

DANIELA MARQUES DAS MERCÊS SILVA

**CADÊ O SUS AQUI? DISCUSSÕES DA EQUIDADE EM SAÚDE PARA O
POVO NEGRO NO ÂMBITO DO CONSELHO NACIONAL DE PROMOÇÃO
DA IGUALDADE RACIAL (2004-2014) DA SECRETARIA DE POLÍTICAS DE
PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL**

BRASÍLIA, DF
2017

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DANIELA MARQUES DAS MERCÊS SILVA

**CADÊ O SUS AQUI? DISCUSSÕES DA EQUIDADE EM SAÚDE PARA O
POVO NEGRO NO ÂMBITO DO CONSELHO NACIONAL DE PROMOÇÃO
DA IGUALDADE RACIAL (2004-2014) DA SECRETARIA DE POLÍTICAS DE
PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado Profissionalizante da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Dais G. Rocha

Brasília, DF
2017

Ficha Catalográfica

Silva, Daniela Marques das Mercês

CADÊ O SUS AQUI? Discussões da equidade em saúde para o Povo Negro no âmbito do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial (2004-2014) da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial / Brasília, 2017/

Daniela Marques das Mercês Silva. - Brasília, 2017

169 f. il:

Orientadora: Dais Gonçalves Rocha

Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, 2017.

1. Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial. 2. Movimentos Sociais Negros. 3. Saúde da População Negra. 4. Equidade Racial em Saúde.

DANIELA MARQUES DAS MERCÊS SILVA

CADÊ O SUS AQUI? DISCUSSÕES DA EQUIDADE EM SAÚDE PARA O
POVO NEGRO NO ÂMBITO DO CONSELHO NACIONAL DE PROMOÇÃO DA
IGUALDADE RACIAL (2004-2014) DA SECRETARIA DE POLÍTICAS DE
PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL

Dissertação apresentada como
requisito para a obtenção do Título de
Mestre em Saúde Coletiva pelo
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva, Mestrado
Profissionalizante da Universidade de
Brasília

Aprovada em de de 2017

BANCA EXAMINADORA

Dais Gonçalves Rocha (Presidente)
Universidade de Brasília

Ana Valéria M. Mendonça
Universidade de Brasília

Nelson Fernando Inocêncio da Silva
Universidade de Brasília

Maria Fátima de Sousa (Suplente)
Universidade de Brasília

À Anin Urasse pela família, força e amor que me oferece. Obrigada por chegar comigo até aqui.
À quem não abre mão da ética, respeito e dignidade e segue acreditando numa luta preta autônoma, independente e panafricana - custe o que custar!
A cada corpo preto que, entre os séculos, tombou nestes caminhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha ancestralidade que com toda a sua força, me trouxe até aqui e me manteve firme, apesar das aparências, mesmo quando tudo que me ocorria era uma grande dúvida sobre os propósitos e a função de cumprir este caminho.

À Anin Urasse, com a qual a vida me presenteou em reencontro, que sabemos não é desse tempo. Obrigada pela parceira na luta, na vida, por fazer de mim uma pessoa melhor, por ser a força motriz de retomada da nossa história Afrikana, por toda sua dedicação, sabedoria e entrega! Sabendo do quanto lhe é custoso participar destas rotinas acadêmicas, agradeço ser a *profesa*¹ a me guiar e ser a leitora fundamental deste trabalho! À você, meu amor, admiração e respeito! Para sempre! Desde sempre!

Ao Mestre Hamilton Walê e Dra. Andréia Beatriz por serem inspiração, referência e lembrança permanente do compromisso, da dignidade e do respeito na luta, em meio a todo caos. Máxima reverência e amor por vocês!

Ao Rui Leandro por ter insistido e apostado nesse momento, *taí* o nosso papel.

À Juli Tupinambá, sem a qual esse percurso seria ainda mais difícil. Nosso encontro foi a melhor parte desse mestrado, índia, pelo amor, pela amizade, pela força dos dias, obrigada!

Ao Tago Elewa Dahoma pelo apoio dispensado à construção deste trabalho.

Ao Alban Aminou, por ser o mensageiro da boa sorte, dos corres de última hora e de todo "vai dar certo, Rainha".

À Luciana Santos, da Secretaria da Faculdade de Saúde, e Sr. Henrique da xerox, que, em meio a hostilidade da universidade (que inclusive retirou a copiadora deste único homem negro comerciante do ICC SUL no processo de reitegração de posse da UnB), sempre dispuseram da paciência, atenção, graça e histórias para fazer dessa permanência mais leve.

1 Vocabulo Swahili

À Lu Isha, Val Benvindo, Wellington e Família Swahili pela amizade, pelas palavras, apoios e pelas simples escutas no decorrer deste caminho.

Ao Carapinha, Audre e Dread pela companhia incansável dos dias, noites e madrugadas.

Aos meus mais velhos.

"Compromisso, se não lutar vira negócio. Respeito, se não militância vira farra. Memória, se não a desgraça se repete." Mestre Hamilton Borges Walê

Cadê o SUS aqui? Discussões da equidade em saúde para o Povo Negro no âmbito do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial (2004-2014) da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

RESUMO: Este é um estudo qualitativo sobre as discussões da equidade em saúde para o Povo Negro no âmbito do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial vinculado a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial entre os anos de 2004 a 2014. Desenvolvido no âmbito do Mestrado Profissional de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, seu objetivo é compreender como se organizaram, durante os anos, os conteúdos e as pautas de saúde relacionadas ao Povo Negro no âmbito do respectivo conselho. Buscou-se então identificar nas atas e pautas do CNPIR as inserções da temática de Saúde da População Negra e seus desdobramentos, conforme orientado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde; e analisar as concepções das políticas de saúde e do enfrentamento ao racismo por este conselho, especialmente, por parte dos Movimentos Sociais Negros com assento no CNPIR. Para este trabalho é adotado o paradigma metodológico da Afrocentricidade, o qual - enquanto uma perspectiva negra de conhecimento - busca superar as condições de desenraizamento e deslocamento cultural, psicológico, econômico e histórico a que nós, africanos, fomos submetidos, reiterando a agência deste sujeito como protagonista de sua própria história. Para a coleta de dados, realizamos uma análise documental de leitura em profundidade, partindo da compreensão da dimensão social da saúde, apresentando os percursos que perpassaram o processo de racialização da equidade em saúde, assim como ao estabelecimento de padrões da equidade racial em saúde com a institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e as perspectivas dos Movimentos Sociais Negros sobre o tema. Amparada pela Lei de Acesso à Informação, foram solicitadas ao CNPIR as atas e pautas das reuniões ordinárias e extraordinárias, durante o período de 2004-2014, via Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão/e-SIC. Observou-se que o CNPIR, ao longo dos seus 11 anos, baseou-se num modelo campanhista de saúde e suas principais discussões na área estão ligadas à participação em eventos. Assim, questionamos a política de integração adotada pelo Movimento Negro que aposta na via governamental, reconhecendo, portanto, a falência do projeto de promoção da igualdade racial no campo da saúde e que corrobora ao estado de colonialismo interno. Na contrapartida, oferecemos uma solução pan-africana para a saúde do Povo Negro, que rompa com o projeto de integração e que invista em sua autodeterminação, estabelecendo o Poder Negro e, portanto, suas próprias instituições, as quais, zelando por sua autonomia e independência, rompam com o mito da brasilidade.

Palavras Chave: Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial. Movimentos Sociais Negros. Saúde da População Negra. Equidade Racial em Saúde.

Where's the SUS here? Discussions on health equity for the Black People within the National Council for the Promotion of Racial Equality (2004-2014) of the Secretariat for Policies for the Promotion of Racial Equality

ABSTRACT: This is a qualitative study on the discussions of equity in health for the Black People within the framework of the National Council for the Promotion of Racial Equality linked to the Secretariat of Policies for the Promotion of Racial Equality between the years 2004 to 2014. Developed under the Professional Master's Degree Of Collective Health of the University of Brasilia, its objective is to understand how, over the years, the contents and health guidelines related to the Black People were organized within the respective council. It was sought to identify in the minutes and guidelines of the CNPIR the insertions of the Health of the Black Population theme and its unfolding, as guided by the principles and guidelines of the Unified Health System; And to analyze the conceptions of the health policies and the confrontation to the racism by this council, especially, of the Black Social Movements with seat in the CNPIR. For this work the methodological paradigm of Afrocentricity is adopted, which - as a black perspective of knowledge - seeks to overcome the conditions of uprooting and cultural, psychological, economic and historical displacement to which we Africans have been subjected, reiterating the agency of this subject As protagonist of its own history. In order to collect data, we performed a documentary analysis of reading in depth, starting from the understanding of the social dimension of health, presenting the paths that went through the process of racialization of health equity, as well as the establishment of standards of racial equity in health with The institutionalization of the National Policy of Integral Health of the Black Population and the perspectives of the Black Social Movements on the subject. Supported by the Law on Access to Information, the CNPIR requested the minutes and guidelines of the ordinary and extraordinary meetings, during the period 2004-2014, via the Electronic System of the Citizen Information Service / e-SIC. It was observed that the CNPIR, during its 11 years, was based on a model of health care and its main discussions in the area are linked to participation in events. Thus, we question the integration policy adopted by the Black Movement that bets on the government route, recognizing, therefore, the bankruptcy of the project of promoting racial equality in the field of health and corroborating the state of internal colonialism. On the other hand, we offer a pan-African solution for the health of the Black People, which breaks with the integration project and which invests in its self-determination, establishing the Black Power and, therefore, its own institutions, which, Independence, break with the Brazilian myth.

Keywords: National Council for the Promotion of Racial Equality. Black Social Movements. Health of the Black Population. Racial Equity in Health

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tipologia de Pauta -----	87
Tabela 2 - Tipologia de Atas Ordinárias -----	87
Tabela 3 - Tipologia de Atas Extraordinárias -----	87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Documentos recebidos do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial/SEPPIR -----	84
Quadro 2 - Reuniões previstas, realizadas e documentadas pelo CNPIR ---	86
Quadro 3 - Documentos analisados com referência a saúde -----	94
Quadro 4 - Referências a saúde nas pautas -----	95
Quadro 5 - Referências a saúde nas atas ordinárias -----	98
Quadro 6 - Média de Frequência do MS nas Reuniões do CNPIR -----	105
Quadro 7 - Referências a saúde nas atas extraordinárias -----	122

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Total de documentos analisados do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial, 2004-2014 -----	91
Figura 2 - Documentos analisados com referência à saúde CNPI 2004-2014-----	91
Figura 3 - Total de documentos analisados do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial, 2004-2014 -----	92
Figura 4 - Participações do MS nas reuniões do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial, 2004-2014 -----	106
Figura 5 - Quantidade de reuniões ordinárias feitas e de reuniões sem registros ou não realizadas CNPIR 2004-2014 -----	121

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	Agência Brasileira de Cooperação
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEN	Comissão Executiva Nacional
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CGMAD	Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
CISPN	Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra
CIT	Comissão Intersecretarias Tripartite
CMDSS	Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde
CNBB	Confederação Nacional dos Bispos do Brasil
CNPM	Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAPIR	Conferência Nacional de Promoção de Igualdade Racial
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CTSPN	Comitê Técnico de Saúde da População Negra
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAGEP	Departamento de Apoio à Gestão Participativa
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DFID	Agência de Cooperação Técnica do Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza
DST-Aids	Doenças Sexualmente Transmissíveis - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
FCP	Fundação Cultural Palmares
FIPIR	Fórum Intergovernamental de Políticas da Igualdade Racial
FNB	Frente Negra Brasileira
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
GT	Grupo de Trabalho
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da Pessoa Negra
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INESC	Instituto de Estudos Socioeconômicos
INSPIR	Instituto Sindical Interamericano pela Igualdade Racial
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISEB	Instituto Superior de Estudos Brasileiros
JAPER	Plano de Ação Conjunta entre o Governo Brasileiro e o Governo dos Estados Unidos da América para a Eliminação da Discriminação Étnico-Racial e a Promoção da Igualdade
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MEC	Ministério da Educação
MinC	Ministério da Cultura
MN	Movimento Negro
MNU	Movimento Negro Unificado
MNUCDR	Movimento Negro Unificado contra o Racismo e a Discriminação Racial
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
Ong	Organização Não-Governamental
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
P.O.	Plano Operativo
PLANAPIR	Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIR	Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
R.Extra	Reunião Extraordinária
R.O.	Reunião Ordinária
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial do SUS

RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SECAD	Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade
SEDH	Secretaria Especial de Direitos Humanos
SEPPIR	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAPIR	Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial
SPM	Secretaria de Políticas para Mulheres
SPN	Saúde da População Negra
SUS	Sistema Único de Saúde
TEN	Teatro Experimental do Negro
UNE	União Nacional dos Estudantes
UNIA	<i>Universal Negro Improvement Association</i>
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
2.1 O SUS E A DIMENSÃO SOCIAL DA SAÚDE	27
2.2 A RACIALIZAÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE.....	34
2.3 O ESTABELECIMENTO DE PADRÕES DA EQUIDADE RACIAL EM SAÚDE.....	38
2.3.1 A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN.....	42
2.3.1.1 I Plano Operativo (2008-2011) da PNSIPN.....	44
2.3.1.2 II Plano Operativo (2013-2015) da PNSIPN.....	46
2.4 OS PERCURSOS (IN)ACABADOS DA EQUIDADE RACIAL EM SAÚDE.....	49
2.5 OS MOVIMENTOS NEGROS E AS QUESTÕES RACIAIS NA SAÚDE.....	52
2.5.1 DIÁLOGOS E RUPTURAS: AS TENDÊNCIAS MODERADAS E RADICAIS	60
2.5.2 CAMINHOS DA POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL.....	71
3 OBJETIVOS.....	77
3.1 OBJETIVO GERAL.....	77
3.1.1 Objetivos Específicos.....	77
4 PERCURSO METODOLÓGICO	78
4.1 ANÁLISE DOCUMENTAL.....	83
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	92
5.1 SISTEMATIZAÇÃO DAS DISCUSSÕES DA EQUIDADE EM SAÚDE PARA O POVO NEGRO NO ÂMBITO DO CNPIR.....	93
5.1.1 Pautas.....	96
5.1.2 Atas ordinárias.....	98
.....	122
5.1.3 Atas extraordinárias.....	122
5.2 DISCUSSÃO.....	125
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	140
REFERÊNCIAS.....	144
ANEXOS.....	157

1 INTRODUÇÃO

A política de saúde é uma política social, que se pressupõe comprometida com as necessidades individuais e coletivas, as quais perpassam os mais contraditórios determinantes, alçando, portanto, o direito à saúde como condição de cidadania (FLEURY e OUVENEY, 2008). Neste contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado como um dos maiores sistemas públicos do mundo, democratizando o acesso aos cuidados de saúde para todos cidadãos e cidadãs.

A institucionalização do SUS pela Constituição Federal (1988) provoca uma verdadeira revolução ao garantir acesso integral, universal e igualitário da atenção básica das Unidades de Saúde à exigência da alta complexidade dos transplantes de órgãos. Rompendo com modelos de atendimentos anteriores - (1) vinculados a quem pudesse pagar pelos serviços de saúde privados (assistência social), ou (2) tivesse o direito a saúde pública desde que trabalhador/a com carteira assinada e, portanto, segurado da previdência social (seguro social) ou (3) simplesmente aqueles que não tinham quaisquer direitos -, com o SUS é inaugurada uma nova perspectiva de proteção social, que consagra a seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988) e, assim delineando que direitos sociais são direitos universais.

O SUS consolidou-se como um sistema universal e descentralizado, operacionalizado em redes e mecanismos de garantia de acesso, frente ao grande desafio do estabelecimento de relações interfederativas fortes e solidárias. Este desenho nos auxilia a perceber que o alcance do SUS ultrapassou as competências do Poder Executivo Federal para ser corresponsabilizado junto aos estados e municípios e, portanto, materializar o SUS não somente nas rotinas institucionais burocráticas, mas no cotidiano perceptível da sociedade brasileira, com vistas a melhoria e aprimoramento da qualidade do sistema e garantia de acesso.

Mesmo diante suas contradições o SUS é uma política base de proteção social - entendendo-se aqui, política de equidade -, assim como podemos inferir ser uma política social econômica, na medida em que gera empregos e pesquisas. Deste modo, o SUS é um patrimônio, que expressa uma política de defesa da saúde pública. É preciso criticidade para ponderar que o SUS é um lugar de disputa mesmo sendo “de todos”, o que implica que este Sistema reproduz discriminações, preconceitos e racismo.

Como parte do enfrentamento a estes constrangimentos de acesso ao SUS, destaca-se a prerrogativa da participação social no sistema, assim como a institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) concebida como um modelo a equidade racial, a qual - gestada a partir das demandas apresentadas pelo Movimento Social Negro - reconhece os impactos do racismo e das desigualdades raciais, enquanto determinantes do processo saúde-doença para negros e negras.

O protagonismo da sociedade civil, também chamado de “controle social”, foi, portanto, regulamentado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, a qual também versa sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na saúde. De acordo com a referida lei, o SUS deve contar, em cada esfera de governo, com duas instâncias colegiadas, os conselhos e as conferências de Saúde, a partir dos quais serão propostas as diretrizes para a formulação das políticas de saúde e as estratégias de controle da execução das mesmas (BRASIL, 1990a)².

No âmbito da esfera federal os espaços de participação da sociedade civil na saúde não se restringem somente a conselhos e conferências. Comitês, comissões, grupos de trabalho, seminários, encontros, dentre outros, também se configuram espaços de controle social importantes no âmbito da gestão (BRASIL e TRAD, 2012). No campo da saúde da população negra, tem-se, por exemplo:

² Vale ressaltar que a participação da sociedade civil na área de saúde é anterior ao advento do SUS, todavia, sua origem recente advém do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (CRIOLA, 2007). A participação social é, na realidade, o elemento fundante da saúde (CORTÊS, 2009 *apud* PEREIRA, 2011).

- 1) Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), instituído pela Portaria 1.678/2004 e que tem como objetivo subsidiar o avanço da equidade na atenção à saúde da população negra, com vistas a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN (BATISTA, MONTEIRO E MEDEIROS, 2013).
- 2) Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra (CISPN), instituída no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tem por objetivo assessorar este Conselho sobre o tema, contribuindo para a consolidação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e o fortalecimento do controle social negro (CNS, 2015).
- 3) Grupo de Trabalho sobre Racismo e Saúde Mental, formado em abril/2014, é composto pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/CGMAD em parceria com a Política Nacional de Humanização /PNH, o Departamento de Atenção Básica/DAB - todos da Secretaria de Atenção à Saúde/SAS –, além do Departamento de Apoio à Gestão Participativa – DAGEP da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/SGEP e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde/SGTES e da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). O GT tem por finalidade a construção de estratégias para o aprimoramento da atenção e do cuidado oferecido pela Rede de Atenção Psicossocial do SUS - RAPS, a partir do entendimento das implicações do racismo na saúde mental de negras e negros (REDE HUMANIZASUS, 2015).

Deste modo, constata-se que o SUS está orientado não somente para a promoção da saúde e garantia do acesso das populações que vivem em condições de vulnerabilidade, mas para valorização dos diversos mecanismos de participação e controle social, como parte do protagonismo destas populações na luta pela saúde (BRASIL, 2009). Portanto, mais do que conselhos e conferências de saúde, é preciso pensar o SUS para além de seus

próprios muros, o que nos leva ao Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial (CNPIR).

As motivações para esse trabalho se confundem com meu próprio percurso sobre as questões étnico-raciais ao observar as recorrentes lacunas sobre esta questão nos debates institucionais. Como parte de um processo contínuo e permanente, este é um momento importante para meu fortalecimento pessoal e de reconhecimento enquanto africana em diáspora, sem contudo deixar de me incomodar e compreender a necessidade de problematizar as questões raciais na saúde enquanto demanda coletiva de homens e mulheres pretos e, portanto, de um Povo.

Tive minha atuação profissional concentrada na gestão de saúde da população negra e conseqüentemente na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, compondo com a equipe responsável pelo fomento ideológico de enfrentamento ao racismo e para implementação da PNSIPN no SUS, entre os anos de 2010-2016. Deste modo, meu interesse é contribuir para o desenvolvimento de um trabalho convergente a esse propósito, identificando em que medida o entendimento de saúde do Povo Negro converge aos propósitos e princípios do SUS, empenhando os esforços necessários ao enfrentamento ao racismo.

Indubitavelmente não podemos desconsiderar o papel político destas visões e percepções frente a materialização de políticas públicas e de estratégias a serem assumidas na gestão. Assim, minha intenção é colaborar para identificar e repercutir essas múltiplas vozes, a qual conecta meu envolvimento profissional em gestão de saúde e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com o fortalecimento da participação social e do controle social negro a uma reflexão sobre a minha prática militante³.

3 *"Palavreado ativismo: equipe, orçamento, projetos, metas, custos, taxas, desempenho. Objetivo militante: fazer a luta pela libertação de Pretos e Pretas, 'por todos os meios necessários' mas não de qualquer forma; prestar serviços comunitários, amar seu Povo, não cair no golpe da crise alheia. Somo militantes e não ativistas." Hamilton Borges Walê*

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para os propósitos deste trabalho é preciso termos nítidas as bases históricas conceituais que orientaram nossas análises, assim como identificar as perspectivas em que se assentam a eleição de determinados conceitos e teorias.

Minayo (2010) descreve uma consciência histórica do “objeto de estudo das Ciências Sociais”, ponderando que as sociedades humanas existem dentro de um determinado espaço, a partir de uma formação social e configuração cultural específica; de tal sorte que, estas sociedades vivem o presente marcadas pelo passado, projetando-se para o futuro, em meio as dinâmicas do que se foi e do que ainda esta por vir.

A raça não se define por critérios biológicos, entretanto raça existe como uma construção sociopolítica. Conflitos ocorridos desde o neolítico superior entre povos diferenciados primordialmente pelo fenótipo (cor da pele, olhos e textura do cabelo) estão na origem do que hoje conhecemos como racismo. (MOORE, 2012; DIOP, 1974 e 1991). Este é um sistema de poder orquestrado pela supremacia branca, a qual Nah Dove (1998) descreve como uma poderosa força militar e econômica, que controla, dirige e administra os recursos do mundo, inclusive a energia dos povos. Foi sobre esta base de poder, violência, ameaça e subjugação racial, que datados 516 anos de invasão do território denominado Brasil, se assentaram os 388 anos de regime escravocrata e recentes 128 anos de abolição, perpassados por constantes investidas de dizimação, além do permanente e recorrente genocídio dos Povos Negros e Indígenas.

Ressaltamos que não é intenção desta pesquisa desenvolver análises sobre os ciclos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, entretanto esta constitui-se como referência precípua, organizada dentro dos princípios e diretrizes do SUS, a qual orientará e contribuirá a investigação dos pressupostos do estudo. Neste sentido, algumas das questões que a perpassa e organiza precisam ser aqui demarcadas.

Sem nos debruçarmos nos meandros do sistema classificatório de raça/cor formalizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), assumimos que o contingente populacional negro refere-se ao somatório de pessoas pretas e pardas. Por representar, em última instância, os mitos da brasilidade e da democracia racial, optamos por usar o termo "Povo Negro" no lugar de "população negra". Ressalta-se que nos casos em que o termo "população negra" aparece ao longo do trabalho, diz respeito às vozes de outros atores e atrizes, documentos, etc e que não partem da escolha teórica da autora.

O referencial da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi organizado a partir da própria sistematização da área temática constituída como de Saúde da População Negra (SPN) (OLIVEIRA, 2002). O trabalho organizado por Fátima Oliveira (2002) foi vanguardista ao reunir as particularidades de negras e negros e ampliar o escopo de necessidade de políticas de saúde, assim como as rotinas de assistência, para este contingente populacional, subsidiando filosófica, científica, histórica, política e eticamente os percursos do que viria a ser a PNSIPN.

O racismo incide negativamente na vida das pessoas e desestrutura seus processos identitários. Na expressão de Munanga (2009, p.12) ao invocar uma identidade e/ou personalidade coletiva três fatores estão intimamente implicados: histórico, linguístico e psicológico. Deste modo, desnudar os caminhos relativos as questões relacionadas a saúde do Povo Negro, exige um permanente olhar a história e criticidade sobre as bases escravocratas e colonialistas que ainda organizam a sociedade brasileira.

Após o sequestro transatlântico o projeto de branqueamento e homogenização da sociedade brasileira, enredado pelo mito da democracia racial, se sustentou na ideia da mistura e convivência cordial entre negros, indígenas e brancos. Entretanto, mais do que um rechaço fenotípico, está colocado o repúdio expresso a um povo com sua civilização, religião, história e sociedade (NASCIMENTO, 1980). A discriminação fenotípica contra negros e indígenas mais do que um sintoma, retroalimenta preconceitos gerados pela

ideologia racista, os quais simbolicamente tomam um ser cultural, ontológico e espiritual como inferior (NASCIMENTO, 1980).

Ora, se um povo se define relativamente a partir de características somáticas idênticas, resultantes de um complexo de fatores bio-histórico-ambientais e uma ancestralidade comum, conforme enunciou Abdias do Nascimento; assim como, corroborando a premissa de que negros - por lei ou tradição - são aqueles/as discriminados/as política, econômica e socialmente enquanto grupo (BIKO, 1990), o racismo segue determinante das piores condições de vida para negras e negros: a maior pobreza, as menores taxas de escolaridade, a maior exposição a violência. Esta série de vulnerabilidades redundam em agravos de saúde, que compromete, inclusive, o acesso ao SUS, ainda que, de acordo com o IBGE (2014), negros e negras correspondam ao maior contingente populacional do Brasil (53,6%) e 70% dos SUS-dependentes.

Compreendemos que a aproximação da saúde à geografia e seus conceitos como espaço e territórios (SANTOS, 1980), especialmente no âmbito da Epidemiologia (FARIA e BORTOLOZZI, 2009) se propõe a contribuir de para mensurar realidades e/ou fenômenos sociais e, portanto, auxiliar nas tomadas de decisão e gestão (FAUSTINO, 2012). Segundo seus corolários, esta perspectiva tem ajudado ao aprimoramento dos processos para garantia das condições de saúde e de enfrentamento dos agravos ao observar as singularidades das populações, porém essa transposição de entendimento do fenômeno biológico para dentro de um determinado contexto social esta adstrita, de forma muito específica, a um determinado espaço e tempo (FARIA e BORTOLOZZI, 2009).

Biko (1990) define que “um povo sem uma história positiva é como um veículo sem motor”, colocado a sombra de uma (suposta) sociedade bem sucedida. O racismo durante séculos se empenha na destruição da condição espiritual e identitária de povos negros e indígenas, já que - se estes, eliminados enquanto povos -, se integrariam na civilização dominante, a reforçando em todos seus aspectos (NASCIMENTO, 1980). Neste sentido, sendo o racismo um sistema de poder que estrutura as relações sociais,

gerando assimetrias étnico-raciais, que seguem aviltando a humanidade dos povos africanos e diáspóricos, a quem serve o não reconhecimento desta entidade/identidade negra – alvo da Política Nacional de Saúde Integral da *População* Negra - como Povo Negro? Quais os limites e concessões das políticas públicas ao que se desvelou como o mito da democracia racial?

Em uma perspectiva étnica, o povo africano, que foi trazido e escravizado na América, se reorganizou de forma heterogênea em meio a várias culturas e etnias; o que comprometeu os laços de linhagens, que poderiam nos agregar enquanto grupos étnicos. Todavia, em que pese as diferenças entre os homens e mulheres negros traficados, no processo da diáspora, a dispersão deste reconhecimento étnico foi parte das diversas estratégias de sobrevivência (AMADOR, 2008 e 2010), formando, pois uma nova "etnia", a dos africanos diaspóricos (ASANTE, 1987).

Isto exposto, não podemos considerar que as discussões referentes a saúde do Povo Negro se realizem orientadas como um ideia segmentada, de diversidade, recorte e/ou em caráter de população específica. Ao reportarmos estas discussões, invariavelmente nos referimos ao continente Africano de onde a humanidade emergiu e foi ponto de partida para o fenômeno da diferenciação racial há cerca de 2 milhões de anos (MOORE, 2012). A sociedade racializada se criou historicamente e precisa ser compreendida e confrontada como tal, por isso não procede referendar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra nos mesmos moldes de recortes que se assumem para as demais políticas de promoção da equidade, a exemplo de gênero, geração, território, etc.

Entretanto, raça não se restringe a falar de negros. Apesar dos discursos paternalistas de brancos que declaram entendimento da questão racial, estes não discorrem/analizam/pesquisam sua própria branquitude e a história do racismo que o seu povo perpetua no mundo há séculos. Na maioria da vezes, pois, estudos sobre raça são versões concebidas por brancos e para brancos, estando ausentes das análises suas próprias estruturas econômicas, sócio-culturais, políticas e psíquicas engendradas pelo racismo (NASCIMENTO, 1980). Aqui recorreremos ao artigo “A patologia social do 'branco' brasileiro” de

Guerreiro Ramos (1995) no qual o autor identifica (em meio as construções estéticas e contraditórias dos ideais de beleza branco e negro) como os estudos da sociologia e antropologia sobre o negro brasileiro foram organizados. Ramos apresenta que a patologia social do branco ordenou o modo como estudar as relações raciais apenas e exclusivamente em torno do negro, entendido aqui exclusivamente como tema e **objeto** de estudo, ilustrado na seguinte passagem

Há o tema do negro e há a vida do negro. Como tema, o negro tem sido, entre nós, objeto de escarpelação perpetrada por literatos e pelos chamados "antropólogos" e "sociólogos". Como vida ou realidade efetiva, o negro vem assumindo o seu destino, vem se fazendo a si próprio, segundo lhe têm permitido as condições particulares da sociedade brasileira. Mas uma coisa é o negro-tema; outra, o negro-vida. O negro-tema é uma coisa examinada, olhada, vista, ora como um ser mumificado, ora como ser curioso, ou de qualquer modo **como um risco**, um traço da realidade nacional que chama a atenção. O negro-vida é, entretanto, algo que não se deixa imobilizar; é despistador, protéico, multiforme, do qual, na verdade, não se pode dar versão definitiva, pois é hoje o que não era ontem e será amanhã o que não é hoje."(RAMOS, 1995, p. 215, grifo meu)

Em 2008, negros representaram 67% do total de atendimentos no SUS, enquanto brancos, 47,2% do público total atendido; neste concentram-se usuárias/os com faixa de renda entre um quarto e meio salário mínimo, o que aponta como usuária preferencial do SUS a população de mais baixa renda e negra, conforme apresenta o Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça (IPEA, 2011). Uma importante caracterização sociodemográfica da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros – LGBT é a raça/cor autodeclarada, e que de acordo com dados do Relatório Sobre Violência Homofóbica no Brasil (ano de 2012), da então Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, negros totalizaram 40,55% das vítimas de violência homofóbica; seguidos por brancos, com 26,84%. Proporcionalmente este números correspondem aos de 2011, quando a população negra - seguida pela branca com 44,5% - somou 52,1% das vítimas nos dados do poder público. No que se refere aos resultados da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), esse segmento populacional se caracteriza

predominantemente por homens (82%), sendo a proporção de negros (67%) maior do que a observada no conjunto da população brasileira (BRASIL, 2008)- estes são apenas alguns pontos que expõe a racialidade como ponto comum, que vulnerabiliza, desumaniza e compromete acessos.

O racismo, enquanto uma ocorrência histórica, é estruturante da formação sócio-econômica brasileira, sendo que nossa democracia⁴ foi forjada nas bases de um sistema escravista. Assim, em nome da tomada de consciência de uma comunidade de condição histórica que foi desumanizada e inferiorizada pelo mundo ocidental, assumimos neste trabalho a prerrogativa de que os debates de saúde de negras e negros sejam feitos a partir de uma perspectiva de Povo (não exclusiva a população), de forma a nos referenciar nos valores das nossas civilizações, que foram destruídas e/ou tiveram nossas culturas negadas (MUNANGA, 2009). O restabelecimento da integridade das famílias e do povo africano, no continente ou na diáspora, exige o reforço dos nossos vínculos ideológicos e culturais, a fim de alcançarmos o êxito nesta missão (NASCIMENTO, 1980).

2.1 O SUS E A DIMENSÃO SOCIAL DA SAÚDE

O SUS é uma grande conquista da sociedade brasileira, a qual constituindo-se como política de estado, conformou nacionalmente um modelo público de ações e serviços de saúde (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008). O SUS é orientado constitucionalmente por princípios e diretrizes – integralidade, universalidade, descentralização, participação da comunidade e equidade –, que servem para reunir esforços a fim de recuperar os padrões de justiça social e, portanto, de distribuição igualitária dos recursos de saúde.

A institucionalização do SUS, enquanto um projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), teve como objetivo vencer adversidades e contradições, que

4 Vivemos uma falsa democracia colocada a serviço da supremacia branca, que segue nos eliminado em massa e que em meio a defesa falaciosa de um Estado democrático de direito viola os direitos do Povos Negro e Indígenas . Para saber mais ver Juli Oliveira, Cidadania para Quem?Ensaio de uma Indígena sobre a Cidadania Para os Povos Originários do Brasil (2016) e Pedro Borges e Vinícius Martins, em Impeachment: o que pensa a juventude negra (2016).

persistem ainda hoje. Paim (2009) esquematicamente descreve a Reforma Sanitária Brasileira como ideia, proposta, projeto, movimento, processo, onde, em que pesem os avanços, se faz necessário refletir os impasses da RSB e do SUS.

A Reforma Sanitária surge como ideia, ou seja, uma percepção, uma representação, um pensamento inicial. Vinculava-se de um lado à crítica feita aos limites do movimento ideológico da Medicina Preventiva e, de outro, à busca de alternativas para a crise da saúde durante o autoritarismo. Para enfrentar o “dilema preventivista” (Arouca, 2003) sugeria-se uma ‘prática teórica’ produtora de conhecimentos, e uma ‘prática política’ voltada à mudança das relações sociais. Para o enfrentamento da crise da saúde (Arouca, 1975), a criação do Cebes, em 1976, e da Abrasco, em 1979, foram respostas sociais que buscavam articular as práticas política e teórica. (PAIM, 2009, p.31)

Zelando por seus princípios e proposições políticas, a RSB organiza a proposta de criação do SUS, a qual, em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, estabelece as bases daquela que foi uma das maiores reformas do estado brasileiro, o Sistema Único de Saúde. O conjunto de políticas articuladas deste projeto foi apresentado a Assembléia Nacional Constituinte e, diante os apelos populares, que moldou o Movimento Sanitarista, incluído na Constituição Federal (PAIM, 2009). O processo da RSB estava a partir daí em desenvolvimento, envidando esforços para intervir em práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas –, que incidissem nas condições de saúde.

Sem adentrarmos as discussões sobre o contínuo processo de implementação do SUS, o qual tem se detido muito mais a questões de financiamento e gestão, e que não avançam para análises mais objetivas dos problemas e desafios do sistema, em nome de vaidades corporativas, colonizadoras e político partidárias (PAIM, TEIXEIRA e SOUZA, 2014), a formalização do SUS demarca o exato momento em que a política de saúde passa a ser incorporada como uma política social. Este movimento exigiu um olhar mais apurado e compreensivo aos contextos de desigualdades, injustiças e, portanto, aos determinantes sociais, de tal modo que, como aponta Fleury e Ouverney (2008), enquanto política de saúde, o SUS impulsionou um processo

de apropriação, redefinição e produção de significados sociais, servindo como um catalisador de novas percepções, conceitos e formas sociais.

Ao nos debruçarmos na história do SUS vemos um política de saúde implicada na produção de conhecimentos, na prerrogativa de acesso à informação, na transformação destas informações em políticas (MONTEIRO, 2010), empenhando esforços a consolidação de um sistema público universal permeável as demandas da sociedade.

As dimensões do social, do econômico, do político e do cultural podem influir de infindas maneiras nas condições de saúde de uma população, a depender dos contextos socioeconômicos e das próprias noções de saúde que perpassam este público. Considerando que o SUS foi gestado dentro de um sistema baseado no embranquecimento, com o propósito do deslocamento social baseado no contínuo de cor (LOPES, 2005), partindo dos princípios organizativos do próprio sistema, está colocado o desafio originário de reorienta-lo com vistas à superar as desigualdade raciais em saúde.

O racismo adquiriu uma institucionalidade, que para além da naturalização, o tem legalizado, disciplinado e organizado suas ações e serviços dentro do Sistema Único de Saúde, o que impossibilita considerarmos que a equidade seja possível ou mesmo real. Para Santos (2008) a identificação do racismo institucional⁵ não se dá isoladamente, perfazendo uma complexa trama já que implica instituições e indivíduos delegados a cumprir serviços públicos, os quais, ainda que com agência individual, lhe tem outorgada a capacidade técnica e moral do Estado (SANTOS,2008).O racismo institucional, portanto, nada mais é do que um ranço do mito da democracia racial.

Entendemos que a criação do SUS não se deu sem conflitos, o que nos leva a inferir que planejar contemplando demandas das lutas sociais é um exercício recente para as instituições públicas. Contudo, não podemos minimizar e/ou confundir dificuldades técnicas e intencionalidade, o que exige

5 (...) O fracasso coletivo de uma organização em prover um serviço profissional e adequado às pessoas com certos marcadores grupais de cor, cultura, origem étnica ou regional, o que caracteriza esse tipo de racismo é que ele extrapola as relações interpessoais e ocorre à revelia das boas intenções individuais, implicando o comprometimento dos resultados de planos e metas de instituições, gestões administrativas e de governo. (PCRI,2005)

reconhecer que o tratamento de questões de saúde do Povo Negro nunca foram prioridade⁶ dos governos. Ao apurar detalhadamente há de se perceber que enquanto não se fizer o devido desmonte do mito da democracia racial, este continuará a ser responsável pela não garantia da equidade entre os grupos sociais, assim como das diferenças gritantes entre estes (SANTOS, 2008).

Ratificado por Monteiro (2010) o direito a saúde é um direito social recente, o qual apesar de conceitualmente consolidado, é violado para determinados contingentes populacionais, como negros e indígenas, ou seja, os povos escravizados e desumanizados no decorrer da história. Partindo desta consideração, é preciso retomar o momento anterior que fundamenta o Sistema Único de Saúde, a fim de desnudar qual foi o conceito de saúde que organizou o SUS e para este exercício revisitamos o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde⁷ de 1986, em seu Tema 1 – Saúde como Direito (BRASIL, 1986)

1. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.
2. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.
3. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

6 Em 1995, pela primeira vez na história, o então presidente Fernando Henrique Cardoso fez pronunciamento público e oficial reconhecendo a discriminação racial e o racismo na sociedade brasileira. Disponível em: <http://almanaque.folha.uol.com.br/cotidiano_21nov1995.htm>. Acesso em: 16 de julho de 2016.

7 Realizada entre os dias de 17 a 21 de março de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde é considerada uma das mais importantes da história da saúde, dado que apresentou a proposta de criação do SUS, subsidiando a Assembléia Constituinte de 1988. Reunindo em torno de 4.000 participantes (1000 delegados) entre instituições do setor, sociedade civil, grupos profissionais e partidos políticos teve como produto o Relatório Final, no qual apresentou o consolidado das discussões a respeito de: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial (BRASIL, 1986). Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 16 de julho de 2016.

4. Esse direito não se materializa simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.
5. Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir:
 - trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;
 - alimentação para todos, segundo as suas necessidades;
 - moradia higiênica e digna;
 - educação e informação plenas;
 - qualidade adequada do meio ambiente;
 - transporte seguro e acessível;
 - repouso, lazer e segurança;
 - participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;
 - direito à liberdade, à livre organização e expressão;
 - acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.
6. As limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural.
7. A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração da renda e da propriedade fundiária [...] As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada. (BRASIL, 1986, p. 05-06)

A assunção do conceito ampliado de saúde, utilizado como bases do SUS, que foi sustentado pelo movimento da RSB são valorosas, entretanto, diante as disputas e negociações deste projeto, é fato que o reconhecimento de direitos não altera a condição da desigualdade social, mas gera a expectativa da mediação do conflito entre grupos dominantes e subalternizados (MONTEIRO, 2010). Logo, se há prerrogativa de que a saúde é reconhecida como componente determinante das condições sociais, mas que desconsidera

o racismo enquanto elemento atravancador das distribuições de riquezas, de poder e posse - mesmo dentro do Sistema Único de Saúde-, não é equivocado dizer que, ainda que a RSB tenha contado com a participação de negros e negras⁸, tanto quanto na 8ª Conferência, a perversidade do racismo - assentada ao mito da democracia racial - e de seus privilegiados tratou de invisibilizar as questões raciais.

Indubitavelmente, ao reportar a dimensão social da saúde, certificada pela Organização Mundial da Saúde – OMS, é precípua nos debruçarmos sobre as inter-relações das condições de saúde e os contextos sociais (raciais, étnicos, sociais, econômicos, culturais, psicológicos e/ou comportamentais) que incidem nas condições de saúde e nos fatores de riscos das populações (WHITEHEAD, 1992; OLIVEIRA, 2002). Afinal, é na medida em que os referenciais sobre os conceitos de saúde e doença se alteram para além dos fatores de riscos individuais, que são expostas as desigualdades sociais nas condições, no acesso e utilização dos serviços de saúde, originadas por injustiças sociais e que colocam algumas pessoas em desvantagem social em relação a outras, gerando assim as iniquidades em saúde (TRAVASSOS e CASTRO, 2008).

Ora, conjugar questões de qualidade de vida e as necessidades de políticas econômicas e sociais com vistas ao bem estar das populações, implicou à Constituição Federal de 1988 o estabelecimento do conceito de seguridade social onde se

compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988, p. 53).

Quando nos debruçamos sobre os indicadores de saúde relativos a pretos e pardos sobressalta o modo quão perverso o racismo incide como determinante social da saúde para o Povo Negro. Santos (2008) assevera que pretos e pardos guardam uma proximidade absoluta nas ocorrências das desigualdades desvendadas pelos indicadores sociais, em comparação a

8 Izabel Santos, enfermeira.

brancos e pardos, o que corrobora a prerrogativa de que as discriminações que atingem pretos e pardos são de ordem racial.

Para ilustrar estas disparidades, recorreremos aos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, que apontam no ano de 2010, 49.932 pessoas foram vítimas de homicídio, ou seja, 26,2 a cada 100 mil habitantes, sendo que destas vítimas 74,6% são negras. Em 2012, das 21.513 vítimas notificadas pelo SIM/SVS/MS, 72% destas eram negras, do sexo masculino, entre 15-29 anos.

Ainda de acordo com SIM/SVS/MS (2012) das 1.583 mortes maternas notificadas, 60% destas foram de mulheres negras e 34%, brancas. Enquanto, dos 39.123 óbitos infantis notificados 45% foram de crianças negras e 41% de brancas; esta diferença é maior entre as mortes que ocorrem na primeira semana de vida, donde 47% são de crianças negras e 38% de brancas.

Diante deste cenário, o SUS foi proposto a fim de se constituir como a própria estratégia descentralizada de formulação, controle e implementação das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2008). Outros marcos institucionais foram estabelecidos, endossando a organização do SUS por meio das Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142, assim como, pelo Decreto 7.508/2011, estabelecendo ações e serviços públicos em saúde integrados por rede regionalizada e hierarquizada, conformando um sistema único de saúde, que deve se implementar e reger segundo três diretrizes básicas: a descentralização, a integralidade e a participação comunitária.

