização dos seus autores. Ele pode e deve agir a favor do próprio réu, razão pela qual pode inclusive impetra *habeas corpus* em seu benefício. No que diz a acusação penal, o réu tem o direito de ser acusado por um órgão independente do Estado, escolhido previamente por critérios legais. Justifica-se, para ser abolida toda e qualquer forma de manipulação na escolha do órgão acusador.

Ainda no que diz respeito a titularidade da ação penal, o Ministério Público é um fator da própria imparcialidade judicial nos julgamentos, porque possibilita o princípio da inércia da jurisdição. Na esfera cível, o Ministério Público pode tomar a iniciativa de provocar o Poder Judiciário, ser órgão interveniente, nos processos em que deve zelar pela indisponibilidade de seus interesses ou suprir alguma forma de inferioridade e naqueles que, pela natureza da *lide*, pode existir um interesse público a zelar.

No que diz respeito a promoção da Ação Civil Pública, prevista no art. 129, inciso III da CF, entende-se por patrimônio social: o patrimônio da sociedade na totalidade, da coletividade, ou seja, busca-se alcançar valores como a flora, a fauna, o próprio ar que respiramos.

Quanto a sua primordial função, a de "*custus legis*", a atuação do MP como fiscal da lei, não deve ser levada literalmente. O Ministério Público também é fiscal de Políticas Públicas, decretos, serviços públicos, ele é "O fiscal", constitucionalmente previsto para acompanhar demandas envolvendo direitos individuais, difusos e coletivos indisponíveis, nesses casos, o MP atuaria como órgão interveniente, constituindo um terceiro elemento, ao lado do juiz e das partes em conflito, representando o Estado e sua função pública de zelar por direitos indisponíveis e

interesses de indivíduos classificados juridicamente como incapazes (ARANTES, 1999).

Arantes (1999) afirma que muito embora o Ministério Público não participe do processo elaborativo das leis, ele vela pela sua observância; e que embora não integre o ato jurisdicional é essencial à sua prestação. Analisando suas principais funções institucionais, o MP possui primordialmente, uma natureza administrativa.

Como observado, o Ministério Público de fato é essencial à prestação jurisdicional, quando se trata de proteger os interesses sociais ou individuais indisponíveis, tendo sua responsabilidade de guardião da ordem jurídica ser considerada perante todos os Poderes do Estado.

O Ministério Público também possui como função institucional, o dever de zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição Federal, promovendo as medidas necessárias à sua garantia (art. 129, inc. II, CF).

Para o exercício das funções constitucionalmente previstas, a legislação infraconstitucional atribui ao Ministério Público uma atividade fiscalizatória geral, em relação a órgãos, pessoas e/ou autoridades da administração direta, indireta, autárquica ou fundacional, podendo o órgão do Ministério Público: a) receber petições, reclamações ou representações de pessoas interessadas; b) instaurar, presidir ou determinar a abertura de sindicâncias para apurar denúncias que lhe cheguem; c) requerer a instauração de comissão parlamentar de inquérito, podendo acompanhar seus trabalhos; d) expedir notificações para comparecimento e requisitar informações, documentos e explicações; e) realizar audiências públicas com entidades da sociedade civil e; f) propor as ações judiciais necessárias (MAZZILLI, 2007).

Enfim, o promotor de Justiça exerce sua tarefa, seja na área preventiva — tarefa de pacificador social e composição de conflitos, na fase posterior à violação da lei, como também atua como órgão autor ou órgão interveniente, quer provocando a atuação jurisdicional, quer nela intervindo.

Em todas suas atividades o Ministério Público sempre atua na defesa daquele interesse público primário, em busca de relevantes valores democráticos, em especial para a presente pesquisa, garantia da efetividade da Política Estadual de Saúde Integral da população negra (STC, 2017).

Para a presente pesquisa, buscou-se analisar a atuação do Órgão Público na (ou tentativa de) efetivação da PESIPN e a PNSIPN, sendo constatado, por pesquisa em sítios na 'internet', uma atuação tímida quase insuficiente.

No sítio do Ministério Público do Maranhão foram encontradas matérias em que o órgão atua na promoção da política, mas em especial, àquela direcionada à população quilombola e algumas direcionadas à diminuição dos determinantes sociais na população³⁵, atuando segundo os planos estabelecidos na Política Nacional e Estadual de Saúde Integral da População Negra.

Como já tratado anteriormente, para que os impactos dos determinantes sociais em saúde sejam diminuídos na saúde da população negra é necessário que se desenvolvam ações no plano do Acesso, Promoção, Educação, Fortalecimento e Análise. As ações desenvolvidas pelo Fiscal de Políticas Públicas, serão a seguir apresentadas.

No Plano do Acesso da População Negra às Redes de Atenção à Saúde e o da Promoção e Vigilância em Saúde não foram encontradas iniciativas do Ministério Público na defesa destes eixos estratégicos.

No plano do fomento da produção e da comercialização de produtos e objetivando ampliar a participação da população negra no mercado de trabalho, o governo do Maranhão não constituiu centros de iniciação de trabalho, bem como de apoio à qualificação e aperfeiçoamento profissional e aos projetos de agroecologia, extrativismo e economia criativa que se desenvolveriam em comunidades predominantes de pessoas negras e o MP como fiscal de políticas públicas, não fiscalizou essa importante política de equidade.

