

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
FACULDADE DE DIREITO

**MORRER PELA FOME OU PELO VÍRUS: UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL
SOBRE AS MORTES EVITÁVEIS DE NEGROS E NEGRAS NA PANDEMIA DO
COVID-19**

ISABELA VASLIN MIRANDA

Rio de Janeiro

2022

ISABELA VASLIN MIRANDA

**MORRER PELA FOME OU PELO VÍRUS: UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL
SOBRE AS MORTES EVITÁVEIS DE NEGROS E NEGRAS NA PANDEMIA DO
COVID-19**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharelem Direito, sob a orientação da **Professora Dra. Mariana Trotta Dallalana Quintans.**

Rio de Janeiro

2022

CIP - Catalogação na Publicação

V672m Vaslin Miranda, Isabela
MORRER PELA FOME OU PELO VÍRUS: UMA ANÁLISE
INTERSECCIONAL SOBRE AS MORTES EVITÁVEIS DE NEGROS
E NEGRAS NA PANDEMIA DO COVID-19 / Isabela Vaslin
Miranda. -- Rio de Janeiro, 2022.
92 f.

Orientadora: Mariana Trotta Dallalana Quintans.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade
Nacional de Direito, Bacharel em Direito, 2022.

1. Covid-19. 2. SUS. 3. Racismo Estrutural. 4.
Políticas Públicas. 5. Determinantes sociais de
saúde. I. Trotta Dallalana Quintans, Mariana,
orient. II. Título.

ISABELA VASLIN MIRANDA

**MORRER PELA FOME OU PELO VÍRUS: UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL
SOBRE AS MORTES EVITÁVEIS DE NEGROS E NEGRAS NA PANDEMIA DO
COVID-19**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação da **Professora Dra. Mariana Trotta Dallalana Quintans.**

Data da Aprovação: 19/12/2022

Banca Examinadora:

Orientadora: Profa. Dra. Mariana Trotta Dallalana Quintans

Membro da Banca: Prof. Dr. Philippe Oliveira de Almeida

Membro da Banca: Profa. Ma. Isadora de Oliveira Silva

Rio de Janeiro

2022

Ao meu filho Rafael.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em especial:

A minha mãe, Patrícia, que me deu a vida e que sempre lutou para nos criar, apesar de todas as adversidades que enfrentou. À minha irmã, Daniela, por ser meu porto seguro e calmaria nos momentos difíceis. Ao meu pai, João, por todo apoio e carinho sempre.

Ao Rafael, meu filho, por toda alegria e leveza que trouxe à minha vida, por me mostrar o mundo lindo e cheio de esperança através de seus olhos, com toda sua ternura. Ao Mateus, meu companheiro, por toda sua dedicação e amor comigo e com nosso filho.

A toda minha família que sempre acreditou em mim e me deu todo apoio que precisei para nunca desistir dos meus sonhos. Tanto minha família sanguínea, quanto a que ganhei, com muita sorte, através do Mateus.

A todas as minhas amigas, que sempre viram o melhor em mim e me deram forças para nunca desistir. Em especial, minhas amigas na graduação, em que tive tantos encontros especiais, mas principalmente, Wal, Bea e Maryna, obrigada pelo apoio e carinho de sempre, e por sempre acreditarem em mim.

A UFRJ e a Faculdade Nacional de Direito, pelas pessoas brilhantes que a integram, professores, alunos, servidores, técnicos e terceirizados. Pela Educação Pública, a quem devo minha formação não só acadêmica, mas enquanto pessoa.

A minha orientadora, Mariana Trotta, não apenas pelo apoio, paciência e atenção na execução deste trabalho, mas por toda a sua luta, através do Direito, na construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Ao NAJUP e as PLPs, que me permitiram o encontro com tantas pessoas especiais e inspiradoras, mas principalmente, me permitiram dar sentido ao Direito, enquanto instrumento de luta pela justiça social.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar os dados em saúde coletados no período da pandemia da covid-19, em que foram evidenciadas as desigualdades no acesso às políticas sanitárias estatais, como acesso aos leitos de UTI, aos respiradores, às vacinas e ao isolamento social. Mediante revisão bibliográfica sob o prisma interseccional entre as opressões de raça, classe e gênero, preponderantes ao entendimento das iniquidades sociais em saúde e, portanto, das determinantes sociais em saúde. Ainda, é examinado o papel do SUS, enquanto política de promoção da equidade e justiça racial, revisitando-se as lutas populares para conquista do SUS, a condição atual do Sistema, principalmente após os desmontes neoliberais. Por fim, diante do estrondoso numerário de mortes pelo vírus, a presente análise também auxilia a entender-se a classe, raça e gênero dessas mortes e a responsabilidade dos governantes sobre as mortes evitáveis.