No decorrer dos 28 anos de institucionalização do SUS, não nos restam dúvidas de que em que pese os pactos firmados e as metas sanitárias estabelecidas, persiste a urgência da superação das desigualdades em saúde, as quais - persistentes e passíveis de ação de mudança - são reconhecidas como iniquidades.

A interlocução e a apreensão pela gestão de grupos que vivam em condições de vulnerabilidade ou em processo de exclusão é, portanto, necessária para a promoção da equidade na saúde. A conquista do SUS que foi idealizado perpassa por seu reconhecimento no cotidiano das relações, inclusive institucionais, que ultrapassem os limites formais da saúde.

2.2 A RACIALIZAÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE

Diante os percursos traçados de concepção do Sistema Único de Saúde podemos inferir que o SUS é parte da reforma sanitária, mas não constitui a própria reforma, haja vista a inconclusão da polissemia de suas bases conceituais. Para além da igualdade, universalidade e integralidade, que se constituíram princípios e diretrizes do SUS, a equidade – por vezes tomada como sinônimo da igualdade – fundamentou-se como referência doutrinária de formulação de políticas públicas para construção do sistema (PAIM, 2010).

Ao alçar o direito à saúde como um direito social, a margem de intervenção do Estado foi ampliada, o que lhe exigiu o desenvolvimento de novos padrões de cidadania, orientando-se pelo princípio da igualdade e, conseqüentemente, pelo princípio da universalidade das regras de (re)distribuição, o qual, entretanto, homogeniza e dilui as diferenças entre as pessoas (BARROS e SOUZA,2016). Neste sentido, ao contrário do princípio de igualdade, que vinculado a cidadania pressupõe a igualdade de direitos, o princípio da equidade se liga a ideia de justiça, reconhecendo as desigualdades entre indivíduos/grupos que requerem atenção diferenciada as suas próprias necessidades (WERNECK,2005).

Quando pensamos no princípio da equidade, devemos lembrar que este se articula ao da universalidade, que visa garantir o acesso igualitário da população aos serviços de saúde. Assim como, articula-se ao princípio da integralidade, já que, para que a atenção à saúde se dê de forma equânime, diferentes segmentos da população brasileira devem ser considerados em suas particularidades econômicas, culturais, sociais, etc. A isso se inclui a gestão participativa, que institucionaliza a participação social, por meio da Lei 8.142/90 e da própria Constituição Federal, qual a partir de uma prática dialógica e construtiva entre controle social e gestão tem auxiliado nos desenhos das políticas públicas, a fim de materializar os princípios basilares da universalidade, integralidade e equidade.

Assim, o SUS amplia o aparato da discussão da saúde, na medida em que admite que fatores sociais, políticos, econômicos influenciam e atuam como determinantes sociais das condições de saúde; tal como referencia a Constituição Federal em seu artigo 196, no qual define que

“[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988, p.54)

Não é surpreendente supor que os alcances, limitações e desafios da equidade em saúde almejada pela SUS tem se moldado no decorrer de seu próprio projeto, a qual pressupõe - frente aos direitos adquiridos - condições de acesso de acordo com as necessidades de saúde de cada pessoa. Quando temos este acesso comprometido - na contramão do ideário dos reformistas – tem-se situações de iniquidades em saúde, que seguem expondo as raízes das desigualdades da sociedade, por meio de diferenças injustas e evitáveis, que desnudam seu caráter ético e social (WHITEHEAD, 1992).

A equidade foi tomada, portanto, como base do SUS referenciada na Lei 8.080/90 - que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências – como “a igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (inciso VII, art. 7º). Em 28 de junho de 2011, foi publicado no Diário Oficial o Decreto nº 7.508, o qual passou a regulamentar a Lei nº 8080, que sublinha *stricto sensu* a questão da equidade no Sistema Único de Saúde.

A perspectiva de equidade não pode ser reduzida, portanto, como resposta a situações de abundância ou miséria, que perpassam as condições de renda entre pessoas e/ou grupos sociais e suas demais condições de vida, em virtude do sistema capitalista (BARROS e SOUZA, 2016).

O capitalismo não existe sem racismo e tal como aponta Nah Dove (1995) o racismo foi fundamental para o desenvolvimento do capitalismo, já que a ideologia racista serviu de bases para o desenvolvimento do capitalismo global e foi a partir das relações de poder racializadas, que se desenvolveram

em conjunto o controle europeu/ariano das estruturas sociais tradicionais, que antecedem ao próprio capitalismo. Neste sentido, devemos problematizar o porquê de se pensar equidade em uma perspectiva racial estruturante foi por tanto tempo negligenciado.

Com o desenvolvimento do SUS acompanhamos tentativas de se aperfeiçoar os processos para garantia das condições de saúde e de enfrentamento dos agravos, observando-se as singularidades das populações, tal como exige a questão racial. Neste propósito, o SUS desenvolveu indicadores de saúde - índices, números, percentuais, informações qualitativas ou quantitativas - para mensurar realidades e/ou fenômenos sociais, a fim de que este instrumento subsidie as tomadas de decisão e gestão (FAUSTINO, 2012).

A utilização destes indicadores contribuiu para delinear um enfoque situacional, desvelando o racismo por meio das evidências empíricas e suas disparidades raciais em saúde (FAUSTINO, 2012). As desigualdades que afetam cotidianamente o Povo Negro perpassam os piores indicadores sociais de escolaridade, trabalho, emprego e renda, assim como menos acesso a bens e serviços sociais, conforme ressalta Batista (2013).

O Brasil, reduto do ideário de construção do mito da democracia racial, foi o último país a abolir a escravidão, sem empenhar qualquer ação de ressarcimento e/ou inclusão social as pessoas as quais, até então, estiveram escravizadas (PIOVESAN & RIBEIRO, 2008). Neste sentido, mesmo diante de todos esforços históricos do Povo Negro na luta pela garantia de seus direitos, restavam-lhes espaços de subcidadania (GONZALEZ & HASELBALG, 1982)

O conceito tradicional de cidadania pressupõe uma sociedade onde os membros de sua comunidade sejam amparados pela igualdade de direitos e obrigações (MARSHALL, 1967), de acordo com os princípios que a regem, sendo assim, conclui-se que o direito à saúde constituiu-se como parte da garantia da cidadania. Diante o exposto, é no mínimo contraditório considerar um status de cidadania a um grupo que esteve escravizado por mais de três séculos e vive uma permanente realidade de genocídio.

Esse genocídio, operado de diversas formas, é inclusive epistemológico, na medida em que desqualifica o pensamento negro como fonte de autoridade de saber sobre o negro, de modo a enquadrá-lo no maniqueísmo do discurso militante versus o discurso acadêmico, mas que referenda o discurso do branco sobre o negro (CARNEIRO, 2005; NASCIMENTO, 1978): o mesmo discurso branco que geralmente opera as políticas públicas ao seu livre arbítrio.

Segundo Moore (2012, p.52) o sistema escravista foi incrementado ainda na antiguidade, quando surgem as primeiras teorias formuladas sobre a escravidão e suas regulamentações vinculadas as cidades-estado gregas. A inferiorização do escravo ajudou a compor a noção de cidadania grega, já que dentro do jogo social, o escravo com seu estatuto de anticidade – e, portanto, de estrangeiro absoluto – permitiu o desenvolvimento do estatuto de cidadão (VIDAL-NAQUET apud MOORE, 2012). Este cenário nos ajuda a compreender os caminhos trilhados da construção da cidadania no Brasil, a qual foi marcada pela herança colonialista e escravocrata e tal como descreve Carvalho (2002) é marcada por uma inversão – direitos políticos, direitos sociais e direitos civis - com relação a proposta apresentada por Marshall – direitos civis, direitos políticos e direitos sociais.

Mais do que uma norma, a ideia de cidadania busca traduzir uma realidade cognitiva de sociedade, a qual nem sempre tem sido suficiente para garantir o direito de todos. Assim, mais do que a convergência de objetivos e resultados para a consecução de uma política e seu curso de implementação, estão implicados forças e projetos sociais, exigindo atenção à dinâmica de desenvolvimento e ao histórico dos diferentes projetos e sujeitos sociais em disputa, seja em âmbito institucional ou para além deste (FLEURY e OUVREY, 2008).

Kabengele Munanga (2012) sentenciou ser o racismo um crime perfeito corroborando ao inquestionável fato de que desde a Antiguidade o racismo constitui-se em uma realidade sociocultural histórica, que se deu no materialismo das relações reais e não no plano das ideias. O fenótipo, alerta Moore (2012) é o elemento “objetivo e real” que serve a hierarquização de alguns grupos em detrimento de outros, ao estabelecer o ideário de raças

superiores e inferiores. Neste sentido, a branquitude é assumida como “padrão” humano, sendo justificativa histórica para dominação, pelos europeus, das populações ancestrais da América, da África, da Ásia e da Oceania.

Em síntese, o racismo guarda profundas relações com as experiências do nascer, viver, adoecer e morrer (LOPES, 2005), revelando-se no âmbito institucional por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano dos Estados e suas instituições, que resultam do preconceito e/ou de estereótipos racistas, os quais comprometem direitos e o acesso da população negra nos serviços (WERNECK,2005); refletidos na precocidade dos óbitos, nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, na maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, bem como os altos índices de violência urbana (BRASIL,2010). Estes dados corroboram a urgência da redução das desigualdades raciais em saúde, a fim de reverter as condições de iniquidades que estão submetidos negras e negros.

Neste contexto, inspirada nos princípios basilares do SUS e atento a apreender a importância da dimensão racial das políticas públicas e, conseqüentemente, das políticas de promoção da equidade em saúde se insere a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e seus Planos Operativos como instrumentais ao planejamento, gestão e execução de políticas.

2.3 O ESTABELECIMENTO DE PADRÕES DA EQUIDADE RACIAL EM SAÚDE

Joaquim Barbosa (2005) apresenta que a noção de igualdade, a qual organizou o ideário de cidadania, firmou-se como categoria jurídica-formal, que orienta a aplicação do direito, seja nas situações jurídicas concretas e/ou sobre os conflitos interindividuais. Entretanto, diante as situações concretas de desigualdades colocou-se como imperativa adotar uma concepção de igualdade dinâmica, atenta a tratar situações desiguais de maneira dessemelhante, a fim de evitar a perpetuação das desigualdades sociais.

Frente a evidência de que a cor a pele é um determinante que nos organiza socialmente, o racismo institucional retroalimenta a exclusão social e perpetua a doutrina da democracia racial (RIBEIRO, 2015), o que exige a reorganização das instituições públicas.

As desigualdades raciais expõem as chagas de um violento processo histórico que marcou o Brasil, das quais as políticas universais não tem dado conta. Segundo Cruz (2013) o racismo institucional está entranhado no cotidiano institucional, sendo imperativo um referencial filosófico orientador capaz de desmontar a própria estrutura opressiva na qual opera o racismo institucional.

Os anos 90-2000 marcaram a institucionalização das questões raciais no campo das políticas públicas, ampliando o escopo das discussões e ações de promoção da igualdade racial. Santos (2010) apresenta as políticas de promoção da igualdade racial como um conjunto de políticas públicas e/ou privadas com vistas à promoção da igualdade racial e do enfrentamento ao racismo, organizadas entre (1) políticas valorizativas ou persuasivas, (2) políticas repressivas e (3) compensatórias ou de ações afirmativas (JACCOUD e BEGHIN, 2002).

Políticas valorizativas, também conhecidas como persuasivas, tem como foco o enfrentamento do racismo e do preconceito racial, a fins de fortalecimento da identidade nacional por meio de ações que reconheçam, valorizem e fortaleçam a identidade negra, como prática precípua de repúdio ao racismo. Negreiros (2013) a define como a construção de uma nova perspectiva da visão do país, a partir das relações raciais aqui constituídas, como forma de vislumbrar um futuro equitativo entre populações.

Quando se trata de combate à discriminação racial direta, ou seja, a prática material do racismo, aplicam-se políticas repressivas valendo-se de legislações criminais, a exemplo da Lei 1.390/51, conhecida como Lei Afonso Arinos⁹.

9 Primeira lei a incluir entre as contravenções penais a prática de atos resultantes de preconceitos de raça ou de cor. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-1390-3-julho-1951-361802-norma-actualizada-pl.pdf>.

O sequestro transatlântico de africanos e o histórico escravocrata brasileiro marcaram as condições de vida do povo negro, repercutindo ainda hoje por meio dos piores indicadores sociais (saúde, educação, trabalho e emprego, renda, etc), neste sentido, a fim de combater à discriminação racial indireta, são aplicadas as políticas compensatórias, comumente conhecidas como políticas de ações afirmativas, que buscam resolver as distorções históricas, fruto da incidência racista nas condições de vida de negras e negros.

Assim, Santos e Silveira (2010) compreendem que todas as ações supracitadas compõe o rol das políticas de promoção da igualdade racial e que

a definição de políticas de promoção da igualdade racial é abrangente, visto que requer a articulação e a interação de várias ações e/ou políticas, tais como ações repressivas, ações valorizativas, ações afirmativas, políticas universais e focalizadas. Isso se deve, entre outros fatores, porque, de um lado, o racismo é dinâmico, se renova e se reestrutura de acordo com a evolução da sociedade e das conjunturas históricas (Munanga, 1994: 178) e, de outro lado, a luta contra o racismo também não é estática e, desse modo, as formas de reação e combate a ele são múltiplas, requerendo não apenas uma, mas várias ações e políticas públicas e/ou privadas. (SANTOS e SILVEIRA, 2010, p.44)

Portanto, as ações afirmativas buscam concretizar o princípio constitucional da igualdade material, ao fazer frente aos efeitos da discriminação racial (GOMES,2005), inclusive no âmbito da saúde.

Hélio Silva Jr et al (2010) destaca que

Em uma sociedade como a brasileira, desfigurada por séculos de discriminação generalizada, não é suficiente que o Estado se abstenha de praticar a discriminação em suas leis. Incumbe ao Estado esforçar-se para favorecer a criação de condições que permitam a todos beneficiarem se da igualdade de oportunidades e eliminar qualquer fonte de discriminação direta ou indireta. A isso se dá o nome de ação afirmativa ou ação positiva, compreendida como comportamento ativo do Estado, em contraposição à atitude negativa, passiva, limitada à mera intenção de não discriminar. (SILVA JR et al, 2010, p.22)

O reconhecimento legal das ações afirmativas nunca foi o bastante para que governos de esquerda ou direita assumissem estas ações - seja na administração de orientação neoliberal do presidente Fernando Henrique Cardoso ou na administração pró-políticas sociais do presidente Luís Inácio Lula da Silva - questões raciais e/ou de desigualdades raciais e da ordem de

enfrentamento ao racismo, nunca foram prioridades de quaisquer destas agendas (SANTOS,2015). Em meio a estes mandatos, para além de discursos oficiais, marcos normativos e mesmo a criação da, então, Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) não é possível conferir a quaisquer destas personalidades que o enfrentamento das desigualdades raciais tiveram/tem centralidade em seus projetos de desenvolvimento do país.

Muitas das ações, produções e projetos em torno das questões de saúde do Povo Negro foi gestado internamente ao próprio movimento. Fátima Oliveira, médica de formação, foi vanguardista na produção teórica da área que se constituiu como de Saúde da População Negra (SPN).

Em 2001, em virtude dos preparativos para participação na III Conferência Mundial da ONU Contra o Racismo¹⁰, Fátima Oliveira (2001) sistematizou dados científicos, históricos e políticos relacionados a saúde de negras e negros na intenção de destacar as peculiaridades deste povo e das necessidades de se aportar políticas públicas para além do fatalismo genético, que se define única e exclusivamente pela leitura dos genes (CARNEIRO,2005), mas conjugando as questões sociais e biológicas que perpassam a formação deste contingente populacional. Neste documento encontramos a proposta “Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade”, o qual serviria como subsídio a formatação da política homônima.

A publicação Saúde da População Negra marcou o estabelecimento do campo de estudos, pesquisas e assistência exclusivo ao Povo Negro,

reconhecido do ponto de vista da legitimidade política, cujas bases científicas são inegáveis, mas ainda em construção e com dificuldades políticas e ideológicas para se firmar junto ao aparelho formador (escolas de saúde), nas diretrizes de políticas públicas do Ministério e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e na assistência (serviços). (OLIVEIRA,2001, p.195)

¹⁰ Entre 31 de agosto e 8 de setembro de 2001 aconteceu a III Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, em Durban, na África do Sul, reunindo mais de 16 mil participantes e 4 mil organizações não-governamentais de 173 países. A realização da Conferência marcou o debate transnacional sobre racismo, xenofobia e intolerâncias correlatas e a participação da delegação brasileira foi decisiva no direcionamento de estratégias de ações políticas. Para saber mais ver Declaração e Plano de Ação de Durban (2001) em http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_durban.pdf.

Estes esforços empenhados nas lutas de homens e mulheres negras serviram como um catalisador para provocar mudanças – ainda que imperceptíveis – na ordem pública, como um estímulo permanente a reação inaceitável de escravização. Sendo este o caminho que alçou o combate ao racismo ser incorporado às ações do SUS com a instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra/PNSIPN e, portanto, reforçando as ações afirmativas no âmbito da saúde.

2.3.1 A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN

A Política foi construída a partir de um amplo processo de participação social envolvendo o Movimento Social Negro, que por meio da Marcha Zumbi dos Palmares Contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida (1995) conseguiu provocar o acolhimento de suas reivindicações, que se traduziram na instituição do Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da Pessoa Negra (GTI) e o Subgrupo de Saúde, propiciando as discussões iniciais da recente área de saúde da população negra no Ministério da Saúde. À época, a aplicação do quesito raça/cor nos sistemas de informação do SUS e do recorte étnico-racial nas pesquisas envolvendo seres humanos por meio da Resolução CNS 196/96, além da recomendação da implementação de uma política nacional de atenção às pessoas com doença falciforme (BRASIL, 2009) foram alguns dos resultados alcançados.

A PNSIPN foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 10 de novembro de 2006, entretanto, foi somente após três anos, que a mesma foi instituída e publicada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria N° 992 de 13 de maio de 2009. Indubitavelmente os processos relacionados a PNSIPN se refletem no próprio processo político, já que estes são marcados pela disputa ideológica no campo da saúde ao tratar do racismo e seus impactos no quadro sócio-sanitário da sociedade brasileira, expondo, assim, as correlações de forças implicadas em sua implementação (ARAÚJO, 2015).

O hiato no transcurso da institucionalização da PNSIPN expõe as resistências sobre o tema, o qual muitas vezes é apresentado como um afronta ao princípio da universalidade, entretanto Fátima Oliveira é enfática ao afirmar que “a universalidade na atenção e no acesso à saúde só existe quando se consideram as singularidades o caminho para a equidade” (RADIS, 2004).

Apesar de todos os percalços, há o reconhecimento do racismo pelo Estado brasileiro, de modo que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra se apresenta como um dinamizador no estabelecimento de padrões de/para a equidade racial (BRASIL e TRAD,2012), assim como cotejando o impacto do racismo na saúde e ao modo como as desigualdades raciais agem enquanto determinantes do processo saúde-doença para o Povo Negro.

Tendo por 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 (BRASIL, 2010, p.18)

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra aplica o enfrentamento do racismo e do racismo institucional às ações e demais políticas do SUS. A Política figura, portanto, como a resposta institucional ao enfrentamento do racismo na saúde, reconhecendo as mazelas das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional, sendo a primeira política pública com foco na promoção da equidade racial a ganhar *status* de lei com a instituição do Estatuto da Igualdade Racial. Este, instituído pela Lei 12.288, de 20 de julho de 2010, traz no bojo do Título II, Dos Direitos Fundamentais, Capítulo I Do Direito à Saúde o direito à saúde da população negra, corroborando aos esforços jurídicos para implementação da respectiva Política (BRASIL, 2012).

A implementação da Política pelo estados e municípios é instrumentalizada pelo Plano Operativo (P.O), o qual busca formatar propostas ao plano de execução de ações da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. A ideia é estabelecer estratégias de intervenção no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades raciais em saúde nos

órgãos de gestão federal, estadual e municipal do SUS, com vistas a operacionalizar as diretrizes gerais e os objetivos específicos definidos na PNSIPN.

No decorrer de dez anos, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi organizada por dois Planos Operativos: (1) 2008-2011 e (2) 2013-2015. A prerrogativa é de que as ações cotadas no Plano Operativo são possíveis de serem executadas por meio da utilização de financiamento previsto no orçamento ou que já foram pactuadas nas demais políticas de saúde das áreas respectivas do Ministério da Saúde.

2.3.1.1 I Plano Operativo (2008-2011) da PNSIPN

O I Plano Operativo propôs a operacionalização de suas ações por meio de fases, para as quais foram estabelecidas metas específicas para um prazo de dois anos, de tal sorte articuladas para que a primeira fase alcançasse condições necessárias para consecução dos respectivos objetivos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2010):

- I - Garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde;
- II - Garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde;
- III - Incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social;
- IV - Identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho;
- V - Aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS;
- VI - Melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia;

VII - Identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades;

VIII - Definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde;

IX - Monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais;

X - Incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar;

XI - Monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios antirracistas e não discriminatórios;

XII - Fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

A partir dos eixos priorizados – (1) Raça Negra e Racismo como Determinante Social das Condições de Saúde: acesso, discriminação e exclusão social; e (2) Morbidade e Mortalidade na População Negra – estabeleceram-se a Fase 1 (2008-2009) e a Fase 2 (2010-2011), na perspectiva de que as metas e ações propostas aos períodos incidissem sobre os diferentes condicionantes e determinantes que sustentam as desigualdades raciais em saúde (BRASIL, 2010).

Cruz (2013) relata que em setembro de 2011, no âmbito do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, foi apresentada a versão preliminar do Balanço do Processo de Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), no qual apesar das várias ações elencadas, a avaliação do processo de implementação foi prejudicada dado a ausência no período de ações de monitoramento e avaliação da implementação da política.

Apesar das avaliações não conclusivas, no ano de 2012, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP, (área meio responsável por coordenar a implementação da PNSIPN e por seu fomento ideológico, especialmente junto aos estados e municípios), apontou avanços como a instituição de legislação e normalização referente à saúde da população negra; maior participação do movimento negro e controle social;

instituição de Comitês Técnicos, Áreas Técnicas Comissões e afins; lançamento de publicações; além de realização de eventos e capacitações. Todavia, elencou como desafios permanentes a realização de Campanha Nacional de Enfrentamento ao Racismo Institucional no SUS; implantação do Quesito Raça/Cor; estabelecimento de metodologia de monitoramento e avaliação para efetivar a implementação da PNSIPN; e ampliação da participação e controle social dos movimentos negros.

Existe uma fragilidade incontestada na institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que se percebe na não aplicação de metas diferenciadas, as quais se debruçam sobre as disparidades raciais e aos indicadores desagregados por raça/cor (FAUSTINO, 2013). Tanto que para a formatação do II Plano Operativo, foi ponderado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) observação das seguintes necessidades à implementação:

- Maior articulação entre as áreas técnicas do MS para a transversalização da PNSIPN;
- Prática de corresponsabilidade das áreas técnicas do MS, áreas de governo e movimentos sociais no tocante à implementação da PNSIPN;
- Otimizar a sistematização de dados para o processo de monitoramento e avaliação permanente da PNSIPN;
- Garantir o funcionamento do Comitê Técnico de Saúde da População Negra/CTSPN, assim como da participação de áreas técnicas nas reuniões do mesmo. (MARQUES, 2016, p. 06)

2.3.1.2 II Plano Operativo (2013-2015) da PNSIPN

Tal como se propôs o primeiro, o II Plano Operativo da PNSIPN se insere na dinâmica do SUS, por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, que incluem a adoção de estratégias operacionais das ações pactuadas entre gestores federais, estaduais e municipais, para execução nas três esferas de gestão a fim de ampliar o acesso da população negra aos serviços do SUS. As estratégias operacionais das ações propostas no Plano Operativo da PNSIPN visam cumprir as diretrizes gerais da Política da Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2010):

I - Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;

II - Ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde;

III - Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;

IV - Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;

V - Implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo;

VI - Desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades. (BRASIL, 2010, p. 18-19)

O II Plano Operativo tinha por missão cumprir a implementação entre os anos de 2012-2015, sendo iniciada sua formulação, ainda em 2011, a partir do planejamento do Plano de Ação Conjunta entre o Governo Brasileiro e o Governo dos Estados Unidos da América para a Eliminação da Discriminação Étnico-Racial e a Promoção da Igualdade (JAPER). O JAPER trouxe como proposta a promoção da cooperação técnica entre instituições governamentais dos Estados Unidos com o Brasil, a fim de, entre outras ações, fortalecer a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Assim, o Plano de Ação Conjunta convoca os dois Governos a colaborar na promoção da cooperação, do entendimento e da troca de informações para eliminar a discriminação racial e étnica e promover a igualdade de oportunidades. O JAPER estimulou também um envolvimento contínuo da sociedade civil de ambos os países, considerando-os críticos para o sucesso da iniciativa.

A revisão do plano de monitoramento e avaliação da PNSIPN figurou como parte do plano de ação desta cooperação técnica, de modo a estabelecer uma matriz metodológica com metas, indicadores e fontes de informação e para cumprimento desta missão foi constituída consultoria especializada na figura da Dra Maria Inês Barbosa - ativista e pesquisadora da área de Saúde

da População Negra - a fim de auxiliar no recolhimento de subsídios técnicos para o processo de implementação da referida política. O trabalho desta consultoria implicou em elaborar proposta preliminar para o II Plano Operativo, assim como vislumbrar instrumento de monitoramento e avaliação da implementação da PNSIPN.

Coerente aos propósitos de corresponsabilização, a construção do II Plano foi marcada pelo diálogo com as várias áreas de competência do Ministério da Saúde, assim como estiveram envolvidos os movimentos sociais, por meio do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) e a, então, Secretaria de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR.

O processo de elaboração do II Plano Operativo se fez através de vários caminhos, a fim de instaurar potencialidade neste documento enquanto um dos mecanismos do planejamento no SUS, o que estendeu os exaustivos debates referentes ao escopo, a forma e a formatação do II Plano para mais de um ano do previsto. O II Plano Operativo apresentou seus objetivos, planos e metas espelhados estrategicamente aos objetivos, plano e metas do Plano Nacional de Saúde (2008-2015).

Estes esforços foram traduzidos em 54 (cinquenta e quatro) ações, sendo que sua 1ª parte foi composta por 23 (vinte e três) diretrizes e ações de competência direta do MS e a 2ª parte, por 31 (trinta e uma) ações a serem pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT, dado a transversalidade da política com a gestão e execução compartilhada entre entes governamentais.

O II Plano Operativo (2013-2015) de Saúde da População Negra foi, portanto, organizado a partir do Problema: Dificuldade de acesso da população negra à atenção à saúde, desdobrando-se em cinco eixos específicos:

EIXO 01: Inclusão da População Negra no escopo das redes de atenção à saúde

EIXO 02: Promoção e Vigilância em Saúde

EIXO 03: Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra

EIXO 04: Fortalecimento da participação e do controle social

EIXO 05: Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população negra. (BRASIL, 2014)

O monitoramento e avaliação da implementação da PNSIPN é uma das questões mais caras em relação ao ciclo da política e para o qual não se deve confundir problemas técnicos com intencionalidades, ainda que seja sabido que no caso da política de Saúde da População Negra os problemas que perpassam sua implementação são de ordem técnica e, quase exclusivamente, política.

Vale destacar que as ações de competência direta do Ministério da Saúde elencadas no II P.O foram incorporadas como resultados no planejamento estratégico do Ministério da Saúde e inseridas na ferramenta de monitoramento E-Car¹¹, com etiqueta que especifica de “População Negra”, assim como, tendo pessoa responsável identificada a prestar informações sobre as ações.

2.4 OS PERCURSOS (IN)ACABADOS DA EQUIDADE RACIAL EM SAÚDE

Diante as prerrogativas constitucionais de igualdade e da universalidade enquanto princípio organizativo do SUS, é intrigante pensar a equidade em sua dimensão ética e social como um lugar a ser alcançado. Sem dúvida este cenário remonta a ideia da democracia racial a qual, em nome da convivência cordial entre os grupos sociais, supondo ser todos iguais, minimiza as diferenças, sustentando as iniquidades entre esses mesmos grupos.

E tal como alerta Sales Jr (2006) o racismo foi aprimorado, passando de “um racismo bivalente para um racismo polivalente (ou mesmo ambivalente)” , pelo qual se alimentaram os propósitos da miscigenação, subordinação e

11 O e-Car é o acrônimo para o Sistema Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados do Ministério da Saúde, que tem por finalidade qualificar a gestão e a implementação de suas políticas. Sendo um software livre, este instrumento tecnológico possibilita o acompanhamento de ações garantido o registro de metas, indicadores, prazos, pareceres situacionais , além de identificar responsáveis. Para saber mais ver Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (2014) em Monitoramento do Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde: Experiências com o Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (e-CAR).

exclusão da diáspora negra disciplinada pela lógica do mito da democracia racial e sua cordialidade. Sobre essa cordialidade desenvolve o autor,

No plano das práticas sociais cotidianas, consolidou-se o que denomino “cordialidade racial”. A “cordialidade” das relações raciais brasileiras é expressão da estabilidade da desigualdade e da hierarquia raciais, que diminuem o nível de tensão racial. A cordialidade não é para “negros impertinentes”. As relações cordiais são fruto de regras de sociabilidade que estabelecem uma reciprocidade assimétrica que, uma vez rompida, justifica a “suspensão” do trato amistoso e a adoção de práticas violentas. A discriminação racial: [...] se manifesta sempre numa situação de desigualdade hierárquica marcante – uma diferença de status atribuído entre agressor e vítima – e de informalidade das relações sociais, que transforma a injúria no principal instrumento de restabelecimento de uma hierarquia racial rompida pelo comportamento da vítima (Guimarães, 2004, p. 36). A cordialidade é uma espécie de tolerância com reservas, associada ao clientelismo e ao patrimonialismo nas relações sociais (cf. Viotti da Costa, 1999), reproduzindo relações de dependência e paternalismo. A associação entre cordialidade, clientelismo e patrimonialismo parece ser parte da explicação da manutenção de um racismo institucional não-oficial – relações sociais difusas e informais que se infiltram e “aparelham” as instituições oficiais. (SALES JR, 2006, p.230)

Já não faltam elementos que certifiquem que o racismo pode e deve ser avaliado pelas desvantagens que gera, especialmente diante as desigualdades que cria entre negros e brancos (PCRI,2006).

Decorridos 10 anos de instituição de uma política de promoção da equidade racial, tal como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, é imperativo refletir sobre como o critério da equidade tem incidido para esta implementação, dado que persistem as disparidades nas condições de vida para negros e negras.

Alguns autores tem problematizado o esvaziamento do conceito da equidade na realidade das políticas públicas de saúde. Pinheiro, Westphal e Akerman (2005) a partir de um estudo sobre as ocorrências do termo equidade nos relatórios da 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde concluíram que a questão não tem alcançado o avanço esperado, sendo tratada de forma vaga, genérica e incompatível. Na análise destes autores a equidade- que deveria assentar a universalidade e a integralidade do sistema – está organizada mais como um conjunto de intenções, que tampouco foi incorporado a administração pública. Sem estratégias práticas e operacionais,

sem propostas ou compromissos reais a “intenção” da equidade em saúde não é o bastante para a reversão das condições de iniquidades e da promoção da justiça social.

Envidar esforços para a superação das iniquidades raciais em saúde está, pois, para além da instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, porque implica tornar o racismo visível nas instituições públicas e/ou privadas, a fim de combatê-lo desde suas relações de trabalho, nas atitudes e práticas de seus funcionários, nas suas ações finalísticas e preveni-lo por meio de normas e procedimentos capazes de incidir na cultura institucional (PCRI,2006).

Está colocado, portanto, um dilema ao princípio da equidade sobre seu alcance e compromisso junto aos povos originários e a histórica força sistêmica da opressão racial. Tal como aponta Cruz (2004) existe uma profunda diferença entre os grupos étnicos quanto a seus indicadores de saúde e doença, e políticas universais não tem capacidade para enfrentar os abismos sociorraciais do país, de modo que

[...]Tomando por base a definição (...) sobre racismo institucional, avaliamos que a fixação do Ministério da Saúde em uma política que, ano após ano, ignora estas mórbidas diferenças entre os índices sociodemográficos e as taxas de mortalidade, constitui discriminação institucional (...). A finalidade de tal discriminação só pode ser a manutenção de um prejuízo que conduza regular e paulatinamente à redução e ao enfraquecimento de um determinado grupo populacional (...), visando o fortalecimento de uma estrutura de exploração do capital. Para que se neutralize o racismo institucional e o seu impacto sobre a saúde (...) é necessária a promoção de um contexto político voltado para a equidade, cidadania e a emancipação que seja também culturalmente sensível, isto é, que observe as particularidades da população negra brasileira. (CRUZ,2004, p.453)

Sendo assim, acompanhamos a impotência da equidade como princípio doutrinário a consecução das ações políticas e de acolhimento das demandas dos movimentos sociais (NOGUEIRA, 2000).A equidade enquanto um fundamento da justiça social contra situações de iniquidades transmutou-se, de acordo com Nogueira (2005), da denúncia desta condição de desigualdade à afirmação da garantia de direitos. Essa mudança, segundo o autor, implicou a

uma tendência generalista da concepção de equidade, o que acaba por diluir as especificidades de determinados grupos sociais e invisibilizar barreiras, dado que os problemas da equidade não são encarados em perspectiva concretas e sendo subsumidos em discursos de tipo essencialista, referenciados equivocadamente por um caráter e matriz únicos, tal como exige a tese da democracia racial (GUIMARÃES, 2001).

Ainda que tenhamos ciência de que grande parte das políticas públicas empenhadas pelo Estado na intenção de reverter iniquidades e ao fortalecimento de coesão social, não contemplem o problema racial, acabando por corroborar a letargia social sobre a questão (THEODORO, 2008), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra trouxe para o âmbito do SUS diretrizes para o enfrentamento do racismo e seus impactos na saúde da população negra e, portanto, ao enfrentamento do racismo institucional.

Em vista disso é importante ponderar que – apesar das dificuldades de materialização no cotidiano e ainda que aquém das necessidades – a agenda de promoção da equidade racial em saúde foi evidenciada com a proposição de estratégias para identificar, prevenir e enfrentar as iniquidades raciais em saúde (OLIVEIRA, 2013). Afinal, a construção da Política foi (re)orientada para reiterar o direito à saúde do Povo Preto, na medida em que o SUS, por meio da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra buscasse direcionar, em todos seus níveis e instâncias, um esforço para superar os fatores que determinam as expressões de maior vulnerabilidade que afetam negros e negras.

E como estratégia para qualificação do sistema, a própria PNSIPN reforça a participação social enquanto princípio do SUS, estabelecendo em suas diretrizes a “ampliação e fortalecimento do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa no SUS” (BRASIL, 2009).

2.5 OS MOVIMENTOS NEGROS E AS QUESTÕES RACIAIS NA SAÚDE

O espaço e o tempo histórico experienciado por cada pessoa, de acordo com Lopes e Magalhães (2010), definem a dimensão pessoal da saúde, na medida em que esta é determinada pela identidade, liberdade e capacidade do próprio indivíduo para regular as variações que ocorram em seu organismo. E tal como se constrói essa percepção singular da saúde, não é errado inferir que por esses caminhos comuns se organiza a noção do próprio direito de cidadania.

A luta contra o racismo empenhada pelo Povo Negro cruzou os mares em meio ao sequestro transatlântico, resistiu ao processo escravocrata e se confunde com sua própria luta por cidadania, marcando desde então a história do Brasil. Segundo Clóvis Moura (1988)

Assim como a escravidão foi uma instituição nacional, a luta dos escravos contra ela também se espalhou por todo nosso território. Do Rio Grande do Sul ao Amazonas eles lutaram contra o instituto que os oprimia. Os quilombos, as insurreições, guerrilhas, assassinatos de feitores, de capitães do mato e de senhores, o bandoleirismo, incêndios de canaviais, roubos e colheitas e raptos de escravas, quando não o suicídio, tudo isso era um fenômeno sociologicamente normal porque correspondia à contrapartida de negação ao modo de produção escravista. (MOURA, 1988, p. 28)

Enquanto pólos de resistência e de organização social dos negros, a constituição dos quilombos nos ajuda a compreender os percursos da história social, sendo definidos pelo autor como

a unidade básica de resistência do escravo. Pequeno ou grande, estável ou de vida precária, em qualquer região em que existisse a escravidão lá se encontrava ele como elemento de desgaste do regime servil. (...) O quilombo aparecia onde quer que a escravidão surgisse. Não era uma simples manifestação tópica. Muitas vezes surpreende pela capacidade de organização, pela resistência que oferece; destruído parcialmente dezenas de vezes e novamente aparecendo, em outros locais, plantando a sua roça, construindo suas casas, reorganizando a sua vida social e estabelecendo novos sistemas de defesa. (MOURA, 1988, p. 102)

A abolição oficial da escravatura não foi o bastante pra reverter as péssimas condições a que estavam submetidos os africanos e seus descendentes. O histórico de coerção social imposta a negros e negras escravizados rendia-lhes várias restrições políticas não sendo brasileiros; e

quando foram considerados como tais, não alcançaram o status de cidadãos (MOURA, 1988).

Os Movimentos Sociais Negros são múltiplos desde suas práticas, concepções e seu agir político em relação ao enfrentamento do racismo (SANTOS, 2007). Pereira (2008) reconstrói a trajetória desses movimentos, no Brasil, a partir do que denomina três impulsos: o primeiro impulso com a fundação da Frente Negra Brasileira (FNB), na década de 30; o segundo impulso com o Teatro Experimental do Negro (TEN); terceiro impulso, em 78, com a criação do Movimento Negro Unificado (MNU).

A demarcação didática do autor, não exclui outros agentes na luta pelos direitos do Povo Negro definidos como Movimento Negro, os quais perpassam desde revoltas populares (a exemplo da Revolta da Chibata), confrarias e a própria Imprensa Negra (MUNANGA e GOMES, 2006; SANTOS, 2007; PEREIRA, 2008).

O conceito de Negritude, cunhado por Aimé Césaire, Léopold Sédar Senghor e Léon-Gontran Damas, positivou as relações raciais no século XX, a partir da década de 30, estabelecendo um movimento político e estético (CÉSAIRE, 2010) que inspirou os anos seguintes. De acordo com a obra Discurso sobre a Negritude,

Embora o avassalamento político, a perda da autonomia cultural ou mesmo a escravização não sejam, de maneira nenhuma, problemas particularmente *raciais*, eles se tornaram *concretamente raciais*, e, portanto, consubstanciais à condição do "negro" como *negro* a partir do momento em que uma visão *especificamente racista* presidiu esses acontecimentos. (CESAIRE, 2010, p. 08)

Continua o autor

A **raça** e o **racismo** foram erigidos pelos *não-negros* em uma *metaconsciência* totalizadora, definidora do humano em termos puramente tautológicos, maniqueístas e essencialistas, como fruto de uma *metavisão* hegemônica. (...) De modo que, do século VIII aos dias atuais, o chamado Mundo Negro - principal alvo das agressões e depredações do expansionismo ocidental - nunca escapou da noção de **raça** definida fora dos seus domínios, sem a sua participação e contra ele. Portanto, desde séculos atrás, a "questão racial" constituiria um dos grandes eixos de reflexão teórica e de práxis política que caracterizara a modernidade. As lutas dos povos de pele preta, pela sua emancipação, particularmente aqueles de ascendência africana, não teriam como evitá-la. (CESAIRE, 2010, p. 09, grifo do autor)

Criada em 16 de setembro de 1931, com um forte caráter integracionista, a Frente Negra Brasileira foi uma das mais significativas instituições do Movimento Negro, chegando a reunir mais de 60 mil associados por todo o Brasil e, posteriormente, constituindo-se como partido político (SANTOS, 2007; PEREIRA,2008; D'ADESKY, 2009). Comandado por importantes articulistas da imprensa negra, como Arlindo Veiga dos Santos, José Correia Leite e Jayme Aguiar - estes últimos fundadores do Clarim da Alvorada -, a FNB marca a inserção dos debates de ressocialização dos negros do Brasil na arena política, na medida em que

Níveis de esforço foram canalizados para uma variedade de programas destinados a melhorar a situação da população negra em São Paulo. A Frente subvencionou cursos de alfabetização e vocacionais para adultos, e montou uma escola elementar. **Criou uma clínica que oferecia cuidado médico e odontológico a baixo custo**, e seu departamento legal proporcionava assistência aos membros envolvidos em disputas com proprietários de terras ou com patrões. Também oferecia benefícios de auxílio mútuo e estabeleceu uma cooperativa de crédito como parte de uma campanha "compre sua própria casa", destinada a ajudar os afro-brasileiros a escapar dos porões fétidos do centro da cidade comprando terrenos e casa nos então subúrbios periféricos de Jabaquara, Saúde e Casa Verde (ANDREWS apud SANTOS, 2007, p. 75, grifo nosso)

Em 1937, meio a disseminação da ideologia do mito da democracia racial, instaura-se o golpe do Estado Novo de Getúlio Vargas. Neste período, organizações e manifestações políticas foram proibidas, além de partidos políticos, a exemplo da própria Frente, fechados (SANTOS, 2007; PEREIRA,2008; D'ADESKY, 2009). Entretanto, Santos (2007) ressalta que apesar do refluxo da mobilização negra e do fechamento da FNB, organizações dos Movimentos Sociais Negros não deixaram de existir, ainda que com atuações mais modestas.