No terceiro eixo, o da Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra, encontrou-se iniciativas baseadas na simples reflexão sobre o estabelecimento de ensino da história e cultura afro-brasileira nas escolas ³⁶, palestras sobre a igualdade racial nas escolas ³⁷, sobre o

³⁶ **Ministério Público promove discussão sobre o ensino da cultura afro-brasileira nas escolas.** Disponível em: <<https://www.mpma.mp.br/index.php/lista-de-noticias-gerais/17442-ministerio-publico-promove-discussao-sobre-o-ensino-da-cultura-afro-brasileira-nas-escolas>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

³⁷ **ESMP promove Oficina de Educação em Direitos para jovens da Cidade Operária. As palestras abordaram temas ligados à igualdade de gênero e racial.** Disponível em: <<https://www.mpma.mp.br/index.php/lista-de-noticias-gerais/17915-esmp-promove-oficina-de-educacao-em-direitos-para-jovens-da-cidade-operaria>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

fortalecimento da cultura negra ³⁸ e alguns programas de conscientização da identidade quilombola ³⁹.

No quarto eixo, que trata sobre o Fortalecimento da Participação Social, do Controle Social e dos Vínculos Afetivos encontrou-se atuação por meio da escuta das reivindicações de representantes dos terreiros de religiões de matriz africanas ⁴⁰ (mas nenhuma atuação concreta de defesa) e da criação de núcleos de promoção de Direitos ⁴¹.

Por fim, no que diz respeito ao quinto e último eixo, no plano do Monitoramento e Análise das Políticas Públicas este só seria possível através do monitoramento das desigualdades raciais em saúde por meio dos sistemas de informação que subsidiaria na formulação de políticas públicas e permitiria a comparação entre perfis epidemiológicos e a Análise de equidade na utilização de serviços de saúde.

Neste eixo, também não foram encontradas atuação do Órgão visando, por exemplo, o preenchimento do quesito raça/cor fosse preenchido (o que efetivaria as políticas de equidade), Análisar se as diretrizes da PNSIPN ou da PESPN estariam sendo observadas, ou monitorando a atuação do setor saúde com vistas a saber se essas políticas estariam sendo respeitadas.

³⁸ **Exposição “Consciências” é aberta no Centro Cultural do MPMA.** A mostra apresenta pinturas, desenhos e esculturas feitas com diferentes técnicas e por artistas maranhenses negros. Disponível em: <<https://www.mpma.mp.br/index.php/lista-de-noticias-gerais/18528-exposicao-consciencias-e-aberta-no-centro-cultural-do-mpma>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

³⁹ **Conscientização de moradores da Liberdade sobre identidade quilombola é debatida.** Em setembro de 2021, o Ministério Público do Maranhão e a Prefeitura de São Luís, em parceria com entidades comunitárias do bairro da Liberdade – reconhecido como quilombo urbano pela Fundação Palmares –, debateram estratégias para sensibilizar os moradores sobre a importância de se identificarem como quilombolas. Disponível em: <<https://www.mpma.mp.br/index.php/lista-de-noticias-gerais/18333-sao-luis-conscientizacao-de-moradores-da-liberdade-sobre-identidade-quilombola-e-debatida>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

⁴⁰ **MPMA participa de audiência pública sobre terreiros de religiões africanas.** A sessão foi solicitada em novembro de 2021, pela Associação de Terreiros de Cultura e Religião de Matriz Africana (Astercma) e teve como pauta discutir reivindicações dos povos de terreiros da Região Tocantina, fazendo menção ao Dia Nacional da Umbanda e à Semana da Consciência Negra. Disponível em: <<https://www.mpma.mp.br/index.php/lista-de-noticias-gerais/18514-imperatriz-mpma-participa-de-audiencia-publica-sobre-terreiros-de-religoes-africanas>>. Acesso em: 18 jan. 2022.

⁴¹ **Ministério Público cria Núcleo de Promoção da Diversidade.** O núcleo vai observar os princípios da dignidade da pessoa humana, cidadania, não discriminação, inclusão social, equidade, acessibilidade, pluralismo cultural, liberdade de consciência e de crença, liberdade de convicção filosófica ou política e qualidade de vida no ambiente de trabalho. Disponível em: <<https://www.mpma.mp.br/index.php/lista-de-noticias-gerais/17422-ministerio-publico-cria-nucleo-de-promocao-da-diversidade>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

No que diz respeito as ações do Ministério Público na busca pela diminuição do impacto dos Determinantes Sociais na População Negra, além de outras ⁴², o Ministério Público do Maranhão adotou uma importantíssima iniciativa: a criação em parceria com a CEMAR do projeto ILUMINAR que dá desconto tarifário na conta de energia das famílias carentes do bairro Liberdade (terceiro bairro com a maior concentração de negros de São Luís) ⁴³.

Apesar de ser possível observar que o MP/MA teve atuações, ainda que tímidas no campo da conscientização da população, por possibilitar palestras, seminários, estudos e apresentações objetivando a conscientização do racismo, no plano da saúde da população negra em si, o MP foi omissivo. Não houve direcionamento específico de ações, defesa ou fiscalização das Políticas de equidade pelo fato de o próprio governo maranhão ser omissivo no transpasse das políticas, do papel para o plano da realidade.

Como já explicado, na população negra concentra-se os maiores indicadores de anemia falciforme, câncer de colo de útero e mama, miomatose uterina, diabetes mellitus, hipertensão arterial, DST/AIDS, tuberculose, leishmaniose, alta taxa de mortalidade materna, neonatal e juvenil, entre outras patologias.

Ocorre que, como disposto no próprio Plano Estadual de Saúde (2020 - 2023) elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde, como não há como quantificar a presença dessas patologias nas pessoas negras moradoras do Maranhão e de São Luís, haja vista não haver o preenchimento do recorte teórico raça nas pesquisas de saúde, não haveriam políticas/ações de saúde, direcionadas especificamente para o combate dessas doenças na população negra.

Já no plano da educação, a principal atuação do Ministério Público no que

⁴² **MPMA requer serviços de saneamento básico em ruas do município de Passagem Franca.** Em março de 2021, a Promotoria de Justiça de Passagem Franca propôs, Ação Civil Pública, com pedido de liminar, para que sejam realizados, serviços de saneamento básico (drenagem, escoamento e manejo das águas pluviais, limpeza e fiscalização preventiva das redes) em Passagem Franca. Disponível em: <<https://www.mpma.mp.br/index.php/lista-de-noticias-gerais/17783-passagem-franca-mpma-requer-servicos-de-saneamento-basico-em-ruas-do-municipio>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

⁴³ **Implementação do Projeto Iluminar no bairro da Liberdade.** Lideranças da Liberdade participaram de reunião em setembro de 2021, que buscava não apenas a sensibilização dos moradores da Liberdade - bairro de São Luís declarado quilombo urbano pela Fundação Palmares - para se autodeclararem quilombolas no Cadastro Único (CadÚnico) como também objetivava garantir a Tarifa Social Baixa Renda aos moradores de baixa renda do bairro, por meio do Projeto Iluminar, criado pelo Ministério Público do Maranhão em parceria com a empresa Equatorial Energia. Disponível em: <<https://www.mpma.mp.br/index.php/lista-de-noticias-gerais/18307-sao-luis-reuniao-discute-implementacao-do-projeto-iluminar-no-bairro-da-liberdade>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

diz respeito a Política de Equidade direcionada a população negra foi ajuizamento, em novembro de 2021, de Ação Civil Pública (ACP) declaratória contra o Município de São Luís e o Estado do Maranhão, visando ao reconhecimento, pela Justiça, da existência de racismo estrutural no âmbito da rede pública municipal de ensino.

Nesta ACP, o Ministério Público requer que o Poder Judiciário reconheça que o Município de São Luís nega o direito à educação de qualidade às populações pobres e negras, mantendo-as em condições de subalternidade e ressalta não apenas que o quadro de precariedade na estrutura escolar municipal foi agravado no período da pandemia da Covid-19, como também que a baixa qualidade da educação no Município de São Luís é um dos principais fatores que contribuem para a existência do racismo estrutural que mantém a população negra em condição de inferioridade em relação aos demais indivíduos ⁴⁴.

Entretanto, visando operacionalizar a política de Igualdade Social, criou-se o Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos (CAOP/DH) sendo este, um órgão do Ministério Público Estadual, não executivo cujo fim é auxiliar órgãos executores na inserção das Leis Federal de nº 10.639/2003 e 11.645/2008 ⁴⁵ que inseriram no calendário escolar a história africana e afro-brasileira projeto voltado para ouvir as demandas da sociedade.

A Secretaria de Igualdade Racial, visou inserir no currículo escolar a história das populações afrodescendentes e no ano de 2018, destacou atuação do CAOP/DH no Viva Quilombo com a finalidade de discutir e debater com os organismos e os movimentos sociais o reconhecimento das áreas remanescentes de quilombos no Estado do Maranhão levantando os entraves ao reconhecimento dos territórios.

⁴⁴ MPMA requer reconhecimento da existência de racismo estrutural no sistema de educação municipal. Em novembro de 2021 a 2ª Promotoria de Justiça Especializada na Defesa da Educação de São Luís ajuizou, uma Ação Civil Pública declaratória contra o Município de São Luís e o Estado do Maranhão, que visa ao reconhecimento, pela Justiça, da existência de racismo estrutural no âmbito da rede pública de municipal de ensino. O Ministério Público do Maranhão requer, ainda, na ação, que o Município de São Luís seja obrigado a estruturar um programa de busca ativa, diante do quadro de evasão escolar ampliado pela pandemia e pela própria estrutura escolar precária na rede municipal de ensino. Disponível em: < <https://www.mpma.mp.br/index.php/lista-de-noticias-gerais/18531-sao-luis-mpma-requer-reconhecimento-da-existencia-de-racismo-estrutural-no-sistema-de-educacao-municipal> >. Acesso em: 20 jan. 2022.

⁴⁵ Alteram a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, modificada pela Lei no 10.639, de 9 de janeiro de 2003, que **estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena”**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11645.htm>. Acesso em: 18 jan. 2022.

Um dos objetivos do CAOP/DH era o de impedir que continue o desrespeito, a intolerância e o desacato às religiões de matriz africana, as pessoas afrodescendentes e a população negra. Para promoção das políticas de equidade o Ministério Público, através da defesa das políticas de cotas que dará acesso a jovens negros ao ensino superior e a pessoas negras à concurso público.

O CEIMAR (2017), destacou não haver democracia sem igualdade racial. De fato, a apartação que existe no Brasil se origina na desigualdade de acesso ao conhecimento e que quando não há conhecimento, não há acesso ao trabalho, não há acesso à riqueza e não há democracia, desta forma, as ações e Políticas Públicas que visam a igualdade racial e a equidade em direito, deve ser aplicada pelo direito e fiscalizadas por quem detêm esse poder de fiscalização.

Ocorre que, uma das razões de as políticas públicas de equidade não serem fiscalizadas pode dizer respeito a falta de consciência, do próprio fiscal das leis, sobre essa necessidade. Imperioso destacar que, embora haja hegemonia de classe do funcionalismo público nas três esferas de poder que tratamos no começo do capítulo (maioria formada por homens brancos e casados), não foram encontrados dados oficiais sobre o quantitativo de membros negros (ou brancos) no Ministério Público, em especial o do Maranhão.