Em meio a Segunda Guerra Mundial (13/10/1944) surge o Teatro Experimental do Negro tendo como expoentes Abdias do Nascimento, Haroldo Costa, Ruth de Souza, Léa Garcia, Solano Trindade e Alberto Guerreiro Ramos, dentre outros (SANTOS, 2007; MUNANGA e GOMES,2006). Em O Quilombismo, Nascimento (1980) declara

Quando em 1944 fundei, no Rio de Janeiro, o Teatro Experimental do Negro, o processo de libertação do negro uma vez mais retomou seu caminho, recuperou suas forças e seu ritmo. (...) O TEN existiu como um desmascaramento sistemático da hipocrisia racial que permeia a nação. (...) a <<democracia racial>> ainda é invocada para silenciar os negros, significando portanto ainda opressão individual e coletiva do afro-brasileiro, degradação e proscricção de sua herança cultural. Este *slogan* traduz a insensível e cruel exploração praticada contra os negros por todos os setores e classes da sociedade branco/brancóide, quer se trate de ricos, de pobres ou de remediados. **Nosso país desenvolveu uma cultura baseada em valores racistas, institucionalizando uma situação de características patológicas: a patologia da brancura.** Sociologicamente falando, **essa moldura e conteúdo de interação racial se chama simplesmente de genocídio**, tanto na forma como na prática. (NASCIMENTO, 1980, p. 68, grifo nosso)

Entre as décadas de 40 e 50, o TEN realizou a Convenção Nacional do Negro, a Conferência Nacional do Negro e o 1º Congresso do Negro Brasileiro, envidando esforços para que a discriminação racial fosse criminalizada e fossem estabelecidas políticas públicas (MUNANGA e GOMES, 2006; SANTOS, 2007; PEREIRA, 2008; NASCIMENTO e NASCIMENTO, 2014). Cabe destacar que na realização do 1º Congresso do Negro Brasileiro, para além da educação - que figurava como uma das questões mais caras ao TEN - foi registrado na declaração final do respectivo congresso a preocupação, dentre outras questões (SANTOS, 2007), com a saúde de negras e negros, asseverando que

O abandono a que foi relegada depois da abolição e a estrutura econômica e social do país são as causas principais das atuais dificuldades da camada de cor da nossa população. Os problemas do negro são apenas um aspecto particular do problema geral do povo brasileiro, de que não será possível separá-los sem quebra da verdade histórica e sociológica. Desta maneira, considera este Congresso necessários, a fim de remediar tal situação, o desenvolvimento do espírito associativo da gente de cor, a ampliação da facilidade de instrução e de educação técnica, profissional e artística, **a proteção à saúde do povo**, e, em geral, a garantia de oportunidades iguais para todos na base de aptidão e da capacidade de cada qual. (I Congresso do Negro Brasileiro *apud* Nascimento, 1982: p. 401-402, grifo nosso)

Mais do que um grupo de teatro composto por negras e negros, o TEN deu corpo a proposta do Movimento da Negritude, atuando politicamente para a afirmação e valorização da cultura de origem africana, conforme declarou Abdias do Nascimento

Fundando o Teatro Experimental do Negro em 1944, pretendi organizar um tipo de ação que a um tempo tivesse significação cultural, valor artístico e função social. O objetivo era "a abertura de oportunidades reais de ascensão econômica, política, cultural, social, para o negro, *respeitando-se sua origem africana*". (...) o espetáculo, a pura representação, seria coisa secundária. O principal, para nós, era a educação, e esclarecimento do povo. Pretendíamos dar ocasião aos negros de alfabetizar-se com conhecimentos gerais sobre história, geografia, matemática, línguas, literatura, e assim por diante. (...) "o processo de libertação da massa dos homens de cor do seu estado de marginalismo social devia se assentar na educação e na criação de condições sociais e econômicas para que esta educação para a vida livre se efetivasse. (NASCIMENTO e NASCIMENTO, 2014, p. 152-153)

Tal como ressalta Santos (2007), mais do que ler e escrever formalmente, o TEN esteve imbuído de formar uma consciência crítica, reflexiva, que provocasse uma leitura da realidade dos sujeitos, transformando a condição sócio-racial destes envolvidos. E essa ideia de educação comprometida, que reconheça e consiga reescrever o mundo de forma consciente converge ao movimento da *Négritude*, porque assim como o TEN, aquele movimento assumia a estética como um campo político ampliado, entendendo que os negros africanos e da diáspora reuniam elementos comuns de história, identidades e objetivos (NASCIMENTO e NASCIMENTO, 2014).

Em que pese a intelectualidade creditar a proposta de uma educação consciente a Paulo Freire, é importante ressaltar que este

[...] foi companheiro do sociólogo Alberto Guerreiro Ramos no Instituto Superior de Estudos Brasileiros (ISEB), afirmou ter ouvido pela primeira vez a palavra "conscientização" e o seu significado profundo no ISEB, por meio dos professores Álvaro Pinto e Guerreiro Ramos. Segundo Freire, "acredita-se que sou autor deste estranho vocábulo 'conscientização' por ser o conceito central de minhas ideias sobre a educação. Na realidade, foi criado por uma equipe de professores do Instituto Brasileiro de Estudos Brasileiros, por volta de 1964. Pode-se citar entre eles o Filósofo Álvaro Pinto e o **Professor Guerreiro [Ramos]. Ouvi pela primeira vez a palavra conscientização, percebi a profundidade de seu significado, porque estou absolutamente convencido de que a educação, como prática da liberdade é um ato de conhecimento, uma aproximação da realidade** (Freire *apud* Romão, 2005:134) Deve-se ressaltar mais uma vez aqui que Guerreiro Ramos foi um dos membros mais ativos do TEN junto com Abdias do Nascimento. Portanto, é plausível sustentar a hipótese de que o TEN também influenciou as ideias de Paulo Freire sobre a educação e, em especial, sobre a educação popular. (FREIRE *apud* ROMÃO, 2005, p. 134, grifo do autor)

O Teatro Experimental do Negro teve um relevante papel na denúncia de discriminação racial, na construção de propostas legislativas (seja incidindo diretamente na Assembléia Constituinte de 1946 ou inspirando a Assembléia

Constituinte de 1988) e como catalisador da participação do negro no processo democrático, sendo decretado o encerramento de suas atividades quando Abdias, seu mais notório fundador, sofre o exílio que duraria 13 anos (SANTOS, 2007; NASCIMENTO e NASCIMENTO, 2014).

O mito da democracia racial se consolidou como representação preponderante das relações raciais nos idos dos anos 70 e 80, apesar disso e do próprio refluxo do contexto ditatorial, os Movimentos Sociais Negros mantiveram, ainda que timidamente, suas atuações (SANTOS, 2007).

Marcando o terceiro impulso da trajetória dos Movimentos Sociais Negros (PEREIRA, 2008), em de junho de 1978, é fundado em São Paulo, o então, Movimento Negro Unificado contra o Racismo e a Discriminação Racial - MNUCDR, marcando uma nova militância antirracista com o propósito de reagir contra a violência racial, especialmente no que tange à violência policial (SANTOS, 2007).

Tendo chamado a atenção do Estado brasileiro, para muitos autores, a criação do MNU representou a ressurreição do Movimento Negro, já que expôs a potencialidade do MN, em meio a diversidade de seus militantes e apesar das dificuldades estruturais para seu estabelecimento (SANTOS, 2007; PEREIRA, 2008; D'ADESKY, 2009). Contudo, é preciso ponderar que a articulação de negras e negros pela garantia de seus direitos sempre existiu, contribuindo a um acúmulo de experiência entre gerações (DOMINGUES, 2007).

Inspirado por nomes como Martin Luther King Jr, Malcom X e os Panteras Negras, assim como pelos movimentos nacionalistas de libertação africana, a exemplo de Guiné Bissau, Moçambique e Angola, o discurso radical do MNU ganhou força.

O nascimento do MNU significou um marco na história do protesto negro do país, porque, entre outros motivos, desenvolveu-se a proposta de unificar a luta de todos os grupos e organizações anti-racistas em escala nacional. O objetivo era fortalecer o poder político do movimento negro. Nesta nova fase, a estratégia que prevaleceu no movimento foi a de combinar a luta do negro com a de todos os oprimidos da sociedade. A tônica era contestar a ordem social vigente e, simultaneamente, desferir a denúncia pública do problema do racismo. Pela primeira vez na história, o movimento negro apregoava como

uma de suas palavras de ordem a consigna: "negro no poder!" (DOMINGUES, 2007, p.114-115)

Portanto, foi a partir da década de 70 com o surgimento de organizações, grupos e entidades negras que o termo Movimento Negro se tornou usual, tal como o reconhecemos hoje, de forma a reivindicar o reconhecimento de sua cidadania, a preservação e valorização da cultura e tradições africanas, pelo resgate de sua história e, acima de tudo, protagonismo (PEREIRA, 2008; D'ADESKY, 2009).

Por ocasião da reunião de sua Comissão Executiva Nacional - CEN, em 1982, o MNU estabelece em seu Programa de Ação, dentre outras reivindicações, questões

Quanto à natalidade

Direito às mulheres negras de controlar suas próprias funções reprodutoras. direito exclusivo à decisão de evitar ou terminar a gravidez. Isto significa também rechaçar os esquemas de controle de natalidade que são armas do racismo.

a) Aborto gratuito; não à esterilização forçada ou a qualquer outra ingerência do governo.

b) Informação gratuita e amplamente difundida sobre o controle de natalidade.

c) Abolir conceito de "ilegitimidade". Fim à discriminação da mãe solteira. (MNU, 1988, p. 32)

Os chamados direitos reprodutivos organizaram os debates na década de 80 em torno da violência vivida com o controle de natalidade, o que nos remonta a "manipulação de nossa capacidade procriativa" (WERNECK, 2004) e, como se percebe, essa foi uma questão de saúde pautada, de forma incipiente, pelo MNU.

Em julho de 1982, o economista Benedito Pio da Silva, assessor do Grupo de Assessoria e Participação (GAP), órgão do Banespa, criado durante o governo Maluf, ao expor seu projeto de controle da natalidade para o Estado de São Paulo, que segundo denúncias fazia parte de um acordo (...) informou que o objetivo do programa era reduzir a população negra (pretos, pardos, mulatos, etc.), porque no ano 2000 essa população seria maioria no país, superando mais de 60% da população brasileira, (...) era preciso iniciar desde já um controle de natalidade (junto à população negra) para poder evitar as consequências da explosão demográfica. (MNU, 1988, p. 36)

Neste período, frente a esta situação, acompanhamos o surgimento das organizações de mulheres negras, as quais inicialmente se organizam em torno

dos debates da política natalista e, posteriormente, conformando o campo da Saúde da População Negra (ARAÚJO, 2015).

Realizada a Convenção Nacional do Negro pela Constituinte, em 26 e 27 de agosto de 1986, em Brasília, 63 entidades de 16 estados brasileiros estiveram reunidas, somando 185 participantes. Este significativo encontro reuniu reivindicações dos Movimentos Sociais Negros para compor a Assembléia Nacional Constituinte de 87 (Anexo A), dentre essas

sobre as Condições de Vida e Saúde:

- 1 - "Que a Licença-maternidade passe de três meses para seis meses";
- 2 - "Caberá ao Estado a legislação referente ao fortalecimento do programa de prevenção de doenças. Ficando porém, assegurada à Legislação Estadual, estabelecer especificidades, segundo o quadro regional";
- 3 - Estatização, socialização e unificação do Sistema de Saúde, sendo assegurado às comunidades populacionais, a efetiva fiscalização do funcionamento desse Sistema.";
- 4 - "É dever do Estado prestar assistência ao idoso, independentemente dele haver contribuído para o sistema de previdência social.";
- 5 - "Serão estatizados todos os meios de transportes coletivos.";
- 6 - "O Estado assegurará a construção de moradias dignas para as populações carentes e de baixa renda. O gasto com a moradia não será superior a 10% do salário do trabalhador.";
- 7 - "Serão destinados à Saúde, 20% do Orçamento da União.";
- 8 - "Serão nacionalizadas todas as Indústrias e Laboratórios Farmacêuticos no País." (CONVENÇÃO NACIONAL DO NEGRO PELA CONSTITUINTE, 1986)

Ao olharmos os esforços feitos para contribuir com Assembléia Constituinte é correto afirmar que existe uma luta reiterada pela garantia de direitos do Povo Negro, incluindo a saúde, onde se mantinham represadas demandas antigas. Conforme d'Adesky (2009),

[...] o que une os militantes na luta contra o racismo é a busca do reconhecimento adequado da dignidade humana, que remete a dois níveis ou patamares de compreensão. O primeiro é o reconhecimento da dignidade própria a todo ser humano, que se confunde, em nível individual com a dignidade do cidadão. O segundo é o reconhecimento da dignidade de grupo, que passa pelo reconhecimento da igualdade de valor da cultura afro-brasileira diante da cultura ocidental e pela valorização da história da luta do negro. É o nível coletivo. (d'ADESKY, 2009, p. 156-157)

2.5.1 DIÁLOGOS E RUPTURAS: AS TENDÊNCIAS MODERADAS E RADICAIS

Diante a polissemia dos Movimentos Negros, d'Adesky (2009) citando Joel Rufino apresenta que, desde os anos 80, correntes distintas vão demarcando o MN e nos diz

Ele [Joel Rufino] resumia esse conflito interno no dilema da integração e da recusa que separava, de um lado, os que visavam a perfeita integração do negro à sociedade brasileira e, do outro, os que investiam na subversão dessa sociedade como único caminho para a sua redenção. Ele simbolizava esse antagonismo pelo exemplo de dois heróis do século XVII: Henrique Dias e Zumbi. O primeiro representava, do ponto de vista dos intelectuais e militantes negros, "o negro de alma branca", o que obteve sucesso a serviço dos brancos, o que se aplicou para dominar as regras do mundo branco e reinar: aquele que aceita. O segundo é o que recusa: aquele que recusou o mundo dos brancos, recusou a paz e, por fim, a rendição. (d'ADESKY, 2009, p. 167)

De acordo com Yedo Ferreira (apud d'ADESKY, 2009) esta diferenciação interna do MN tem demarcado de modo incisivo duas correntes: uma moderada e outra radical. A primeira de caráter integracionista, que - ao contrário da linha radical - tornou-se preponderante no cenário dos Movimentos Sociais Negros, sendo composta basicamente por intelectuais e militantes próximos ao poder público, a partidos políticos e movimentos sociais de base analítica europeia.

A Marcha Zumbi dos Palmares, 1995, ilustrou bem essa divisão, quando integracionistas foram recebidos no Palácio do Planalto pelo, então presidente, Fernando Henrique Cardoso, a fim de apresentar o Programa de Superação do Racismo e da Desigualdade Racial (Anexo B), o qual elencava uma lista de reivindicações, inclusive de saúde, como

- Garantir as condições necessárias para que os negros e negras possam exercer a sua sexualidade e os seus direitos reprodutivos, controlando a sua própria fecundidade, para ter ou não ter filhos que desejem, garantindo o acesso a serviços de saúde de boa qualidade, de atenção à gravidez, ao parto e às doença sexualmente transmissíveis.
- Adoção, no sistema público de saúde, de procedimento de detecção da anemia falciforme (nos primeiros anos de vida), hipertensão e miomatoses.
- Viabilização de serviços públicos específicos para a anemia falciforme na área de hematologia, via Programa Nacional de Atenção às Hemoglobinopatias Hereditárias, medidas inclusive já sugerida pela OMS. tal Programa Nacional deverá dispor de habilitação técnica, política e ética para evitar, enfrentar e vencer as possíveis

discriminações que poderão surgir em relação a portadores/as de *Anemia Falciforme* ou traço falcêmico.

- Continuidade dos programas de prevenção e atendimento as DST-Aids.
- Os boletins epidemiológicos do Ministério e Secretarias de Saúde devem analisar o impacto das condições sociais de: raça, educação e nível sócio-econômico no desenvolvimento da epidemia, introduzindo o quesito cor na ficha epidemiológica de Aids.
- Garantir o direito à saúde integral das mulheres, observando-se as especificidades raciais e étnicas. (EXECUTIVA NACIONAL DA MARCHA ZUMBI/ENMZ, 1996, apud SANTOS, 2007, 166-168, grifo nosso)

Assim, os anos 90 marcam uma transição na atuação dos Movimentos Negros que, antes, preocupados a dar conta de questões teóricas, estratégicas e organizativas, alcançam novas condições e (no entendimento de alguns) resultados, que sugerem a incidência direta nas instituições e demais organismos da sociedade, a exemplo do encaminhamento de constituição do Grupo de Trabalho Interministerial - GTI para a valorização da população negra (SANTOS, 2007; PEREIRA, 2008, d'ADESKY, 2009).

As práticas políticas assumidas na Marcha Zumbi dos Palmares estão longe de ser, em absoluto, uma unanimidade, tal como podem inferir alguns autores, porém é inquestionável que sua realização imprimiu a marca das políticas de promoção da igualdade racial como o caminho em potencial para reverter as iniquidades sociais, imbuída da expectativa de consolidar a democracia para o Povo Negro, especialmente ao aproximar o MN e o Estado por meio de uma plataforma política (RIBEIRO, 2014).

A corrente radical era contrária a essa manifestação, considerada prova de submissão política diante da mais alta autoridade do país. Seus membros preferiam uma estratégia de recusa a todo e qualquer diálogo com a presidência e também a qualquer negociação com as instituições governamentais (...) O diálogo com a presidência também colocou os radicais em posição de expectativa e como observadores críticos em relação aos **benefícios alcançados** pela corrente moderada. (d'ADESKY, 2009, p. 168, grifo nosso.)

Essa questão nos permite analisar o acirramento entre as tendências dos Movimentos Sociais Negros, mesmo anteriormente a Marcha de 1995, quando ocorre um *boom* de entidades negras transmutando-se em Ong - Organização Não-Governamental e, conseqüentemente, profissionalizando a

militância, que passou a receber pró-labore/salário, colocando-se como a condutora das articulações com o sistema de poder e a sociedade civil (SANTOS, 2007; PEREIRA, 2008).

A eliminação do racismo é o objetivo precípua do Movimento Negro, todavia mais do que uma inocente acolhida institucional, a aproximação do MN com o Estado - seja na condição de interlocutor, financiador ou parceiro - abriu precedentes sobre priorizar a luta ou disputar e galgar cargos (d'ADESKY, 2009). Perreira (apud d'ADESKY, 2009) é incisivo quando diz que

a cooptação pelo Estado dos intelectuais e líderes do Movimento Negro é questão que divide os próprios militantes. Pois é evidente que o Estado pode prevalecer-se de sua autoridade, por meio da cooptação, para tentar controlar o Movimento Negro. (PEREIRA apud d'ADESKY, 2009, 168)

No decorrer dos anos, tudo que foi possível ao Povo Negro e ao MN ensinar aos governos brasileiros, lhes foi ensinado, tanto quanto o possa ter-lhes sido denunciado, contudo o racismo continua sendo operado institucionalmente. A tendência integracionista do MN insiste sua aposta numa inclusão social muito relacionada a capacidade das políticas públicas conformar o que identificam como a diversidade brasileira (BAIRROS, 2006), ao estilo 'somos todos brasileiros' - *slogan* que tem traduzido o híbrido do mito da democracia racial.

Aqui recorremos a Anin Urasse (2017), que a partir do desenvolvimento de seu conceito de **Nacionalidade de Sequestro**, nos chama atenção ao que classificou como o **Mito da Brasilidade**. De acordo com a panafricanista, o mito da brasilidade e da democracia racial guardam profundas relações, sendo que o segundo se estabelece a partir do primeiro, e constata

Passamos 90% da história do país sem sermos considerados brasileiros. A independência do país veio e nós permanecemos escravos. A bandeira nacional tem o lema de um racista francês de marca maior. O estado brasileiro foi o que mais escravizou nosso povo. Até o hino, que a gente presta reverência e se emociona e bla bla bla... foi composto enquanto ainda estávamos atados em correntes. Mesmo assim, toda a manipulação ideológica fez com que hoje negros conscientes de sua história defendam uma nacionalidade imposta e lutem pela integração nacional e por nossa integração da "nação". Isso vai do militante novo às nossas principais referências. Isso é louco. (URASSE, 2017)

Para além da negação de identidade de um grupo, o racismo assimilacionista brasileiro nega uma humanidade comum, que busca enfatizar a interracialidade como escape a resolução dos conflitos, a fim de dissimular os problemas reais, já que "a ausência de conflitos raciais é norma de comportamento" (d'ADESKY, 2009, p. 174). Portanto, esse ideal de integração é falacioso, porque mesmo quando se reclama a construção do Brasil pelos negros, faz-se esquecendo que isso se deu na condição de escravo, assim

Nada mais sádico. Construímos o país na base do chicote! Ninguém queria estar aqui, ninguém veio por vontade própria, ninguém veio a passeio – e sempre que podíamos, fugíamos. Há que se enfrentar o monstro da brasilidade. “Somos todos brasileiros” é o novo “somos todos iguais”. **Quem tem medo de romper com o país que nos mata desde que o primeiro africano chegou aqui?** (URASSE, 2017, grifo nosso)

"Quem tem medo de romper com o país que nos mata desde que o primeiro africano chegou aqui?" - essa é questão recorrente a qual se confronta a tendência moderada do MN. D'Adesky (2009) dá a conhecer que na medida em que o Estado delega intelectuais, líderes e militantes para cargos nas funções públicas, seja na administração direta e/ou indireta, esse mesmo Estado os responsabiliza pelas ações, quer estas sejam positivas ou negativas. Deste modo, ao Movimento Social Negro mantém-se mais uma condição para ação política reivindicatória (sem quaisquer garantias) do que revolucionária.

D'Adesky (2009) credita essa condição a uma ordem reformista e mesmo conservadora do MN, que se ampara ao fato de que intelectuais e dirigentes, "formados por escolas superiores e pela universidade", colocam-se como "defensores do sistema político democrático", e apresenta que

A nada mais aspiram, segundo Yedo Ferreira, do que alcançar os órgãos do poder e gozar, ao lado daqueles que comandam, dos mesmos direitos e privilégios. Essa tendência foi ainda ampliada, sustenta ele, pelos laços orgânicos ou ideológicos estabelecidos entre a corrente moderada do Movimento Negro e os partidos no poder. (d'ADESKY, 2009, p. 285)

Na contrapartida, atualmente, não há como desconsiderarmos a retomada de uma perspectiva revolucionária que tem movido a tendência radical do MN para estabelecimento de uma nova ordem social e na qual tem se destacado os Movimentos Sociais Negros de cunho panafricanista.

Temos apontado no decorrer desse trabalho, que o racismo tem profundas raízes que, para além de uma categoria fenotípica, incide na denegação da humanidade de um grupo inteiro e esse refutar tem um alcance pessoal, subjetivo, que organiza as estruturas sociais. O racismo é genocida, conseqüentemente, manifesta-se como violência abrupta, que destrói e distorce a história da sociedade, cultura, aspirações e realizações do povo dominado e, portanto, desumanizado e para o qual Nascimento (1980) atesta que

As ciências, a religião, as artes, a filosofia: todas tem contribuído para a edificação da instituição civilizacional do racismo. Não constitui um fenômeno superficial de critérios epidérmicos, incorporado em instâncias tóxicas de "preconceito de cor" ou discriminação. Através de gerações de reforço e imposição, o racismo torna-se uma parte integral da organização social e econômica, assim como da composição psíquica, do profundo ser interior, da sociedade e da cultura que o nutre. Frantz Fanon, o psiquiatra e lutador originário de Martinica, compreendeu o terror sutil do racismo psicologicamente interiorizado. Mas é lastimável que muitos pensadores africanos, da diáspora e do continente, seduzidos pelas invocações da ciência ocidental, ainda não chegaram a confrontar decisivamente as implicações que esse fato representa para a luta negra mundialmente falando. O racismo, como um sistema de dominação, clama por uma estratégia e uma ideologia específicas capazes de combater seus efeitos sobre os povos dominados, e requer também uma unidade específica desses povos na luta contra ele. (NASCIMENTO, 1980, p. 32)

Essa dimensão de unidade dos povos para organização e luta pela independência negra tem encontrado amparo no movimento do nacionalismo negro, o qual Clarke (apud NASCIMENTO, 1980) identifica como o catalisador que impulsiona o panafricanismo; sendo desta perspectiva nacionalista - a partir de nossas próprias histórias - que deve derivar nosso programa de ação e sistema de pensamento (NASCIMENTO, 1980).

No Brasil, O Quilombismo de Abdias Nascimento traduziu o anseio desse nacionalismo - que não se refere a xenofobia, como possam supor pessoas de má fé -, mas ao reestabelecimento da família africana, seja no

continente ou fora dele, com vistas ao fortalecimento dos nossos vínculos ideológicos e culturais negros (NASCIMENTO, 1980; NASCIMENTO, 1980), sendo expressamente definido como

Um movimento político dos negros brasileiros, objetivando a implantação de um Estado Nacional Quilombista, inspirado no modelo de República dos Palmares, no século XVI, e em outros quilombos que existiram e existem no país. (NASCIMENTO, 1980, p. 275)

No contexto internacional, Marcus Mosiah Garvey firmou-se como um dos maiores expoentes da luta negra. Entre os anos de 1914-1920, criou a *Associação Universal Para o Avanço Negro (Universal Negro Improvement Association - UNIA)*, estabeleceu uma imprensa negra com o jornal *O Homem Preto (The Black Man)* e fundou uma companhia de navios chamada de *The Black Star Line (A Linha da Estrela Preta)*. A filosofia garveyísta reclamava "África para os africanos na própria nação e no exterior", conseguindo reunir as massas negras de forma independente, autônoma, nacionalista e panafricana (BENJAMIN, 2010).

O pensamento de Garvey organizou uma corrente panafricanista com raízes no nacionalismo africano e, assim, ao estabelecimento de uma Nação Negra. O panafricanismo garveyísta firmou-se como um movimento mundial social anticolonialista, voltado ao progresso, autoconhecimento e orgulho racial dos africanos estejam estes no continente ou na diáspora (BENJAMIN, 2010).

Ora, as sociedades dominantes, por mais progressistas que tentem aparentar, historicamente nunca abriram/abrirão mão de seus privilégios e hegemonia, e, no máximo, dissimulam como se desse jeito o fizesse; e Nascimento (1981) já dizia que por mais que os negros continuem a reivindicar aos brancos espaços em suas instituições brancas e de controle branco, ainda que o branco lhes assegure um lugar (ilusório, diga se de passagem), nunca haverá de lhe ser entregue o poder que organiza essas instituições. Esse tem sido o ponto nevrálgico do distanciamento e dissidência sobre as diferentes práticas assumidas no âmbito do MN.

Nós não amamos nossos opressores, não queremos agradá-los e esmolar seus cargos e editais. Estamos criando na prática autogestionária,

autonomista, pan-africanista, uma ferramenta de autodefesa que tem criado incômodo nos comandos das policiais, nas tropas, nos governos genocidas de esquerda e direita e nos ativistas que vêem seu projeto governista afundar. Que afundem sozinhos, que mergulhem com sua mágoa entre vocês. Abandonem-nos (...). (WALÉ, 2015)

Pensar o desenvolvimento comunitário negro de forma autodeterminada, autônoma e independente tem sido uma opção política radical, porque esta é uma prática que escapa da engrenagem institucional - com seus cargos, recursos financeiros, modos de produção, sistema de justiça, etc -, que tem sustentado o genocídio do Povo Negro.

GENOCÍDIO - geno-cídio

O uso de medidas deliberadas e sistemáticas (como morte, injúria corporal e mental, impossíveis condições de vida, prevenção de nascimentos), calculadas para extermínio de um grupo racial, político ou cultural ou para destruir a língua, a religião ou a cultura de um grupo.

Webster's Third New International Dictionary of the English Language, Springfield: G&c Merriam, 1967

GENOCÍDIO - geno-cídio

Genocídio s.m (neol.). Recusa do direito de existência a grupos humanos inteiros, pela exterminação de seus indivíduos, desintegração de suas instituições políticas, sociais, culturais, linguísticas e de seus sentimentos nacionais e religiosos. Ex.: perseguição hitlerista aos judeus, segregação racial etc.

Dicionário Escola do Professor, organizado por Francisco da Silveira Bueno. Brasília: Ministério da Educação e Cultural, 1963, p. 580. (apud NASCIMENTO, 2016, p. 15)

O significado do Brasil para os negros se define na representação de um estado de terror organizado contra eles, a serviço dos interesses da supremacia branca (NASCIMENTO, 1980). Deste modo, temos instaurada uma guerra racial contra o Povo Negro, que possui dimensões não somente físicas - do alvejamento e da morte -, mas também psicológicas, químicas e afetivas, independente se o governo supremacista seja de esquerda ou direita (AGANJU, 2016).

Para parte do Movimento Negro, não foi o bastante o alerta de que a superação de sua condição opressiva não se definiria pelas pequenas reivindicações de caráter empregatício ou de direitos civis (NASCIMENTO, 1980), o que nos leva a recorrer a Aganju (2016), a fim de compreender o desenvolvimento dos dispositivos militares - diretos (chacinas e massacres) e

indiretos (cooptação racial, neutralização e vigilância de organizações negras)- que sustentam essa guerra racial.

(...) A teoria geral do fracasso: Se sucesso é sentar com o inimigo diante do sangue do nosso Povo; por que se sucesso é fazer Promoção da Igualdade; se sucesso é ficar fazendo essa política que se tem feito, nós preferimos o fracasso de enfrentar o terror nas ruas. (WALÊ, Pronunciamento em ato, 2005)

Amparado na Teoria Geral do Fracasso, assim como nos contextos insurrecionais radicais negros e no panafricanismo, Aganju (2016) tece uma crítica ao que identifica como linhas auxiliares ou forças auxiliares. Estas referem-se a uma elite negra - seja de ordem financeira, intelectual e/ou burocrática -, a qual, a fim de manter seu *status quo* estabelecem um etiqueta racial de subjugação, na intenção de verem-se integradas nas estruturas de poder branco.

[...] entendemos por **linhas auxiliares** ou **forças auxiliares**, o conjunto de instâncias estatais, paraestatais e da iniciativa privada, que compõem a intrincada rede política de alianças da supremacia branca no contexto específico de uma guerra racial de alta intensidade. As linhas auxiliares sustentam o projeto civilizacional da supremacia branca em momentos de crise. Além de controlar ideologicamente a opinião pública; seja legitimando o projeto genocida em curso; ou subdimensionando o impacto da guerra racial na comunidade negra. (...) as linhas auxiliares são essencialmente, a extensa rede de alianças da supremacia branca, composta por partidos políticos, o *lobby* das ONGs de direitos humanos, o falido projeto político da promoção da igualdade racial, o *lobby* dos grupos de pesquisas nas universidades públicas e privadas, o *lobby* do empreendedorismo étnico; que tem jogado nome do honorável Garvey na lama e por fim, o mais recente *lobby* do "genocídio da juventude negra" ou "extermínio da população pobre e negra". (AGANJU, 2016)

A cooptação racial de parte considerável do MN tem sido, neste sentido um importante aparato na orquestração do genocídio do Povo Negro. Confirmando esse diagnóstico, revisitamos Biko (1990, p. 34) que assertivamente expõe que o mito da integração proposta pela ideologia branca liberal - e acolhida pelos negros - é falacioso, porque "possibilita que se acredite que algo está sendo feito", enquanto na verdade "os círculos artificialmente integrados são um soroporífero para os negros e fornecem uma certa satisfação para os brancos de consciência culpada".

Para a tendência moderada do MN não importa se o estado é branco, desde que hajam negros no poder. A integração, para este grupo, serve como meio e fim para solução de problemas que supõem envolver tantos brancos como negros, entretanto, as pessoas a serem integradas emergem de contextos segregados para se estabelecerem nestes organismos "não-raciais" que são comandados por brancos (BIKO, 1990).

[...] fazemos uma luta contra o poder de supremacia branca onde quer que ele se instale, no partido, na quebrada, no boteco ou no blog de gente bem intencionada, porque QUEREMOS PODER, então jamais iremos lutar por/com qualquer governo branco de esquerda ou direita, que tenha operários ou mulheres como fantoches do supremacismo branco, porque esses governos são inimigos históricos e pilotam a máquina de guerra da supremacia branca. Lutar para defender esses governos é fazer o jogo do feitor que se importa mais com sua sobrevivência, sem dignidade se voltando contra os seus. Nosso discurso é de maioria e queremos unidade entre nós, quem fica correndo atrás de unidade com quem financia nossa desgraça deve procurar tratamento pois padece de um mal, dessa cordialidade cristã que só os pretos cristãos praticam, os brancos cristãos e ateus por mais que sorria pra você não te passa a chave dos negócios.

Lutamos contra essa governamentalidade que incide sobre nossa vida negra desprotegida, que alicerça por decretos e editais o projeto de Estado visando nossa eliminação (projeto de lei e ordem que coloca o Exército Brasileiro ocupando a favela da Maré no Rio de Janeiro, Governo Dilma Rousseff, ou os aplausos do Governo a morte de 12 Jovens na Bahia, Governo Rui Costa¹²). (WALÊ, 2015)

Representante máxima da tradição radical preta panafricana Assata Shakur (QUILOMBO X e REAJA, 2016, p. 52) apresenta-se como a revolucionária Preta¹³ que é, assumindo por definição, que isso (reconhecer-se uma mulher Preta) a coloca como parte do Exército de Libertação do Povo Preto¹⁴, declarando guerra a "todas as forças que têm estuprado nossas mulheres, castrado nossos homens e mantido nossos bebês com a barriga vazia". Nas palavras de Walê,

Assata é nossa melhor alma em fúria contra a supremacia branca, ela é prisioneira de guerra, uma refugiada política, ela é a maior revolucionária do mundo porque ela luta por nossa causa, que é a causa preta, da unidade preta, do nacionalismo preto em África e diáspora, o valor de Assata não está no

12 <http://www.correio24horas.com.br/detalhe/bahia/noticia/e-como-um-artilheiro-em-frente-ao-gol-diz-rui-costa-sobre-acao-da-pm-com-treze-mortos-no-cabula/?cHash=29aec7dc0780c803119bd08a679425a9>

13 Original em maiúsculo.

14Do original Black Liberation Army, organização negra armada norte-americana da década de 70.

dinheiro oferecido pelos estados unidos e seus lacaios, o valor de Assata é uma vida dedicada à causa da libertação preta. (QUILOMBO X e REAJA, 2016, p. 181)

Diante a diferença das estratégias - de ruptura ou diálogo - o confronto entre radicais e moderados, por vezes violento, é inevitável, de acordo com d'Adesky (2009), tal como se certifica no relato de Walê (2015)

Foi veiculado recentemente pelas páginas do Geledès, um texto¹⁵ de um “ativista” negro, ex- assessor especial da SEPPPIR que passou todo o governo Lula criticando Matilde Ribeiro e Edson Santos, cujo conteúdo pretende nos difamar, nos desqualificar – nos atacar tal qual um soldado da Rondesp faz conosco todos os dias aqui na Bahia? Age como inimigo fazendo alegações sem consistência e olhem que ele é o melhor que essa gente perfumada que adora os “puxadinhos” do governo tem.No texto, o ex-assessor não fala uma palavra sobre a polícia que mata negros, sobre o governo que colocou o exército para matar e controlar gente preta na Maré- RJ . Ele pegou uma avião, foi para a Bahia buscar palanque em nossa organização construída sem os brilhos dos banquetes governamentais e dessas ONGs negras submetidas ao modelo imposto para facilitar a barganha com seus fundos, agências e governos, organizada do nordeste para o mundo, longe dos holofotes do centro político do país.(...) Mas o desespero e a fúria por não ter sido chamado para falar em nosso ato deixou perturbado o ex- assessor da SEPPPIR. Ele assumiu seu ódio publicamente por nosso método e pela forma que organizamos nossa dor, nosso sofrimento e nosso ódio. Temos muito o que fazer diante do mar de sangue em que vivemos e esses ataques estéreis que só são lidos por meia dúzia de iluminados de fato nos tira o foco. Mas nos deixa preparado para o enfrentamento. Ao contrário do que fala o texto que de algum modo joga para nos criminalizar e atacar nossas energias, nós não somos um movimento juvenil. Somos uma organização com pessoas que vão dos 15 aos 70 anos, como a avó de Kaiquinho, jovem negro que foi morto no Cabula por policiais que não são citados pelo nosso letrado missivista (...) Fomos declarados como inimigos desse jornalista ex-assessor da SEPPPIR. Que ele se dane! Nós seguiremos a Marcha histórica ancestral que herdamos do movimento negro que saiu as ruas bem antes dele se desfilhar do PT. (...) Então não nos falem em respeito se você nos ataca gratuitamente fazendo o jogo que a polícia espera (...) um pretinho letrado preparando o terreno para sair executando a militância (...) que saiu definitivamente desse barco governista que humilha seus tripulantes. (WALÊ, 2015)

Nota-se que a tendência moderada integracionista do MN se confundiu a criação de ONG's; a captação de recursos, projetos e editais; a disputas de mandatos eletivos; a titulações acadêmicas; a realizações de festivais; a garantias de cargos comissionados nos governos; a viagens, aeroportos e *coffee breaks*; a negociações sobre a dor, desgraça e sangue do Povo Negro - **A Indústria do Genocídio** anda com tudo, pronta a capitalizar nossas mortes

15 <http://www.geledes.org.br/nao-precisava-cuspir-no-prato/#gs.BAkAbgk>

(SANTOS, 2007; WALÊ, 2015; URASSE,2015,2017; SWAHILI, 2016; AGANJU,2016,2017)!

Este quadro é corroborado por Biko (1990) que nos alerta não ser possível desconhecer o inimigo, a ponto de quem queira lutar no interior do sistema subestime a influência que esse mesmo sistema possa ter sobre si, porque mesmo que se suponha este como o caminho mais seguro e atraente, no final das contas, é o caminho mais fácil para se vender a alma.

Fazem parte de um projeto transnacional, que visa a vida negra, a vida dos africanos e seus descendentes, visa a nossa humanidade, crendo em nossa humanidade de 2ª categoria. Seguem operando um holocausto sem que a lei nos proteja, sem quem ninguém se importe e, se ninguém se importa...Vamos lutar, não sentar sorrindo a mesa do opressor. (...) Estamos falando em Projeto de poder, em reconstruir nossa humanidade, estamos dizendo que temos que pensar em nossa economia que ela seja solidária e que opere em solidariedade para nossas mães vitimadas pelo Estado (...), produção de conhecimento de nossa história local e no mundo (...); Comunicação e difusão de nosso pensamento, produção cultural e produção acadêmica (...). (WALÊ, 2015)

Dessa forma, tal como assevera Garcia (2006) podemos dizer que "existe uma história do negro sem o Brasil; o que não existe é uma história do Brasil sem o negro", sendo inconteste que a força de sua atuação - desde as insurreições, quilombos, revoltas até aos Movimentos Sociais Negros - marcam a resistência negra como um potente agente social.

2.5.2 CAMINHOS DA POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL

Diante a falta de medidas que garantissem as mínimas condições de vida para "os novos cidadãos", o pós-abolição veio acompanhado do desejo institucional e, portanto, da sociedade brasileira de eliminar a raça negra, vide o patrocínio da imigração europeia e as políticas de branqueamento empenhadas no decorrer dos anos (SKIDMORE apud NASCIMENTO e NASCIMENTO, 2014).

Frente as diferenças raciais que incidem nos variados campos sociais, podemos afirmar categoricamente que o racismo é, portanto, estruturante na

sociedade brasileira, como se o tempo não tivesse decorrido e o 14 de maio de 1888 fosse hoje.

Essa conjuntura explica o fato de que, quaisquer que fosse a mudança sócio-econômica e/ou política empenhada no país no decorrer desses anos, nenhuma esteve preocupada em alterar o monopólio de poder da supremacia branca e, tampouco, as condições de iniquidades em que vive o Povo Negro (NASCIMENTO, 1980).

Foi apenas durante o chamado processo de redemocratização, nos anos de 1980, que começaram a ser acolhidas referências pelo Estado brasileiro, para o estabelecimento de políticas de igualdade racial (RIBEIRO, 2014), entretanto evocamos Abdias, que desde sua condição de exilado denunciava

[...] o negro não esteve sob um regime autoritário apenas durante os vinte anos de governo militar; nós estamos sob o regime de autoritarismo há quase 500 anos. Para nós, todos os governos, todos os regimes deste País têm sido ditatoriais, autoritários [...] (NASCIMENTO e NASCIMENTO, 2014, p.78)

A emergência do Movimento Negro no cenário público nacional, a partir dos anos 80, a Marcha Zumbi dos Palmares (95) e, especialmente, a III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata (2001), em Durban, marcam o que Hélio Santos (apud RIBEIRO, 2014) chama de inclusão do negro e da questão racial na Agenda Nacional. Assim, dá-se início a temporada de criação de secretarias, coordenadorias, assessorias do negro ou de combate ao racismo, tal como dos conselhos estaduais e municipais do negro ou de combate ao racismo, perpassando a constituição do GTI e a realização da Conferência de Durban, para culminar, em 2003, com a instituição da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, a SEPPIR (PEREIRA, 2008; RIBEIRO, 2014; NASCIMENTO e NASCIMENTO, 2014).

Criada pela Lei 10.678, em 21 de março de 2003, com *status* de ministério, a SEPPIR consolida a institucionalização da temática racial, estabelecendo-se à época como órgão assessor da Presidência da República, tendo por objetivo formular e coordenar as políticas de promoção da igualdade

racial e para superação do racismo. Incluem-se ainda no foco de suas ações povos indígenas, ciganos, judeus, palestinos.

Ainda que a institucionalização da SEPPIR seja um forte símbolo de reconhecimento das demandas de parte dos Movimentos Sociais Negros, vale ressaltar que a primeira instituição de âmbito federal a ser criada com foco nos interesses da população negra foi a Fundação Cultural Palmares - FCP, vinculada ao Ministério da Cultura - MinC, voltada para promoção e preservação da arte e cultura negra, confirmando a recorrente visão reducionista sobre o Povo Negro (RIBEIRO, 2014).

Como instrumento estruturante às ações da SEPPIR, a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR), instituída em 20 de novembro de 2003, reitera o compromisso para redução das desigualdades raciais reunindo orientações básicas, inclusive para o desenvolvimento de programas de saúde, especialmente para o Povo Negro. Todavia, cabe destacar que, tal como aponta Negreiros (2013), o conceito de políticas de promoção da igualdade racial não necessariamente converge as concepções do órgão coordenador de promoção da igualdade racial, o qual por muitas vezes acaba por assumir a realização destas políticas sem incorporar o enfrentamento ao racismo em sua dimensão repressiva.

Matilde Ribeiro (2014) argumenta que este processo é marcado pela construção de novos instrumentos e mecanismos, tanto para a execução de políticas, quanto para a participação social. Dentre os mecanismos para as políticas de promoção da igualdade racial, a autora destaca algumas das ações afirmativas que considera estratégicas, como o Plano Plurianual (PPA) enquanto instrumento de planejamento e diretriz orçamentária; a SEPPIR, como estrutura; a Política e o Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PLANAPIR) como mecanismos, respectivamente, para estabelecimento de diretrizes e monitoramento orientados pelos princípios de transversalidade, descentralização e gestão democrática; o Fórum Intergovernamental de Políticas da Igualdade Racial (FIPIR) como estratégia de descentralização e federalização das políticas; o Conselho Nacional e a Conferência Nacional de

Igualdade Racial reafirmando a participação popular e o controle social; e o Estatuto da Igualdade Racial enquanto referência legal.

Para Amauri Mendes Pereira (2008), ocorre o que o autor nomeou como **virada conceitual** entre a ideia de luta contra o racismo à promoção da igualdade racial. De acordo com o autor, isso traduz o modo como a questão racial tem sido digerida pelos agentes de poder, mas também traduzindo uma suposta aposta estratégica e teórica de parte do MN. O desafio precípua é, portanto, ultrapassar a semântica através da ação política considerando a responsabilidade política da SEPPIR. O autor considera que o foco das ações são diferenciados e enquanto um prioriza o enfrentamento, o outro a transformação

Lutar contra o racismo é mais mobilizador em sua simplicidade; promover a igualdade racial aparenta maior complexidade e supõe implicações teóricas e estratégicas. A primeira alimenta-se de "pura energia", da disposição para a luta, e está ao alcance de quem quiser; a segunda é assumida mais facilmente por quem se julga preparado. A Luta Contra o Racismo - e o Movimento Negro, seu motor e ponta-de-lança - forjou uma história, muitas e novas consciências e práticas sociais, arregaçou espaços, auferiu conquistas materiais e simbólicas, criou perspectivas: mas carrega a limitação de só ir "até o meio do caminho". A Promoção da Igualdade Racial coloca-se a partir desse limiar e pretende superá-lo, mas está obrigada a respeitar hierarquias e importâncias institucionais, orçamentárias, de valores quase sempre desfavoráveis, e outras; precisa circular por canais (escaninhos, gabinetes, consciências etc) frios, habituados a determinar o ritmo e o como do que por eles flui. Seu exercício implica negociações nas quais as habilidades nem sempre são suficientes e onde o alcance e os resultados patinam em terreno escorregadio. Tudo isso pode minar a sua energia e capacidade de "mover montanhas". A Promoção da Igualdade Racial implica *também* o enegrecimento do poder. Se a transformação plena do quadro é considerada incoerente e insustentável, mantendo-se a quase totalidade dos poderes concentrados em "mãos brancas" (em governos e em outras esferas do Estado Nacional e da sociedade civil), mudanças pontuais e eventuais não perduram e tendem a degenerar as relações sociais, pois se estendem apenas ao curto alcance do "politicamente correto"; não têm respaldo numa ampla e efetiva mudança de mentalidades. (PEREIRA, 2008, p.121-122)

Neste cenário instala-se o Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial (CNPIR), como um órgão colegiado de caráter consultivo, integrante da estrutura básica da SEPPIR, de acordo com o Decreto 4.885/03. Tendo por finalidade a proposição de políticas de promoção da Igualdade Racial, com ênfase na população negra, visando à superação das

desigualdades raciais, a partir do fortalecimento do controle social (BUVINICH, 2013; BRASIL, 2016).