Cumprе ressaltar, entretanto, que o Conselho Nacional da Justiça, possui Política Pública específica de cotas étnicos-raciais dos concursos públicos ⁴⁶, sendo este direito defendido inclusive pelo MP/MA ⁴⁷, e visaria aumentar o quantitativo de

⁴⁶ Resolução nº 170, de 13 de junho de 2017 do CNJ, dispõe sobre a reserva aos negros do mínimo de 20% (vinte por cento) das vagas oferecidas nos concursos públicos para provimento de cargos do Conselho Nacional do Ministério Público e do Ministério Público brasileiro, bem como de ingresso na carreira de membros dos órgãos enumerados no art. 128, incisos I e II, da Constituição Federal, dando concretude ao disposto no Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010) e na Lei de Cotas (nº 12.990/2014), bem como, ao decidido pelo Supremo Tribunal Federal na ADPF nº 186/2014.

⁴⁷ **DEFESA DO PERCENTUAL DE COTAS EM CONCURSO.** O Ministério Público do Maranhão acionou judicialmente, no dia 02 de fevereiro de 2021, a Câmara de Vereadores de São Luís por descumprir o percentual mínimo de 20% destinado a candidatos pretos e pardos no concurso público da instituição. Das 114 vagas no edital, apenas 13 foram reservadas para os cotistas. O correto seria a destinação de 23 vagas para tais candidatos. A Ação Civil Pública (ACP), com pedido de liminar, foi ajuizada pela titular da Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Fundamentais, que solicitou ao Poder Judiciário que obrigue o Legislativo municipal, no prazo de 15 dias, a adotar medidas para corrigir o quadro de vagas. Também foi pedida a fixação de multa diária de R\$ 10 mil a qualquer dos responsáveis que, eventualmente, descumpram a decisão judicial, se deferida. A investigação foi iniciada após denúncia registrada na Ouvidoria do MPMA, em 2019. Após solicitação de informações sobre o certame, o Poder Legislativo informou que caberia à Fundação Sousem, responsável pela aplicação, prestar as informações. A fundação informou que o percentual de 20% para candidatos negros havia sido respeitado, pois teriam sido destinadas 44 vagas por todo o quadro de entrada direta e cadastro de reserva. Disponível em: <https://www.mpma.mp.br/index.php/lista-de-noticias-gerais/11/17646>. Acesso em: 17 jan. 2020.

promotores negros.

Apesar desta possibilidade, no Sistema Integrado de Gestão de Pessoas (Sigepe) inexistiu informação sobre se o servidor ingressou no funcionalismo público pela reserva de vagas de cotas raciais, o que dificultaria ainda mais o processo de Análise da política de cotas na administração federal.

Por fim, somente a um governo democrático, conviria um Ministério Público forte e independente, pois cabe-lhe combater o descumprimento à lei e das Políticas Públicas. Entretanto, não bastaria isso, um Ministério Público forte e verdadeiramente consciente do seu papel de fiscal de Políticas de Equidade, em especial aquelas direcionadas à população negra, contribuiria para assegurar liberdades e garantias democráticas. Nos países em que há um Ministério Público forte, mas não independente, os agentes do governo interfeririam na sua atuação assim como acontecia na era imperial (MAZZILLI, 2007).

CONCLUSÃO

A Pesquisa foi desenvolvida a partir do levantamento de dados qualitativos sobre os determinantes sociais em saúde, em especial aqueles relacionados a saúde da população negra, sobre as políticas de equidades do Sistema Único de Saúde, as teorias de Justiça de Sen e Rawls e as concepções de saúde da Organização Mundial de Saúde, de Daniels e de Correa-Lugo. Todo o estudo foi direcionado às Políticas Nacionais e Estaduais de Saúde Integral da População Negra que objetivam implementar no SUS, tratamento diferenciado para necessidades diversas.

No que tange aos resultados da Análise dessas Políticas Públicas e da atuação do Ministério Público do Maranhão, destaca-se primeiro resultante desse estudo a existência de Legislação (leis e decretos) específicas que criaram perante o Estado a possibilidade de exequibilidade, por parte do usuário, da implementação de todos os direitos garantidos. Em seguida, demonstrou-se que além da PNSIPN a própria política estadual de saúde da população negra reconhece a existência de fatores externos e internos que interferem na vida/saúde desta população vulnerável.

Ocorre que, como se demonstrou, a presença de determinantes sociais perpetua-se e consolida-se na estrutura social brasileira haja a vista a existência do racismo estrutural e institucional velado, que interfere não apenas na elaboração de Políticas Públicas de Equidade como também na execução dessas Políticas, razão pelo qual se torna imperioso que o fiscal das Leis e Políticas Públicas atue incansavelmente para ver importante direito sendo consolidado.

Além disso, as evidências dos estudos apontam que as mais importantes diretrizes propostas no Estatuto Estadual da Igualdade Racial e àquelas previstas pela Secretaria de Estado da Igualdade Racial não vêm sendo implementadas, pois, muito embora seja importante o uso de debates, seminários e cursos para se promover o conhecimento sobre a existência e impacto do racismo e dos DSS na população negra, imperioso é que o Estado execute o tratamento diferenciado necessário à consecução de saúde integral desta população.

Ocorre que, como a própria Secretaria Estadual de Saúde identifica, tal possibilidade somente realizar-se-á quando o quesito raça/cor for preenchido corretamente nos formulários do SUS, visto que, para se obter um diagnóstico da situação de saúde da população negra, que torne eficiente a equidade na saúde seria necessário o preenchimento do sistema de informação, pois os indicadores de saúde

devem considerar todas as variáveis existentes. Políticas direcionadas para patologias e grupos específicos deve considerar o número e local exato em que estes se encontram.