Atualmente o Conselho é formado por 22 (vinte e dois) órgãos do Poder Público Federal e 22 (vinte e duas) entidades da sociedade civil escolhidas através de edital público – não necessariamente dos Movimentos Sociais Negros e/ou da luta antirracista -, incluindo personalidades de notório saber das questões étnico-raciais indicados pela SEPPIR (XAVIER, 2008).

Xavier (2008) aponta que a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial orienta a transversalidade da questão racial no conjunto de políticas públicas e governamentais, como estratégia da gestão democrática e diálogo com a sociedade civil, de tal sorte que o Conselho também se atrela a essa política.

Sendo persistente a necessidade de ampliar e marcar o recorte racial na política social brasileira, é notório o déficit desta pauta nas formulações das políticas (PAULO, 2012). Portanto, o Conselho exigia um controle social fortalecido, que ao mesmo tempo ampliasse a força da SEPPIR, especialmente visando a articulação com outros conselhos de direitos e políticas. Afinal, sua atuação tem limites enquanto órgão consultivo, dado não haver qualquer governança pela SEPPIR da maioria das ações que perpassam suas pautas, a exemplo de: educação, saúde, trabalho, emprego e renda, segurança pública, territorialidade, entre outros.

Reconhecendo as lacunas da formulação das políticas públicas, que não contemplam as pautas dos movimentos negros (NEGREIROS, 2013), na perspectiva da saúde, de acordo com Brasil e Trad (2012), as relações entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Políticas para a Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República/SEPPIR/PR foram fundamentais para o encaminhamento institucional das necessidades da saúde da população negra, desde as iniciais reuniões técnicas até a constituição do CTSPN, em 2004, o qual fundamentou a organização do que viria ser a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Certifica-se, portanto, que os Movimentos Sociais Negros, no campo da saúde, não tem como lócus, na esfera federal, somente o Ministério da Saúde.

Pressupõe-se que outros órgãos federais acabam sendo parceiros e executores em atividades de saúde da população negra, a exemplo do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial (CNPIR).

No decorrer da proposta deste trabalho, em virtude dos ajustes fiscais por parte do governo federal, em outubro de 2015, a SEPPIR é recolocada como Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, formatando o Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos por meio da Medida Provisória N° 696. Entretanto, após 7 meses, diante a reestruturação ministerial do governo presidencial, então, interino, o Ministério supracitado é extinto, de modo que suas pastas passam a compor com o Ministério da Justiça e Cidadania. Apesar destes ajustes o funcionamento do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial não sofreu alterações aparentes.

Ora, o racismo institucional organiza as instituições - inclusive de saúde e, portanto, o SUS (CRUZ, 2013) - deste modo, em que pese a institucionalidade do enfrentamento do racismo pelo governo federal, existe um hiato na compreensão de como é apreendido pelas atrizes e atores coletivos do CNPIR o tema da saúde da população negra, assim como da equidade racial em saúde, a qual para além da lógica do adoecimento, expõe uma marca social. Estaria o CNPIR, nas suas discussões acerca da saúde, em consonância com os princípios do SUS? Em quais modelos de atenção em saúde o CNPIR se baseia? Quais os temas prioritários, no campo da saúde, do CNPIR? Qual a potencialidade investida na relação dos então ministérios da SEPPIR e Ministério da Saúde?

Entender como conselheiras e conselheiros do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial apreendem os conceitos de saúde, implica ampliar os diálogos para a promoção da equidade racial. Sendo a participação da sociedade civil prerrogativa do SUS, devemos compreender que, observada a relevância da SEPPIR enquanto instituição estratégica para promoção da igualdade racial corrobora-se no âmbito do seu conselho a responsabilidade do Estado com a garantia da saúde para a população negra, e, portanto, para aprimoramento daquele sistema.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as pautas e o conteúdo de saúde do Povo Negro no âmbito do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial/SEPPIR no período de 2004-2014.

3.1.1 Objetivos Específicos

- Identificar, a partir das atas das reuniões do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial as inserções da temática de saúde da população negra e seus desdobramentos, considerando os princípios e diretrizes do SUS.
- Compreender as concepções de enfrentamento do racismo na saúde e de políticas de saúde para o Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial.
- Identificar como os Movimentos Sociais Negros compreendem as questões de saúde e seus atores e atrizes desenvolvem as articulações e encaminhamentos correlatos a partir do CNPIR.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Nós herdamos de nossos ancestrais o nosso próprio MÉTODO DE CONHECIMENTO. O africano não estabelece distância entre ele e seu objeto de estudo. Ele toca, ele vive, ele aspira, ele vive a realidade dialeticamente.

Leopold Sedar Senghor

A epígrafe de abertura do capítulo demarca sobre quais aspirações realizamos essa pesquisa, dado que há tradições epistemológicas (como as ocidentais), que privilegiam explicações e projetos universalistas para a humanidade, desconsiderando outras experiências de produção de conhecimento e saberes, de modo a negá-los e invisibilizá-los (MACÊDO, 2013).

Sodré (1988, p.123) nos dá a conhecer que

Todo indivíduo percebe o mundo e suas coisas a partir de si mesmo, de um campo que lhe é próprio e que se resume, em última instância, a seu corpo. O corpo, o lugar zero do campo perceptivo é um limite a partir do qual se define um outro, seja coisa ou pessoa.

Corroborando a essa perspectiva, no artigo intitulado "A metamorfose de militantes negros em negros intelectuais", Sales Augusto explana que apesar da presença de intelectuais negros nos ambientes universitários, estes não tem sido espaços favoráveis as discussões de cunho racial, sobrando - na contrapartida - constrangimento, isolamento e represálias aos mesmos. Este cenário tem promovido, de acordo com o autor, o surgimento de uma nova categoria identificada como **negros intelectuais** que

[...] são, em realidade, os(as) acadêmicos(as) com marcadores de ascendência negra (...) que sofreram ou sofrem influência direta ou indireta dos movimentos sociais negros, incorporando desses o preceito de não se resignar ao racismo, não aceitando com passividade a discriminação e o preconceito raciais e, conseqüentemente, as desigualdades raciais. Preceito esse que, associado e em interação com o conhecimento acadêmico científico adquirido dos programas de pós-graduação das universidades brasileiras e/ou estrangeiras, produz nesses(as) intelectuais um ethos acadêmico ativo que orienta as suas pesquisas, estudos, ações, assim como as suas atividades profissionais de professores(as) universitários(as). Tal conduta acadêmica leva-os(as) a pesquisar as relações raciais brasileiras, o

racismo, o preconceito, a discriminação, as desigualdades raciais e suas consequências virulentas para a população negra, a partir de um ponto de vista que recusa a colonização intelectual eurocêntrica. (SANTOS, 2011, p. 122)

Podemos inferir que mais do que uma (re)colocação política destes intelectuais, a dimensão proposta pelo sociólogo vai ao encontro ao salto acadêmico do negro enquanto objeto da ciência - negro-tema - ao negro-vida (RAMOS,1995), enquanto estratégia de cotenção do epistemicídio, o qual contemporaneamente, Sueli Carneiro (2005) ilustra

[...] no dualismo do discurso militante versus discurso acadêmico, através do qual o pensamento do ativismo negro é desqualificado como fonte de autoridade do saber sobre o negro, enquanto é legitimado o discurso do branco sobre o negro. Via de regra a produção branca e hegemônica sobre as relações raciais dialoga entre si, deslegitimando a produção dos pesquisadores e ativistas negros sobre o tema. Isso é claramente manifesto nas listas bibliográficas (...) ou no fato de quão poucos intelectuais negros brasileiros alcançaram prestígio nacional e internacional. Os ativistas negros, por sua vez, com honrosas exceções, são tratados, pelos especialistas da questão racial, como fontes de saber mas não de autoridade sobre o tema. Os pesquisadores negros em geral são reduzidos também à condição de fonte e não de interlocutores reais no diálogo acadêmico, quando não são aprisionados exclusivamente ao tema do negro. (CARNEIRO, 2005,p. 60)

Assim, Carneiro (2005) circunscreve que em espaços educacionais pessoas negras são permanentemente defrontadas por uma tríade de desafios, quais sejam: a branquitude do saber; a profecia auto-realizadora; e a autoridade da fala branca - elementos que conjugam ideias de racialidade (sem considerar-se como parte racial)-, saber e poder, de modo a alimentar um desprezo intelectual, a evasão escolar e a sensação de não-lugar (RIBEIRO apud SANTOS, 2017).

A supremacia branca, portanto, incide também por meio de um processo mental, de forma a ocupar um espaço psicológico e intelectual, o qual fez tomar ideias, teorias e conceitos europeus como universais, normais e naturais (MAZAMA,2009) - processo esse que Wades Nobles (apud MAZAMA, 2009) conceituou como **encarceramento mental**.

Tal como afirma Mazama (2009) qualquer ideia, teoria ou conceito, por mais neutro que se declare, corresponde a uma matriz histórica e cultural

particular, sobremaneira que estando em uma instituição branca, que se organiza a partir de conhecimento eurocentrado, eleger uma teoria ou ideia europeia não é um inocente exercício acadêmico.

No início da década de 1980, Molefi Kete Asante e Ama Mazama desenvolveram a Afrocentricidade como uma proposta epistemológica, colocando África como nossa principal referência, de modo a distinguir valores ocidentais de valores africanos (ASANTE, 2009; MAZAMA, 2009; URASSE, 2016). Esta é uma perspectiva negra de conhecimento busca superar a condição de desenraizamento e deslocamento cultural, psicológico, econômico e histórico a que nós, africanos, fomos expostos, firmando o conceito de agência do sujeito africano como protagonista de sua história e não como objeto (ASANTE, 2009; URASSE, 2016; NOGUEIRA, s/d).

Para afrocêntricos (a exemplo da autora deste trabalho) é essencial compreender o aparato conceitual que perpassa a ideia de localização como o lugar psicológico, cultural, histórico ou individual que pode colocar africanos a margem da experiência eurocêntrica ou ao centro de sua própria história, conjugando, por si, a ideia de centro, lugar, localização, deslocamento e realocação (ASANTE, 2009; NOGUEIRA, s/d).

Karenga (apud RABAKA, 2009, p.31) afirma que a cultura é "a totalidade do pensamento e da prática pelos quais um povo cria, define, celebra a si mesmo, apresentando-se à história e à humanidade", o que reitera que a base da Afrocentricidade é cultural - culturalmente africana - e que, portanto, tal como sentenciou Asante (2009) não é que sejamos contra a cultura de outros povos, mas é que ela, simplesmente, não é nossa.

Assim sendo, adotamos para a realização desse trabalho o método afrocêntrico, o qual

[...] é validado por uma combinação de compreensão histórica e intuição, ou seja, que o conhecimento é ao mesmo tempo racional e superracional. Além disso, em concordância com o fato de que o objetivo último da Afrocentricidade é a libertação dos africanos, a metodologia afrocêntrica deve gerar um conhecimento que os liberte e lhe traga empoderamento. (MAZAMA, 2009, p. 123)

O método afrocêntrico assumido nesse trabalho é orientado (1) pela localização da experiência africana; (2) pela interação entre a pesquisadora e o tema, exigindo sua imersão cultural e social; (3) ao entendimento de que o fenômeno se dá de forma global; (4) pela confiança na intuição; (5) pela compreensão de que "*nem tudo é mensurável porque nem tudo que é importante é material*" ; e que (6) o conhecimento deve ser libertador (MAZAMA,2009; NOGUEIRA,s/d).

A concepção afrocêntrica que nos orienta e a qual já caracterizamos acima se aproxima, também, da metodologia de pesquisa Ativista do Departamento de Estudos da Diáspora da Universidade do Texas, Austin. A metodologia da pesquisa ativista admite, como na Afrocentricidade, que não há necessariamente uma contradição entre ação política e estudo rigoroso de um determinado tema. O termo "ativista" adjetiva, qualifica, modifica o jeito que o método científico é normalmente encarado, desafiando a dicotomia entre a ciência "pura" e a aplicada. Ela desenvolve, pois, uma inovadora categoria de pesquisa, explicitando a localização política de TODA produção de conhecimento; se afasta do excessivo relativismo pós-moderno de que toda e qualquer produção é válida e não abre mão do rigor empírico e de um escopo metodológico bem desenvolvido. Sua inovação consiste em permitir a nós mesmos identificar nossas convicções ético-políticas mais profundas (HALE, 2001).

É a revelação e a não revelação de nossas convicções ético-políticas, perspectivas e olhares que Piza (2014) comenta ao caracterizar o início dos estudos sobre o negro no Brasil Seus narradores dos primeiros, todos brancos, estão invisíveis. Eram "eus" não mencionados, não eram sequer brancos. Se supunham neutros, incolores, transparentes; "vidraças e portas tão polidas que nem mesmo se podia vê-las." A própria pesquisadora - branca - afirma: "Nunca questioneei minha condição racial e ela nunca foi objeto de questionamento por ninguém. Mesmo na vivência com amigos e colegas negros eu não estava presentificada pela cor. Eu simplesmente era." (PIZA, 2014, p. 60-61). Deste modo, ressalto a importância da minha localização no desenrolar deste trabalho.

Mucale (2013) nos apresenta as condições que perpassam o método utilizado por afrocentristas, ao ressaltar que

Asante (1998:17s) deixa uma contribuição valiosa: há conhecimentos que não se adquirem mediante a aderência às regras do método científico, seja qual for, mas que são igualmente válidos. A arte, a estética, a moral enriquecem a experiência humana, por isso, a sua importância não deve ser descartada por não usarem o método científico. Desta feita, está estabelecida uma das diferenças entre pesquisadores eurocentristas e afrocentristas. Os primeiros, geralmente usam o chamado método científico, enquanto os outros sabem que nem tudo é cognoscível com recurso exclusivo a esse método. (,MUCALE, 2013,107 p.)

Continua o autor

Mas é evidente que Asante não nega a ciência nem o método científico como tal (...) reclama a valorização de outras formas de conhecimentos não adquiridos pelo uso do método científico: sentimentos, emoções, relações humanas no geral. Nem tudo o que ocorre no universo pode ser calculado por leis de causalidade definidas (como os fenômenos naturais), o que implica que é um erro metodológico submeter o comportamento humano às leis naturais e a ser explicado por fatores causativos dentro dentro da hereditariedade e do meio ambiente. Portanto, sem se interessar em determinar que método é eficaz na pesquisa humana, se o indutivo, o dedutivo, etc, Asante preocupa-se apenas em qual método (...) seja baseado no pensamento e na acção e sirva para o progresso humano no sentido afrocêntrico do termo, isto é, progresso como sinônimo de <<avanço humano>> (sentido ético e humanístico) e não <<avanço técnico-científico>> (sentido materialístico, económico) como no pensamento eurocêntrico. (MUCALE, 2013, p. 107)

Defendido o potencial da Afrocentricidade enquanto método e metodologia disciplinar, compreendemos que esta se adequa perfeitamente aos propósitos deste estudo qualitativo. Debruçamos-nos, portanto, a leitura das atas e pautas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CNPIR a fim de desvelar significados, aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos envolvidos na pesquisa. A análise qualitativa empírica assenta sua construção científica na problematização das relações e narrativas, de modo a compreender e interpretar estas experiências (MINAYO, 2007).

Destaca-se que este trabalho está fundamentado na expertise de autoras e autores (OLIVEIRA, 2002; CRUZ, 2004 e 2013; LOPES, 2004, 2010 e 2015; SANTOS, 2007, 2010, 2011, 2015; XAVIER, 2008; BATISTA, 2010 e

2013; MONTEIRO, 2010; WERNECK, 2004 e 2005) da tradição do campo de Saúde da População Negra e áreas correlatas.

Como enunciou bell hooks¹⁶ (1995)

[...] O peso desse fardo inescapável para alunos negros no meio acadêmico branco muitas vezes tem determinado o conteúdo e caráter da atividade intelectual negra (...) Para as acadêmicas e/ou intelectuais negras o estilo de escrever pode evocar questões de aliança política. Usar um estilo que possa nos fazer conquistar aceitação acadêmica e reconhecimento pode depois alienar-nos de um público leitor negro mais amplo (...) Mais uma vez enfrentamos de maneira diferente problemas de isolamento e envolvimento com a comunidade. A opção por escrever num estilo tradicional acadêmico pode levar ao isolamento. E mesmo que escrevamos pelas linhas do estilo acadêmico aceito, não há nenhuma garantia de que vão respeitar nosso trabalho. (hooks, 1995, p. 472)

Sublinha-se que, ainda que este trabalho tenha como ponto de partida a apreensão e compreensão da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra nos debates do CNPIR, este não se deterá as análises dos ciclos das políticas públicas de saúde, mas na identificação das perspectivas do tema que perpassam o respectivo Conselho, seja pela equidade em saúde, nas políticas de promoção de igualdade racial, participação popular e controle social, etc.

4.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

Criado pela Lei nº 10.678/2003 como estrutura básica da SEPPIR, o Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial foi regulamentado pelo Decreto nº 4.885, sofrendo alterações pelo Decreto 6.509/2008, que dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do mesmo.

O funcionamento do CNPIR, de acordo com o Regimento Interno, prevê a realização de reuniões ordinárias bimestrais, convocadas pelo seu Presidente, enquanto que reuniões extraordinárias se realizam por convocação do Presidente ou por requerimento de maioria absoluta de seus membros

16 Originalmente a autora grafa seu nome em letras minúsculas, justificado-se ao fato de que as pessoas devem se deter mais em suas ideias do que em sua própria personalidade - grafia esta que preservamos na referência deste trabalho.

titulares. Ainda que sua instituição tenha se realizado em 2003, apenas em 2004 foi realizada a primeira reunião ordinária do CNPIR.

Inicialmente a proposta deste trabalho seria por analisar, além das atas e pautas das reuniões do CNPIR, os registros da Comissão Permanente de Saúde do respectivo Conselho. Amparada pela Lei de Acesso a Informação, os documentos foram solicitados ao CNPIR via Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão - e-SIC, estando a solicitação devidamente protocolada sob o nº **00084000026201641**. O pedido foi parcialmente atendido com disponibilização de documentos identificados como de reuniões ordinárias e extraordinárias, enquanto que sobre os registros da Comissão Permanente de Saúde - ou de comissão similar responsável pelo tema -, foi informado não haver quaisquer referências sobre a mesma, exigindo assim o redimensionamento da pesquisa. No Quadro 1 identificamos, ano a ano, os tipos de documentos disponibilizados pela SEPPIR.

Quadro 1 - Documentos recebidos da Secretaria de Promoção da Igualdade Racial

ANO	TIPOS DE DOCUMENTO				TOTAL DE DOCUMENTOS	PERCENTUAL	Nº DA REUNIÃO
	PAUTAS	ATA ORDINÁRIA	ATA EXTRAORDINÁRIA	OUTROS ¹⁷			
2004	1	4	0	0	5	Pauta: 20% Atas ordinárias: 80%	1, 2, 4, 5
2005	3	2	1	3	9	Pautas: 33,33% Atas ordinárias: 22,22% Atas Extra-ordinárias: 11,11% Outros: 33,33%	5.1 ¹⁸ , 6, Extra(s/n), 7, 8, 9
2006	3	4	0	0	7	Pautas: 42,85% Atas ordinárias: 57,14%	10, 11, 12, 13
2007	2	3	0	0	5	Pautas: 40% Atas ordinárias: 60%	14, 15, 16
2008	2	2	1	1	6	Pautas: 33,33% Atas ordinárias: 33,33% Atas Extra-ordinárias: 16,66% Outros: 16,66%	Posse, 17, I Extraordinária, 18
2009	4	2	0	1	7	Pautas: 57,14% Atas ordinárias: 28,57% Outros: 14,28%	19, 20, 22, 23
2010	3	3	0	0	6	Pautas: 50% Atas ordinárias: 50%	24, 25, 27, 28
2011	3	4	0	0	7	Pautas: 42,85% Atas ordinárias: 57,14%	29, 30, 31, 32
2012	1	5	0	5	11	Pautas: 9,09% Atas ordinárias: 45,45% Outros: 45,45%	33, 34, 35, 36, 37
2013	0	6	0	0	6	Atas ordinárias: 100%	38, 39, 40, 41, 42, 43

17 Foram identificados 2 (dois) documentos de referência 5, de modo que para propósitos de pesquisa referenciamos como de ordem 5 e 5.1.

18 Outros documentos encontrados incluem: Agenda, memória, resumo executivo, ata de posse, Relatório de Comissão de Acompanhamento de Atos Normativos e Legislação, Programação, Relatório da Reunião da Comissão de Fomento e Articulação de Conselhos de Promoção da Igualdade Racial, documento da Comissão de Juventude CNPIR, documento em formato power point da Comissão de Acompanhamento das Políticas de Promoção da Igualdade Racial e do Ciclo Orçamentário e Grupo de Trabalho de Acompanhamento do Plano Brasil sem Miséria, cartas.

ANO 2014	TIPOS DE DOCUMENTO				TOTAL DE DOCUMENTOS 4	PERCENTUAL Atas ordinárias: 100%	Nº DA REUNIÃO 44, 45, 46, 47
	0	4	0	0			
TOTAL	22	39	2	10	73	Pautas: 30,13% Atas ordinárias: 53,42% Atas extraordinárias: 2,73% Outros: 13,69%	-

Conforme o Regimento Interno, entre os anos de 2004-2014, 66 (sessenta e seis) reuniões ordinárias deveriam ter sido realizadas, entretanto de acordo com as informações do CNPIR¹⁹ aconteceram 47 (quarenta e sete) reuniões ordinárias no período. Diante esta informação, considerando que as reuniões ordinárias são regimentalmente previstas como bimestrais, identificamos o percentual destas que foram documentadas, as que tiveram pauta e/ou ata, assim como as que inferimos sem registro e/ou não realizadas (Quadro 2).

Quadro 2: Reuniões previstas, realizadas e documentadas pelo CNPIR

REUNIÕES ORDINÁRIAS	QUANTIDADE	PROPORÇÃO
REUNIÕES ORDINÁRIAS PREVISTAS, DE ACORDO COM REGIMENTO	66	100%
REUNIÕES ORDINÁRIAS DOCUMENTADAS (PAUTA OU ATA)	42	63,63%
REUNIÕES COM PAUTAS	22	33,33%
REUNIÕES ORDINÁRIAS COM ATA	39	59,09%
REUNIÕES SEM REGISTRO E/OU NÃO REALIZADAS	24	36,36%

Fonte: Elaboração da autora

A partir da leitura aprofundada do conjunto desses documentos foram estabelecidos tipologias distintas de codificação, correspondente a sua própria natureza, ou seja, pautas, atas ordinárias e atas extraordinárias. Isso nos ajudou a desnudar os sentidos, entre as presenças e/ou ausências que perpassaram as manifestações dos documentos em estudo, na medida em que emergiram temas e subtemas respectivos, conforme expresso nas tabelas 1, 2 e 3.

¹⁹ <http://www.SEPPIR.gov.br/articulacao/cnpir>

Tabela 1 - Tipologia de Pauta

Tema/Sub-tema
Eventos
Programa de Combate ao Racismo - PCRI
PNSIPN

Fonte: Elaboração da autora

Tabela 2 - Tipologia de Atas Ordinárias

Tema/Sub-tema
Eventos
Planejamento
Pronunciamento Ministério da Saúde
Monitoramento e Avaliação
Ações Interministeriais
Normativas
PNSIPN
Orçamento
Projetos e Programas
Cooperação Internacional
Doença Falciforme
Gestão do Trabalho e Educação Permanente
CTSPN
PCRI
Sistema PIR
Reunião com Presidência
Outros

Fonte: Elaboração da autora

Tabela 3 - Tipologia de Atas Extraordinárias

Tema/Sub-tema
Eventos
Normativas
Comissão de Saúde do CNPIR
Planejamento

Fonte: Elaboração da autora

Entre as tipologias foram identificados cinco temas, que guardam correspondências entre os três blocos de codificação: Eventos, PCRI, PNSIPN, Planejamento e Normativas. Eventos é tema comum entre as três tipologias; PCRI e PNSIPN é tema recorrente na tipologia de Pauta e Atas Ordinárias; enquanto que Planejamento e Normativas são temas das tipologias de Atas

Ordinárias e Atas Extraordinárias. As demais ocorrências constituem-se em subtemas exclusivos a uma tipologia específica.

Os blocos de codificação conformam os processos organizativos do Conselho, de modo que a pauta serve como um instrumento de direção que orienta a agenda com os principais assuntos a serem tratados nas reuniões do CNPIR, enquanto que as atas das reuniões - sejam elas ordinárias ou extraordinárias - registram, obedecendo um padrão identificado, os encontros formais dos conselheiros, com a ressalva de que a primeira tem regularidade prevista em regimento. É pressuposto ter em conta que os temas e seus subtemas são correlacionais, tendo em mente que para este trabalho suas abordagens são distintas. O tema PNSIPN refere-se a política em si e suas referências expressas como marco da equidade racial em saúde, ao passo que o sub-tema Normativas referenciam as leis, decretos e afins que regulam (ou não) a Saúde da População Negra, com exceção a própria política. Do mesmo modo, cumpre deixar nítido que Planejamento, identificado como tema, e Monitoramento e Avaliação e Orçamento, sub-temas, correspondem a perspectivas diferenciadas. A compreensão do Planejamento aplicada a este trabalho está assentada no que orienta o PlanejaSUS (2009), o qual o toma como importante mecanismo de gestão destinado a conferir direcionalidade ao processo de consolidação do Sistema Único de Saúde; referente ao Monitoramento e Avaliação assumimos como monitoramento o acompanhamento continuado de objetivos, metas e ações, os quais tenham sido assumidos em planos, programações ou projetos, a fim de certificar se sua execução acontece como preconizado, enquanto que a avaliação é um processo de análise de determinada realização (seja esta um ação, intervenção, serviço ou procedimento) ou do resultado obtido, tendo por base um referencial a ser alcançado (BRASIL,2010). Já o Orçamento exprime os termos financeiros e de alocação de recursos públicos à SPN.

Tanto os temas quanto os sub-temas foram construídos a partir do desenvolvimento da exploração do material e não anteriormente a ele, desta forma na medida em que se desenvolve a análise, realidades subjacentes vão se descortinando. Como um sub-tema, dada a importância de sobrelevar sua

manifestação no CNPIR diante sua natureza precípua de falar de saúde, o Pronunciamento do Ministério do Saúde não diverge da natureza que organiza os demais temas e sub-temas que se estabeleceram para esta análise, a partir dos demais componentes do CNPIR. Nesta mesma lógica, temos o sub-tema Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), que ainda que seja um foro de assessoramento ao Ministério da Saúde, foi identificado tão somente como um elemento exposto de gestão participativa.

Entre sub-temas, na qualidade de Ações Interministeriais consideramos ações realizadas entre ministros e/ou ministérios. Para a definição da Comissão de Saúde do CNPIR aplica-se o entendimento de foro de assessoramento ao CNPIR relativo as questões de saúde da população negra, conforme referenciado pelo próprio conselho. A Cooperação Internacional aqui é identificada como estratégia de fortalecimento da política externa com vistas ao estabelecimento de parcerias para o desenvolvimento. A Doença Falciforme foi identificada quando feita menção direta a hemoglobinopatia. Para o tema de Eventos infere-se seminários, encontros e realizações correlatas, enquanto que ao sub-tema Gestão do Trabalho e Educação Permanente compreende-se as estratégias para formação e desenvolvimento de trabalhadores e demais colaboradores do SUS. Inclui-se ainda o estabelecimento do tema Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) e sub-temas Reunião com a Presidência e Sistema PIR(Promoção da Igualdade Racial) com seus fóruns, secretarias e instâncias correlatas de promoção da igualdade racial. Por fim, somam-se os sub-temas de Projetos e Programas referentes a realizações pontuais que estabelecidas como para melhoras nas condições de vida, sem contudo um estabelecimento contínuo e Outros que abarcam questões que fogem à competência do CNPIR e/ou da SEPPIR.

Estabeleceu-se, portanto, como critério de inclusão nessa pesquisa:

1. Ser documento de registro padrão do funcionamento do pleno previsto em regimento.

Enquanto que, como critério de exclusão:

1. Não ser documento de registro padrão do funcionamento do pleno em regimento.

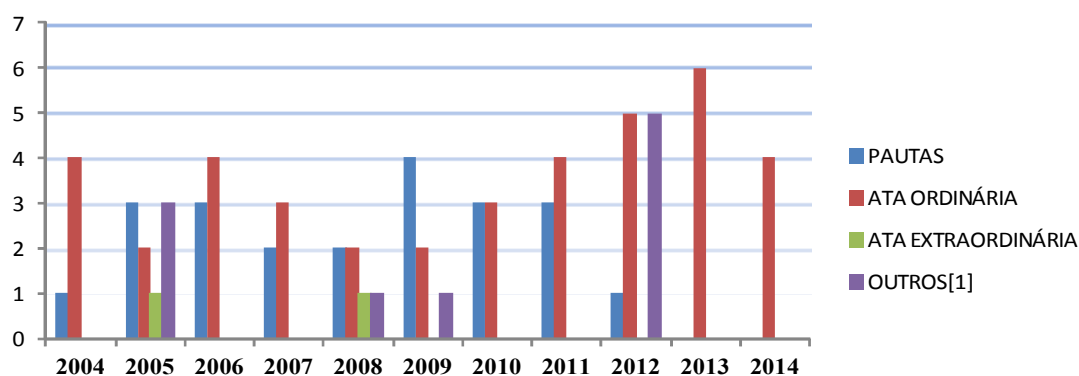
Os documentos analisados cobriram o período de atividades do CNPIR entre os anos 2004-2014, de modo que o exercício da análise consistiu em buscar informações e ocorrências das discussões de saúde registradas em pauta e/ou atas de reunião ordinárias e extraordinárias.

Amparada na Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016, tendo essa pesquisa se utilizado de informações de acesso público, conforme a Lei 12.527/2011, assim como de informações de domínio público, ainda que não houvesse exigência formal de registro e/ou avaliação pelo sistema Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), a mesma foi submetida ao CEP da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) em caráter de dispensa. O projeto relacionado recebeu o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 60548316.2.0000.0030 e Número do Parecer: 1.786.284, sendo aprovado em 21 de outubro de 2016.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Referente aos 11 anos de atividade do Conselho cobertos por essa pesquisa, foram disponibilizados 73 documentos produzidos pelo mesmo, distribuídos entre pautas, atas ordinárias, atas extraordinárias e outros modelos (Figura 1), entre os quais buscamos identificar as referências de saúde (Figura 2).

Total de documentos analisados do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial, 2004 - 2014



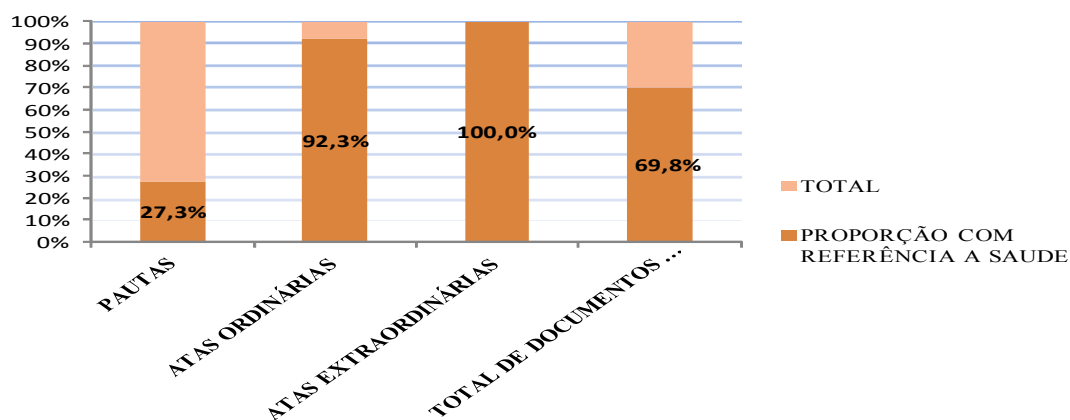
Fonte: Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial - CNPIR/SEPPIR;

Elaboração: própria.

Figura 1

Documentos analisados com referência à saúde

CNPIR, 2004 - 2014



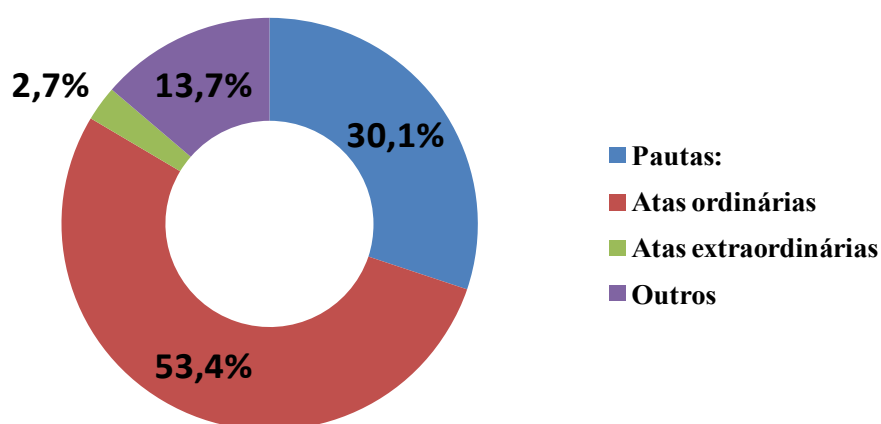
Fonte: Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial - CNPIR/SEPPIR;

Elaboração: própria.

Figura 2

No universo de documentos válidos que subsidiaram esse trabalho foram identificados 22 pautas, 39 atas de reuniões ordinárias, 02 atas de reuniões extraordinárias e 10 documentos identificados como outros, os quais proporcionalmente estão identificados na Figura 3.

Total de documentos analisados do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial, 2004 - 2014



Fonte: Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial - CNPIR

Elaboração: própria

Figura 3

5.1 SISTEMATIZAÇÃO DAS DISCUSSÕES DA EQUIDADE EM SAÚDE PARA O POVO NEGRO NO ÂMBITO DO CNPIR

Para realização desta pesquisa o CNPIR disponibilizou 73 documentos em formato digital, organizados e geridos pelo respectivo conselho, os quais incluíram: pautas, atas de reuniões ordinárias, atas de reuniões extraordinárias e outros. Como outros documentos compreendem-se: Agenda, memória, resumo executivo, ata de posse, Relatório de Comissão de Acompanhamento de Atos Normativos e Legislação, Programação, Relatório da Reunião da Comissão de Fomento e Articulação de Conselhos de Promoção da Igualdade

Racial, documento da Comissão de Juventude CNPIR, documento em formato *power point* da Comissão de Acompanhamento das Políticas de Promoção da Igualdade Racial e do Ciclo Orçamentário e Grupo de Trabalho de Acompanhamento do Plano Brasil sem Miséria, cartas - estes materiais foram descartados desta análise, considerando que os mesmos não atendem ao rigor estipulado para essa pesquisa.

Faz-se necessário elucidar algumas das questões que perpassam as condições desta análise. Sendo a regularidade das reuniões ordinárias regulamentadas pelo Regimento Interno do CNPIR, há prerrogativa para que estas sejam organizadas tanto por pautas quanto por suas atas respectivas. Todavia, não há necessariamente correspondência exata sobre o número de reuniões ordinárias realizadas e pautas ou atas, não obstante não há comprometimento da análise sobre o material empírico. Referente as reuniões extraordinárias - convocadas ao arbítrio do Presidente ou da maioria absoluta do Conselho - o número disponibilizado de atas de registro é modesto, o que expõe as limitações da análise nessa condição de registro.

Na medida em que tratamos o material e o codificamos, transformamos os dados brutos do texto, na expectativa de apreender seus significados. Deste modo, identificamos nas pautas e nas atas ordinárias e extraordinárias os temas e sub-temas elencados, as quais nos auxiliaram a construir as inferências e suas respectivas análises sobre as ocorrências do tema de saúde no âmbito das discussões do CNPIR.

Apresentamos o Quadro 3 sobre estas ocorrências organizadas por ano, tipo de documento, número de documentos com referência expressa a saúde, número de documentos do período, proporção de referência e números totais dos documentos analisados.

Quadro 3: Documentos analisados com referência a saúde

ANO	PAUTAS			ATAS ORDINÁRIAS			ATAS EXTRAORDINÁRIAS			TOTAL DE DOCUMENTOS ANALISADOS		
	Nº COM REFERÊNCIA À SAÚDE	TOTAL	% COM REFERÊNCIA À SAÚDE	Nº COM REFERÊNCIA À SAÚDE	TOTAL	% COM REFERÊNCIA À SAÚDE	Nº COM REFERÊNCIA À SAÚDE	TOTAL	% COM REFERÊNCIA À SAÚDE	Nº COM REFERÊNCIA À SAÚDE	TOTAL	% COM REFERÊNCIA À SAÚDE
2004	0	1	0	4	4	100%	0	0	0	4	5	80%
2005	1	3	33,33%	2	2	100%	1	1	100%	4	6	66,66%
2006	0	3	0	4	4	100%	0	0	0	4	7	57,14%
2007	1	2	50%	3	3	100%	0	0	0	4	5	80%
2008	0	2	0	2	2	100%	1	1	100%	3	5	60%
2009	1	4	25%	2	2	100%	0	0	0	3	6	50%
2010	1	3	33,33%	2	3	66,66%	0	0	0	3	6	50%
2011	2	3	66,66%	3	4	75%	0	0	0	5	7	71,42%
2012	0	1	0	4	5	80%	0	0	0	4	6	66,66%
2013	0	0	0	6	6	100%	0	0	0	6	6	100%
2014	0	0	0	4	4	100%	0	0	0	4	4	100%
TOTAL	6	22	27,27%	36	39	92,30%	2	2	100%	44	63	69,84%

Fonte: Elaboração da autora.

Conforme destacado na descrição dos percursos metodológicos, sendo as categorias estabelecidas correlacionais, não foram identificadas divergências entre quaisquer destas categorias ou mesmo quantos aos documentos analisados; de modo a reiterar convergência entre os mesmos.

Na sequência, apresentamos as análises de conteúdo dos documentos base desta pesquisa e seus aprofundamentos, identificados pela reunião respectiva.

5.1.1 Pautas

Apesar da prerrogativa regimental para que, especialmente, toda reunião ordinária seja orientada por pauta, foram identificados apenas 22 documentos relativos no período dos 11 anos cobertos pela pesquisa e, dentre estes, foram observadas tão somente seis ocorrências de referência à saúde, tal como indica o Quadro 4.

Quadro 4 - Referências a saúde nas pautas

ANO	CATEGORIAS DE ANÁLISE			
	EVENTOS	AÇÕES INTERMINISTERIAIS	PNSIPN	PCRI
2004				
2005				1
2006				
2007				
2008				
2009		1		
2010	1			
2011	2		1	
2012				
2013				
2014				
TOTAL	3	1	1	1

Fonte: Elaboração da autora

Para ilustrar este resultado apresentamos os fragmentos relacionados, identificada a reunião de ocorrência. Neste foram observadas convergências

com três dos temas e com um dos sub-temas estabelecidos, sendo que o mais significativo foi o tema de Eventos, a saber:

- "Apresentação de Relatórios/representação do CNPIR nos seguintes eventos: Seminário Regional Sul e Sudeste de Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - RJ (...) Seminário Internacional de Saúde da População Negra e Indígena - BA " (25ª R.O/2010)
- "2. Conferência Nacional de Saúde; Plano de Ação Bilateral Brasil/EUA para a Igualdade Racial - JAPER" (30ª R.O/2011)
- "Reunião das Comissões Permanentes: (...) 2. Acompanhamento de Políticas e do Ciclo Orçamentário: Conferência Nacional de Saúde" (31ª R.O/2011)

Na sequência, um sub-tema e outros dois temas convergiram nesta análise: Ações Interministeriais, Programa de Combate ao Racismo (PCRI) e PNSIPN respectivamente:

- "Ações conjuntas: SEPPIR e Ministérios da Saúde, Trabalho e Emprego, Educação, Ciência e Tecnologia" (20ª R.O/2009)
- "Apresentação do vídeo: Saúde da População Negra (...) Programa de Combate ao Racismo Institucional/DFID" (8ª R.O/2005)
- "PNSIPN" (30ª R.O/2011)

Nota-se que a questão de saúde foi pautada somente um ano após a primeira reunião do CNPIR e que até o ano de 2009, mantém-se um *gap* entre os anos em que a saúde voltaria a figurar no debate. Apesar da intermitência da inclusão da temática de saúde, entre os anos de 2009-2011 registramos uma retomada significativa, ainda que modesta.

5.1.2 Atas ordinárias

Somando mais de 520 páginas foi neste conjunto de documentos em que mais se desdobraram as convergências desta pesquisa. Em meio as 39 atas ordinárias foram identificadas 36 referências de saúde convergentes aos temas e sub-temas estabelecidos, inclusive guardando pontos em comum com os demais blocos de codificação. Sinalizando a tendência do estudo, o tema mais recorrente é o de Eventos, seguida ao Planejamento e ao sub-tema de Pronunciamento do MS.

Dada a extensão do número de temas e sub-temas didaticamente organizamos essa apresentação em blocos, de modo a destacar suas consonâncias respectivas, elegendo os fragmentos considerados mais significativos que nos ajudem a ilustrar a suas correspondências, conforme ilustrado no Quadro 5.