A ausência do preenchimento do quesito raça/cor, como também de um formulário que identifique as patologias e necessidades do usuário negros do SUS, torna toda a legislação direcionada a Saúde Integral da População Negra inóspita já que, se não há dados suficientes para orientar as políticas, os planos e os programas, que visam mudanças nas condições de vida e no cuidado não seriam ineficazes e dispendiosos por ser impossível identificar as necessidades reais dos grupos vulneráveis. A ausência de quantificador ocasionaria investimentos incorretos, mantendo e/ou agravando as desigualdades.

Desta forma, o estado de bem-estar físico, mental, espiritual descrito pela OMS (e insculpido na Constituição Federal Brasileira) como saúde não poderia ser traduzido apenas como ausência de sinais e sintomas de doenças. Por ser a condição de saúde influenciado pelo meio ambiente e pela sociedade, deverá ser assegurado e exigível perante o Estado por tratar de um direito que influencia nas políticas sociais e deriva da justiça distributiva.

Derivando da busca pela equidade de Rawls (2003), Daniels (2008) aduze que, a saúde se relaciona com a oportunidade. Se o indivíduo está enfermo ou é menos favorecido, possui menor oportunidade de melhorar de vida. Assim, a justiça em saúde, diria respeito a se admitir injustiças em saúde e às formas de se distribuírem recursos em saúde justamente - equidade.

Embora a teoria de Rawls (2003) tenha sido elaborada para as instituições políticas, sociais e econômicas, não poderia ser entendida apenas como uma concepção moral geral a ser aplicada à estrutura básica da sociedade, sendo sua teoria de justiça como equidade uma alternativa ao utilitarismo e ao intuicionismo. Para o autor, todos os valores sociais ou os bens primários sociais essenciais, devem ser distribuídos igualmente, exceto se a distribuição desigual, de um ou de todos esses valores, fosse efetuada para o benefício de todos. Sendo assim, seria injustiça a desigualdade por que não servir ao bem de todos.

Os conceitos de equidade apresentados por Rawls, Daniels e Sen apresentam grande influência dos pressupostos de Whitehead (1991), à medida que relacionam diferentes situações de saúde com a questão da justiça, sendo a equidade um meio para diminuir ou eliminar disparidades em saúde.

A limitação do conceito de equidade seria compreendida pela dificuldade em operacionalizá-lo, visto que um princípio social se trata de um valor abstrato, reportando a aspectos éticos e morais. Sendo assim, a equidade em saúde seria melhor vista como um conceito multidimensional que incluiria aspectos relacionados à conquista da saúde e à possibilidade de alcançar a boa saúde, e não apenas à distribuição dos cuidados de saúde devendo atentar para a ausência de discriminação na prestação de cuidados de saúde.

Além disso, um bom compromisso com a equidade em saúde requereria que as considerações de saúde fossem integradas às questões mais amplas de justiça social e equidade global, prestando atenção suficiente à versatilidade de recursos e a diferença de alcance dos diferentes acordos sociais (SEN,2002).

A equidade em saúde distinguiria desta forma, a igualdade nas conquistas em saúde (ou as correspondentes possibilidades e liberdades – justiça como escolha social e justiça como equidade) e igualdade na distribuição dos recursos de saúde, sendo que as teorias de justiça devem ocupar uma posição central na equidade em geral e na equidade em saúde em particular.

Conclui-se que a equidade em saúde diz respeito a busca pela justiça no Sistema Único de Saúde. Somente se alcançaria essa justiça quando os diferenciais em saúde (principalmente os evitáveis) forem observados, avaliados e diminuídos.

A equidade observaria as variáveis biológicas, as culturais ligadas aos hábitos e costumes, a liberdade e a capacidade de escolha inclusive em função do nível de renda, acesso inadequado a serviços públicos essenciais de saúde, e outros fatores externos e internos que impactam na vida/saúde de forma de impacto nos diferentes grupos da sociedade.

Por fim, embora a doença não possa ser evitada, o fato de as pessoas doentes descenderem na escala social (mobilidade social) e a de que grupos economicamente desfavorecidos sofrerem maior carga de patologias, deve ser considerada ponto de partida na busca pela justiça no Sistema de Saúde

Para medir a extensão das desigualdades e o progresso em direção às metas a serem definidas nas políticas públicas ao Governo brasileiro, careceria a urgente necessidade de se trabalhar conjuntamente para dar voz aos sem voz. Não devendo, as desigualdades sociais em saúde descritas e analisadas separadamente apenas sobre o quantificador homens e mulheres, como, e principalmente por origem étnica.

Essa abordagem significaria revelar as diferenças não só em relação à saúde, como também em relação ao uso e à qualidade dos serviços. A implementação de reformas pontuais no setor da saúde, o monitoramento das políticas públicas ainda que por meio do Ministério Público e a participação dos grupos e representantes renovaria a atenção básica, levando a um melhor desempenho em termos de equidade.

Por ser as desigualdades sociais em saúde responsáveis por uma parte substancial da carga total de doenças nos estados de bem-estar social, torna-se necessárias definir as diferenças absolutas e relativas, para expressar iniquidades em saúde. Tal requisito justifica-se pelo fato de as Políticas Públicas que visam reduzir as desigualdades absolutas em saúde, enquanto estratégias gerais e orientadas para a equidade serem necessárias também para reduzir as diferenças relativas na saúde.