Quadro 5 - Referências à saúde nas atas de reuniões ordinárias
 Fonte: Elaboração da autora

ANO	CATEGORIAS DE ANÁLISE																
	EVENTOS	PLANEJAMENTO	PRONUNCIAMENTO MS	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	AÇÕES INTERMINISTERIAIS	NORMATIVAS	PNSIPN	ORÇAMENTO	PROJETOS E PROGRAMAS	COOPERAÇÃO INTERNACIONAL	DOENÇA FALCIFORME	GESTÃO DO TRAB. E ED PERMANENTE	CTSPN	PCRI	SISTEMA PIR	REUNIÃO C/ PRESIDÊNCIA	OUTROS
2004	4	1	1			1			1				1				
2005	1	1	1	2				1						1			
2006	1	1		1			1		2				1				2
2007		2	3													1	
2008	1	2		1	2										1		
2009	1									1							
2010	1				1	1				1							
2011	8	3			1		2				1						2
2012	5	3	2	1	1	3				2		1					1
2013	2	2	1	2	1			2				1				1	2
2014	3	1	1	2			2	1	1		3	1	1			1	1
TOTAL	27	16	9	9	6	5	5	4	4	4	4	3	3	1	2	2	8

Eventos

Foram verificadas 27 expressões de referências a Eventos correlacionados a saúde em pelo menos uma das atas, no período de 2004 a 2014, com exceção ao ano de 2007 que não teve quaisquer correspondências, a saber:

- "ITEM 3 - INFORMES: Seminário Nacional de Saúde da População Negra - Maria Inês Barbosa, secretária-adjunta da SEPPIR, apresentou a agenda do mês de maio, onde a SEPPIR e o Ministério da Saúde, discutiriam a realização do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, visando a inclusão do recorte racial no Plano Nacional de Saúde, definindo metas específicas voltadas para a população negra. O propósito deste Seminário seria, focar o gestor, responsável pela execução das políticas de saúde." (1ª R.O/2004)
- "Destacou as prioridades de 2004 que seriam: o Seminário de Saúde da População Negra, em julho, na área da saúde" (2ª R.O/2004)
- "A I CONAPIR resultou em 1080 resoluções (...) o qual contemplava quinze eixos de atuação (...), que elegeu cinco áreas de atuação prioritária: educação, **saúde**, justiça, mercado de trabalho e habitação." (18ª R.O/2008)
- "O Conselheiro Altair Lira informou (...) também sobre evento do Conselho Nacional de Saúde sobre a Anemia Falciforme." (31ª R.O/2011)
- "O Conselheiro Altair Lira informou sobre o Encontro Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes, com o Tema Geral "Fortalecendo o Controle Social, Fortalecendo o SUS" 17 de Outubro de 2011, Fortaleza/Ceará (...) visando a concretude da Política Nacional de Atenção Integral as Pessoas com Doença Falciforme e a sexta edição do Simpósio Brasileiro de Doença Falciforme." (32ª R.O/2011)
- "A Conselheira Marta Cezária informou da Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS), realizado entre os dias 19 e 21/10, no Rio de Janeiro. O encontro tratou de temas ligados a uma agenda estratégica global sobre doenças crônicas não transmissíveis, estilos de vida saudável, desenvolvimento sustentável e promoção da saúde." (32ª R.O/2011)
- "(FENAFAL): informou que à Conferência Nacional de Saúde estava representando o Conselho (*sic*) e foi um momento importante para a discussão de alguns temas envolvendo a saúde da população negra, onde conseguiu não só ratificar várias demandas dos grupos quilombolas." (33ª R.O/2012)

- "As Conselheiras e Conselheiros representaram o CNPIR e SEPPIR em Seminários, Fóruns, Encontros, Conferências e demais eventos; (...) Seminário Nacional sobre Serviço Civil em Saúde e sobre demandas Judiciais no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (...); Colóquio Nacional de Saúde de População Negra rumo a 14ª Conferência Nacional de Saúde (...); Seminário Internacional: Inclusão dos Cidadãos nas Políticas Públicas de Saúde (...); 14ª Conferência Nacional de Saúde - 'Todos Usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro' e como eixo 'Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS' (...). Após as considerações do Pleno foram propostas as seguintes deliberações: (...) Inclusão do evento sobre a Conferência Mundial sobre determinantes sociais da saúde." (33ª R.O/2012)
- "(Fórum Nacional de Mulheres Negras - FNMN): informou que (...) Participou do Seminário da gestão do SUS que foi a região Centro-Oeste, a primeira que teve iniciativa." (34ª R.O/2012)
- "(CNAB) parabenizou a SEPPIR do projeto Roda de Conversas que está ocorrendo, participou em São Paulo dentro do 9º Congresso Nacional de DST/Aids, tiveram a discussão da Roda de Conversa Saúde da População Negra, foi extremamente representativo, foi uma discussão que já está colhendo frutos, representativa." (36ª R.O/2012)
- "Sr. Luís Alves – concordou com a fala da Kika, precisa se organizar mais, a Conferência foi o ponto alto realmente. A primeira Conferência que começou a participar foi em 1963 no governo do João Goulart. (...) E a discussão para quem participou de muitas Conferências foi acho que foi organizada, já foi comentado, foi positivo, foi um êxito, na minha opinião, que eu participei da Conferência de Saúde, venho participando a muito tempo, deste a oitava deste debate." (43ª R.O/2013)
- "Conselheiro Helcias Paulino (APN'S) – Informou que no início desse mês de maio (...) tiveram a alegria de reunir em Salvador (...) em média 50 jovens de APNs dos 14 estados onde terão ações de APNS, 13 estavam representados e esse encontro dentre os assuntos, discutiram a questão da saúde da juventude, a saúde da população, onde tivemos a presença do Conselheiro Rui do Ministério da Saúde, falaram sobre o Plano Juventude Viva (...), e tiveram assim a grata alegria de contar com esses três companheiros, com o apoio da SEPPIR, com o apoio do Ministério da Saúde e da Secretaria da Mulher." (45ª R.O./2014)
- "(ABPN) – (...) Lembrou que a partir do dia 29 de julho a 2 de agosto, em Belém, na Universidade Federal do Pará, o VIII Congresso Brasileiro de

Pesquisadores Negros. Agradeceu, principalmente, a SEPPIR, que foi e tem sido ao longo dos anos o principal apoiador, junto com o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde." (46ª R.O/2014)

Planejamento

No desenvolver do trabalho, para o tema Planejamento foram reconhecidas 16 afirmações, de tal sorte que elencamos a seguir os trechos mais expressivos, que traduzem o conceito conforme a ordem de ocorrência:

- "ITEM 5 - AGENDA DE TRABALHO DA SEPPIR E DO CNPIR PARA 2005 - A agenda de trabalho da SEPPIR para 2005 fora definida a partir dos seguintes eixos prioritários: (...) d) **Saúde da população negra.**" (5ª R.O/2004)
- "No PPA, o governo estabeleceu dezesseis metas prioritárias, no caso a área de **saúde** traz como meta a redução da mortalidade infantil, porém, o atendimento da população negra, implica em ações diferenciadas da população branca (...)" (12ª R.O/2006)
- "APRESENTAÇÃO DO PLANEJAMENTO DA SEPPIR- (...) Ressaltou que a partir da análise de conjuntura, foram definidos cinco eixos prioritários a serem desenvolvidos pela SEPPIR: educação, trabalho e renda, acesso á terra, segurança pública e **saúde.**" (16ª R.O/2007)
- "APRESENTAÇÃO DO PLANEJAMENTO DA SEPPIR - (...) Destacou que no Planejamento Plurianual - PPA 2008/2011 o Governo elencou dez objetivos setoriais e a SEPPIR destacou dois que dialogavam diretamente com a Política de Igualdade Racial, (...). No Eixo 1 " **Saúde**, qualidade de vida e segurança alimentar e nutricional", ação no PPA "Apoio a iniciativas de promoção da igualdade racial" (responsável: SEPPIR), estavam previstas as seguintes atividades e Projetos Especiais: articular a expansão do acesso à saúde para a população negra (...)." (16ª R.O./2007)
- "Agenda compartilhada com o FIPIR - (...) Em 2007, ainda na gestão da Ministra Matilde Ribeiro, foi elaborado um planejamento estratégico, que elegeu cinco áreas de atuação prioritária: educação, **saúde**, justiça, mercado de trabalho e habitação." (18ª R.O/2008)
- "Essas comunidades serão atendidas a partir de 2009. Ação de Infra-estrutura e Qualidade de Vida. São os programas do Ministério da Saúde. O Programa Saúde da Família e o Programa Saúde Bucal. O último dado, que está faltando consolidar o final de 2008, mas até abril de 2008, o Ministério da Saúde já havia disponibilizado cerca de 134 milhões de reais para equipes de Saúde

Bucal e Saúde da Família em áreas Quilombolas e de assentados. Essa ação está consolidada." (18ª R.O./2008)

- "ITEM 05 - Plano Plurianual PPA 2012-2015: o PPA é o principal instrumento que vai nortear a ação do Governo nos próximos quatro anos (...), nem tudo que está previsto no PPA vai ser necessariamente executado de forma plena mas seguramente o que não estiver previsto muito dificilmente vai ser executado. (...) Esse *programa* está composto por seis grandes objetivos. Relatou que a desigualdade racial na medida em que fornece serviços de uma forma diferenciada para a população negra e branca. Na medida em que esse Estado faz esse tipo de diferenciação (...) seja na **saúde**, por exemplo, o número de consultas pré-natal de mulheres negras e brancas é muito diferente. As mulheres negras têm metade do número de consultas das mulheres brancas, isso é um serviço do Estado. (...) o Estado tem que parar de ser motor da desigualdade racial." (30ª R.O/2011)
- "Informou que participaram de uma articulação nacional dos Conselheiros Nacionais de Saúde através do inter-conselhos, no inter conselhos contribuíram na elaboração do PPA 2012-2015, que essa foi uma iniciativa muito importante do Governo da presidente Dilma, porque é uma iniciativa que quer reforçar a participação da sociedade civil na elaboração de políticas públicas." (37ª R.O/2012)
- "ITEM 5 - Análise das Agendas Transversais do Plano Plurianual (PPA) 2012-2015: (...) O próximo objetivo é o 0778 que é estabelecer pactos intersetoriais e interinstitucionais que revertam altas taxas de mortalidade precoce da população negra, garantindo seu direito à vida. E as metas que temos é reduzir a morbidade e a mortalidade materna entre as mulheres negras e reduzir as mortes por homicídio na juventude negra." (39ª R.O/2013)
- "Fazendo um mergulho no anexo I do PPA, conseguimos verificar que existem 27 programas, 74 objetivos e 127 metas relacionadas com a igualdade racial ou com a questão dos quilombolas. Dentro do Programa Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, existe o objetivo 0713 - está na página 53- o objetivo é garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e atenção especializada." (39ª R.O/2013)
- "As principais Agendas de Políticas Públicas. São as Agendas da previdência, a Agenda das transferências de renda, do Brasil sem miséria, do PAC, do SUS, do sistema único de Saúde, do Sistema Único de Assistência Social, do programa Brasil maior, que o programa que tem uma política industrial para o

Brasil. As Agendas transversais que nós consideramos fundamentais. Porque, na realidade, são Agendas da cidadania." (47ª R.O/2014)

Pronunciamento do MS

Fazemos a opção metodológica de demarcar a presença do Ministério da Saúde como recurso para extrair o sentido da atuação deste no CNPIR. Ao extrairmos as manifestações do MS elucidamos sua condição de orador, assim como podemos colher elementos de como demais conselheiros e conselheiras percebem seus discursos.

Deste modo, no decorrer desta análise foram identificadas nove convergências com esse sub-tema, destacando as mais relevantes abaixo:

- "Conselheiro Valcler falou a respeito de ações promovidas pelo Ministério da Saúde. A primeira seria o Piso de Atenção Básica que trata dos recursos repassados para municípios pelo ministério, calculados com base na população , a alteração diria respeito aos municípios com a presença de quilombos que receberiam uma espécie de reforço de recursos. (...) o Seminário sobre Saúde da População Negra no Plano Nacional de Saúde a Ações Afirmativas organizado pelo Ministério da Saúde e que teria o nome fantasia de I Seminário sobre a Saúde da População Negra (...)." (2ª R.O/2004)
- "Conselheira Ana Costa, que apresentou informe sobre a 13ª Conferência Nacional de Saúde (...) falou da importância da recomendação do CNPIR para participação de movimentos sociais nas etapas municipais e estaduais da 13ª Conferência e disseminação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Ressaltou ser necessária participação efetiva do movimento negro na 13ª Conferência Nacional de Saúde, a fim de contribuir para a consolidação do SUS e do direito à saúde. Sobre a Política Nacional de Saúde, detalhou que foi construída a partir de amplo processo de discussão do Comitê Técnico de Saúde da População Negra no Ministério da Saúde e foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde. Também solicitou que fosse reservado espaço na próxima reunião do CNPIR para apresentação da Política." (15ª R.O/2007)
- "Conselheira Ana Costa ressaltou que era papel do governo apoiar as instituições e incentivar os movimentos sociais a aprofundarem o debate sobre a ampliação da consciência de direitos. Nesse sentido, comunicou que o Ministério da Saúde apoiou o projeto da OnG Criola, que envolveu mais de quinhentas lideranças negras em cursos de capacitação para discutir e

informar sobre o direito à saúde e os processos participativos no âmbito do SUS." (15ª R.O/2007)

- "ITEM IV - INFORMES - A conselheira Ana Costa informou que o Departamento que dirige no Ministério da Saúde está voltado para a promoção da equidade racial, não apenas cuidando da saúde da população negra, mas também dos ciganos e que o Ministério da Saúde estaria lançando no âmbito do SUS uma campanha contra o racismo institucional." (9ª R.O/2005)
- "A conselheira Júlia Roland informou sobre a 14ª Conferência de Saúde, que é o evento de saúde mais importante no Brasil e acontecerá em Brasília, no período de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011. Sob o tema 'Todos Usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro' e como eixo 'Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS', a 14ª Conferência tem por objetivo discutir a política nacional de saúde, segundo os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade." (32ª R.O/2011)
- "Conselheiro Reginaldo Alves Chagas - temos a oportunidade de (...) trabalhar nesse plano e desde que a gente vem desenvolvendo essas ações essa questão da violência na população negra é um tema recorrente que o Ministério vem trabalhando (...) a importância do quesito raça-cor no sistema no sistema de informação de mortalidade (...) o número de óbitos de intervenção legal, isto é, assassinato do estado, a pena de morte instituída, os negros morrem duas vezes mais de intervenção legal do que a população branca, então se há necessidade de que o plano também contemple a questão da segurança pública para mudar o perfil da intervenção legal em relação a negros e brancos. (...) há a questão do homicídio em si da população negra que é muito marcante e a gente poderia levar, inclusive, tentar levar essa discussão para o Conselho Nacional de Saúde (...) há necessidade de um plano todo de enfrentamento dessa questão da mortalidade, por vários ministérios, a solicitação que esse fórum fosse discutido no Conselho Nacional de Saúde para que a gente tenha outros desdobramentos na atenção e assistência à população negra." (32ª R.O/2011)
- "Convidado Rui Silva Santos: ressaltou a importância da relação da SEPPIR na implementação da nossa política nacional da saúde para a população negra (...) Dentro dessa missão no Ministério a grande preocupação é dar conta dos pactos federativos. A política é aplicada, é executada na ponta principalmente pelos municípios, nossa função é fomentar, estimular, propor(...)." (33ª R.O/2012)
- "A Conselheira Júlia Maria dos Santos Roland (Ministério da Saúde) informou da programação para este ano, de realizar oficinas nos estados e com foco

principal a gestão estadual para fazer uma avaliação da implementação da política no estado e para constituir os Comitês Técnicos a exemplo do Comitê Nacional. " (38ª R.O./2013)

- "Conselheiro Rui Silva (MS) – relatou sobre a questão doença falciforme (...) Sugeriu convidar a Coordenação de Sangue e Derivados do Ministério da Saúde para fazer uma discussão no Pleno para poder discutir melhor a doença falciforme e ver como podem ajudar os estados nessa construção dessa rede de hemocentro para atender a essas pessoas." (45ª R.O./2014)

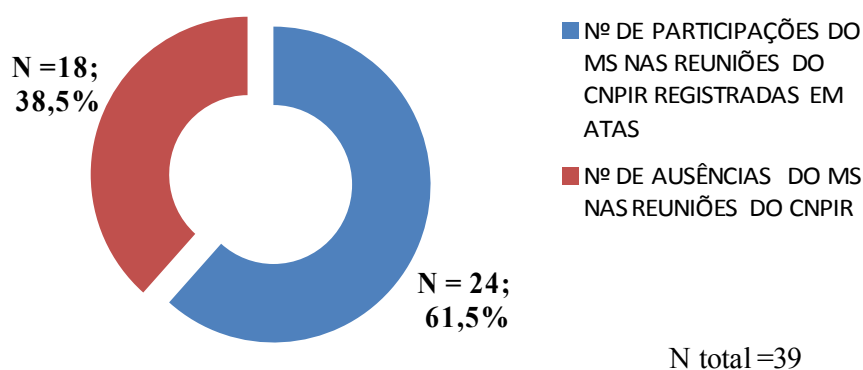
Dado que a regulação do CNPIR versa sobre a regularidade de suas reuniões ordinárias, seus registros nos servem como referências para também mensurar a participação do MS, de modo a inferir sobre o aproveitamento e intervenção do mesmo no âmbito deste conselho. A partir disso, conseguimos apreender que das 66 reuniões previstas no período de 2004-2014 e de suas 42 reuniões documentadas - destacando-se as ordinárias - temos registrada a participação do Ministério da Saúde em 24 destas; o que nos leva a supor que ou o ministério esteve ausente em outras 15 reuniões ou não teve sua presença registrada, conforme ilustrado no Quadro 6 e Figura 4.

Quadro 6 - Média de frequência do Ministério da Saúde na reuniões do CNPIR

REUNIÕES ORDINÁRIAS PREVISTAS, DE ACORDO COM REGIMENTO (2004-2014)	REUNIÕES DOCUMENTADAS (PAUTAS OU ATAS)		REUNIÕES ORDINÁRIAS DOCUMENTADAS		Nº DE PARTICIPAÇÕES DO MS NAS REUNIÕES DO CNPIR REGISTRADAS EM ATAS		Nº DE AUSÊNCIAS E/OU NÃO REGISTRO DE PRESENÇA DO MS NAS REUNIÕES DO CNPIR	
66	42	63,63%	39	59,09%	24	61,53%	15	38,46%

Fonte: Elaboração da autora

Participações do Ministério da Saúde nas reuniões da CNPIR, 2004-2014



Fonte: Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial - CNPIR/SEPPIR;
Elaboração: própria.

Figura 4

Monitoramento e Avaliação

No decorrer da análise, as referências de saúde relativas ao sub-tema de Monitoramento e Avaliação somaram nove convergências, as quais destacamos na sequência, observadas suas ocorrências mais significativas para análise:

- "OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO - (...) pacto para priorizar a eliminação da fome e da extrema pobreza no planeta até 2015. Para isso foram estabelecidos os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), sendo eles: 1) acabar com a fome e a miséria; 2) educação básica de qualidade para todos; 3) igualdade entre sexos e valorização da mulher; 4) reduzir a mortalidade infantil; 5) melhorar a saúde da gestante; 6) combater a Aids, a malária e outras doenças; 7) qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; e 8) todo mundo trabalhando pelo meio ambiente." (8ª R.O/2005)
- "ITEM V- APONTAMENTOS DAS AÇÕES REALIZADAS/2005 - a Ministra Matilde Ribeiro, assumiu a coordenação dos trabalhos, e trouxe informes (...) Na área da **saúde** e qualidade de vida, informou que havia em andamento cerca de 20 ações afirmativas: o Projeto Afro-Atitude, que envolveria 550 estudantes negros cotistas em 11 universidades públicas do Brasil, recebendo bolsas para iniciação científica; o Programa Nacional de Anemia Falciforme lançado em 2005 e a previsão de que até 2007 pelo menos 2,5 mil municípios estariam

sendo vinculados a esses serviços; o Plano Nacional de Redução de Mortalidades Neonatal e Materna e Saúde Integral das Mulheres Negras, como parte do pacto firmado entre o Ministério da Saúde, Secretaria de Mulheres e diversos outros organismos do governo, com ações concretas nessa linha; em agosto foi lançado um programa mais abrangente, envolvendo outras áreas de pesquisa e de sedimentação da política e em dezembro, no Dia Mundial de Luta Contra a Aids, seria lançada campanha/2006 com ênfase na temática racial." (9ª R.O/2005)

- "(...)Atentos aos efeitos da crise econômica internacional, o Governo Federal toma medidas para que as ações de crescimento não sejam comprometidas, mantendo em expansão a rede de proteção social (...) O relatório do PNUD desse ano mostra que os não-brancos estão em desvantagem em itens como: renda, educação, saúde, emprego, habitação e segurança pública." (18ª R.O/2008)
- "Por que a execução é baixa nas áreas sociais e nas áreas ligadas à promoção da igualdade racial? Depois quando verem o completo, podem consultar no Siga, mas tem educação, tem Itamaraty, são 18 programas. Concentração de ações de igualdade racial em áreas sociais, **saúde**, educação, o que é muito bom." (45º R.O/2014)
- "(SPI/MPOG) – falou sobre os principais dados da Agenda Igualdade Racial, que foram levantados no monitoramento a partir do PPA. Esse monitoramento é resultado do trabalho que fazem todos os anos, dos programas temáticos. São vinte e sete programas, setenta e três objetivos e cento e cinquenta e cinco metas do PPA. Os dados consolidados são dados do monitoramento dois mil e doze, dois mil e treze. E, também, o primeiro semestre, alguns dados de dois mil e quatorze. (...) **A Saúde da população negra** é uma política de saúde integral, que busca tratar, de forma específica, as situações de saúde dessa população. A doença falciforme, onde já foram implantados cinco por cento de pesquisa. Também a integração do banco de dados dos hemocentros. É também uma parte importante que está sendo desenvolvido no País. (...) Saúde da família, foram implantadas mil e trezentas equipes no atendimento às comunidades Quilombolas, em seiscentos em oitenta e nove municípios. O Mais Médicos foram contratados cento e trinta e nove médicos que atuaram em duzentos e noventa e três equipes de saúde da família." (47ª R.O/2014)

Ações Interministeriais

As referências de saúde destacadas como Ações Interministeriais reuniram seis ocorrências e conforme a orientação deste bloco destacamos na sequência aquelas que sejam mais significativas:

- "(...) a Subsecretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais, bem como, a *SEPIR* (sic) tem um papel fundamental no que se refere à coordenação, articulação de políticas para a elaboração e de fornecimento de dados para tomada de decisões, tais como: quilombos, comunidades de terreiro (...) Informou ainda, sobre o diálogo que esta Subsecretaria está tendo com a FUNASA para a execução dos 54 Projetos que deverão ser desenvolvidos ainda nesse ano com as comunidades quilombolas." (17ª R.O/2008)
- "Nos projetos e ações que nós estamos tratando como projetos e ações especiais (...) os projetos Faturpe, que é uma ação do PAC na área do São Francisco, de recuperação de processos erosivos, e o PAC Funasa." (18ª R.O/2008)
- "FÓRUM DE DIREITOS E CIDADANIA - VIOLÊNCIA CONTRA JOVENS NEGROS: (...) a Ministra Luiza Bairros pediu a palavra (...) e falou que tinha uma questão dentro do âmbito da questão racial (...) que era justamente o problema da violência contra jovens negros (...) existe a coordenação e o grupo executivo, que é formado pelos secretários executivos desses órgãos; nós temos outros membros que estão participando, como o **Ministério da Saúde** (...)" (32ª R.O/2011)
- "Então temos que pensar em algumas coisas, temos que pensar em algumas formas, já tive analisando outros Conselhos, acho que vou inclusive retomar esta possibilidade de que a gente tenha a transmissão on-line das reuniões de maneira de quem está fora possa acompanhar isso diretamente. E outras ideias que nós possamos ter em relação a como abrir, digamos assim, esta comunicação (...) parece que o SPM já está utilizando desta coisa da transmissão on-line que é para a gente ir atrás para ver esta coisa da tecnologia, o CONJUR também já faz, coitados, o Mídia Center do Ministério da Saúde é nossa vítima mais constante, acho que eles não vão se importar de ser mais uma vez." (41ª R.O./2013)

Normativas

Com relação aos códigos do tema Normativas foram registradas cinco manifestações sobre a mesma, a seguir:

- " (...) a política de promoção da igualdade visa à redução das desigualdades com ênfase na população negra (...) Esclareceu que os princípios desta política seriam a transversalidade e a expectativa de avanço nas políticas na esfera do governo, a descentralização e a gestão democrática (...) Apresentou os seis programas de ação da Secretaria: 1- implementação do modelo de gestão da política de promoção da igualdade racial em todo o Governo Brasileiro; 2 - apoio às comunidades remanescentes de quilombos; 3- ações afirmativas na área de educação, trabalho e **saúde** e outras áreas afins da política pública; desenvolvimento e inclusão social; 5 - relações institucionais e 6 - produção de conhecimento." (2ª R.O/2004)
- "Destacou, o Estatuto da Igualdade Racial, como instrumento legal que, efetivamente, auxilia na promoção de políticas públicas voltadas à igualdade racial. Fez uma reflexão sobre as ações que eram desenvolvidas no final do ano de 2002 e o acréscimo positivo das mesmas agora no final do ano de 2010. Citou principalmente três áreas onde houve mudança: educação, saúde e agrária." (28ª R.O/2010)
- "Item 05 - Grupo de Trabalho do Estatuto da Igualdade Racial: (...) instituído pela Portaria 79, em 8 de julho de 2011, tinha por objetivos avaliar as normas do estatuto e propor as medidas necessárias para sua efetividade, identificar quais seriam as ações prioritárias, fazer uma avaliação do que é necessário em termo de regulamentação do estatuto, propor ações de articulação institucional e interministerial durante todo o trajeto de discussão do trabalho e de implementação do processo do grupo (...) A composição por representantes da SEPPIR e *alguns* Ministérios convidados: Educação, Justiça, **Saúde**, Cultura, Esporte, Desenvolvimento Agrário, Trabalho e Emprego, Comunicações." (34ª R.O/2012)
- "MINUTA EDITAL DE SELEÇÃO DE ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL SEM FINS LUCRATIVOS PARA INTEGRAR O CONSELHO NACIONAL DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL (CNPIR) - (...) 2.2 No ato da inscrição a rede ou organização deverá especificar em que categoria se candidata para integrar o CNPIR, de acordo com o que segue: SEGMENTO ÉTNICO-RACIAL/CATEGORIA, NÚMERO DE VAGAS 15, A) POPULAÇÃO NEGRA, a.1) Organizações gerais do Movimento Negro, 5 vagas; a.2) Representantes de segmentos - Comunidades de Terreiro - Juventude - LGBT - Mulheres - Quilombolas - Trabalhadores(as), 1 cada vaga; a.3) Temáticas - Comunicação - Educação ou pesquisa - Meio Ambiente - **Saúde**, 1 vaga cada (...)" (36ª R.O/2012)

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN

Ainda que não seja do interesse deste trabalho esmiuçar o percurso do ciclo da PNSIPN, suas bases estão assentadas conceitualmente na mesma. Neste sentido, o desenrolar do procedimento analítico apontou para que a própria PNSIPN se constituísse um tema legítimo, dado que é pela mesma que perpassa toda e quaisquer circunstância essa proposta de estudo.

Deste modo, identificamos cinco convergências expressas:

- "ITEM 8 - POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: SUBSÍDIOS PARA MONITORAMENTO - (...) Fernanda Lopes, representante do movimento negro no Conselho Nacional de Saúde e Jacinta de Fátima Senna da Silva, representante do Ministério da Saúde. A representante do Ministério da Saúde fez breve explanação sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que define conjunto de princípios, marcas, diretrizes, e objetivos voltados à melhoria das condições de saúde desse segmento da população. (...) a Conselheira do CNS, Fernanda Lopes fez uma abordagem da Política Nacional de Saúde da População Negra, destacando que se tratava de resultado da reivindicação do movimento negro (...) destacou como eixos norteadores da política a equidade e transversalidade (...) ressaltou que, para garantir a implementação da Política, além de orçamento específico, era preciso garantir capilaridade e formação da força de trabalho em saúde pública." (13ª R.O/2006)
- "ITEM 10 - 14ª Conferência Nacional de Saúde e a PNSIPN: Jurema Werneck, Vice-presidente do Conselho Nacional de Saúde fez apresentação da Conferência Nacional de Saúde e depois do debate do pleno foi deliberado convidar a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEPE/MS para fazer a apresentação do balanço do Plano Operativo 2008/2011 da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na próxima Reunião Ordinária do CNPIR." (30ª R.O/2011)
- "ITEM 06 – POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: Sra. Simone Cruz (Conselho Nacional de Saúde – MS) – (...) pauta para fazer junto com o Pleno do CNPIR uma avaliação sobre o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. (...) O ponto central é a não implementação da política na maioria dos Estados e municípios (...) ela não está tendo impacto, ela não tem sido implementada. (...) elaboração de uma proposta, de um espaço onde a política pudesse estar colocada no Ministério da Saúde (...) A política ela deve orientar as demais políticas (...)" (44ª R.O/2014)

- Sr. Rui Leandro Silva (Coordenador Geral de Educação Popular e Mobilização do MS) -DAGEP/SGEP/MS - Temos no Ministério uma estratégia de além de ter Conselho Nacional de Saúde, que é deliberativo, temos o Comitê Técnico da Saúde da População Negra, que reúne representantes da SEPPIR, do Ministério e dos Movimentos Sociais, para ajudar o Ministério a implementar essa política. A nossa estratégia tem sido de poder reproduzir nos estados e municípios esses mesmos espaços de implementação da política, ter uma gestão cada vez mais participativa (...) É claro que o Ministério pode induzir muitas políticas, tem uma indução efetiva em relação à saúde da população negra? Parece que ainda não. (...) Quanto a instância, ela está ainda em andamento, (...) é uma instância de implementação política, de relação política com os estados e municípios, na relação institucional política com estados e municípios (...)." (44ª R.O/2014)

Orçamento

Tal como temos apresentado as convergências anteriores, na sequência os quatro registros relacionados às ocorrências de saúde vinculados ao sub-tema Orçamento.

- "Conselheiro Luiz Nolasco fez uso da palavra para comunicar (...) a distribuição de material aos conselheiros, dentre eles, cópia do item do orçamento da saúde voltado para atenção à saúde da população negra." (8ª R.O/2005)
- "Existe no orçamento, no superávit primário aprovado no Congresso junto com FMI e o Governo Federal o abatimento de R\$652.000.000.000,00 do superávit primário, o governo brasileiro abateu R\$ 45.000.000.000,00, então sobrou R\$ 20.000.000.000,00 para emergencialmente colocar em **saúde** e educação." (41ª R.O/2013)
- "O momento político dos últimos dez anos foram momentos de coligações e que era uma negociação para chegar ao Estado, não tem ilusão que o governo neoliberal estão empoderados. Há um racismo orçamentário, a SEPPIR não tem pouquinho de dinheiro só porque sabe que o racismo tem que ser uma política transversal. Não, é porque há um racismo orçamentário, a um orçamento que ele é conservador, ele é racista e não tem nada de promoção da igualdade, não é a toa que a educação tem menos recursos, na saúde tem menos recursos. Então na lógica neoliberal está em um confronto, o racismo institucional, na verdade, internamente é uma situação de guerra." (41 R.O/2013)
- "APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DA ANÁLISE DA EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO UNIÃO PARA A IGUALDADE RACIAL DE 2013: (...) há

programas que sabemos que impactam diretamente a população negra no Brasil. Bolsa Família é um exemplo, tudo que tem de atenção do SUS a população carcerária sabem que vai atingir mais aos negros, mas esses programas não se descrevem oficialmente como promoção da igualdade racial, e entendem que eles deveriam aparecer assim para dar visibilidade ao público. Eles não entraram no orçamento temático, embora saibam que impactam diretamente a população negra, isso é uma questão para o debate." (45ª R.O/2014)

Projetos e Programas

No que concerne a sub-categoria de Projetos e Programas que trazem referência a saúde, sua convergências são:

- "APRESENTAÇÃO DO PROJETO "A COR DA CULTURA" - (...) Conselheira Elaine Soares expôs que a Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (SECAD/MEC) possuía acúmulo para contribuir na elaboração e implantação do projeto. Além disso, registrou preocupação com a metodologia dos programas veiculados pela TV que se preocupavam apenas com a linha de esporte e música. Também ressaltou as especificidades que envolviam os adolescentes e sugeriu que o projeto tratasse de temas como sexualidade, inclusive doenças sexualmente transmissíveis como a Aids." (5ª R.O/2004)
- "Ângelo Roger de França Costa, representante do Corpo Discente - bolsista do Programa Afroatitude²⁰/UnB, fez uma análise qualitativa do sistema de cotas e o respectivo impacto na comunidade acadêmica da UnB (...) O Projeto Afroatitude estaria acontecendo em 11 universidades brasileiras, que aderiram ao sistema de cotas, desenvolvendo pesquisas com recursos oriundos do **Ministério da Saúde**." (11ª R.O/2006)
- "A Ministra Matilde Ribeiro falou, ainda, sobre o Primeiro Quilombinho, que é resultado de uma parceria da SEPPIR com a Secretaria de Direitos Humanos, a UNICEF e a Coordenação Nacional de Quilombos (...) para estimular o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes quilombolas das cinco regiões brasileiras (...) um projeto que combina o lúdico e o político, além de contar com apoios importantes como: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria da Mulher, **Ministério da Saúde**, Ministério do Trabalho, FUNAI e Fundação Cultural Palmares." (12ª R.O/2006)

20 O Brasil Afroatitude: Programa Integrado de Ações Afirmativas para Negros instituído com o objetivo de oferecer apoio logístico e financeiro aos alunos negros cotistas e de fomentar a produção de conhecimento no campo das relações entre aids e população negra e racismo.

- "Destacou a articulação nacional Juventude Viva, a Secretaria Nacional de Juventude estabeleceu uma parceria com a FIOCRUZ, com a Fundação Oswaldo Cruz, e no âmbito dessa parceria foram selecionados e contratados nove articuladores e articuladoras regionais, que estão trabalhando nos nove Estados prioritários do Plano Juventude Viva. Esses articuladores, eles estão sendo fundamentais, porque como eles residem no Estado, eles tem tido a possibilidade de fazer um acompanhamento sistemático e permanente das ações do plano, e eles têm sido o nosso canal de comunicação e de acompanhamento permanente mais próximo da execução das ações que são pactuadas, tanto com os governos estaduais, como com os governos municípios, e nos Estados em que o plano ainda não foi lançado, que é a previsão de nove Estados, é uma previsão de expansão do plano até o final de 2014." (44ª R.O/2014)

Cooperação Internacional

Os fragmentos que expõe as convergências ao sub-tema Cooperação Internacional foram:

- "Assessoria Internacional - SEPPIR - O Assessor de Cooperação Internacional da SEPPIR, Daniel Brasil, destacou as ações da SEPPIR no âmbito internacional atuando em 07 áreas geográficas e temáticas, citou as ações desenvolvidas no Haiti, ações que tem se concentrado na agricultura, criação de uma rede de imunização e vacinas, reflorestamento e cultura." (23ª R.O/2009)
- "Item 3 - Plano de Ação Brasil-Estados Unidos para Combate à Discriminação Étnico-Racial e Promoção da Igualdade - (...) após a finalização dos relatórios das discussões ocorridas nas reuniões, iniciará um processo de pactuações de ações no âmbito do governo, bem como da sociedade civil, tudo dentro do previsto no Plano de Ação. Mencionou as pactuações prévias, afirmando não estar nada definido e/ou concluído (...) no momento a discussão concentra-se com os **Ministérios da Saúde**, Justiça, Trabalho e Emprego, Esportes, Educação, Turismo, Meio Ambiente e Cultura." (27ª R.O/2010)
- "(MRE): informou as ações do Ministério das Relações Exteriores relacionadas ao racismo e combate à discriminação racial, ressaltando (...) o plano de ação Brasil/Estados Unidos para a promoção de igualdade étnico-racial, que vem promovendo ações desde 2008 em diversas áreas como acesso à justiça, segurança pública, meio ambiente, temos uma nova área que é empreendedorismo negro no contexto de mega eventos, área de educação e **saúde** também estão contempladas nessa ação" (33ª R.O/2012)

- "A Sra Rose (MRE) deu informe sobre o JAPER que é um programa de ação conjunta Brasil-Estados Unidos firmado em 2008 e tem promovido uma série de reuniões e ações e programas para a promoção da igualdade racial. No dia 21 e 22 de agosto houve uma reunião técnica (...) importante prestar esse informe porque esse programa de ação está trabalhando com cinco diretrizes, na **área de saúde**, educação, de acesso à justiça, desenvolvimento sustentável e de empreendedorismo e trabalho." (36ª R.O/2012)

Doença Falciforme

A doença falciforme trata-se de uma alteração genética que provoca distorções nas células, as conformando em foice, sendo uma hemoglobinopatia prevalente nas pessoas negras.

Podemos considerar que a porta de entrada das discussões de saúde do Povo Negro, junto ao poder público brasileiro, foram catalisadas pelo Programa de Anemia Falciforme. De modo que, não estranhamente, a Política Nacional de Atenção as Pessoas com Doença Falciforme é instituída em 16 de agosto de 2005, quatro anos antes da instituição da PNSIPN. Assim, considerando que durante muito tempo as discussões referentes a saúde do Povo Negro estiveram reduzidas - e mesmo compreendidas pela gestão - como DF e a partir dos apontamentos da análise, constituiu-se a categoria Doença Falciforme, para a qual elencamos suas convergências, a saber:

- "FENAFAL, falou sobre Dia Nacional do Teste do Pezinho, dia 06 de junho, comemorado pelo governo e alerta que há descaso do governos na cobertura do exame. (...) e que é irresponsabilidade do governo a cada gestão não tomar isso de forma séria (...) porque se o Brasil quer atingir a meta de redução da mortalidade infantil passa também por detectar precocemente as doenças que atingem essa população." (30 R.O/2011)
- "(..) esse ano já estamos com 53 óbitos a nível nacional, os dados que chegam até a FENAFAL com certeza tem mais. Desses 53 óbitos de 2014 foram 36 mulheres negras que tinham doença falciforme. Ainda é um descaso muito grande na ponta, com as pessoas com doença falciforme. De janeiro a maio de 2014, isso em nível nacional. (...) isso leva as pessoas ficarem numa situação de vulnerabilidade social (...) Temos uma política dentro do Ministério da Saúde que está dentro da Coordenação do Sangue, foi estabelecida pela Portaria 1391 de agosto de 2005." (45ªR.O/2014)

- "ITEM 07 – PROGRAMA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL AS PESSOAS COM DOENÇA FALCIFORME E OUTRAS HEMOGLOBINOPATIAS (MS): Sra. Joice Aragão (Ministério da Saúde) – (...) esta trabalhando no Ministério desde 2004, quando vem para, especificamente, implantar a Política Nacional de Atenção Integral as Pessoas com Doença Falciforme (...) com apoio da Federação Nacional de Pessoas com Doença Falciforme (...) o fato é que o trabalho no Ministério era fazer o dever de casa, colocar a doença falciforme no Sistema Único de Saúde, como é que se trata, quais as normas, quais são os recursos necessários para que isso fosse feito (...) levamos quase 10 anos, de 2004 para agora, e temos hoje todos os procedimentos de qualidade, preconizados mundialmente, para a atenção em doença falciforme. (...) Primeiro a organização da rede de atenção é o principal, é a ação principal (...) Até agora fizemos um total de R\$ 65 milhões investido para a organização da Rede, hoje todos os Estados do Brasil possuem pelo menos um serviço de atenção em doença falciforme. É um Hemocentro, ou é um serviço, um ambulatório especializado (...) protocolo para o uso da Hidroxiuréia (...) temos 26 publicações técnicas de norteamento de toda a atenção, e temos uma coisa que é interessante, a Hidroxiuréia é um medicamento muito importante para as pessoas com doenças falciformes. Então a gente sabe da importância, e a penicilina oral, e a gente conseguiu colocá-las como medicamentos estratégicos no Ministério da Saúde, pelo menos temos uma visibilidade, que um país que possuía a segunda maior população negra do mundo, e que tem a Hidroxiuréia como medicamento fundamental, ela atende como atendimento estratégico. (...) E a penicilina oral, é uma questão de humanização, a criança até 5 anos, toma benzetacil todo o mês, e é o principal sintoma de doença falciforme é a dor, então ela toma mais uma injeção dolorosa, que pode ser atenuado (...) A gente tem problemas que não é só não ter no mercado o medicamento, embora ele esteja em pauta, e se a gente for analisar isso com relação à doença falciforme, a gente tem a compreensão que o racismo institucional permeia vários detalhes. (...) Tendo o usuário também, a gente apoia e trabalha com o usuário em todos os nossos trabalhos de Estados, é com a presença da associação, a gente segue o princípio do SUS, do controle social, em que o usuário é o centro da linha de cuidado, reuniões, os locais onde vamos, onde conversamos, nós cumprimos a norma do SUS, em que o usuário é importante (...) pautando qual que é o nosso processo de trabalho, isso é um princípio do SUS. (...) o investimento também na área de pesquisa (...)." (46ª R.O/2014)
- "ITEM 07 – RECOMENDAÇÃO Nº 06 DO CNPIR: A INCLUSÃO DAS PESSOAS COM DOENÇA FALCIFORME NO TRATAMENTO COM

TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (TCTH) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: Foi apresentada a Recomendação Nº 06 do CNPIR que trata da inclusão das pessoas com doença falciforme no tratamento com transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) no Sistema Único de Saúde, mas não foi aprovada pelo Pleno por causa da falta de quorum." (47ª R.O/2014)

Gestão do Trabalho e Educação Permanente

No que concerne ao sub-tema de Gestão do Trabalho e Educação Permanente foram levantadas as seguintes convergências:

- "(FENAFAL) falou da visita da Ministra Luiza Bairros no Rio Grande do Sul (...) Informou do curso de capacitação para as 19 coordenarias (*sic*) que existem na região metropolitana de saúde da população negra, ministrado por Lúcia Xavier. Foi um curso para agentes de saúde e nesse dia teve sorteio de uma viagem para um país da África e todos os participantes ganhou (*sic*) prêmios." (37ª R.O/2012)
- "ITEM 05 – PROJETO DE LEI QUE RESERVA COTA DE 20% DAS VAGAS EM CONCURSOS PÚBLICOS FEDERAIS PARA OS NEGROS: (...) Sra. Luiza Bairros (Ministra SEPPIR) - (...) foi feito um levantamento pelo Ministério do Planejamento junto conosco de todas as informações sobre o funcionalismo público em geral que tem um sistema onde todos nós estamos cadastrados e neste sistema tem a opção da variável cor ou raça. Então do total dos funcionários do governo federal nós temos informação de cor para 82% do contingente todo, e destes 82% é que se tira a presença de negros no governo federal em um percentual de 30%. (...) No nível intermediário com a escolaridade correspondente você tem 38% de negros, neste nível intermediário você vai achar uma diversidade imensa de cargos dentro do serviço público e com níveis salariais também extremamente diferenciados. Por exemplo, pessoal da área de saúde, pessoal de nível médio da área de saúde, você tem os agentes administrativos (...)" (43ª R.O/2013)
- "Item 8 – REUNIÃO DOS GRUPOS DE TRABALHO: AÇÕES AFIRMATIVAS, JUVENTUDE VIVA, COMUNIDADES TRADICIONAIS E AGENDAS TRANSVERSAIS E ORÇAMENTO: (...) 3 - COMUNIDADES TRADICIONAIS: inserir os profissionais na Política de valorização da Educação, **Saúde** e Qualificação profissional." (45ª R.O/2014)

Comitê Técnico de Saúde da População Negra - CTSPN

É sabido ser o CTSPN uma instância de assessoramento do MS, de modo que o estabelecimento do mesmo como sub-tema é um código que apresenta seu sentido distinto e restrito a expressão da gestão participativa em saúde, a qual é precípua no entendimento desta questão, além de se constituir como foro estruturante as discussões da equidade racial em saúde.

- "Informou os conselheiros a realização do Seminário Nacional de Saúde da População Negra, promovido pelo Ministério da Saúde, em parceria com a SEPPIR, que (...) reuniu representações de 23 estados, pesquisadores e ativistas do movimento negro. Destacou a participação da Conselheira Leci Brandão, a aprovação da carta compromisso "Um grito pela equidade" e a criação do Comitê Técnico Saúde da População Negra no Ministério da Saúde." (4ª R.O./2004)
- "A Conselheira do CNS, Fernanda Lopes informou que a Política foi formulada por Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), com participação inclusive da sociedade civil. Assim, sugeriu que o CNPIR manifestasse o seu apoio à implementação da Política." (13ª R.O./2006)
- "Sra. Simone Cruz (Conselho Nacional de Saúde – MS) – (...) Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Acredita que essa política é fruto da luta de vários ativistas, redes em saúde da população negra, para que ela pudesse hoje existir. Mas o processo de implementação ele passa pela a constituição do Comitê Técnico de Saúde da População Negra e no diálogo com o Ministério da Saúde, e conseqüentemente com a própria SEPPIR." (44ª R.O./2014)

Programa de Combate ao Racismo Institucional - PCRI

Reconhecido como uma iniciativa vanguardista em meio a gestão pública, o PCRI tratou-se de uma parceria entre a Agência de Cooperação Técnica do Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza (DFID), o Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Políticas para Promoção da Igualdade Racial, o Ministério Público Federal (MPF), a Organização Panamericana de Saúde (Opas) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

Seus objetivos incluíam apoiar o setor público no enfrentamento do racismo institucional e fortalecer a sociedade civil no debate das políticas

públicas. Assim, entendemos primordial destacar o PCRI como tema e sua respectiva congruência:

- "(...) produtos são parte do trabalho do Programa de Combate ao Racismo Institucional, que consiste em uma iniciativa do governo britânico em parceria com o governo brasileiro e a sociedade civil, que tem por objetivo apoiar o setor público no desenvolvimento de políticas de redução das desigualdades raciais, com base nas relações desiguais de negros e brancos, bem como fortalecer a sociedade civil e ampliar a participação e o Controle Social." (8ª R.O/2005)

Sistema Promoção da Igualdade Racial - Sistema PIR

O Sistema PIR refere-se a forma de organização e articulação dedicada a implementação de políticas e serviços com foco a superação das desigualdades raciais. Portanto, considerando a necessidade de capilarizar a SPN, a partir de elementos do material, apreendemos o Sistema Pir como um código que reúne convergências significativas para essa análise, a saber:

- "INFORMES GERAIS - Informes do Fórum Intergovernamental de Promoção da Igualdade Racial - FIPIR e Informes das Comissões - (...) o Fórum reunia organismos executivos de promoção da igualdade racial nos estados e nos Municípios (...) Ressaltou que estados e municípios, ao aderirem ao Fórum, assinavam um termo de compromisso, via termo de adesão, para os municípios e apoio de cooperação para os estados. Pontuou as prioridades do Fórum: educação, com ênfase na Lei nº 10.639, trabalho, desenvolvimento, geração de emprego e renda; **saúde da população negra**; e Programa Brasil Quilombola. Acrescentou que o Fórum contava com a parceria dos Ministérios da Educação, **da Saúde**, (...)" (15ª R.O/2007)
- "Agenda compartilhada com o FIPIR - (...) O FIPIR se encontra presente, hoje, nas vinte e sete unidades da Federação. O Fórum tem como missão e objetivo principal a implementação de estratégias para incorporação da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial nas ações governamentais de estados e municípios (...) Tem como eixos prioritários, a ampliação da atuação da rede para outras temáticas, como educação, **saúde** e segurança pública, onde se trabalha com os conceitos de justiça e acesso à terra, com foco especial na questão da habitação - onde se insere a questão quilombola." (18ª R.O./2008)

Reunião com Presidência

Em vista da relevância da realização da audiência da, então, presidenta da república Dilma Rousseff com uma parcela do Movimento Negro, foram identificadas convergências que fazem desta uma categoria importante ao processo analítico em curso.

- "ITEM 07 – REUNIÃO COM A PRESIDENTA DILMA ROUSSEFF E SEUS DESDOBRAMENTOS: Segundo os Conselheiros e Conselheiras presentes na Audiência com a Presidenta Dilma Rousseff e o Movimento Negro foi muito importante para o enfrentamento ao racismo e a promoção da igualdade, sendo positivo o diálogo e que coloca na pauta a questão racial. (...)A Presidenta (...) falou dos cinco pactos do governo federal: 1. Responsabilidade fiscal, 2.Plebiscito/Reforma política, **3. Saúde**, 4. Mobilidade e 5. Educação. (...) Os escolhidos para falar foram sete representantes que fizeram intervenções sobre os seguintes eixos foram: a) Plano Nacional de Intolerância Religiosa; b) Implementação das Leis 10.639/2003 e 11.645/2008; c) Terras Quilombolas; d) Marco Regulatório da Comunicação e da Mídia no Brasil; **e) Acesso e qualidade dos serviços de saúde**; f) Regularização e fortalecimento dos Programas de Proteção a testemunhas e dos Programas Nacionais de Defensores/as de Direitos Humanos; g) Reforma Política. Acrescidos pelas questões da juventude e mulher negra." (42ª R.O./2013)
- "ITEM 03 – DESDOBRAMENTOS REUNIÃO COM A PRESIDENTA DA REPÚBLICA (13.03.14): Atendendo ao convite da Presidenta Dilma Rousseff, alguns representantes do movimento negro e do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial da SEPPIR, estiveram reunidos em audiência no dia 13 de março de 2014, no Palácio do Planalto em Brasília. (...) Quanto à **Saúde**, recapitulou do anúncio feito por ela durante a III CONAPIR, sobre a criação de uma instância dentro do Ministério da Saúde responsável e institucionalmente legitimada para tratar da implementação da Política Nacional de Saúde da População Negra (PNSPN). Relatou também, o problema gerado pelo encaminhamento proposto pelo Ministério, que pretendia institucionalizar a instância num nível abaixo de onde ela já estava. A presidenta não disfarçou a surpresa, nem seu descontentamento sobre o ocorrido. Discordou enfaticamente da localização sugerida para a instância na hierarquia do Ministério da Saúde, ou seja, dentro de um departamento da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP); e prontificou-se a tratar do assunto com o ministro Arthur Chioro. (...) Após isso, os participantes avaliaram positivamente o encontro, embora tenha ficado evidente que as nossas

demandas só serão encaminhadas se houver uma forte pressão externa." (44ª R.O./2014)

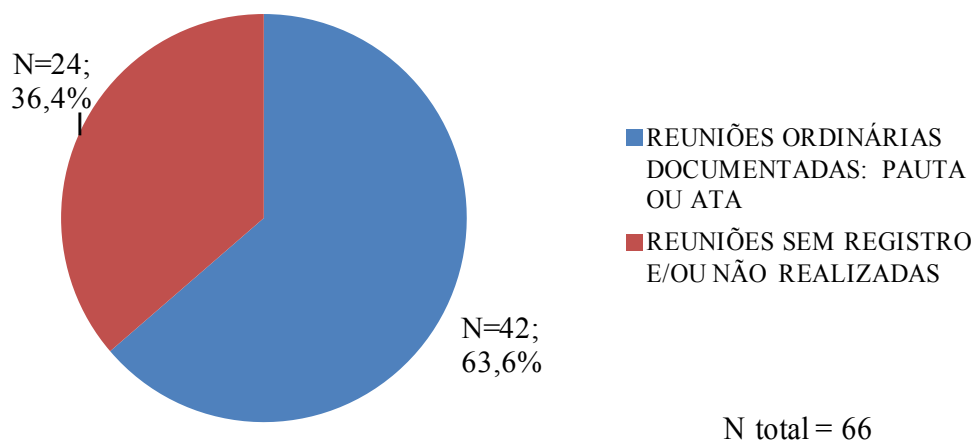
Outros

Por fim, mas não menos importante, foi estabelecido o sub-tema Outros que traduzem questões relacionadas ao campo de saúde da população negra não adequadas aos códigos anteriores e/ou que fogem as competência do CNPIR.

- "Informou que a OMS criou uma comissão sobre determinantes sociais em saúde há um movimento da sociedade civil latino-americana para integrar essa comissão. " (10ª R.O./2006)
- "O CNPIR deveria aprender com a área de saúde como fazer política pública. Destacou a importância de maior investimento na produção de materiais acerca da saúde da população negra, a fim de chegar ao maior número de pessoas." (13ª R.O./2006)
- "Assessora para Assuntos Federativos da SEPPIR informou a (...) campanha de vacinação em todo o estado brasileiro e segundo que para o dia vinte e seis de junho o MEC e o Ministério da Saúde vão lançar o mapa da situação atual dos profissionais médicos do Brasil." (30ª R.O./2011)
- "O programa Mais Educação para atender 6.451 escolas com essa temática da questão racial, apoiar estados e municípios na implementação de intervenções de promoção da saúde, prevenção de violência (...)." (32ª R.O./2011)
- "Informou da ação no seu estado que foi uma minuta da sociedade civil de parceria com a Secretaria Estadual de Saúde onde um tratado de assistência religiosa (*sic*) na rede própria do estado." (36ª R.O./2012)

Diante o exposto, avaliamos que no decorrer destes anos, das reuniões ordinárias realizadas e documentadas estas representaram 63,6%, contra 36,4% daquelas reuniões que possam não ter tido registro ou mesmo não ter sido realizadas, conforme ilustra a Figura 5.

**Quantidade de Reuniões ordinárias feitas e de reuniões sem registro ou não realizadas
CNPIR, 2004 - 2014**



Fonte: Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial - CNPIR/SEPPIR;

Elaboração: própria.

Figura 5

5.1.3 Atas extraordinárias

O Regimento do CNPIR prevê que reuniões extraordinárias aconteçam de acordo com o arbítrio do Presidente ou por demanda de maioria absoluta do conselho.

Conquanto tenhamos realizado requisição para que todas as atas das reuniões extraordinárias entre os anos de 2004-2014 fosse disponibilizadas, localizamos somente dois documentos relativos. Cabe ressaltar, que pela leitura do conjunto do material e determinados registros, infere-se que até a data de junho de 2011, cinco reuniões extraordinárias foram realizadas pelo CNPIR, tal como ilustra o Quadro 7.

Quadro 7: Referências à saúde nas atas de reuniões extraordinárias

ANO	CATEGORIAS DE ANÁLISE			
	EVENTOS	NORMATIVAS	COMISSÃO DE SAÚDE DO CNPIR	PLANEJAMENTO
2004				
2005	1			
2006				
2007				
2008	1	1	1	1
2009				
2010				
2011				
2012				
2013				
2014				
TOTAL	2	1	1	1

Fonte: Elaborado pela autora

Apoiada nos documentos disponíveis, emergiram três temas e um subtema respectivos, sobre os quais apresentamos na sequência suas respectivas convergências. Entre estes o mais emblemático e que confirma a tendência da análise é o tema Eventos, e que se expressa em:

- "Debate acerca da organização da Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial. (...) Conselheiro Oliveira Silveira destacou que era preciso garantir espaço na Conferência para tratar sobre a Política do Brasil, o patrimônio histórico e material da comunidade negra, a situação dos quilombos, do sistema educacional e **da saúde**." (R. Extra/2005)

- "Informou (...) o encerramento do Simpósio Internacional sobre Doença Falciforme , promovido pela Organização Pan-Americana de Saúde, na qual o Brasil é apontado como um país de referência nessas ações." (I R.Extra/2008)

Somados a essa, foram identificados o tema Normativas, o sub-tema Comissão de Saúde do CNPIR e o tema Planejamento, para as quais se relacionam as respectivas convergências:

- "Contextualizou o debate do Estatuto da Igualdade Racial. Disse que a idéia do Estatuto existe no Congresso a pelo menos, dez anos (...) Explicou ainda que o texto inclui os avanços ocorridos na área **de saúde**." (1ª R. Extra/2008)
- "1ª Reunião Extraordinária do Conselho (...) Item 5 - Composição das Comissões Permanentes do CNPIR - Comissão de Acompanhamento e Articulação de Políticas Públicas. Conselheira Neus Maria quis saber, se dentre as comissões, não poderia ser criada uma sobre **saúde**, ainda que fosse temporária. Conselheira Helena Fortes, sugeriu também que fosse instituída uma comissão de educação, ciência, tecnologia e **saúde**, porque são áreas importantes para atender às necessidades de um povo. Desta forma, propôs que o Plenário votasse uma **subcomissão de saúde**." (1ª R.Extra/2008)
- "A Secretária Executiva Oraida Abreu (...) falou sobre documento elaborado pelo Plenário anterior, denominado Planejamneto - 2007 (*sic*), quando uma comissão de Conselheiros elaborou a seguinte proposta. Compuseram a Comissão de Planejamentos os Conselheiros: (...), a referida comissão contou com a colaboração da Secretária Executiva do CNS, Eliane Cruz, que contribuiu significativamente no processo." (1ª R. Extra/2008)

5.2 DISCUSSÃO

A análise dos documentos recebidos pela SEPPIR nos trazem algumas informações iniciais interessantes, a saber:

- Do total de reuniões previstas pelo regimento interno do CNPIR 36,36% não foram realizadas;
- Somente há pautas de 33,33% das reuniões realizadas;
- Das reuniões realizadas, 92,85% foram registradas em atas

Tais dados nos revelam o descumprimento do regimento no que tange à quantidade de reuniões e a fragilidade na elaboração das pautas das reuniões, o que pode explicar alguns déficits encontrados durante a análise e que serão discutidos posteriormente. Não há nos documentos apresentados quaisquer justificativas da não realização de reuniões previstas. Observamos, ainda, atas com descrições incompletas, repetidas (Ata 34 e 35), sem identificação dos conselheiros (somente o registro de sua fala) e um conteúdo com pouca profundidade que nos impede de ter a dimensão precisa de como CNPIR faz o debate de saúde. Não fica nítido se o debate foi superficial ou se o registro foi falho.

Os documentos abarcam quatro mandatos do CNPIR, entre os anos de 2004 a 2014 e foi possível observar uma mudança no perfil de atuação dos conselheiros, como nos afirma Xavier (2008). Fruto de articulações políticas pouco compreensíveis, já no primeiro mandato (2003-2007) temos, por exemplo, a presença da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), entretanto de acordo com a autora a composição inicial do Conselho seu deu com ênfase nas entidades negras e aos convites para que grupos indígenas, judeus, palestinos e ciganos participassem do mesmo. No biênio 2008-2010, a Central Única dos Trabalhadores (CUT) passa a compor o CNPIR, estranhamente substituindo o Instituto Sindical Interamericano pela Igualdade Racial (INSPIR). Nos mandatos seguintes (2010-2012; 2012-2104) a seleção

da sociedade civil foi organizada por meio de chamada públicas (edital), abrindo a participação de grupos como a União Nacional dos Estudantes (UNE) e União Geral dos Trabalhadores (UGT). Apesar de fugir do escopo desse trabalho, notamos também que a ausência de representações da gestão federal nas reuniões era uma constante.

Logo nos registros do primeiro mandato (2003 a 2007) observa-se uma frustração, do Movimento Negro em relação aos objetivos do Conselho. Conforme declarado pela Conselheira Lúcia Xavier, a ideia inicial para o CNPIR era de que este fosse um **conselho de negros**. Porém, devido aos propósitos pluriétnicos da PNPIR, a presença de outros segmentos (*indígenas, ciganos, palestinos e judeus*) se fez necessária, mesmo a SEPPIR não tendo expertise para lidar com tais populações. Estratégias semelhantes são observadas em diversos espaços quando o racismo anti-negro é trazido à discussão. A fim de fugir do embaraço provocado pela temática, é comum às pessoas brancas (aqui, no caso, representantes das gestões supra-SEPPIR) "lembrarem" de brancos pobres, mulheres, pessoas com deficiência, indígenas, judeus, entre outras "minorias sociais". Tal estratégia não reconhece a urgência de reparar o único povo que foi escravizado neste país durante 400 anos e é reveladora do medo da gestão nacional em lidar com a maior parte da população brasileira.

Tal perspectiva dialoga, ainda, com Pereira (2008), quando o mesmo afirma que, ao entrar na agenda governamental, o debate racial sofreu uma alteração, passando de combate ao racismo para a promoção da igualdade racial, caracterizando uma política menos combativa.

A saúde como evento

"Gritamos Cabula!!! Para o espanto dessa gente bem vestida e cheia de títulos acadêmicos que silenciam em eventos abarrotados de grana de "sucrilhos da Kelloggss" fazendo contemplação sobre o nosso destino."

Hamilton Walé

No âmbito das pautas, atas ordinárias e atas extraordinárias, a análise mostrou que a ocorrência mais comum e expressiva relacionada à Saúde da População Negra nos documentos diz respeito a **Eventos**, com 3, 27 e 2

referências respectivamente. São registros de divulgação e participação de conselheiros em seminários, encontros, congressos e reuniões em geral, relacionados diretamente ou não à saúde da população negra (exemplos: Seminário de Saúde da População Negra e o 9º Congresso Nacional de DST/Aids). Os eventos registrados abrangem as esferas de governo federal, estadual e o âmbito regional. Não há referências nos documentos de participações em eventos na esfera municipal ou de caráter internacional.

A majoritária referência a eventos nos mostra que, ao longo dos 11 anos avaliados, o CNPIR teve como principal estratégia relacionada à saúde do Povo Negro a participação em eventos. Esse caráter de atuação converge com a matéria expressa na Lei 8.142/90, que dispõe sobre o controle social do SUS a partir da participação em conselhos e conferências de saúde (BRASIL, 1990). Expressa, ainda, uma constante qualificação e atualização dos conselheiros ao se fazerem presentes nas atividades, bem como o olhar atento aos principais eventos ocorridos nos âmbitos federal, estaduais e regionais.

Apesar dos pontos positivos supracitados, a expressão majoritária do tema Eventos revela limitações. Em primeiro lugar, vemos um CNPIR sempre incidindo nas áreas meio, nunca nas áreas fim do Sistema Único de Saúde. À semelhança das limitações encontradas no âmbito do Ministério da Saúde onde a PNSIPN é regida pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e não pela Secretaria de Atenção à Saúde (CRUZ, 2013), o papel do CNPIR é muito mais de fomentador ideológico da igualdade racial no SUS do que de gerador de impacto real na atenção à saúde do Povo Negro em si, seja na promoção, prevenção, atenção ou reabilitação. Mesmo sabendo que nem o CNPIR nem a SEPPIR têm como função substituir o MS ou nenhum outro ministério (CRUZ, 2013; RIBEIRO, 2014) nossa análise revela uma distância entre o CNPIR e o próprio Povo Negro que ele diz representar, uma vez que sua atuação acaba focada em espaços onde alguns gestores e uma parcela ínfima de profissionais e usuários se fazem presentes, mas não se traduz objetivamente em ações com metas e prazos para melhoria da saúde do Povo Negro. Em outras palavras, a atuação do CNPPIR no que tange a saúde não

se materializa na ponta, e a não participação em eventos municipais também é uma reveladora desta distância.

Em segundo lugar, a participação em eventos como principal estratégia de atuação pode ser reveladora de uma outra limitação encontrada pelo próprio CNPIR: o racismo institucional. Já que sua ação em outros setores é restrita e limitada, foca sua atuação em eventos onde possui um pouco mais de liberdade para atuar. Tal estratégia alimenta um círculo vicioso: uma vez que foca em eventos, o Conselho pouco contribui com a implementação da PNSIPN na ponta. Uma vez que pouco consegue incidir na implementação da PNSIPN na ponta, o CNPIR foca sua atuação em participação em eventos.

Em terceiro, a análise mostra que o CNPIR falha no seu objetivo principal de propor políticas para diminuir as desigualdades raciais (BRASIL, 2003 2008 2009) já que não é possível reduzir as desigualdades raciais em saúde com uma atuação focada na participação em eventos. Tal participação pontual nos revela um quarto e importante componente que diz sobre os moldes, sobre os quais o Conselho encara o processo das ações e serviços de saúde, o qual identificamos como um modelo sanitarista campanhista.

O modelo sanitarista campanhista perpassa as discussões do CNPIR na medida em que, supondo atender as necessidades da população negra, se organiza para a realização de campanhas e programas especiais, sem se atentar a promoção e proteção de saúde e, portanto, comprometendo as expectativas da integralidade em saúde (PAIM, 2001). Neste sentido, percebem-se ações voltadas para datas comemorativas e/ou simbólicas, pontuais, fragmentadas, que não se sustentam.

Planejamento, orçamento, monitoramento e avaliação

"O conceito de integração, cujos méritos são muitas vezes elogiados nos círculos brancos liberais, está cheio de suposições não questionadas que seguem os valores brancos. É um conceito que há muito tempo foi definido pelos brancos e que os negros nunca examinaram. Baseia-se na suposição de que o sistema caminha muito

bem, exceto por um certo grau de má administração exercida por conservadores irracionais da cúpula." Steve Biko

Referências a planejamento, orçamento, monitoramento e avaliação em saúde não estavam presentes em nenhuma das pautas, mas concentradas nas atas das reuniões ordinárias (16 ocorrências de planejamento, 4 ocorrências de orçamento e nove ocorrências de avaliação e monitoramento), e uma ocorrência acerca do planejamento do ano de 2008 nas atas extraordinárias.

Observou-se, a partir das falas dos conselheiros, que o campo saúde estava contido nos planejamentos da SEPPIR, FIPIR ou do CNPIR, expresso em agendas de trabalho, agenda compartilhada, planos plurianuais, etc. Entretanto, não há registro de objetivos, prazos e metas, e a saúde é apresentada como uma questão pontual nos planejamentos, uma área a ser lembrada. Não há registro de discussões de propostas objetivas a serem incluídas nos planejamentos, muito menos uma análise criteriosa dos mesmos. Estes são apresentados, citados, e não construídos no âmbito do conselho.

A ausência de proposições mais palpáveis também é observada no que tange ao Orçamento. Consta em ata a distribuição de cópias do orçamento da PNSIPN para análise dos conselheiros (ano 2005); acréscimo do orçamento em saúde devido ao superávit primário no ano de 2013; a execução orçamentária para a igualdade racial em 2013; e queixas relacionadas ao baixo orçamento para a promoção da igualdade racial. Não se observam análises mais sistematizadas contendo previsão de gastos, números percentuais ou relativos de recursos, tampouco uma análise mais aprofundada sobre execução orçamentária, fontes de financiamento, etc. Cabe destaque o pronunciamento de um dos conselheiros, ao citar o que denomina de **racismo orçamentário** (2013). Essa foi uma interessante perspectiva que mesmo não realizada dentro de um debate exclusivo de saúde a engloba, relacionando a situação de poucos recursos destinados a promoção da igualdade racial com o pouco impacto das ações previstas em planejamento. O conselheiro afirma que o orçamento para a igualdade racial é "conservador", "ele é racista e não tem nada de promoção da igualdade".

Mais do que convencimento sobre a relevância histórica da política de Igualdade Racial, entende-se que ao se adentrar a estrutura de governo para pautar a questão racial, está colocada a disputa pelo orçamento público, disputa dificultada devido ao racismo institucional (RIBEIRO,2014). De acordo com o próprio conselheiro, a situação representa internamente na gestão "uma situação de guerra".

Essas falas nos ratificam que as disputas de governo passam pela questão racial. Deste modo, ainda que não seja da centralidade deste trabalho, vale nos debruçarmos, mesmo que brevemente, sobre, as dinâmicas dos orçamentos da SEPPIR e de outra secretaria constituída à mesma época entre os anos de 2004 a 2014: a SPM.

Considerando que as demandas de raça e gênero perpassaram os programas de governo no últimos anos e descritos com "avanços" na gestão pública federal, nos concentremos no caso da SPM em relação a SEPPIR: ainda que a criação da SPM seja um importante avanço nas políticas públicas de gênero, diante a necessidade de qualificação e formação da gestão pública sobre a temática, a questão racial e o enfrentamento ao racismo só foram oficialmente incluída na SPM a partir da mobilização organizada pelos movimentos de mulheres negras e lésbicas na II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres em 2007 (BRASIL, 2013b), de modo que o recorte racial nas políticas da respectiva secretaria ainda é incipiente.

A SPM-PR é originária da luta do feminismo brasileiro e, mesmo sua criação representando um avanço no campo da administração pública federal, recebe críticas pelo seu forte embasamento no movimento feminista europeu. Este acabou se constituindo enquanto um reprodutor do mito da democracia racial, uma vez que excluiu das suas discussões o componente racial implícito nas hierarquias de gênero e universalizou a mulher segundo a óptica ocidental branca. Este cenário, nos ajuda a compreender os hiatos da distribuição do orçamento que envolveram estas secretarias.

Dos valores destinados a SEPPIR o Portal da Transparência dispõe de informações a partir do ano 2005. Neste ano se realizou a I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial (I CONAPIR), entretanto os

recursos da SEPPIR corresponderam a apenas 8,20% e 1,81% dos valores recebidos respectivamente pela SPM (R\$ 984.395,99) e SEDH (R\$4.440.516,82); situação essa que se repetiu em 2013, quando mesmo em meio a III CONAPIR o caixa da SEPPIR equivalia a 44,48% e 13,57% ao da SPM e SEDH respectivamente. Em 2007, ocasião em que aconteceu a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (II CNPM) o orçamento da SEPPIR equivalia a pouco mais da metade (54,88%) dos valores reservados a SPM. Entre os anos de 2004-2014, apenas em 2009, ano da II CONAPIR, a SEPPIR teve recursos 17% e 4% a mais em relação a SPM e SEDH, entretanto quando olhamos a série histórica deste orçamento percebemos que a própria distribuição orçamentária é organizada pelo desfinanciamento das políticas de promoção da igualdade racial, que receberam, ao longo dos anos, cerca de 53% menos que as políticas para mulheres.

Quando o CNPIR trata das discussões de Monitoramento e Avaliação referente a SPN, acompanhamos uma recorrente informalidade com a falta de um método eficaz que possa traduzir o alcance da implementação das ações. Não há referência a sistemas de informação que acompanhem a execução das ações para promoção da igualdade racial em saúde. O monitoramento e avaliação se encerra na apresentação de relatórios de rotina e de informações sobre as atividades realizadas, a exemplo do Relatório de Atividades do CNPIR 2012-2014. A ausência de um monitoramento objetivo, que consiga mensurar com precisão o alcance das políticas empenhadas, resulta no fracasso das mais bem intencionadas políticas públicas.

Este cenário por trás do conjunto Planejamento-Orçamento-Monitoramento - Avaliação coloca em evidência um notória falta de capacidade institucional da SEPPIR, que não consegue articular e coordenar ações. Isso não diz em absoluto sobre competências individuais, mas sobre a cultura organizacional da administração pública que é setorializada e isolada, que tampouco considera os problemas da discriminação racial (JACCOUD,2009). Por causa disso, muitas das iniciativas sofrem com a não-continuidade, expondo a ausência de articulação que impera no governo, seja na União, estado e município. Esta condição reforça as incertezas sobre ser esse o

sistema que haverá de dar conta da saúde do povo negro, um povo majoritariamente SUS-dependente (IPEA,2011). Não havendo condição gerencial ou orçamentária para a implementação, por mais grandiosos que esses projetos possam ser, já nascem fadados ao fracasso

O papel do MS no CNPIR

"Alcançaremos nossa condição humana. Ou a alcançaremos ou a terra será arrasada por nossas tentativas de conquista-la."

Eldridge Cleaver

Outro resultado relevante da pesquisa diz respeito à atuação do Ministério da Saúde no CNPIR. Como não foram disponibilizadas listas de presença ou similares, a partir das 39 atas ordinárias observamos que o MS participou de 24 reuniões e, por conseguinte, esteve ausente ou não teve registrada sua participação em 18 destas, correspondendo a um aproveitamento de 64,10% no decorrer desses anos.

Observamos que suas manifestações, provocadas geralmente por demandas, são restritas às questões de saúde, não tendo sido registrados, nesses 11 anos, contribuições do Ministério da Saúde em outros tópicos de discussão (mesmo sabendo que a saúde é intersetorial). Mais do que participar do CNPIR e qualificar sua participação ajudando a incluir as necessidades do Povo Negro no conjunto de ações do governo (RIBEIRO, 2014), o Ministério da Saúde adota sua representação no conselho como uma eterna e reiterada prestação de contas. Discorre sobre atividades que realiza, Conferências de Saúde, PNSIPN, Doença Facilforme entre outros, sem encarar o CNPIR como um possível proponente de ações a serem incorporadas no planejamento do MS. Sem expor, objetivamente, as dificuldades e estratégias para superá-las relativas à PNSIPN. Tal postura demonstra uma presença-ausente do referido órgão e não nos parece possível afirmar que o fato do MS ter assento no CNPIR signifique impacto na gestão da saúde do Povo Negro.

Ações interministeriais e cooperação internacional

"A verdade é que o ocidente nunca perdoou o Haiti. Bando de negros ousados que ousaram fazer uma Revolução que acabou com a escravidão e instaurou a maior República Negra da Diáspora. Animistas que com a força dos Voduns derrotaram os exércitos da França, Espanha, Estados Unidos e França novamente. O ex escravo Toussaint L'ouverture versus Napoleão Bonaparte, o humilhado. Como ousam? Pela audácia de sua autonomia o Haiti foi condenado: serás o país mais pobre da Diáspora."
Anin Urasse

Quanto às ações interministeriais com referências a saúde, foram identificadas ações para quilombolas (parceira SEPPIR-FUNASA); o primórdio do Programa Juventude Viva, então identificado como Fórum de Direitos e Cidadania, (parceria SEPPIR-MS); apoios logísticos eventuais do SEPPIR-MS para a realização de eventos em saúde. Mais uma vez, a fragilidade dos registros não nos permite maiores inferências sobre as condições destas realizações, metas ou resultados alcançados.

A categoria Cooperação Internacional também foi observada, ainda que as ações sejam apresentadas em caráter informativo. Registram-se, pois, referências à saúde na ajuda²¹ ao Haiti e no Plano de Ação Brasil-Estados Unidos, o JAPER/Saúde. O Brasil, a partir de 2002, realizou diversas cooperações internacionais em saúde (incluindo a doença falciforme) com diversos países africanos (Benin, Angola, Moçambique, Guiné-Bissau) e com países diaspóricos de maioria negra (como Jamaica e Haiti) (BRASIL, 2011), mas essas importantes atuações não foram discutidas no âmbito do CNPIR. Antes, o Conselho registra a cooperação internacional como uma "ajuda" ao Haiti, haja vista sua visão paternalista e pouco crítica a respeito, inclusive, sobre a ação imperialista do Brasil em diversos países africanos e da América Latina²².

21 A ocupação militar do Brasil no Haiti é uma falsa ajuda humanitária, tão somente a serviço do imperialismo e dos interesses comerciais brasileiros, garantida pelas ações repressivas e violentas contra o povo haitiano.

22 O termo latina é uma expressão cunhada por Napoleão Bonaparte para se referir as terras colonizadas por França, Espanha e Portugal. Para nós, o termo mais adequado é Amefricanidade, categoria criada por Lélia Gonzalez, que expressa a ancestralidade ameríndia e africana, constituindo-se uma categoria política cultural de base panafricanista nacionalista, com referências a Asante, Diop, dentre outros. Para saber mais ver Lélia Gonzalez (1988), A Categoria Político-Cultural da Amefricanidade e Anin Urasse (2016) em Lelia Gonzalez e o Panafricanismo, disponível em

Normativas, projetos e programas

*"Nossa difícil tarefa é descobrir como organizar nossa força num poder irresistível, de modo que o governo não possa iludir nossas demandas."
Martin Luther King*

Fizeram referências a saúde as discussões do CNPIR sobre os seguintes documentos:

- Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial/PNPIR
- Estatuto da Igualdade Racial/EIR
- Minuta de Edital de Seleção de Sociedade Civil para mandato no CNPIR, com referência específica a Organizações de Saúde.

As referências de saúde em meio a apresentações da PNPIR no conselho, perpassam sempre a ideia de transversalidade, como uma utopia a ser alcançada, entretanto as condições dos registros não nos permite supor se conselheiras e conselheiros discutiram a fundo a questão ou se realmente se trata de um registro limitado sobre o tema. De fato, a promoção da igualdade racial sendo desenrolada na lógica da transversalidade, implica que o tal recorte racial seja incorporado nas ações do Estado, todavia tampouco a PNPIR se constituiu uma política de estado, o que acaba por fragilizar os instrumentos normativos e legais disponíveis, a exemplo do Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial/PLANAPIR.

Nas ocorrências de debate do EIR não foram identificadas informações expressivas de saúde, somente uma referência ao Grupo de Trabalho para implementação do estatuto. Vale ressaltar que a PNSIPN torna-se lei a partir do advento do EIR, sendo este um documento fundamental para a SPN. Apesar da referência ao MS, não há registros sobre as demais composições deste GT, seus produtos, frequência de suas reuniões ou afins.

A análise dos Projetos e Programas que compuseram as discussões do CNPIR assumiram um caráter mais informativo e de prestação de contas do que um convite à construção ou avaliação dos processos. Estavam incluídos

projetos voltados à produção de conhecimento, apoio ao Movimento Social e seleção de apoiadores junto à FIOCRUZ. A exceção foi o Programa A Cor da Cultura da SECAD-MEC, ao qual, a partir das discussões, foi recomendado abordar questões de sexualidade, especialmente DST e Aids e SPN.

Não há referências à construção, no âmbito do CNPIR de notas técnicas, portariais ou relatórios relacionados à SPN. Não há referência à construção de nenhum tipo de documento do CNPIR endereçado ao MS contendo propostas para a igualdade racial em saúde (ainda que seja este seu papel principal).

PNSIPN, Doença falciforme e CTSPN

"Sequela significa sequência, continuação. Do latim "sequela" que é o "ato de seguir". Sequela é um substantivo feminino que indica o resultado, a consequência. Na área médica, sequela é qualquer lesão anatômica ou funcional que permanece depois de completada a evolução clínica de uma doença, ou de um acidente traumático. São consequências que trarão dificuldades para o indivíduo afetado. Os traumas que temos acumulado coletivamente em nossa sociedade são profundos e tem gerado sequelas tão graves que precisamos de muita ação radical coletiva para nos curarmos, a nossa primeira tarefa é nos reconhecer enquanto povo, num território hostil, com anseios de libertação. "

Dra. Andreia Beatriz

A PNSIPN é uma das principais conquistas do MN negro para efetivação dos princípios da universalidade, integralidade, participação, descentralização político-administrativa e equidade no SUS (BRASIL, 2010). Entretanto, esta política só figura em pauta uma vez no ano de 2010 e em 3 das atas ordinárias (2006, 2011 e 2014). De acordo com os registros apenas em 2006 e 2014 houve discussões exclusivas sobre a PNSIPN.

Por muito tempo os debates de Saúde da População Negra estiveram reduzidos a Doença Falciforme (BRASIL, 2010). Em que pese, atualmente, sabermos que essa perspectiva foi alterada, não nos causa estranhamento reconhecer que, ainda que as ocorrências de saúde nos debates da DF tenham tido expressão numérica menor que em relação as da PNSIPN, as questões que perpassam a DF são muito mais exploradas no âmbito do CNPIR, onde se destaca a atuação da FENAFAL desde seu primeiro mandato (2008) no

Conselho. Para além de figurar como informe, no ano de 2014 colhemos dois momentos dedicados a discussão da Doença Falciforme, que valem destaque: a explanação da Coordenação de Sangue e Hemoderivados/MS no CNPIR sobre a DF e a não aprovação, por falta de quórum, da Recomendação N° 06 do CNPIR, referente a inclusão das pessoas com DF no tratamento com transplante de células-tronco. Na reunião posterior a recomendação foi acolhida e aprovada.

Comparada à PNSIPN, a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme conseguiu instituir no Sistema Único de Saúde ações palpáveis para melhoria da situação de saúde das pessoas com a doença, o que é expresso num total de 10 portarias que instituem, dentre outros: ações educativas na atenção básica para pessoas com DF; triagem para a DF no teste do pezinho e na Rede cegonha; fenoximetilpenicilina para crianças com DF de 0 a 5 anos; doppler transcraniano para pessoas com DF de 2 a 17 anos; vacinação com imunobiológicos especiais para adultos e crianças com DF; transplante de medula óssea para pessoas com DF até os 16 anos; medicamentos de alto custo (quelantes de ferro e hidroxureia) e da farmácia básica (ácido fólico) para pessoas com DF; etc (BRASIL, 2016)

À pouca referência à PNSIPN se vincula à não-incidência do Comitê Técnico de Saúde da População Negra no âmbito do CNPIR, ainda que o CTSPN seja constituído por indicação da SEPPIR. Mesmo o CTSPN sendo formalmente uma instância do MS com finalidade de subsidiar o avanço da equidade na atenção à saúde da população negra, é razoável ponderar que o CNPIR e o CTSPN mantivessem uma comunicação, o que não é observado. Esses hiatos de comunicação entre instâncias federativas correlacionadas prejudicam a implementação da SPN e os propósitos da promoção da igualdade racial em saúde.

Ainda, não há nas discussões referências a importantes instrumentos para a SPN, a saber: planos operativos da PNSIPN, Política Nacional de Saúde Prisional, doenças e agravos prevalentes no Povo Negro contidos na própria PNSIPN, etc.

Gestão do trabalho e educação permanente em saúde

*"Eu penso como os dias têm sido
Dolorosos!
E rancorosos,
Maldosos muitos são
Quando falamos de uma mínima
Reparação:
Ações afirmativas, inclusão,
Cotas!?
O opressor ameaça recalçar
As botas..." G.O.G*

Incluir a temática racial na Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde é um desafio constante no cotidiano da gestão de pessoas do SUS e essa lacuna se reflete nas exíguas referências descobertas por este trabalho. A ação de educação permanente detectada no âmbito do Conselho exibe uma situação muito recorrente: as iniciativas deste teor são comumente realizadas pelos movimentos sociais. No que se refere à gestão do trabalho, ainda que pontualmente demarcada como uma das áreas de incidência, os profissionais aparecem como alvo da proposta de política de valorização.

Considerando a dimensão limitada da disposição das informações, não conseguimos apreender em que medida o tema possa ter sido abordado pelo conselho. Não há quaisquer referências expressas à Política de Educação Permanente para trabalhadores do SUS.

PCRI e Sistema PIR

"Nenhum homem preto são acredita realmente que o homem branco jamais concederá ao homem preto qualquer coisa além de uma integração simbólica. Nada além disso!"

Malcom X

Instituído pelo EIR, o Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial - Sinapir está relacionado às formas de organização e articulação da

implementação do conjunto das políticas de promoção da igualdade racial, e, portanto, à sua descentralização político-administrativa.

Como parte deste sistema se insere o FIPIR, agregando órgãos estaduais e municipais em torno dos esforços da promoção da igualdade racial. Nas atas do CNPIR este aparece destacado como um agenda compartilhada, apresentando a saúde como um eixo de sua atuação, porém sem explicitar o modo como se desenvolve.

Apostando nessa perspectiva da responsabilidade do Estado e na transformação da máquina pública pela promoção da igualdade racial (PEREIRA, 2008), destacamos o Programa de Combate ao Racismo Institucional. O PCRI buscou apoiar de forma integrada o setor público no enfrentamento do racismo, assim como a sociedade civil no monitoramento e avaliação desse processo (PCRI, 2006), sendo formado por dois componentes: um focado nas ações de saúde e outro na ação municipal. Apesar deste ter sido uma iniciativa emblemática, registramos apenas a apresentação de dois vídeos sobre o PCRI no CNPIR, em 2005.

Reunião com a presidência

"Entre esquerda e direita, continuo sendo preta."

Sueli Carneiro

O estudo também identificou que no decorrer desses 11 anos, só são relatadas 2 reuniões do CNPIR com a Presidência da República (anos de 2013 e 2014). A primeira apresenta relato mais enxuto, elencando a saúde como um dos componentes dos 5 pactos do governo federal. A segunda, de 2014, apresentou registros mais detidos e desenvolvidos, sublinhando que a audiência desta ocasião foi convocada pela, então, Presidenta Dilma Rousseff, com o propósito de convidar o MN a participar da Campanha Contra o Racismo na Copa do Mundo do Brasil. Nesta segunda reunião a saúde foi pautada, aparentemente detida às discussões sobre a previsão da construção da instância de SPN no âmbito do Ministério da Saúde, a qual havia sido ratificada pela presidente na ocasião da III CONAPIR. O registro de duas únicas reuniões

com a presidência em 11 anos revela a real (in)disposição do governo em priorizar a questão racial (SANTOS, 2015).

Outras considerações

"A confiança de nossa raça no progresso e realizações dos outros na expectativa de obter simpatia, justiça e direitos é como depender de uma bengala quebrada, onde o apoiar-se nela significará uma eventual queda no chão..."
Marcus Garvey

Outros achados de referências à saúde encontrados nas discussões do CNPIR incluíram: comissões de agência internacional, produção de material, campanha de vacinação, programa de educação e assistência religiosa nas unidades de saúde, sempre da maneira pontual e superficial característica do modelo campanhista de saúde.

As críticas apresentadas têm importância na medida que nos ajudam a entender a dinâmica do CNPIR no que tange à saúde, colocando publicamente as principais limitações para implementação da Política de Promoção da Igualdade Racial.

É preciso reconhecer que o Conselho falhou em sua proposição mais básica: em 11 anos, não se identificou nenhuma proposta objetiva, nenhuma análise mais palpável, para/sobre a promoção da igualdade racial no SUS. E não por incompetência do próprio CNPIR em si, mas pela impossibilidade deste de abalar o sistema de supremacia branca por dentro. Sem base política, sem apoio, sem orçamento, a existência do Conselho, ainda que considerada um avanço, tem mais uma atuação representativa do que real. Tudo isso nos leva a questionar, pois: para onde seguir?

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

" (...) nossos governantes administram sociedades que eles próprios desconhecem e, nesse sentido, são como os antigos administradores coloniais que governavam povos conquistados que desconheciam e, para se fazer obedecer, usavam da força bruta. Ser governado por administradores que desconhecem a realidade social, e ser administrados por "governantes" que se comportam como uma potência ocupadora, é estar, de fato, em uma situação de colonialismo interno. E esse é o caso de todos os países da América Latina."

Carlos Moore

Os mitos da brasilidade e da democracia racial impedem que reconheçamos que o Brasil não é um país onde reside um povo uno e miscigenado, mas um território forjado na violência composto por diferentes povos com interesses conflitantes. O objetivo desse trabalho foi compreender a visão e identificar como as pautas de saúde se inseriram no âmbito do CNPIR/SEPPIR para promoção da saúde do Povo Negro nos anos de 2004 a 2014, e chegamos a conclusões sérias.

A falência dos registros, a superficialidade das discussões, a cultura organizacional de isolamento da administração pública, a fragilidade da compreensão da saúde de forma integral, o desfinanciamento, são questões que nos remetem à proposição de medidas óbvias e largamente encontradas na literatura, tais como: capacitação sobre o SUS para conselheiros e educação permanente para o controle social, qualificação dos registros das reuniões e construção das pautas, promoção de diálogos horizontais e articulação entre entes federativos, promoção de tecnologias sociais, necessidade de aproximação CNPIR - CTSPN, assunção das políticas de promoção da igualdade racial como políticas de estado. Entretanto, o atual momento político do país, os indicadores de saúde, o estágio atual de (não) implementação da PNSIPN e a própria falência da SEPPIR-CNPIR refletem a falência do projeto de promoção da igualdade racial num país onde os negros amargam os piores indicadores em todas as áreas. Assim, esse trabalho nos leva a questionar quais serão as estratégias que o MN utilizará daqui pra

frente, quais parceiros haverá de contar, quais prioridades irá escolher em busca da saúde integral do Povo Negro e, mais amplamente, para a esperada e sonhada segunda abolição. Em tal encruzilhada, se encontram também o Povo Negro nos Estados Unidos pós direitos civis, ou o Povo Negro no continente africano pós descolonização: o que fazer diante do não recrudescimento do racismo enquanto estrutura de poder? Como agir frente às nítidas falhas governamentais na promoção da igualdade racial? Como enfrentar o sistema de opressão branca que se estende da América à Oceania?