Assim sendo, o direito à saúde também transcenderia o direito apenas aos serviços de saúde ou apenas a proteção estatal por envolver uma completa rede de ações estatais que vão muito além dos serviços de saúde, protegendo também o acesso e utilização por parte de grupos específicos. Acesso e utilização que só ocorrerá de maneira equitativa quando se quantificar corretamente as reais necessidades da população negra.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABHH, Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular. **Doença das Células Falciformes e Covid-19: Um Esboço para Diminuir a Carga e Minimizar a Morbidade**, 2020. Disponível em: <<https://abhh.org.br/wp-content/uploads/2020/03/GLOBULOS-VERMELHOS.pdf>>. Acesso em 21 fev. 2022.
- ABRASCO, Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Covid-19 e a população negra**. In: *Gt Racismo e Saúde*, 2021. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/gtracismoesaude/2021/10/13/covid-19-e-a-populacao-negra/>>. Acesso em 21 fev. 2022.
- ADEGUNSOYE, Ayodeji. VENTURA, Iazsmin Bauer. LIARSKI, Vladimir M. Association of Black Race with Outcomes in COVID-19 Disease: A Retrospective Cohort Study. In: **Annals of the American Thoracic Society**, vol. 17, Issue 10, 2020. Disponível em: <<https://www.atsjournals.org/doi/10.1513/AnnalsATS.202006-583RL>>. Acesso em: 20 fev 2021.
- ADLER, Nancy. Health Disparities: Monitoring, Mechanism, and Meaning. In: **NIH Conference on Understanding and Reducing Disparities in Health**, 2006, Maryland. Disponível em: <<http://obssr.od.nih.gov/HealthDisparities/presentation.html>>. Acesso em: 14 mai. 2020.
- ABPN, Associação Brasileira de Pesquisadores Negros. *Saúde da população negra (Coleção negras e negros: pesquisas e debates)*. Batista, Luís Eduardo; Werneck, Jurema; Lopes, Fernanda, (orgs.).2. ed. Brasília, DF: 2012.
- ALMEIDA, Silvio. Racismo Estrutural. In: RIBEIRO, Djamila (coord.). **Feminismos Plurais**. São Paulo: Pólen, 2019.
- AÑON, Carlos Lema. **Salud, Justicia, Derechos: El derecho a la salud como derecho social**. Dykinson: Madrid, 2009.
- ARANTES, Rogério Bastos. Direito e política: o Ministério Público e a defesa dos direitos coletivos. In: **Rev. bras. Ci. Soc.** 14 (39). De Fev 1999. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/8jDHGNxzhXGZ5RJbmBcW3Jm/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 19 jan. 2022.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo. DE JESUS, Luiz Abreu. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. In: **Rev. Debate Ciênc. saúde coletiva** 17 (11) de Nov 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v4VLzqP6s5fpR8mLgP/?lang=pt>>. Acesso em 19 jan. 2022.
- BRASIL, Sandra Assis. BOMFIM. Leny Alves. O movimento negro na construção da política nacional de saúde integral da população negra e sua relação com o estado brasileiro.; In: **Saúde da população negra**. Luís Eduardo Batista, Jurema Werneck e Fernanda Lopes, (orgs.). 2ª ed. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.
- BRASIL, **Constituição da República Brasileira de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 22 dez.

2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Políticas de promoção da equidade em saúde**, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_prococao_equidade_saude.pdf>. Acesso em 20 dez. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel de indicadores do SUS: Temático Saúde da População Negra**. Brasília: MS, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_populacao_negra_v._7.pdf>. Acesso em: 11 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Distritos sanitários: concepção e organização o conceito de saúde e do processo saúde-doença, 1998. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume01.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2022.

BRAVEMAN, Paula. What is health equity: and how does a life-course approach take us further toward it? **Maternal and Child Health Journal**, v. 18, n. 2, p. 366-372, 2014.

_____, Paula; GRUSKIN, S. Defining equity in health. **Journal of Epidemiology & Community Health**, London, v. 57, p. 254-258, 2003a.

BUSS, Paulo Marchiori. PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. In **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007.

CEIMAR, Conselho Estadual de Igualdade Racial do Maranhão. “O Brasil na década dos afrodescendentes: Reconhecimento, Justiça, Desenvolvimento e Igualdade de Direitos”. In: **Relatório Final da IV Conferência Estadual de igualdade racial**, 2017. Disponível em: <https://igualdaderacial.ma.gov.br/files/2015/08/Relat%C3%B3rio-Final_Conf-Igualdade-Racial-MA.pdf>. Acesso em 17 dez. 2021.

CNDSS, Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. abr. 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 08 nov 2020.

CORREA-LUGO, Víctor. La salud como derecho humano. **Cuaderno Deusto de Derechos Humanos**, Bilbao, n. 32, 2005. Disponível em: <<http://www.deusto-publicaciones.es/de-usto/pdfs/cuadernosdcho/cuadernosdcho32.pdf>>. Acesso em 27 nov. 2021.

CRI. Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. **Identificação e abordagem do racismo institucional**. Brasília: CRI, 2006.

DANIELS, Norman. Is There a Right to Health Care And, if So, What Does It Encompass? In: **Collections BioethicsLine**: 1972-1999. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10822/756595>>. 1998. Acesso em 21 dez. 2021.

_____, Norman. Equity and Population Health: Toward a Broader Bioethics Agenda. In: **The Hastings Center report**. Ed. 36. 22-35. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/6889560_Equity_and_Population_Health_Toward_a_Broader_Bioethics_Agenda>. 2006. Acesso em 21 dez. 2021.

_____, Norman. **Just Health: meeting health needs fairly**. New York, Cambridge: Cambridge University Press; 2008.

DAHLGREN, Göran. WHITEHEAD, Margaret. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. In: **Studies on social and economic determinants of population health**, Nº 03, 2007

_____, Goran; WHITEHEAD, Margaret. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health Stockholm. **Institute for Future Studies**, set. 1991. Disponível em: <<https://core.ac.uk/reader/6472456>>. Acesso em: 17 jun. 2020.