Nesse momento, a militância pan-africanista volta a se rearticular na adoção de projetos autônomos nos quais a sociedade civil negra trabalha na criação de suas próprias instituições (escolas, universidades, hospitais, serviços, indústrias), dependendo muito pouco da boa vontade de brancos bem intencionados. Constituem, aos poucos, um poder paralelo que poderá, no futuro, conquistar o direito de autodeterminação do Povo Negro, cujo destino vem sendo guiado por outrem nos últimos 500 anos.

É preciso ter coragem para, frente ao caos atual, romper com o projeto de integração (que, ao fim e ao cabo não nos beneficia e muito menos é de interesse dos donos do poder) e, em solo brasileiro, encarar o grande desafio que nos espera: a proposição, pelo povo majoritário, de um novo projeto de nação. Um projeto de nação que rompa com uma gestão pública racialmente apartada; com o genocídio; com o agronegócio; com o latifúndio. Um projeto de nação que encare a saúde do Povo Negro, majoritário e majoritariamente SUS-dependente como prioridade. E que tenha no poder os povos que realmente constituíram o país, seja os indígenas os donos dos territórios, ou aqueles que, sozinhos, foram responsáveis pela manutenção da economia durante 400 anos.

À semelhança do regime de *apartheid* da África do Sul, cujo fim foi encabeçado pelo povo majoritário, sair do estado de colonialismo interno em que vive o Povo Negro só será possível através da articulação pan-africana, com a adoção de estratégias inovadoras e africano-centradas. Utopia? Talvez. Mas o fato é que nenhum povo vive cativo para sempre, e como nos lembra o

querido Milton Santos *"Os negros ainda sorriem. Me preocupo quando estes começarem a ranger os dentes"*. É ingênuo supor que após manter um povo escravo durante a maior parte da história do país esse mesmo povo, um dia, não reivindicará o poder que lhe fora usurpado.

Nesta conclusão, questiono, ainda, o conceito de racismo institucional largamente utilizado no campo da saúde, mas desconsiderado no âmbito das discussões pan-africanistas. As universidades, os governos, **têm** um problema ou **são** eles o próprio problema? Quando instituições são erigidas num contexto de escravidão e colonialismo, findados a escravidão e o colonialismo elas não continuam exercendo os mesmos papéis para os quais foram criadas? O erro da gestão pública é de origem e não de atuação: o Estado brasileiro não inclui o Povo Negro em seu projeto de cidadania. Em termos de atuação, a gestão pública está fazendo exatamente o papel para o qual foi designada: beneficiar os opressores brancos em detrimento do Povo Negro. Dessa forma, aqueles (poucos) negros que, seja por interesse pessoal ou por crença ingênua na mudança "por dentro", se colocam na linha de frente da gestão governamental, acabam sendo linhas auxiliares da supremacia branca no papel de iludir o seu próprio povo.

No âmbito do SUS, e a despeito da participação (pouco relatada na história da saúde coletiva) do movimento social negro na sua construção, as limitações se repetem. Os gestores (brancos) administram um povo que desconhecem, e cuja cultura é colocada no campo do exótico, da minoria. Nesses moldes, a PNSIPN jamais será implantada.

Para a ala moderada do Movimento Negro, que ainda que pudesse fazer críticas ao governo resolveu compor dentro de suas institucionalidade, o CNPIR tornou-se uma referência ao reunir, a partir da SEPPIR, outros órgãos da administração pública e sociedade civil em torno de uma política de promoção de igualdade racial. Por que o CNPIR foi construído um espaço consultivo e não deliberativo? O CNPIR assumiu por missão consolidar e institucionalizar a agenda racial com todos seus pares, mas em 11 anos, é preciso reconhecer, que o Conselho falhou em seu papel pelo menos no que tange à saúde. Isso posto, finalizo esse trabalho com um trecho da

Autobiografia de Malcolm X que expressa exatamente o enorme desafio que vem pela frente:

Nós somos AFRICANOS, e aconteceu de estarmos na amerikkka. Nós não somos amerikkkanos, somos um povo que outrora era africano, foi sequestrado e trazido para a amérikkka. Nós, nossos antepassados não foram peregrinos; nós não desembracamos na Rocha Plymouth - a Rocha Plymouth foi "desembarcada" em nós. Nós fomos trazidos aqui contra a nossa vontade, não fomos trazidos até aqui para sermos cidadãos, não fomos trazidos aqui para desfrutar das benesses constitucionais das quais eles falam tão bem hoje. Porque nós não fomos trazidos aqui para que hoje nos tornássemos cidadãos e agora que em algum grau nós despertamos, e começamos a pedir coisas que eles dizem ser - supostamente - para todos os americanos, eles olham para nós com hostilidade e frieza (...) O Nacionalismo é a onda do presente e do futuro, é o Nacionalismo que está trazendo a liberdade para todos os povos oprimidos no mundo (...) os Africanos não conseguiram isto esperando, não conseguiram isto cantando "We Shall Overcome" (Nós Superaremos), eles conseguiram através do Nacionalismo! E você e eu iremos obtê-la através do Nacionalismo! E o que dificulta que a filosofia do Nacionalismo se espalhe entre os chamados negros? Nº 1: eles acham que tem uma participação na amérikkka, eles pensam que têm um investimento neste país. O que fazemos: Nós investimos 310 anos de trabalho escravo; 310 anos, nos quais cada dia suas mães e a minha, meu pai e os seus, trabalharam a troco de nada. E não com uma jornada de oito horas/dia, não existiam sindicatos naquela época. Eles trabalhavam do nascer ao pôr do sol, começavam quando ainda estava escuro e iam noite adentro até não puderem enxergar mais; eles nunca tiveram um dia de folga! E no domingo, ele eram autorizados a sentar e cantar sobre como, quando morressem, não seriam mais escravos - quando morressem, eles não seriam mais escravos, então eles subiriam aos céus e todos os dias seriam domingo (...) E estes 310 anos de trabalho escravo são a minha e a sua contribuição para esta economia e sistema político em particular. Façamos ele nos pagar o que nos deve! Vamos nos unir! E se é isto o que o negro quer, vamos nos juntar a ele. Vamos lhe mostrar como manter o esforço de batalha, vamos lhe mostrar como lutar! Vamos lhe mostrar como causar uma verdadeira revolução!!! Vamos fazê-lo parar de embromação! Você não precisa de um debate! Você não precisa de retórica política! Você precisa é de AÇÃO!

UHURU!

REFERÊNCIAS

- AMADOR, Zélia. **Os Herdeiros de Ananse: movimento negro, ações afirmativas, cotas para negros na universidade**. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Belém, 2008.
- _____. **Diáspora Africana** - O renascimento da África nas Américas. Fragmento do texto apresentado na Mesa Redonda Diáspora e Renascimento Africano - 3º Festival Mundial de Artes Negras – FESMAN, DAKAR, 2010 – “A Renascença Africana”. Senegal, 2010.
- AGANJU, Fred. **O Papel das Linhas Auxiliares na Manutenção da Supremacia Branca: Apontamentos Estratégicos sobre a Luta Contra o Genocídio do Povo Negro**. Janeiro, 2016. Disponível em: <<https://daslutas.wordpress.com/2016/01/16/o-papel-das-linhas-auxiliares-na-manutencao-da-supremacia-branca/>>. Acesso em 13 de fev. 2017.
- ARAÚJO, Marcos Vinícius Ribeiro. **Movimento Negro e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: heterogeneidade e convergências**. Salvador:2015. (Tese de Doutorado)
- ASANTE, Molefi Kete. **The Afrocentricity Idea**. Temple University Press. 1987.
- BARROS, F. P. C. de; SOUSA, M. F. de. **Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS**. Saude soc., São Paulo , v. 25, n. 1, p. 9-18, Mar. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000100009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 24 de Julho 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>.
- BAIRROS, Luiza. Indicadores Sociais e Políticas Públicas. In: GARCIA, Januário. **25 anos 1980-2005: Movimento Negro no Brasil**. 1ª ed. Brasília, DF: Fundação Cultural Palmares, 2006.
- BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra de uma escola pública. In: **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, out/dez 2013.
- _____. **Política de Saúde da População Negra no Estado de São Paulo: focalizando para promover a universalização do direito à saúde?** BIS Boletim do Instituto de Saúde (impresso) v.12 n.2 São Paulo ago. 2010.
- BENJAMIN, Sistah Luísa. **Marcus Mosiah Garvey: A Estrela Preta**. Tradução. Projeto Omega Nyahbinghi. Brasil, 2010.
- BIKO, Steve. **Escrevo o que quero**. Editora Atica S.A.1990.

BORGES, Pedro; MARTINS, Vinícius. **Impeachment: o que pensa a juventude negra?** São Paulo. 2016. Disponível em: <<http://www.almapreta.com/editorias/realidade/impeachment-o-que-pensa-a-juventude-negra>>. Acesso em: 8 mar. 2017.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF. 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf> Acessado em: 16 de Julho de 2016.

BRASIL. Constituição. **Constituição da república Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Título VIII – Da Ordem Social, Seção II – Da Saúde – artigo 196-200, 1988.

BRASIL. **Lei n.º 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990a.

BRASIL. **Lei n.º 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez., 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Decreto 7508/2011**, de 28 de junho de 2011. Diário Oficial da União, Poder Executivo, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. **Balanço do Processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN (versão preliminar)**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Relatório Final Grupo de Trabalho Estatuto da Igualdade Racial**: Portaria N.º 79, de 8 de julho de 2011. Disponível em <<http://www.SEPPIR.gov.br/arquivos/gt-estatuto>>. Acesso em: maio de 2015.

BRASIL. **Portaria nº 2.761**, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 17.nov. 2013.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância de Saúde. Ministério da Saúde. Volume 46 Nº 10-2015.

BRASIL. **Painel de Indicadores do SUS – Temático Saúde da População Negra**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de **Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS : uma construção coletiva : monitoramento e avaliação : processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **SEPPIR – PROMOVENDO A IGUALDADE RACIAL: Para Um Brasil Sem Racismo**. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. COSTA, Kátia Regina da; SOUZA, Edileuza Penha de (Org). 1ª Edição. Brasília, 2016.

BRASIL. **Lei 10.678/2003**, de 23 de maio de 2003. Cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Presidência da República, e dá outras providências.

BRASIL. **Decreto 4.885/2003**, de 20 de novembro de 2003. Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial - CNPIR, e dá outras providências.

BRASIL. **Decreto Nº 4.886**, de 20 de novembro de 2003 – Dispõe Sobre a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR). Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. 2003.

BRASIL. **Decreto Nº 6.872**, de 4 de junho de 2009 – Aprova o Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PLANAPIR). Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. 2009.

BRASIL. **Decreto 6.509/2003**, de 16 julho de 2008. Dá nova redação a dispositivos do Decreto nº 4.885, de 20 de novembro de 2003, que dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial - CNPIR, e dá outras providências.

BRASIL. **Regimento Interno do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial**. Secretaria de Políticas de Promoção de Igualdade Racial. 2005.

BRASIL. **Estatuto da Igualdade Racial**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2011.

BRASIL. **Relatório de Atividades do CNPIR 2012-2014**. Secretaria de Políticas de Promoção de Igualdade Racial. 2014

BRASIL. **Resolução nº 02**, de 02 de setembro de 2014. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2013-2015) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL, S. A.; TRAD, L. A. B. O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o Estado brasileiro. In: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Org.). **Saúde da População Negra**. 1ed. Petrópolis/RJ: De Petrus et Alii Editora Ltda., 2012, v. , p. 70-97.

BUVINICH, D.P.R. **O mapeamento da institucionalização dos conselhos gestores de políticas públicas nos municípios brasileiros**. Revista Administração Pública – Rio de Janeiro 48(1): 55-82, jan./fev. 2014.

CARNEIRO, Aparecida Sueli . **A Construção do Outro como Não-Ser como fundamento do Ser**. Feusp, 2005. (Tese de doutorado)

CARVALHO, Jose Murilo de. **Cidadania no Brasil. O longo Caminho**. 3a ed. Rio de Janeiro: Civilizacao Brasileira, 2002.

CNS, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 395**, de 22 de fevereiro de 2008, Aprovar a estruturação da Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra – CISP. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/>>. Acesso em: maio de 2015.

CÉSAIRE, Aimé. **Discurso sobre a Negritude**. (Org.) MOORE, C. Belo Horizonte: Nandyala, 2010.

CRIOLA. **Manual Participação e Controle Social para Equidade em Saúde da População Negra**. Rio de Janeiro, 2007.

CRENSHAW, Kimberlé Willians. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero, in **Revista Estudos Feministas**, n. 1, 2002, p. 171-188.

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da. **A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 448-457, Dec. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Julho 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000400011>.

_____. **Que falta faz uma área técnica de saúde da população negra no Ministério da Saúde!** Revista da ABPN, v.5, nº 9, nov.fev. 2013. P. 163-171.

d'ADESKY, Jaques. **Pluralismo Étnico e Multiculturalismo: Racismo e Anti-Racismos no Brasil**. Rio de Janeiro. Pallas. 2009.

DIOP, Cheikh Anta. **The African Origin of Civilization:myth or reality**. Chicago: Lawrence Hill, 1974.

_____. **Civilization or Barbarism: an Authentic Anthropology** (Translated by Yaa-Lengi Meema Ngemi). Brooklyn, New York: Lawrence Hill, 1991.

DOMINGUES, Petrônio. **Movimento Negro no Brasil: alguns apontamentos históricos**. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tem/v12n23/v12n23a07>. Acesso em 9 de Janeiro 2017.

DOVE, Nah. Mulherismo Africana: Uma teoria afrocentrica. JORNAL DE ESTUDOS NEGROS, Vol. 28, Nº 5, Maio de 1998 515-539.

_____. **An African-centered critique of Marx's logic**. Western Journal of Black Studies, J9(4), 260-271.

SCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação Social. In: GIOVANELLA, L.; et al (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

E.U. ESSIEN-UDOM. **O Poder Negro**. São Paulo.1962. Editora Senzala Ltda.

FAUSTINO, Deivison Mendes. A equidade racial nas políticas de saúde. In: BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Org.). **Saúde da população negra**. 2. ed. -- Brasília, DF : ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. -- (Coleção negras e negros:pesquisas e debates / coordenação Tânia Mara Pedroso Müller).

FARIA R. M.; Bortolozzi, A. **Espaco, territorio e saude: contribuicoes de Milton Santos para o tema da Geografia da Saude no Brasil**. R. RA'E GA, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Editora UFPR.

FLEURY, S.; OUVENEY, A.M. Política de Saúde:Um Política Social. In: GIOVANELLA, L.; et al (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

GARCIA, Januário. **25 anos 1980-2005: Movimento Negro no Brasil**. 1ª ed. - Brasília, DF: Fundação Cultural Palmares, 2006.

GOMES, Joaquim Barbosa. A recepção do Instituto da Ação Afirmativa pelo Direto Constitucional Brasileiro. In: SANTOS, S.A. dos (Org.). **Ações Afirmativas e Combate ao Racismo nas Américas -Brasília**: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2005. 400 p.- (Coleção Educação para Todos).

_____. **Ações afirmativas: aspectos jurídicos**. In: **Racismo no Brasil**. São Paulo: Peirópolis, 2002.

GONZALEZ, Lelia; HASENBALG, C. **Lugar de Negro**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1982.

_____. **A categoria político-cultural de amefricanidade**. In: Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro, Nº. 92/93 (jan./jun.). 1988b, p. 69-82.

GUIMARÃES, N.A. **Os desafios da equidade: reestruturação e desigualdades de gênero e raça no Brasil**. Cadernos Pagu (17/18) 2001/02: p.237-266.

HALE, C. R., **What Is Activism Research?** Items (Social Science Research Council) 2 (1-2): 13-15.

hooks, bell. **Intelectuais Negras**. Estudos Feministas. Ano 3. Nº2/95.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **O Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial na Visão de seus Conselheiros**. Relatório de Pesquisa Projeto Conselhos Nacionais: perfil e atuação dos conselheiros. Brasília. 2012.

_____. **Retrato das desigualdades de gênero e raça** / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ... [et al.]. 4ª ed. Brasília: Ipea, 2011.

JACCOUD, L.deB.; BEGHIN, N. **Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental**. Brasília : Ipea, 2002.

_____. **A Construção de uma Política de Promoção da Igualdade Racial: uma análise dos últimos 20 anos**. (Org.) Brasília: IPEA, 2009.

JONES, Camara Phyllis.. **Levels of racism: A theoretic framework and a gardener's tale** .*American Journal of Public Health*; Aug 2000; 90, 8; ABI/INFORM Global.

LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: **Caderno de Textos Básicos do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra**, realizado em Brasília-DF, de 18 a 20 de agosto de 2004.

_____; MAGALHÃES, A. F. Saúde, direitos humanos e cidadania no Brasil. In: VENTURI, G. (Org). **Direitos Humanos: Percepções da opinião pública, análises de pesquisa nacional**. Brasília. SEDH, 2010. Brasil. Presidência da República. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/livros/dh/pesquisa_sedh_percepcoes_dh_op.pdf>. Acesso em dez. 2015.

MACÊDO, Marluce de Lima. **Intelectuais Negros, Memória e Diálogos para uma Educação Antirracista: uma leitura de Abdias do Nascimento e Edison Carneiro/** Salvador. 2013. il .Tese (Doutorado) - Universidade do Estado da Bahia. Programa de Pós Graduação em Educação e Contemporaneidade Faculdade de Educação.

MARQUES, Daniela. **Reflexões sobre o Instrumento de Planejamento e Gestão em Saúde da População Negra: O II Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**.Brasília. 2016.

MARSHALL, TH. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar; 1967.

MAZAMA, Ama. A Afrocentricidade Como Um Novo Paradigma. In: NASCIMENTO, E. L. (Org.). **Afrocentricidade: Uma Abordagem Epistemológica Inovadora**. São Paulo. Selo Negro,2009.

MINAYO, M. C.S. (ORG); DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 25ª ed. Revista e atualizada. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007b.

_____. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

_____. **O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saude**; Ed. HUCITEC, 12o edicao, 2010.

MONTEIRO, C.R. Saúde Pública no Brasil – Direito, Acesso e Decodificação da Informação Para a Eficácia da Participação e do Controle Social. In: BATISTA, L.E; et al (Org). **Nascer com equidade: humanização do parto e do nascimento: questões raciais/ cor e de gênero**. – São Paulo: Instituto de Saúde, 2010.

MOURA, Clóvis. **Rebeliões da Senzala**. 4º edição. Porto Alegre, Mercado Aberto, 1988.

MOORE, Carlos.. **Racismo e Sociedade: novas bases epistemológicas para entender o racismo**. 2ª edição – Belo Horizonte: Nandyala, 2012.
 _____ **A África que incomoda: sobre a problematização do legado africano no cotidiano brasileiro**. 2ª edição ampliada - Belo Horizonte: Nandyala, 2010.

MOVIMENTO NEGRO UNIFICADO. **1978/1988 10 anos de luta contra o racismo**. São Paulo. Confraria do livro. 1988.

MUCALE, Ergimino Pedro. **Afrocentricidade - Complexidade e Liberdade**. Março, 2013.

MUNANGA, Kabenguele. **Negritude: usos e sentidos**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2009.

_____; GOMES, Nilma Lino. **Para Entender o Negro no Brasil de Hoje: História, Realidades, Problemas e Caminhos**. São Paulo. Ação Educativa, Assessoria, Pesquisa e Informação, 2006. 2ª ed.

NASCIMENTO, Abdias. **Genocídio do Negro Brasileiro**. Editora Paz e Terra. 1978

_____. **O Quilombismo**. Editora Vozes. 1980

_____. **O Genocídio do Negro Brasileiro: Processo de Um Racismo Mascarado**. I ed. - São Paulo: Perspectivas, 2016.

NASCIMENTO, E. L. **Pan-Africanismo na América do Sul: Emergência de uma rebelião negra**. Editora Vozes Ltda. 1980.

_____. NASCIMENTO, A. **Abdias Nascimento**.- Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2014.

NEGREIROS, D.F. de. **Educação das Relações Étnico-raciais: análise da formação de docentes por meio dos Programas Uniafro e Africanidades**. 2013.

NOGUEIRA, Renato Jr. **Afrocentricidade**. UFRRJ. S/d.

NOGUEIRA, R. P. (2000). A impotência da equidade, in COSTA, A., MERCHÁN-HAMAMM, E. TAJER, D. (orgs.) **Saúde, Equidade e Gênero – um desafio para as políticas públicas**, Brasília: Editora Universidade de Brasília/ ABRASCO/ALAMES.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L.; et al (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da População Negra. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde**, 2002.

OLIVEIRA, Juli Ferreira. **Cidadania para Quem? Ensaio de uma Indígena sobre a Cidadania para os Povos Originários do Brasil.** Brasília. 2016

OLIVEIRA, P.aulo de Tarso Ribeiro et al. **Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. xxx-xxx, out-dez 2013.

_____ et al. **Monitoramento do Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde: Experiências com o Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (e-CAR).** Suplemento Revista Interface. São Paulo. 2014.

PAIM, J.S. **Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009 .

_____ et al. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS.** *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)* [online]. 2010, vol.12, n.2, pp. 109-114. ISSN 1518-1812.

_____ et al. **Sistema Único de Saúde (SUS): a Difícil Construção de um Sistema Universal na Sociedade Brasileira.** In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N.. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática.** Rio de Janeiro: Med Book, 2014.

_____ **Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde.** Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISCUFBA. Brasília, 28/3/2001.

PAIXÃO, Marcelo; et als. **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009-2010.** Garamond Universitária; LAESER; UFRJ, Instituto de Economia. Rio de Janeiro, 2011.

PAULO, C.A.S de. **Uma análise preliminar da política de promoção da igualdade racial.** Universitas Relações Internacionais, Brasília, v. 10, n.2, p 43-50, jul.dez.2012.

PEREIRA, Amauri Mendes. **Trajetórias e Perspectivas do Movimento Negro Brasileiro.** Belo Horizonte: Nandyala, 2008.

PEREIRA, E.D.S. **Participação Social e a Construção da Equidade em Saúde: o Conselho Nacional de Saúde e a agenda da população LGBT. Participação social e a construção da equidade em saúde o Conselho Nacional de Saúde e Direitos da População LGBT;** 2011; Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Política Social) - Universidade de Brasília.

PINHEIRO, M. C., WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. A.. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal Brasileira de 1988, in **Cadernos de saúde pública**, vol. 21, n° 2, 2005.

PIZA, E. Porta de vidro: entrada para branquitude. In: CARONE, Iray; BENTO. Maria Aparecida Silva (Org). **Psicologia Social do Racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. 6ª ed. - Petrópolis, RJ; Vozes, 2014.

PÓLIS. INESC. **Projeto/Pesquisa: Governança Democrática no Brasil Contemporâneo: Estado e Sociedade na Construção de Políticas Públicas Arquitetura da Participação no Brasil: avanços e desafios** RELATÓRIO FINAL. Ago/2011.

PROGRAMA DE COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL (PCRI). **Identificação e abordagem do racismo Institucional na Saúde**. Boletim CRI. Saúde e Desenvolvimento com Equidade. Ano I. Número I., Brasília, DF, ano 1, n. 1 nov. 2006.

QUILOMBO X, Ação Cultural Comunitária; REAJA ou Será Morta, REAJA ou Será Morto. **Assata Shakur, Escritos**. Reaja: Brasília, 2016.

RABAKA, Reiland. Teoria Crítica Africana. In: NASCIMENTO, E. L. (Org.). **Afrocentricidade: Uma Abordagem Epistemológica Inovadora**. São Paulo. Selo Negro, 2009.

RADIS. Saúde da População Negra: Invisibilidade a maior das dores. **Comunicação em Saúde**. ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro, ano 2004, n. 20, abr. 2004. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_20.pdf. Acesso em 31 jul. 2016.

RAMOS, Alberto Guerreiro. **Introdução Crítica a Sociologia Brasileira**. Rio de Janeiro. Editora UFRJ. 1995.

RAMOS, C. S.; FARIA, G. **Nosso Racismo é um crime perfeito**. Revista Fórum, São Paulo, 09 fev. 2012. Disponível em: <http://www.revistaforum.com.br/2012/02/09/nosso-racismo-e-um-crime-perfeito/> Acesso em 25 abr. 2016.

REDE HUMANIZASUS. **Racismo faz mal à Saúde**. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/87406-racismo-faz-mal-a-saude-mental>. Acesso em: maio 2015.

RIBEIRO, Matilde. O enlace entre direitos humanos, superação do racismo e da discriminação racial. In: VENTURI, G. (Org). **Direitos Humanos: Percepções da opinião pública, análises de pesquisa nacional**. Brasília. SEDH, 2010. Brasil. Presidência da República. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/livros/dh/pesquisa_sedh_percepcoes_dh_op.pdf >. Acesso em dez. 2015.

_____. **Políticas de Promoção da Igualdade Racial no Brasil (1986-2010)**

1ª ed. Rio de Janeiro: Garamond. 2014.

ROMÃO, Jeruse. Educação, Instrução e Alfabetização de Adultos Negros no Teatro Experimental do Negro - TEN. In: ROMÃO, Jeruse (Org.) **História da Educação do Negro e Outras Histórias**. Brasília. MEC/SECAD. 2005.

SALES JR., Ronaldo. **Democracia Racial: o não dito racista**. Tempo social: revista de sociologia da USP. São Paulo, v.18, n. 2, p.229-258, 2006.

SANTOS, Andreia Beatriz Silva dos. **Morte por causas externas: um estudo sobre a identificação da raça/cor da pele no Instituto Médico Legal de Salvador/Bahia, 2007**. Feira de Santana, 2008.

SANTOS, Jaqueline Lima. **A Produção Intelectual das Mulheres Negras e o Epistemicídio: Uma breve contribuição**. 2010. Disponível em: <http://www.institutobuzios.org.br/documentos/Jaqueline%20Lima%20Santos_A%20Produ%C3%A7%C3%A3o%20Intelectual%20das%20Mulheres%20Negras%20e%20o%20Epistemic%C3%ADdio.pdf>. Acesso em 23 fev. 2017.

SANTOS, Sales Augusto dos. **Ações Afirmativas nos Governos FHC e Lula: um Balanço**. Disponível em: <<http://flacso.org.br/files/2015/11/A%C3%A7%C3%B5es-Afirmativas-nos-Governos-FHC-e-Lula-um-Balan%C3%A7o.pdf>> Acesso em: 30 jun. 2016

_____; SILVEIRA, Marly. **Políticas de Promoção da Igualdade Racial e Ação Afirmativa**. Disponível em: <http://flacso.org.br/files/2015/11/Artigo-PPIR-2010_Sales-Santos_Marly-Silveira.pdf> Acesso em: 08 ago. 2016.

_____. **Movimentos Negros, Educação e Ações Afirmativas**. 554f. 2007. Tese (Doutorado em Sociologia). Programa de Pós Graduação em Sociologia, Universidade de Brasília, UnB, 2007.

_____. **A Metamorfose de Militantes Negros em Negros Intelectuais**. Revista Mosaico – Volume 3 – Número 5 – 2011.

SANTOS, Milton. **Geografia e planejamento: o uso do território – geopolítica**. In: V SEMANA DE GEOGRAFIA – EM 16 DE OUTUBRO DE 1980. Revista Eletrônica: Tempo - Técnica - Território, V.2,N.2 (2011), 1:49 ISSN: 2177-4366. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/ciga/index.php/ciga/article/viewFile/72/57>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

SILVA JR, H.; BENTO, M.A.; SILVA, M.R. **Políticas Públicas de Promoção da Igualdade Racial**. São Paulo, SP: Ceert, 2010.

SIQUEIRA, Maria de Lourdes. **Intelectualidade negra e pesquisa científica**. Salvador: EDUFBA, 2006a.

SODRÉ, Muniz. **O terreiro e as cidade: a forma social negro-brasileira**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1988.

SWAHILI, Gabriel. **Ninguém Aqui Tá Dormindo**. Jornal Assata Shakur, Brasil. Junho 2016. Reaja ou Será Morta, Reaja ou Será Morto.

THEODORO, Mario. et al (Org.). **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição**. Brasília: IPEA, 2008. 176 p.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M.S.M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L.; et al (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

URASSE, Anin. **O Mito da Brasilidade**. Pensamentos Mulheristas. Disponível em: <<https://pensamentosmulheristas.wordpress.com/2017/02/08/o-mito-da-brasilidade/>>. Acesso em 11 fev. 2017.

_____. **Nacionalidade de Sequestro (Sobre Ser Africana ou Brasileira)**. Pensamentos Mulheristas. Disponível em:

<<https://pensamentosmulheristas.wordpress.com/2015/12/10/nacionalidade-de-sequestro-sobre-ser-africana-ou-brasileira/>>. Acesso em 12 fev.2017.

_____. **Poder Negro ou Ilusão de Poder**. Pensamentos Mulheristas. Disponível em:

<<https://pensamentosmulheristas.wordpress.com/2016/06/30/poder-negro-ou-ilusao-de-poder/>>. Acesso em 14 fev. 2017.

_____. **Eu-Coveira**. Pensamentos Mulheristas. Disponível em:

<<https://pensamentosmulheristas.wordpress.com/2015/12/09/eu-coveira/>>. Acesso em 12 fev.2017.

_____. **10 Tópicos Sobre o Mulherismo Africana (Para Escurecer o Pensamento)**. Disponível em:

<<https://pensamentosmulheristas.wordpress.com/2015/12/09/eu-coveira/>>. Acesso em 12 fev.2017.

_____. **Lélia Gonzalez e Pan-Africanismo**. Disponível em:

<<https://pensamentosmulheristas.wordpress.com/2016/07/29/lelia-gonzalez-e-o-pan-africanismo/>> . Acesso em 12 fev.2017.

WALÊ, Hamilton Borges. **A Marcha Contra o Genocídio do Povo Negro incomoda os inimigos por que nos tira do controle da supremacia branca: Lamentamos o rancor de quem come no prato que cuspiu**. Salvador. 1 set. 2015. Disponível em: <<http://reajanasruas.blogspot.com.br/2015/09/a-marcha-contra-o-genocidio-do-povo.html>>. Acesso em 13 fev. 2107.

_____. **Uma Luta Transnacional Contra o Racismo, o Neocolonialismo e o Genocídio: Pegar nossa história pelas mãos e demolir o que reduz nossa humanidade**. 23 nov. 2015. Disponível em: <<http://reajanasruas.blogspot.com.br/2015/09/a-marcha-contra-o-genocidio-do-povo.html>>. Acesso em 13 fev. 2107.

WERNECK, Jurema. Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. In: **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a**

promoção da equidade / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2005.

_____ O belo ou o puro? Racismo, eugenia e novas (bio)tecnologias. In: ROTANIA, A. A.; WERNECK, J. (Org) **Sob o Signo das Bios: Vozes Críticas da Sociedade Civil**. Rio de Janeiro: E-papers Serviços Editoriais, 2004.

WHITEHEAD, M.. **The concepts and principles of equity in health**. **International Journal of Health Services**, 22 (3): 429-445, 1992. Disponível em: < http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf>. Acesso em 25 abr. 2016.

XAVIER, Lúcia. O papel do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial na gestão da Política de Igualdade Racial. In: WERNECK, J. (Org.). **Mulheres Negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil**, 2008. Disponível em: <http://www.criola.org.br/pdfs/publicacoes/livro_mulheresnegras.pdf>. Acesso em: maio 2015.

ANEXOS

ANEXO A – Convenção Nacional do Negro pela Constituinte

ANEXO B - Marcha Zumbi Contra o Racismo, Pela Igualdade e a Vida/Programa de Superação do Racismo e da Desigualdade Racial

ANEXO C - Conselheiros Sociedade Civil mandato 2003-2007

ANEXO D – Conselheiros Sociedade Civil mandato 2008-2010

ANEXO E - Conselheiros Sociedade Civil mandato 2010-2012

ANEXO F - Conselheiros Sociedade Civil mandato 2012-2014

ANEXO G - Regimento Interno do CNPIR

ANEXO A



Em atendimento à Convocatória Nacional, enviada a 580 Entidades Negras e Grupos atuantes do Movimento Negro, compareceram à "CONVENÇÃO NACIONAL DO NEGRO PELA CONSTITUINTE", em Brasília-DF, nos dias 26 e 27 de Agosto de 1986, representantes de 63 Entidades, compreendendo Entidades Negras, Sindicatos, Partidos Políticos e Grupos Sociais, de 16 Estados da Federação: AL; BA; DF; GO; MA; MG; MS; PA; PB; PE; PI; RJ; RS; SC; SE e SP, totalizando 185 participantes inscritos na "CONVENÇÃO".

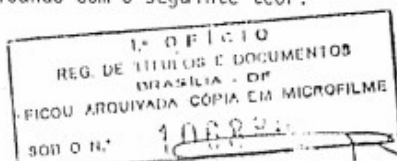
2. Embora conscientes de a "CONSTITUINTE-87" não terá a participação democrática do brasileiro, uma vez que o "Grupo" daqueles que serão encarregados da nova Carta Magna, vem sendo formado através de alianças entre as elites que sempre dominaram e designaram, em consequência, tanto cultural quanto economicamente, os destinos do Povo, Nós Negros, entendemos que deveríamos nos esforçar para, conjuntamente, trazeremos à baila as nossas necessidades enquanto um segmento étnico-social, politicamente definido dentro deste imenso Brasil multi-étnico.

3. Cabe esclarecer que nossa denominação de "NEGROS", engloba todos aqueles que possuem caracteres, fenótipos e, ou genótipos, dos povos africanos que aqui foram trazidos para o trabalho escravo. Conforme as leis estabelecidas, os Africanos foram violentados e despojados de seus direitos inalienáveis, e, hoje, a despeito de uma libertação forjada juridicamente, há 98 anos, Nós Negros, os descendentes daqueles que edificaram o patrimônio econômico nacional, continuamos na aviltante condição de marginalizados sociais, discriminados e majoritariamente alijados do processo de evolução social. E, dessa feita, o MOVIMENTO NEGRO NACIONAL é formado por todos aqueles que conscientes, de nossa condição enquanto cidadãos brasileiros, nos encontramos politicamente organizados em Grupos que sistematicamente, combatem o Racismo no Brasil, e, ainda por aqueles outros que lutam por preservar os valores espirituais, morais, sociais e culturais que nos foram legados pelos incontáveis filhos apartados da Mãe-Africana.

4. Assim, Nós Negros, reunidos em Brasília-DF, durante a CONVENÇÃO NACIONAL DO NEGRO PELA CONSTITUINTE, enquanto segmento étnico-social politicamente organizado, e, enquanto cidadãos brasileiros que, vimos trabalhando e contribuindo para a efetiva formação e consolidação desta Nação, indicamos a seguir, aos dirigentes do País, e, em especial deferência, a todos os membros da "Assembléia Nacional Constituinte-87", as nossas reivindicações:

I - sobre os DIREITOS E GARANTIAS INDIVIDUAIS:

- 1 - Que o § 1º do Artigo 153 da Constituição Federal, passe a ter em sua redação, um acréscimo, ficando com o seguinte teor:





"Todos são iguais perante a lei, sem distinção de sexo, raça, trabalho, credo religioso e convicções políticas, Será punido pela lei o preconceito de raça, como crime inafiançável, com pena de reclusão e para o referido processo adota-se o rito sumaríssimo.";

- 2 - Que seja mantida a redação dada ao § 11º, do Artigo 153 da Constituição Federal, verbis;

"Não haverá pena de morte, de prisão perpétua, de banimento. Quanto à pena de morte, fica ressalvada a legislação penal aplicável em caso de guerra externa. A lei disporá sobre o perdimento de bens por danos causados ao erário ou no caso de enriquecimento ilícito no exercício de função pública.";

- 3 - Que se estabeleça que:

"No sistema penitenciário, o detento e o presidiário terão respeitada a sua integridade física e moral, desenvolvendo atividade produtiva rentável, sendo esta renda, revertida em prol de sua família, na proporção de 80%, sendo os 20% restantes, em prol do sistema penitenciário.";

- 4 - Que seja efetivada a criação de um Tribunal Especial para julgamento dos crimes de discriminação racial;

- 5 - Que na Nova Carta Constitucional conste um dispositivo onde:

"... a tortura física e ou psicológica seja considerada crime contra a humanidade.";

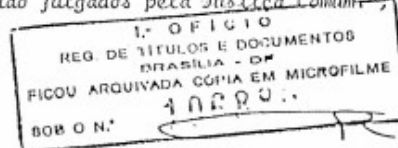
- 6 - Que seja mantida a redação do § 12º do Artigo 153 da Constituição Federal:

"Ninguém será preso senão em flagrante delito ou por ordem escrita de autoridade competente. A lei disporá sobre a prestação de fiança. A prisão ou detenção de qualquer pessoa será imediatamente comunicada ao juiz competente, que a relaxará, se não for legal.";

II - sobre a VIOLÊNCIA POLICIAL:

- 1 - "Unificação das Polícias Civil e Militar, com a instituição de cursos permanentes de reciclagem e melhores critérios de seleção e admissão dos policiais, no sentido de garantir o respeito à integridade física e moral do cidadão, independentemente de sua raça ou cor.";

- 2 - "Todos os crimes relacionados ao abuso do poder, cometidos pela Polícia contra o cidadão, serão julgados pela Justiça Comum.";



III - sobre as **CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE:**

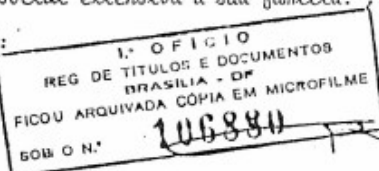
- 1 - "Que a Licença-maternidade passe de três meses para seis meses.";
- 2 - "Caberá ao Estado a legislação referente ao fortalecimento do programa de prevenção de doenças. Ficando por~~em~~em, assegurada a Legislação Estadual, estabelecer especificidades, segundo o quadro regional.";
- 3 - "Estatização, socialização e unificação do Sistema de Saúde, sendo assegurado às comunidades populacionais, a efetiva fiscalização do funcionamento desse Sistema.";
- 4 - "É dever do Estado prestar assistência ao idoso, independentemente dele haver contribuído para o sistema de previdência social.";
- 5 - "Serão estatizados todos os meios de transportes coletivos.";
- 6 - "O Estado assegurará a construção de moradias dignas para as populações carentes e de baixa renda. O gasto com a moradia não será superior a 10% do salário do trabalhador.";
- 7 - "Serão destinados à Saúde, 20% do Orçamento da União.";
- 8 - "Serão nacionalizadas todas as Indústrias e Laboratórios Farmacêuticos no País.";

IV - sobre a **MULHER:**

- 1 - "Que seja assegurado a plena igualdade de direitos entre o casal, e que, a Mulher, mãe, seja assegurado o direito de fazer constar no Registro de Nascimento do filho, o nome do pai, independentemente do estado civil da declarante.";
- 2 - "É proibido ao Estado a implantação de todos e quaisquer programas de controle da natalidade. O aborto será descriminalizado, na forma que dispuser a lei ordinária.";

V - sobre o **MENOR:**

- 1 - "É dever do Estado a educação e manutenção da criança carente, de zero a dezesseis anos, objetivando seu desenvolvimento pleno e satisfatório na sociedade.";
- 2 - "Fica proibida a manutenção de Casa de Detenção de Menores. O Menor Infrator terá assistência social extensiva à sua família.";

VI - sobre **EDUCAÇÃO:**

[Handwritten signature]



- 1 - "O processo educacional respeitará todos os aspectos da cultura brasileira. É obrigatório a inclusão nos currículos escolares de I, II e III graus, do ensino da História da África e da História do Negro no Brasil.";
- 2 - "A Educação será gratuita, em todos os níveis, independentemente da idade do educando. Será obrigatória a nível de I e II graus.";
- 3 - "A elaboração dos currículos escolares será, necessariamente, submetida à aprovação de representantes das comunidades locais.";
- 4 - "A verba do Estado destinada à Educação corresponderá a 20% do Orçamento da União.";
- 5 - Que seja alterada a redação do § 8º do Artigo 153 da Constituição Federal, ficando com a seguinte redação:

"A publicação de livros, jornais e periódicos não dependem de licença da autoridade. Fica proibida a propaganda de guerra, de subversão da ordem ou de preconceitos de religião, de raça, de cor ou de classe, e as publicações e exteriorizações contrárias à moral e aos bons costumes.";
- 6 - "A ocupação dos cargos de direção e coordenação nas escolas públicas e de delegado de ensino, serão efetivadas mediante eleição, com a participação dos professores, alunos e pais de alunos.";

VII - sobre a CULTURA:

- 1 - "É proibida a veiculação de mensagens, em todos e quaisquer veículos de comunicação de massa, que ofendam a integridade moral, espiritual e cultural da pessoa do cidadão Negro.";
- 2 - Em substituição ao § 5º do Artigo 153 da Constituição Federal, que passe a constar que:

"Fica assegurada a liberdade de culto religioso e garantida a prática de todas e quaisquer manifestações culturais, independentemente de sua origem racial, desde que não sejam ofensivas à moral e aos bons costumes.";
- 3 - "Que seja declarado Feriado Nacional, o dia 20 DE NOVEMBRO, data da morte de Zumbi, o último líder do Quilombo dos Palmares, como o DIA NACIONAL DA CONSCIÊNCIA NEGRA.";

[Handwritten signature]

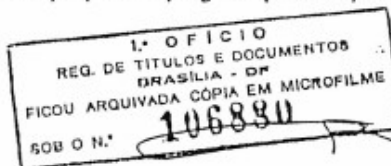
1.º OFÍCIO
REG DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
BRÁSILIA - DF
FICOU ARQUIVADA COPIA EM MICROFILME
SEM O N.º 106880



- 4 - "Que seja efetivado o reconhecimento expresso do caráter multi-racial da Cultura Brasileira.";

VIII - sobre o TRABALHO:

- 1 - "Que a duração da jornada diária do trabalho não exceda a 6 (seis) horas, ficando ainda, assegurado o repouso semanal remunerado e, igualmente, os feriados civis e religiosos, de acordo com a tradição local.";
- 2 - "Estabilidade do trabalhador no emprego, desde o início do contrato de trabalho.";
- (+) 3 - "Reconhecimento da profissão de Empregada Doméstica e Diaristas, de acordo com o estabelecido na CLT.";
- 4 - "Aposentadoria por tempo de serviço com salário integral, acrescido de 30%, a título de bonificação.";
- 5 - "O Estado assegura a todos os trabalhadores, de qualquer categoria profissional ou ramo de atividade, inclusive rural:
- salário mínimo real;
 - direito irrestrito de greve;
 - liberdade e autonomia sindical;
 - proibição de diferença de salários e de critérios de admissões no trabalho, por motivo de sexo, cor ou estado civil.";
- 6 - "Escala móvel de salários, de acordo com a elevação do custo de vida.";
- 7 - "Licença aos pais, nos períodos de natal e pós-natal do filho, para usufruir com plenitude da paternidade.";
- 8 - "Que seja assegurado também ao marido ou companheiro, o direito de usufruir dos benefícios previdenciários decorrentes da contribuição da esposa ou companheira.";
- 9 - "Direito de sindicalização para os funcionários públicos.";
- 10 - "Que seja criado o "Juizado de Pequenas Causas" na área trabalhista.";
- 11 - "Responsabilidade do Estado pela indenização imediata de acidentes ou prejuízos que o Trabalhador for vitimado no exercício profissional, assegurado ao Estado o direito de ação regressiva contra o empregador ou contra o próprio empregado quando apurada a responsabilidade.";





IX - sobre a QUESTÃO DA TERRA:

- 1 - "Será assegurada às populações pobres o direito à propriedade do solo urbano, devendo o Estado implementar as condições básicas de infraestrutura em atendimento às necessidades do Homem.";
- 2 - "Será garantido o título de propriedade da terra às Comunidades Negras remanescentes de quilombos, quer no meio urbano ou rural.";
- 3 - "Que o bem imóvel improdutivo não seja transmissível por herança. Que o Estado promova a devida desapropriação.";

X - sobre RELAÇÕES INTERNACIONAIS:

- 1 - "Rompimento imediato de relações diplomáticas e/ou comerciais com todos e quaisquer Países que tenham institucionalizado qualquer tipo de discriminação entre sua população.".