DA SILVA, Ricardo Perlingeiro. Teoria da Justiça de John Rawls. In: **Revista Informação Legislativa** Ed. nº 35 de abr./jun. 1998. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/377/r138-16.pdf?sequence=4>>. Acesso em 17 fev. 2022.

DE MARIO, Camila Gonçalves. Saúde Justa: Uma concepção Liberal-Igualitária. In: **IX Encontro da ABCP**. Gestão em Políticas Públicas - EACH – USP. Brasília, DF. Disponível em: <<https://cienciapolitica.org.br/web/system/files/documentos/eventos/2017/04/saude-justa-concepcao-liberal-igualitaria-756.pdf>>. 2016. Acesso em 25 nov. 2021.

FAUSTINO, Deivison Mendes. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. p. 3831-3840. **Revista Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, dez. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/scielo-php?script=sciarttext&pid=-S1413-81232017021203831>>. Acesso em: Acesso em: 20 ago. 2019.

FERRAZ, Flávio Carvalho. SEGRE, Marco. O Conceito de Saúde. In: **Revista de Saúde Pública**. In: Journal of Public Health. Vol. 31, nº 5, 1997 p. 538-542.

FONSECA, Maria Guadalupe Piragibe da. **Iniciação à pesquisa no direito: pelos caminhos do conhecimento e da invenção**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. In: **Rev. Saúde Debate**, v. 41, nº. 112, pg. 63-76. Rio De Janeiro, Jan-Mar 2017

GLOBEKNER, Osmir Antônio. A construção social do conceito de saúde e de direito à saúde. In: **Boletim Científico ESMPU**, Brasília, a. 10 – n. 34, p. 83-122 – jan./jun. 2011.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa. DIAS, Maria Tereza Fonseca. **RE-pensando a pesquisa jurídica**. 4ª ed. Belo Horizonte: Ed. DelRey, 2015.

HUIDOBRO, Rodolfo Figueroa García-. El derecho a la salud. In: **Estudios Constitucionales**, Año 11, Nº 2, 2013, pp. 283 - 332. 2013.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil**, 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html?edicao=25845&t=sobre>>. Acesso em 25 nov. 2021.

JONES, Câmara Phyllis. Confronting institutionalized racism. **Phylon**, Atlanta v. 50, n. 1, p. 7-22, 2002.

LAKATOS, Eva Maria. Marconi, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LAURELL, Asa Cristina. A Saúde como Processo Social. In: **Revista Latinoamericana de Salud, México**, vol. 2, 1982, pp. 7-25. Disponível em: https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf. Acesso em 25 nov. 2021.

LIMA, Rafaela Santos. RESPLANDES ROCHA, Amman Lucas. CARDOZO, Lucas Daniel Fernandes. Os Determinantes Sociais em Saúde e sua influência na Saúde da População Negra Lima, 2021. In: **III Encontro do Compedi**. Disponível em: <<http://site.conpedi.org.br/publicacoes/276gsltp/33ymyk90/R15LLvvCDBw62D6s.pdf>>. Acesso em 20 jan. 2022.

MACHADO, Teresa Robichez. Judicialização da Saúde e Contribuições da Teoria de Justiça de Norman Daniels. In: **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo v.16 n.2, p. 52-76, jul. 2015.

MARQUES NETO, Agostinho Ramalho. **A Ciência do Direito: conceito, objeto, método**. 2ª. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Renovar, 2001.

MARIN, Solange Regina. QUINTANA, André Marzulo. Amartya Sen e a escolha social: uma extensão da teoria da justiça de John Rawls? In: **Revista Economia Contemporânea**. Ed. 16, vol. 03. Dez 2012.

MAZZILLI, Hugo Nigro. **O acesso à Justiça e o Ministério Público**. Teoria pura do Direito, trad. João Baptista Machado. Disponível em: <<http://mazzilli.com.br/pages/artigos/acjusmp.pdf>>. 2007. Acesso em 04 jan. 2022.

MBEMBE, Achille. **Crítica da razão negra**. São Paulo: Ed. Antígona, 2018 a.

_____, Achille. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. n-1 edições, 2018 b.

MELLO E PARANHOS, Denise Gonçalves de Araújo. MATIAS, Edinalda Araújo. MONSORES, Natan. GARRAFA, Volnei. As teorias da justiça, de John Rawls e Norman Daniels, aplicadas à saúde. In: **Saúde debate**. Ed. 42 (119) Oct-Dec 2018. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42n119/1002-1011/>>. Acesso em 20 jan. 2022.

MEZZARROBA, Orides. MONTEIRO, Cândia Servilha. **Manual de Metodologia da Pesquisa no Direito**. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

MESSIAS, Erick. Income inequality, illiteracy rate, and life expectancy in Brazil. **American Journal of Public Health**. n. 93, ago. 2003. Disponível em: <<https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.93.8.1294>>. Acesso em: 10 set. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOREIRA, Adilson José. **Racismo Recreativo**. São Paulo: Pólen, 2019.

_____, Adilson José. **Pensando Como um Negro: Ensaio de Hermenêutica Jurídica**. São Paulo, Ed. Contracorrente, 2018.

NARVAI, Paulo Capel. PEDRO, Paulo Frazão São. Práticas de saúde pública. In: **Saúde pública: bases conceituais**, São Paulo: Atheneu, 2008, p. 269-297.

OLIVEIRA, Maria Marly. **Como fazer Pesquisa Qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 2007.

PINHEIRO, Marcelo Cardoso. WESTPHAL, Márcia Faria. AKERMAN, Marco. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2):449-458, mar-abr, 2005.