Por fim, para legitimar as reivindicações ora apresentadas e em obediência a determinação da CONVENÇÃO NACIONAL DO NEGRO PELA CONSTITUINTE, que nos delegou a tarefa de redigir este documento, abaixo nós subscrevemos, em nome de todos os convencionais,

Marcas Santos
MARIA DA GRAÇA SANTOS - MNU/DF

Lucia Junior
MARIA LUCIA JUNIOR - OAB/DF-6508

Maria Luiza Junior
MARIA LUIZA JUNIOR

CAPI TÍTULO DO DIREITO DE NOTAS
 EG. PROVEDOR DE NOTAS
 BRASÍLIA-DF
 1986

Maria Luiza Junior
Maria Luiza Junior
Maria Luiza Junior

1.º OFÍCIO
REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
SCS - ED. JK LOJA 4 - TEL.: 224.4026
Protocolado, registrado e microfilmado nesta
data sob o n.º 106880

Brasília (DF), outubro de 1986.

Brasília, 17 OUT 1986

Carolina do Carmo Ribeiro Rodrigues
TÉC. JUD. BUDOCREVO



A - ENTIDADES PARTICIPANTES

I - PARÁ

1. CENTRO DE ESTUDOS E DEFESA DO NEGRO DO PARÁ - CEDENPA
Caixa Postal: 947 fone: 222.1625
66000-BELÉM (PA)

II - MARANHÃO

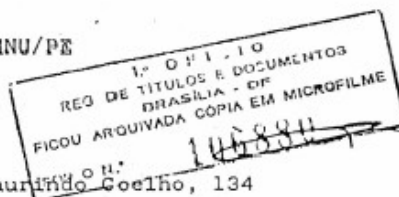
2. CENTRO DE CULTURA NEGRA DO MARANHÃO - CCN
Caixa Postal: 430 Pres. Magno José Cruz
65000-SÃO LUIS (MA)

III - PARAÍBA

3. COMISSÃO PRÓ-ASSOCIAÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DO DIREITO DA MULHER
A/C Francinete B. Rosas - Rua João Gualberto, nº 3
58800-SOUSA (PB)

IV - PERNAMBUCO

4. MOVIMENTO NEGRO UNIFICADO, Seção PE - MNU/PE
Caixa Postal: 692
50000-RECIFE (PE)
5. FUNDAÇÃO AFRO-BRASILEIRA - FUNDABRAS
A/C Murilo da Costa Selassîã - Rua Laurindo Coelho, 134
50000-RECIFE (PE)



V - SERGIPE

6. CASA DE CULTURA AFRO-SERGIPANA - CCAS
Rua Mato Grosso, 677 - Siqueira Campos Pres. Jose Severo dos Santos
49000-ARACAJU (SE)
7. FEDERAÇÃO DOS CULTOS AFRO-BRASILEIROS E UMBANDA DE SERGIPE - FCABUS
Rua Mato Grosso, 677 - Siqueira Pres. Manoel Messias de Jesus
49000-ARACAJU (SE)
8. UNIÃO DOS NEGROS DE SERGIPE - UNA
A/C José Fernandes Sales - Conj. Augusto Franco, Av. Canal 3, nº 510
49000-ARACAJU (SE)
9. ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DE ARACAJU - AMANOVA
A/C Jaconias Rosendo - Rua João Ferreora Lima, 125- B. Nova Veneza
49000-ARACAJU (SE)

af



• pela Constituinte

20 e 27 de agosto

1986

10. COAGRI

A/C Marinalva David Santos - Rua Mato Grosso, nº 1174
49000-ARACAJU (SE)

VI - ALAGOAS

11. GRUPO NEGRO FILHOS DE ZAMBI

A/C Aldo G. dos Santos - Rua São Paulo, 406-Ponta Grossa
57000-MACEIÓ (AL)

VII - BAHIA

12. MOVIMENTO NEGRO UNIFICADO, Seção BA - MNU/BA

Caixa Postal: 6423
40000-SALVADOR (BA)

13. SOCIEDADE COMUNITÁRIA OJÚ-OBÁ

A/C Ivonildo D. Ferreira - Rua da Alegria, nº 21 - Liberdade
40000-SALVADOR (BA)

14. BLOCO AFRO MUZENZA

A/C Janilson R. Santos - Rua Silvino Pereira, 225 apto 205
40000-SALVADOR (BA)

15. BLOCO AFRO ORUNMILÁ

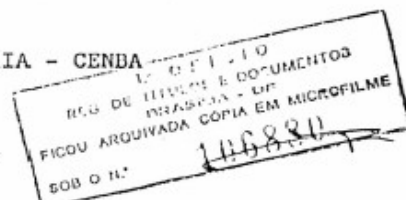
A/C José Carlos Correia - Av. Floresta, nº 55 - IAPI/Fundos
40000-SALVADOR (BA)

16. AFOXÉ OJÚ-OBÁ

A/C Idoline Conceição - Rua da Alegria, nº 21 - Liberdade
40000-SALVADOR (BA)

17. CONSELHO DAS ENTIDADES NEGRAS DA BAHIA - CENBA

Caixa Postal: 6429
40000-SALVADOR (BA)



VIII - MINAS GERAIS

18. SOCIEDADE CULTURAL BENEFICENTE QUILOMBO DOS PALMARES

Rua dos Palmares, 545 - Monte Castelo Cx.Postal: 747
36100-JUIZ DE FORA (MG)

19. MOVIMENTO NEGRO UNIFICADO, Seção MG - MNU/MG

Caixa Postal: 526
30161-BELO HORIZONTE (MG)

20. MOVIMENTO CULTURAL DE RAÇA NEGRA BARBACELENSE

A/C Mário A. da Silva - Rua Coronel João F. de Castro, 206/F
36200-BARBACENA (MG)

21. FRAÇÃO DO MOVIMENTO NEGRO DO PCB

A/C Antonio E. Fernandes - Rua Hilda de Oliveira, 22
30000-BELO HORIZONTE (MG)



pela constituinte

- 22. GRUPO DE UNIÃO E CONSCIÊNCIA NEGRA - GRUCON
A/C Silvani S. Valentim - Rua Bom Jesus da Penha, 849 Bl. 51
apto 304 Conj. Santa Terezinha - Itatiaia
40000-BELO HORIZONTE (MG)
- 23. MOVIMENTO NEGRO DE BETIM
A/C Gilberto S. Santos -Rua Juiz de Fora, 281
32500-BETIM (MG)
- 24. MOVIMENTO DA MULHER DO TRIÂNGULO MINEIRO E ALTO PARANÁ
A/C Conceição Leal - Av. Sigismundo Pereira, 3570
38400-UBERLÂNDIA (MG)
- 25. ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA DO 1º AMÉRICA
A/C Luiz H. Neto - Rua Espirito Santo, 49, 14º and.
30000-BELO HORIZONTE (MG)
- 26. PARTIDO SOCIALISTA CRISTÃO - PSC
A/C Pedro Correia A. Barros - Rua Pousó Alegre, 1390
30000-BELO HORIZONTE (MG)
- 27. SOCIEDADE AFRO-BRASILEIRA
A/C Carlos Antônio da Silva - Rua Rio de Janeiro, 195, 1º and. s/117
30160-BELO HORIZONTE (MG)
- 28. GRUPO DE CONGADA CATUPI
A/C Ivo Silvério da Rocha - Rua do Cruzeiroinho, 171 -MILHO VERDE
39155-SERRO (MG)
- 29. CENTRO DE INTEGRAÇÃO SÓCIO-CULTURAL DA RAÇA NEGRA - CISCURNE
Rua 1, nº 733 Ap.301-Nova Pampulha-Ribeirão das Neves
33800-BELO HORIZONTE (MG)

1.º OFÍCIO
REG DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
DIASRIA - DP
FICOU ARQUIVADA CÓPIA EM MICROFILME
146804

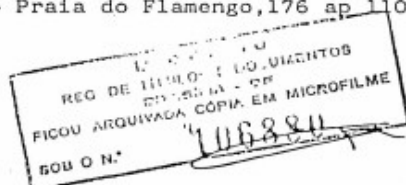
IX - SÃO PAULO

- 30. CONSELHO DE PARTICIPAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE NEGRA
Rua Antonio de Godoy, 122, 9º andar fone: 220.2946
01034-SÃO PAULO (SP)
- 31. MOVIMENTO NEGRO UNIFICADO, Seção SP - MNU/SP
Caixa Postal: 4420
01051-SÃO PAULO (SP)
- 32. SINDICATO DOS MARCENEIROS DE SÃO PAULO
A/C Wilson R. Levy - Rua Salomão Maieranitch, nº 52 Vila Santa Maria
02562-SÃO PAULO (SP)
- 33. CONSELHO NACIONAL DE CINECLUBES
A/C J. Batista J. Félix -Rua Maria Elisa Siqueira, 221
02558-São Paulo (SP)
- 34. PARTIDO SOCIALISTA BRASILEIRO - PSB
A/C José R. Militão Ferreira - Rua Toneleiros, 327 apto 131
05056-SÃO PAULO (SP)

mf



35. CENTRAL GERAL DOS TRABALHADORES - CGT
A/C Osvaldo de Oliveira - Av. Washington Luiz, nº 6979
01000-SÃO PAULO (SP)
- X - RIO DE JANEIRO
36. MOVIMENTO NEGRO UNIFICADO, Seção RJ - MNU/RJ
Caixa Postal: 794
20001-RIO DE JANEIRO (RJ)
37. INSTITUTO DE ESTUDOS DA RELIGIÃO - ISER
Largo do Machado, 21 - cobertura Cx. Postal: 18011
22221-RIO DE JANEIRO (RJ)
38. PARTIDO DOS TRABALHADORES - PT/RJ
A/C Benedita da Silva - Ladeira Ari Barroso - Chapéu Mangueira
20010-RIO DE JANEIRO (RJ)
39. CENTRO DE MULHERES DA FAVELA E PERIFERIA
A/C Sandra Helena T. Bello - Rua Euclides da Rocha, 17, casa 75
22031-RIO DE JANEIRO (RJ)
40. CONSELHO NACIONAL DO DIREITO DA MULHER - CNDM
A/C Benedita da Silva - Ladeira Ari Barroso - Chapéu Mangueira
20010-RIO DE JANEIRO (RJ)
41. GRÊMIO RECREATIVO DE ARTE NEGRA E ESCOLA DE SAMBA QUILOMBO
A/C Edialede Salgado do Nascimento - Praia do Flamengo, 176 ap 1101
22210-RIO DE JANEIRO (RJ)
42. CENTRO DE ESTUDOS AFRO-ASIÁTICOS
Rua da Assembléia, 10 sala 501
20011-RIO DE JANEIRO (RJ)
43. MOVIMENTO NEGRO SOCIALISTA DO PDT
A/C Edialede S. Nascimento - Praia do Flamengo, 176 ap 1101-Flamengo
22210-RIO DE JANEIRO (RJ)
44. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
A/C Ana Lúcia Jesuina - Rua Nossa Sra. de Lurdes, 79/301-Grajaú
21540-RIO DE JANEIRO (RJ)
45. INSTITUTO DE PESQUISAS DAS CULTURAS NEGRAS - IPCN
Av. Mem de Sá, nº 208 fone: 252.6683
20241-RIO DE JANEIRO (RJ)
46. SINDICATO DOS PUBLICITÁRIOS DO RIO DE JANEIRO
A/C Maria Helena Moraes - Av. Beira-Mar, 216 - Grupo 801
02140-RIO DE JANEIRO (RJ)
- XI - MATO GROSSO DO SUL
47. GRUPO TRABALHO E ESTUDOS ZUMBI - GRUPO TEZ
Caixa Postal: 1163 fone: 383.6789
79100-CAMPO GRANDE (MS)





• pela constituinte

20 a 27 de agosto

1988

48. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
A/C Jorge Manhães - coordenador de atividades para Constituinte
79100-CAMPO GRANDE (MS)

XII - SANTA CATARINA

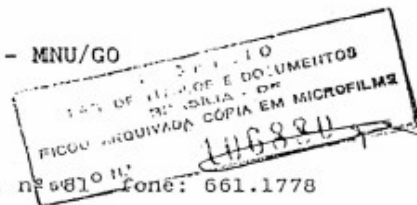
49. SEMANA AFRO-CATARINENSE - SEAFRO
A/C Osvaldo Vieira S. Filho - Rua João de Carvalho, 118
88000-FLORIANOPOLIS (SC)

XIII - RIO GRANDE DO SUL

50. MOVIMENTO TRABALHISTA DE INTEGRAÇÃO DA RAÇA NEGRA - MOTIRAN
A/C Antônio M. Ferreira - Rua Demétrio Ribeiro, 961 ap 80-Centro
90000-PORTO ALEGRE (RS)
51. PARTIDO NEGRO BRASILEIRO - PNB
Caixa Postal: 706 - EBTC Fone: 30.1946 -Rua Alegrete,106.
90000-PORTO ALEGRE
52. FONDATION SENGOR
A/C Mauro Paré - Av. Nilo Peçanha, 557 ap 504 Fone: 33.4142
90000-PORTO ALEGRE (RS)

XIV - GOIÁS

53. MOVIMENTO NEGRO UNIFICADO, Seção GO - MNU/GO
Caixa Postal: 1290
74000-GOIÂNIA (GO)
54. MOVIMENTO NEGRO DE MINEIROS
A/C Ezalme M. dos Santos - Rua 10, nº 870 Fone: 661.1778
76360-MINEIROS (GO)
55. CENTRO DE PROFESSORES DE GOIÁS - CPG
A/C Ciriaco Mauricio da Silva - Conj. 1 HI-Rua 9 c/12-Novo Gama
77223-NOVO GAMA (GO)



XV - DISTRITO FEDERAL

56. MOVIMENTO NEGRO UNIFICADO, Seção DF - MNU/DF
Caixa Postal: 11.1192
70084-BRASILIA (DF)
57. CENTRO DE ESTUDOS AFRO-BRASILEIROS - CEAB
SRTVN-Ed. Brasília Rádio Center, s/19-20 Pre.Waldimiro de Souza
70000-BRASILIA (DF)
58. ASSOCIAÇÃO DOS DEFICIENTES FÍSICOS DE BRASÍLIA
A/C Ione P. França - SDS-Ed. Venâncio IV, s/ 409 f.: 225.9584
70000-BRASILIA (DF)



- 59. ACESSORIA PARA ASSUNTOS DA CULTURA AFRO-BRASILEIRA DO MinC
A/C Carlos Alves Moura - assessor
SBN - Ministério da Cultura, 5º andar
70000-BRASILIA (DF)
- 60. JORNAL PRAIA VERDE
SDS-Ed. Venâncio, VI sala 410
70300-BRASILIA (DF)
- 61. PARTIDO SOCIALISTA BRASILEIRO - PSB
A/C Waldimiro de Souza - SQS 406 bl. G apto 203
70000-BRASILIA (DF)
- 62. ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO MIN. RELAÇÕES EXTERIORES
A/C Milton S. Costa - SQN 105 bl. H ap. 106
70234-BRASILIA (DF)
- 63. AMIGOS UNIDOS EM MOVIMENTO - A...U...M...
A/C Arlindo dos Santos - QNM 3 Conj. I casa 01
72215 -CEILÂNDIA SUL (DF)

20 011
Arlindo dos Santos

REG DE TÍTULOS E COPIAS
FICOU ARQUIVADA COPIA EM MICROFILME
50W O N.º *448844*



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
LOS PIONEIROS SOCIAIS - LOMAS DO BRASÍLIA-DF
REC O H E C I O N A R I O
Arlindo dos Santos, *Arlindo dos Santos* (c) *Arlindo dos Santos*
Arlindo dos Santos
da verdade
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
LOMAS DO BRASÍLIA-DF
PIONEIROS SOCIAIS - LOMAS DO BRASÍLIA-DF

JK

ANEXO B

MARCHA ZUMBI CONTRA O RACISMO, PELA IGUALDADE E A VIDA PROGRAMA DE SUPERAÇÃO DO RACISMO E DA DESIGUALDADE RACIAL

BRASÍLIA, 20 DE NOVEMBRO DE 1995

1) Democratização da informação

- Inclusão do quesito raça cor em todo e qualquer sistema de informação sobre a população, cadastro do funcionalismo, usuário de serviços, internos em instituições públicas, empregados, desempregados, inativos e pensionistas, e, particularmente, nas declarações de nascimentos, prontuários e atestados de óbito para que se conheça o perfil de morbidade e da mortalidade da população negra no país. A criação dessa base de dados sobre a população negra é fundamental para a formulação de políticas públicas específicas para todas as áreas de interesse da questão racial.

2) Mercado de Trabalho

- Implementação das Convenções 29, 105 e 111 da OIT.
- Estabelecimento de incentivos fiscais às empresas que adotarem programas de promoção da igualdade racial.
- Instalação, no âmbito do Ministério do Trabalho, Câmara Permanente de Promoção da Igualdade, que deverá se ocupar de diagnósticos e proposição de políticas de promoção da igualdade no trabalho, assegurada a participação do Movimento Negro.
- Desenvolvimento de políticas de combate a feminização da pobreza, fenômeno que atinge a absoluta maioria das mulheres negras. Para tanto, propomos a regulamentação do art. 7.º, inciso XX da CF, que prevê "proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos, nos termos da lei", contemplando especificamente a mulher negra através de

programa de acesso de capacitação e treinamento para o mercado de trabalho.

3) Educação

- Recuperação, fortalecimento e ampliação da escola pública, garantia de boa qualidade.
- Implementação da Convenção Sobre Eliminação da Discriminação Racial no Ensino.
- Monitoramento dos livros didáticos, manuais escolares e programas educativos controlados pela União.
- Desenvolvimento de programa permanentes de treinamento de professores e educadores que os habilite a tratar adequadamente com a diversidade racial, identificar as práticas discriminatórias presentes na escola e o impacto destas na evasão e repetência das crianças negras.
- Desenvolvimento de programa educacional de emergência para a eliminação do analfabetismo. Concessão de bolsas remuneradas para adolescentes negros de baixa renda para o acesso e conclusão do primeiro e segundo graus.
- Desenvolvimento de ações afirmativas para o acesso dos negros aos cursos profissionalizantes, à universidade e as áreas de tecnologia de ponta.

4) Cultura e Comunicação

- Desenvolver programas que assegurem a igualdade de oportunidade e tratamento nas políticas culturais da União, tanto no que se refere ao fomento à produção cultural, quanto à preservação da memória, de modo a dar visibilidade aos símbolos e manifestações culturais do povo negro.
- Promover o mapeamento e tombamento dos sítios e documentos detentores de reminiscências históricas, bem como a proteção das manifestações culturais afro-brasileiras.

- Propor projeto de lei, visando a regulamentação dos arts. 215, 216 e 242 da Constituição Federal.
- Assegurar a representação proporcional dos grupos étnico/raciais nas campanhas de comunicação do governo e das entidades que com ele mantenham relações econômicas e políticas.

5) Saúde

- Garantir as condições necessárias para que os negros e negras possam exercer a sua sexualidade e os seus direitos reprodutivos, controlando a sua própria fecundidade, para ter ou não ter filhos que desejem, garantindo o acesso a serviços de saúde de boa qualidade, de atenção à gravidez, ao parto e às doenças sexualmente transmissíveis.
- Adoção, no sistema público de saúde, de procedimento de detecção da anemia falciforme (nos primeiros anos de vida), hipertensão e miomatoses.
- Viabilização de serviços públicos específicos para a anemia falciforme na área de hematologia, via Programa Nacional de Atenção às Hemoglobinopatias Hereditárias, medidas inclusive já sugerida pela OMS. tal Programa Nacional deverá dispor de habilitação técnica, política e ética para evitar, enfrentar e vencer as possíveis discriminações que poderão surgir em relação a portadores/as de *Anemia Falciforme* ou traço falcêmico.
- Continuidade dos programas de prevenção e atendimento as DST-Aids.
- Os boletins epidemiológicos do Ministério e Secretarias de Saúde devem analisar o impacto das condições sociais de: raça, educação e nível sócio-econômico no desenvolvimento da epidemia, introduzindo o quesito cor na ficha epidemiológica de Aids.
- Garantir o direito à saúde integral das mulheres, observando-se as especificidades raciais e étnicas.

6) Violência

- Ampliação da legislação anti-racista de forma a contemplar todas as situações em que o racismo e a discriminação racial se manifestem.
- Tipificação de conduta discriminatória no código penal.
- Viabilização de banco de dados referente a processos criminais, de modo que se possa desagregar e assegurar tratamento estatístico ao quesito cor e melhor conhecer os diferentes aspectos da desigualdade no acesso à justiça.
- Adoção da disciplina de direitos humanos e cidadania, com recorte de raça e gênero, nos cursos de formação de policiais civis e militares.
- Punição exemplar dos crimes de extermínio de crianças e adolescentes e de tortura de presos comuns.
- Controle e punição rígida das agências de turismo que exploram, direta ou indiretamente, a prostituição.

7) Religião

- Incluir no Plano Nacional de Direitos Humanos, a proposição de legislação que defina e puna a intolerância étnico-religiosa, assim como os preconceitos e estereótipos que estigmatizam os cultos de origem africana, de modo a dar cumprimento ao preceito constitucional que assegura o livre exercício religioso.
- Estabelecer mecanismos legislativos e/ou executivos que garantam a devolução dos instrumentos sagrados dos cultos de origem africana apreendidos no Império e na República pela polícia repressiva do Estado e que se encontram expostos em vários museus da Polícia Militar em diversos estados brasileiros, como por exemplo na Bahia e no Rio de Janeiro.

8) Terra

- Apesar de ter garantido o seu reconhecimento na Constituição, através do art. 68 das Disposições Transitórias, até hoje nenhuma comunidade negra rural quilombola recebeu o título definitivo de propriedade de suas terras, onde vivem a séculos. Portanto, impõe-se a emissão imediata dos títulos de propriedades das terras destas comunidades.

ANEXO C

Conselheiros Sociedade Civil mandato 2003-2007

ABONG	Associação Brasileira de Organizações Não-Governamentais
ABERT	Associação Brasileira de Rádio e Televisão
AMNB	Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras
ANCEABRA	Associação Nacional dos Coletivos de Empresários e Empreendedores Afro-Brasileiros
ANPN	Associação Nacional de Pesquisadores Negros
APNs	Agentes de Pastorais Negros
APRECI	Associação de Preservação da Cultura Cigana
CNAB	Congresso Nacional Afro-Brasileiro
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CONAQ	Coordenação Nacional de Quilombos
CONEN	Coordenação Nacional das Entidades Negras
CONIB	Confederação Israelita do Brasil
COPAL	Confederação Árabe Palestina do Brasil
Ethos	Instituto Ethos de Responsabilidade Social
FENATRAD	Federação Nacional dos Trabalhadores Domésticos
FNMN	Fórum Nacional de Mulheres Negras
INSPIR	Instituto Sindical Interamericano pela Igualdade Racial
INTECAB	Instituto Nacional da Tradição e Cultura Afro-brasileira
UNEGRO	União de Negros pela Igualdade
WARÃ	Instituto Indígena Brasileiro

Representantes com notório saber:

- Cantora Leci Brandão
- Poeta Oliveira da Silveira
- Professor Kabengele Munanga

ANEXO D

Conselheiros Sociedade Civil mandato 2008-2010

AMNB	Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras
ANCEABRA	Associação Nacional dos Coletivos de Empresários Negros e Empreendedores Afro-Brasileiros
APNs	Agentes de Pastoral Negros
Associação de Promoção Humana Serumano	
CMP	Central de Movimentos Populares
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil;
CNMI	Conselho Nacional de Mulheres Indígenas
CONAQ	Coordenação Nacional de Quilombos.
CONEN	Coordenação Nacional de Entidades Negras
CONIB	Confederação Israelita do Brasil
CUT	Central Única dos Trabalhadores
Federação Árabe Palestina do Brasil	
FENAFAL	Federação Nacional das Associações de Doença Falciforme
UNEGRO	União de Negros Pela Igualdade
FENATRAD	Federação Nacional dos Trabalhadores Domésticos;
FNMN	Fórum Nacional de Mulheres Negras
Fundação Santa Sara Kali	
INTECAB	Instituto Nacional da Tradição e Cultura Afro-Brasileira
RAM	Rede Amazônia Negra

Representante com notório saber:

- Ivete Alves Sacramento

ANEXO E

Conselheiros Sociedade Civil mandato 2010-2012

APNs	Agentes de Pastoral Negros
AMNB	Articulação de Organização de Mulheres Negras Brasileiras
ANCEABRA	Associação Nacional dos Coletivos de Empresários e Empreendedores Afro-Brasileiros
CENARAB	Centro Nacional de Africanidade e Resistência Afro- Brasileira
CEN	Coletivo de Entidades Negras
CNAB	Congresso Nacional Afro- Brasileiro
CONEN	Coordenação Nacional de Entidades Negras
FENAFAL	Federação Nacional das Associações de Doença Falciforme
FENAJ/CONAJIRA	Federação Nacional dos Jornalistas
FNMN	Fórum Nacional de Mulheres Negras
INTECAB	Instituto Nacional de Tradição e Cultura Afro- Brasileira
RAN	Rede Amazônia Negra
CNBB	Confederação Nacional dos Bispos do Brasil
CUT	Central Única dos Trabalhadores
Fundação Santa Sara Kali	
UNE	União Nacional dos Estudantes

Representantes com notório saber:

- Edson Luiz de França
- Ivo Fonseca Silva
- Maria Helena Azumezohero

ANEXO F

Conselheiros Sociedade Civil mandato 2012-2014 (titulares e suplentes)

AMNB	Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras
ABPN	Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as
ANCEABRA	Associação Nacional dos Coletivos de Empresários e Empreendedores Afro-Brasileiros
APNs	Agentes de Pastoral Negros do Brasil
Associação Afro-Religiosa e Cultural “Ilê Yabá Omi”	
CCN	Centro de Cultura Negra do Maranhão
CEAP	Centro de Articulação de Populações Marginalizadas
CEDRO	Centro de Estudos e Discussões ROMANI
CEERT	Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdade
CENARAB	Centro de Africanidade e Resistência Afro-Brasileira
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNAB	Congresso Nacional Afro-Brasileiro
CONAQ	Coordenação Nacional das Comunidades Negras e Rurais
Quilombolas	
CONIB	Confederação Israelita do Brasil
CTB	Central de Trabalhadores do Brasil
CUT	Central Única dos Trabalhadores
EDUCAFRO	Educação de Carentes e Afrodescendentes
ENEGRECER	Coletivo Nacional de Juventude Negra
FENAFAL	Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes
FEPAL	Federação Árabe Palestina
FNMN	Fórum Nacional de Mulheres Negras
INSPIR	Instituto Sindical Interamericano pela Igualdade Racial
Instituto Cultural Steve Biko	
RAN	Rede Amazônia Negra
Rede AFRO LGBT	Rede Nacional de Negros e Negras Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais
UGT	União Geral dos Trabalhadores
UJS	União da Juventude Socialista
UNE	União Nacional dos Estudantes
UNEGRO	União de Negros pela Igualdade
União Cigana do Brasil	

Representantes com notório saber:

- Angela Maria da Silva Gomes
- Rosane da Silva Borges
- Valdecir Pedreira do Nascimento

ANEXO G



Presidência da República
Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial

REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO NACIONAL DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL Aprovado na 09ª Reunião Ordinária de 07 e 08 de novembro de 2005

CAPÍTULO I DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º O Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial - CNPIR, órgão colegiado de caráter consultivo, integrante da estrutura básica da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República - SEPPIR/PR, criado pela Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003, e regulamentado pelo Decreto nº 4.885, de 20 de novembro de 2003, tem por finalidade propor, em âmbito nacional, políticas de promoção da igualdade racial, com ênfase na população negra e outros segmentos étnicos da população brasileira, com o objetivo de combater o racismo, o preconceito e a discriminação racial e de reduzir as desigualdades raciais, inclusive no aspecto econômico e financeiro, social, político e cultural, ampliando o processo de controle social sobre as referidas políticas.

CAPÍTULO II ORGANIZAÇÃO DO COLEGIADO

Art. 2º CNPIR tem a seguinte organização interna:

- I - Pleno
- II - Presidente
- III - Secretário Executivo
- IV - Comissões e Grupos de Trabalho

Seção I Do Pleno

Art. 3º O Pleno é a instância decisória do CNPIR, composta pelos Conselheiros designados como membros do CNPIR funcionará em sessões ordinárias e extraordinárias, de acordo com requisitos de funcionamento estabelecidos neste Regimento.

Subseção I Dos Conselheiros

Art. 4º. São atribuições dos Conselheiros:

- I - zelar pelo pleno e total desenvolvimento das atribuições do CNPIR;
- II - estudar e relatar, nos prazos preestabelecidos, matérias que lhes forem distribuídas, podendo valer-se de assessoramento técnico e administrativo;
- III - apreciar e, quando for o caso, deliberar sobre matérias submetidas ao Pleno;
- IV - apresentar propostas de moções, recomendações ou resoluções sobre assuntos relativos à política de promoção da igualdade racial;
- V - requerer votação de matéria em regime de urgência;
- VI - zelar, acompanhar e propor medidas de defesa de direitos de indivíduos e grupos étnico raciais afetados por discriminação racial e demais formas de intolerância; e
- VII - desempenhar outras atividades necessárias ao cumprimento do seu papel e ao funcionamento do Conselho.



Presidência da República
Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial

Parágrafo único. As justificativas de ausências deverão ser apresentadas na Secretaria Executiva do CNPIR até três dias úteis após a sessão.

Art. 5º. A perda de mandato de membros pela prática de ato incompatível com a função de Conselheiro do CNPIR, por decisão da maioria absoluta dos membros do CNPIR, conforme previsto no Art. 4º do Dec. 4.885, 20 de novembro de 2003, será comunicada à Presidência do CNPIR, que deverá tomar as providências necessárias à sua substituição.

Subseção II
Do Funcionamento do Pleno

Art. 6º O CNPIR reunir-se-á preferencialmente em Brasília, em reuniões bimestrais ordinárias convocadas pelo seu Presidente e em sessões extraordinárias por convocação do Presidente, ou decorrentes de requerimento da maioria absoluta dos seus membros titulares.

Art. 7º As sessões ordinárias do CNPIR, ressalvadas às situações de excepcionalidade, deverão ser convocadas com antecedência mínima de sete dias úteis, com pauta previamente comunicada aos seus integrantes.

§ 1º Cada membro, no exercício da titularidade, terá direito a um voto, sendo garantido aos membros suplentes presentes às reuniões somente o direito a voz.

§ 2º As sessões serão públicas, podendo, no entanto, a critério do Presidente, justificadamente, ser adotado regime sigiloso, nas hipóteses em que a sessão demandar restrição de acesso ao público.

§ 3º Não será permitido aos observadores participar das discussões ou fazer perguntas durante a sessão, salvo por autorização expressa do Pleno.

Art. 8º O quorum para início das sessões é de maioria absoluta.

Art. 9º. A pauta da reunião ordinária constará de:

- I - Verificação da presença e da existência de quorum para instalação do colegiado;
- II - Leitura e aprovação da ata da reunião anterior;
- III - Informes gerais;
- IV - Leitura e aprovação da ordem do dia;
- V - Apresentação, discussão e deliberação das matérias agendadas; e
- VI - Encerramento.

Art. 10. O Pleno do CNPIR, observado o quorum estabelecido, deliberará mediante Resoluções, Recomendações e Moções adotadas pela aprovação da maioria dos presentes.

§ 1º As Resoluções referem-se a deliberações acerca de medidas de caráter interno do CNPIR, em especial a aprovação do Regimento Interno e a criação de Comissões e Grupos de Trabalho;

§ 2º As Recomendações serão dirigidas a ator ou atores institucionais a que se sugere ou de quem se espera ou se pede determinada conduta ou providência;

§ 3º As Moções expressam o juízo do CNPIR sobre fatos ou situações, com o propósito de manifestar reconhecimento, apoio, crítica ou oposição.

§ 4º As deliberações do CNPIR serão encaminhadas para publicação no Diário Oficial da União (D.O.U.), no prazo máximo de trinta dias.

Art. 11 As intervenções durante a discussão das matérias no CNPIR deverão ter duração de três minutos, podendo ser esse limite de tempo ampliado por decisão plenária.

Parágrafo único: Será permitida apenas uma reinserção para cada ponto de pauta.

Art. 12. As sessões do CNPIR, observada a legislação vigente, terão as seguintes rotinas para ordenamento de seus trabalhos:



Presidência da República
Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial

I - as matérias pautadas, após o processo de exame prévio preparatório serão apresentadas, por escrito, destacando-se os pontos essenciais, seguindo-se a discussão e, quando for o caso, a deliberação;

II - ao início da discussão, qualquer conselheiro poderá pedir vista dos autos, devendo o assunto retornar impreterivelmente, na reunião ordinária seguinte para apreciação e eventual deliberação;

III - o pedido de vista poderá ser feito por mais de um conselheiro, sendo relatores todos aqueles que o fizerem;

IV - a questão de ordem é direito exclusivamente ligado ao cumprimento dos dispositivos regimentais e legais, cabendo ao Presidente acatá-la ou não, ouvindo-se o Pleno em caso de conflito com o requerente;

V - as votações devem ser apuradas pela contagem de votos a favor, contra e abstenções, mediante manifestação expressa de cada conselheiro;

VI - a recotagem dos votos deve ser realizada quando o Presidente julgar necessário ou quando solicitada por um ou mais conselheiros.

Art. 13. As sessões do Pleno podem ser gravadas e das atas devem constar:

I - relação dos participantes seguida do nome de cada membro, com a indicação da qualidade de titular ou suplente, e do órgão ou entidade que representa;

II - resumo de cada informe, onde conste de forma sucinta o nome do Conselheiro e o assunto ou sugestão apresentada;

III - relação dos temas abordados na ordem do dia com indicação do(s) responsável(is) pela apresentação, e a inclusão de alguma observação, quando expressamente solicitada por conselheiro(s);

IV - as deliberações tomadas, inclusive quanto à aprovação da ata da reunião anterior e aos temas a serem incluídos na pauta da reunião seguinte, terão registrados o número de votos contra, a favor e abstenções, incluindo votação nominal quando solicitada.

§ 1º O teor integral das matérias tratadas nas reuniões do Conselho estará disponível na Secretaria Executiva em gravação ou em cópia de documentos.

§ 2º A Secretaria Executiva providenciará a remessa de cópia da ata de modo que cada Conselheiro possa recebê-la, no mínimo, sete dias antes da reunião em que será apreciada.

§ 3º As emendas e correções à ata serão entregues pelo(s) Conselheiro(s) na Secretaria Executiva até o início da sessão que a apreciará.

Seção II

Do Presidente

Art. 14. A função de Presidente do CNPIR será exercida pelo Secretário Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial.

§ 1º No impedimento, ausência ou ainda por designação do(a) Secretário Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, o Secretário Adjunto da SEPP/PR exercerá interinamente a função de Presidente do CNPIR.

§ 2º No impedimento ou ausência tanto do(a) Secretário Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial como do Secretário Adjunto da SEPP/PR, ou ainda por designação do(a) Secretário Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, as reuniões serão dirigidas pelo Secretário Executivo em conjunto com um conselheiro da sociedade civil *ad referendum* do plenário.

Seção III



Presidência da República
Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial

Do Secretário Executivo

Art. 15. A função de Secretário Executivo será exercida por servidor público ou ocupante de Cargo em Comissão vinculado ao Gabinete da SEPP/PR, tendo como finalidade prover as condições para o cumprimento das suas competências do CNPIR, por meio da promoção do necessário apoio técnico, logístico e administrativo.

§ 1º O Secretário Executivo será indicado pelo Secretário Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial.

§ 2º Na ausência, impedimento ou incompatibilidade do Secretário Executivo, a Presidência do CNPIR designará como Secretário Executivo *ad hoc*, outro servidor público lotado na SEPP/PR.

Art. 16 Compete ao Secretário-Executivo:

- I) convocar, por solicitação do Presidente as reuniões do Conselho, dos Grupos de Trabalho e Comissões);
- II) preparar conjunto com o Presidente e o Vice-Presidente a pauta de reuniões;
- III) executar outras competências que lhe sejam atribuídas pelo Presidente assim como pelo Plenário;
- IV) dar ampla publicidade a todos os atos deliberados no CNPIR;
- V) adotar ou propor medidas que objetivem o aperfeiçoamento dos serviços afetos ao Conselho;
- VI) decidir ou opinar sobre assuntos de sua competência ;
- VII) compor a mesa diretora do CNPIR.
- VIII) acompanhar, supervisionar e participar da execução dos Convênios do CNPIR;
- IX) apresentar ao CNPIR o Plano de Trabalho Anual;
- X) acompanhar o encaminhamento dado às Resoluções, Recomendações e Moções emanadas do Conselho e dar as respectivas informações atualizadas durante os informes do CNPIR;
- XI) submeter ao Presidente do CNPIR e ao Pleno relatório das atividades do CNPIR, do ano anterior, no primeiro trimestre de cada ano;

Seção IV

Das Comissões e Grupos Temáticos

Art. 17. As Comissões e os Grupos Temáticos são instâncias de natureza técnica, para tratar de assuntos específicos e têm por finalidade promover ações, realizar estudos e elaborar propostas sobre os seguintes temas:

- I - combate a todas as formas de manifestação de racismo, preconceito e à discriminação racial e xenofobia;
- II - erradicação das desigualdades raciais e seus reflexos, notadamente nos aspectos econômico, financeiro, social, político e cultural;
- III - controle social sobre as Políticas de Promoção da Igualdade Racial.



Presidência da República
Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial

Art. 18. O Pleno poderá criar tantas Comissões e Grupos Temáticos quantos forem necessários para desenvolver estudos e elaborar proposições aos temas referidos no Art. 17 deste Regimento.

Art. 19 A constituição e funcionamento de cada Comissão e Grupo Temático será estabelecida em resolução específica do CNPIR, da qual constará:

- I - justificativa;
- II - finalidade;
- III - objetivos;
- IV - prazos, e
- V - demais aspectos que identifiquem claramente a sua natureza.

Art. 20 As Comissões e os Grupos Temáticos serão compostos por no máximo nove membros, devendo sempre a coordenação ficar a cargo de um conselheiro titular e poderão ter, entre seus integrantes, pessoas estranhas ao Conselho.

§ 1º Sempre que possível, os coordenadores das Comissões e Grupos Temáticos serão conselheiros representantes das populações ou segmentos étnicos de que tratam.

§ 2º De acordo com a urgência, necessidade e gravidade do assunto a ser tratado, as Comissões e Grupos Temáticos poderão ser constituídos pelo Presidente, *ad referendum* do Pleno, que deverá manifestar-se a respeito na sessão seguinte.

Art. 21. Aos membros das Comissões e Grupos temáticos compete:

I - realizar estudos e análises, apresentar proposições e recomendações, opinar, apreciar, emitir parecer e relatar as matérias que lhes forem distribuídas e assessorar as reuniões plenárias, na área de sua competência;

II - requerer esclarecimentos que lhes forem úteis para melhor apreciação da matéria;

III - elaborar documentos que subsidiem as decisões das Comissões ou Grupos Temáticos.

Art. 22. Cada Comissão e Grupo Temático terá um coordenador e relator, cabendo a este último a exposição em sessão plenária do parecer sobre a matéria em pauta.

§ 1º Os pareceres emitidos pelas Comissões e Grupos Temáticos serão deliberados pelo Pleno do Conselho.

§ 2º Os pareceres dos Relatores das Comissões e Grupos Temáticos que estiverem contidos na Ordem do Dia serão encaminhados pela Secretaria Executiva aos conselheiros, com antecedência mínima de cinco dias úteis.

§ 3º O termo final para o funcionamento do Grupo Temático poderá ser prorrogado por resolução do CNPIR desde que apresentada justificativa junto ao Pleno.

Art. 23. Aos coordenadores das Comissões e Grupos Temáticos incumbe:

I - promover as condições necessárias para que a Comissão ou Grupo Temático atinja a sua finalidade, incluindo a articulação com os órgãos e entidades geradores de estudos, propostas, normas e tecnologias;

II - designar secretário "*ad hoc*" para cada reunião;

III - apresentar relatório conclusivo ao Pleno do CNPIR sobre matéria submetida a estudo, dentro do prazo fixado pelo Pleno, acompanhado de todos os documentos pertinentes, bem como das atas das reuniões assinadas pelos participantes;

IV - assinar as atas das reuniões e as recomendações elaboradas pela Comissão ou Grupo Temático encaminhando-as ao Pleno do CNPIR;



Presidência da República
Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial

V - convidar, manifestada a prévia necessidade, *ad referendum* do Presidente do CNPIR, entidades, cientistas, técnicos e personalidades para colaborarem em estudos ou participarem como consultores *ad hoc* na apreciação de matérias submetidas ao CNPIR;

VI - propor diligências consideradas imprescindíveis ao exame da matéria, ouvido o Pleno;

VII - assinar relatórios e pareceres finais sobre as matérias pertinentes ao CNPIR, segundo as deliberações tomadas em reunião;

VIII - emitir parecer sobre matérias consideradas urgentes, *ad referendum* do Pleno, que terá seu conhecimento e deverá manifestar-se a respeito na sessão seguinte.

CAPÍTULO III
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 24. O CNPIR poderá organizar atividades que congreguem áreas de conhecimento e tecnologia, visando subsidiar o exercício das suas competências.

Art. 25. O apoio administrativo e os meios necessários à execução dos trabalhos do CNPIR, dos grupos temáticos e das comissões serão prestados pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial.

Art. 26. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Presidente do CNPIR, *ad referendum* do Pleno.

Art. 27. As comissões e os grupos temáticos, *ad referendum* do Pleno, poderão convidar qualquer pessoa, representante de órgão federal, estadual ou municipal, empresa privada, sindicato, instituição ou entidade civil, para comparecer às sessões e prestar esclarecimentos.

Art. 28. O presente Regimento Interno entrará em vigor na data da sua publicação, só podendo ser modificado por decisão de dois terços dos membros do CNPIR.

Art. 29. A participação nas atividades do CNPIR, dos grupos temáticos e das comissões será considerada função relevante e não será remunerada.