RAMOS, Edith Maria Barbosa. DINIZ, Isadora Moraes. O Direito à Saúde e a ideia de Proteção Social na Constituição Federal de 1988: Notas Iniciais. In: **Revista Direito em Debate**. Rio Grande do Sul, v. 2, n. 48, p. 159-184, jul./dez. 2017a.

_____, Edith Maria Barbosa. DINIZ, Isadora Moraes. Breve Reflexão Sobre a Construção da Ideia de Proteção Social e o Direito à Saúde na Constituição Federal de 1988. **Revista Digital Constituição e Garantia de Direitos**, v. 9, n. 2, p. 66 - 84, 8 jun. 2017b.

_____, Edith Maria Barbosa. DINIZ, Isadora Moraes. O direito à saúde no âmbito da justiça como equidade: limites e possibilidades da justiça social na extensão dos direitos sociais em Rawls. **Revista Brasileira De Estudos Políticos**, 115, 2017c. Disponível em: <<https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/491>>. Acesso em 10 fev. 2022.

_____, Edith Maria Barbosa. MATOS, Delmo. CRUZ, Saile Azevedo da. A judicialização da saúde e a Gestão Biopolítica da vida: O Poder Judiciário e as estratégias de controle do Sistema de Saúde. In: **Rev. Direito e Práx**, Rio de Janeiro,

vol. 10, nº 03, 2019, p. 1745-1768. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/33610/26883>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

RAWLS, John. **Justiça como Equidade: Uma reformulação**. Tradução de Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

REIS, Alessandra Martins dos. SOARES, Cássia Baldini. CAMPOS, Célia Maria Siva. **Processo saúde-doença: concepções do movimento estudantil da área da saúde**. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/sausoc/2010.v19n2/347-357/pt/>>. Acesso em: 15 out. 2021.

SANTOS, Rosenverck Estrela. O Movimento Negro e a Luta pelas Políticas de Promoção da Igualdade Racial no Brasil. In: **Kwanissa**, São Luís, v.1, n.1, p.139-153, jan./jun. 2018.

SEIR, Secretaria de Igualdade Racial. **Estatuto Estadual da Igualdade Racial** (Lei nº 11.399 de 28 de dezembro de 2020). Disponível em: <<https://igualdaderacial.ma.gov.br/files/2021/01/EX202012291.pdf>>. Acesso em 25 nov. 2021.

SEN, Amartya. **A idéia de justiça**. Tradução de Denise Bottmann e Ricardo Doninelli Mendes. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

_____, Amartya. Por qué la equidad en salud? In: **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**. Ed. 11(5/6), 2002.

SES, Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Disponível em: <https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/MA_Planos%20de%20saude%202016-2019.pdf>. 2016. Acesso em 25 nov. 2021.

_____, Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Disponível em: <<https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2021/07/Plano-Estadual-de-Saude-Versao-Modificado-em-08-de-julho-2021.pdf>>. 2020. Acesso em 17 dez. 2021.

SESGO, Secretaria Estadual de Saúde de Goiás. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Disponível em: <<https://www.saude.go.gov.br/files/instrumentos-de-planejamento/PES2020-2023.pdf>>. 2020. Acesso em 09 de mar. 2022.

SHUCMAN, Lia Vainer. SANTOS, Elisabete Figueroa dos. DIOGO, Maria Fernanda. Entre o não lugar e o protagonismo: articulações teóricas entre trabalho, gênero e raça. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2014, vol. 17, n. 1, p.17-32. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v17n1/a03v17n1.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2020.

SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health. In: **Discussion Paper 2** (Policy and Practice). Geneva: WHO, 2010.

STC, Secretaria de Transparência e Controle. Decreto nº 33.661, de 27 de novembro de 2017. **Institui a Política Estadual de Saúde Integral da População Negra e das**

Comunidades Tradicionais de Matriz. Disponível em: < <https://stc.ma.gov.br/legislacao/documento/?id=4998#:~:text=NOVEMBRO%20DE%202017.-,Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Estadual%20de%20Sa%C3%BAde%20Integral%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Negra,Africana%20e%20Quilombola%20do%20Maranh%C3%A3o> >. Acesso em 25 nov. 2021.

TRAVASSOS, Cláudia. MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 20, n. 2, p.190-198, 2004. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos_pdf/Revisao14.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.

UNASUS, Universidade Aberta do SUS. **Contextualizando a Saúde da População Negra.** Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2981/1/apostila_unidade1%20-%20Contextualizando%20a%20Sa%C3%BAde%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Negra.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2022.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro Vianna. Processo Saúde-Doença. In: **UNA_SUS**, Especialização em Saúde da Família, São Paulo: 2002. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_6.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2022.

WHITEHEAD, Margareth. The concepts and principles of equity in health. In: **International Journal of Health Services**, Westport, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

_____, Margaret. Establishing Values. In: WHITEHEAD, Margaret. EVANS, Timothy. DIDERICHSEN, Finn. BHUIYA, Abbas. WIRTH, Meg. **Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action.** Oxford: Oxford University Press, p. 8-21, 2001a.

_____, Margaret. EVANS, Timothy. DIDERICHSEN, Finn. The social basis of Disparities. In: WHITEHEAD, Margaret. EVANS, Timothy. DIDERICHSEN, Finn. BHUIYA, Abbas. WIRTH, Meg. **Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action.** Oxford: Oxford University Press, p. 22 – 60, 2001b.

WHO, World Health Organization. Diminuindo Diferenças: A prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. In: **Conferência Mundial sobre Determinantes sociais em saúde.** Pg. 19-21 de out. 2011. In: <https://www.who.int/sdhconferencia/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf>. Acesso em 05 jan. 2022.