PALAVRAS-CHAVE

Covid-19; Racismo estrutural; Interseccionalidade; SUS; Políticas públicas; Determinantes sociais de saúde.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the health data collected during the covid-19 pandemic, in which inequalities in state health policies have been highlighted, such as access to ICU vacancies, respirators, vaccines and social isolation. Through literature review under an intersectional perspective at race, class and gender oppressions, a major viewpoint to understand the social inequities in Health and its social determinants. Also, SUS's role as a key policy to promote equity and racial justice is examined through a visit at popular struggles to conquer SUS and, also, its current condition, especially after the neoliberal dismantling. Finally, before the resounding number of deaths by the virus, the present paper helps to understand class, race and gender of these and Government's responsibility about the preventable ones.

KEYWORDS

Covid-19; Structural Racism; Intersectionality; SUS; Public Policies; Social Determinants of Health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. RACISMO ESTRUTURAL E INTERSECCIONALIDADE NO CONTEXTO BRASILEIRO	14
1.1 RACISMO ESTRUTURAL NO BRASIL	14
1.2 INTERSECCIONALIDADE NO CONTEXTO BRASILEIRO	22
1.2.1 A SOBREPOSIÇÃO DE RAÇA E GÊNERO	22
1.2.2 A MULHER NEGRA NO BRASIL	26
2. O SUS E O PAPEL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE COMO POLÍTICA ANTIRRACISTA	29
2.1 O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA NA ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE	29
2.1.1 O MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA	31
2.1.2 A PLENÁRIA NACIONAL DE SAÚDE	37
2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ESTRUTURA, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES	40
2.3 POLÍTICAS NEOLIBERAIS E O DESMONTE AO SUS	50
2.3.1 O FINANCIAMENTO DO SUS	52
2.3.2 A PEC DO TETO DE GASTOS E O DESMONTE AO SUS	55
2.4 O SUS ENQUANTO POLÍTICA ANTIRRACISTA	57
3. O COVID-19 NO BRASIL	65
3.1 O RACISMO E SEXISMO NO BRASIL COMO SENTENÇA DE MORTE NA PANDEMIA	66

3.1.1 A CRISE SANITÁRIA-ECONÔMICO-SOCIAL DA PANDEMIA E AS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....	68
3.1.2 SISTEMA DE (DES)PROTEÇÃO SOCIAL.....	71
3.1.3 O SUS, O PNI E AS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....	74
CONCLUSÃO.....	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82

INTRODUÇÃO

Quinta-feira, 19 de março de 2020, é noticiada a segunda morte por covid-19 no país e primeira no estado do Rio de Janeiro, a vítima, Cleonice Gonçalves, mulher, negra, periférica, de 63 anos, percorria 120km de transporte público para chegar na casa dos patrões, no Alto Leblon, área nobre da cidade do Rio de Janeiro. Segundo seus familiares, trabalhava porque não tinha outra opção: tinha que sustentar a si e a sua família desde os 13 anos de idade, e apesar de ter obesidade, diabetes, hipertensão e infecção urinária, não tinha tempo suficiente de contribuição para se aposentar. (MELO, 2020)

Sua patroa, recém-chegada da Itália, já apresentava os sintomas da covid-19, o que não impediu que dispensasse Cleonice, que preservasse sua vida, se o fizesse quem cuidaria da casa, dos afazeres domésticos, da sua alimentação e do seu bom viver. A que custo valia o seu descanso. O vírus tinha chegado ao Brasil, vindo de quem tem privilégios o suficiente para ‘não trabalhar’, para andar de avião até o outro lado do mundo, sem que isso fosse uma festa danada.

Ocorre que, ao contrário do que muitos falavam, as mortes pelo vírus não foram democráticas. Não há como se falar em democracia no Brasil, quando “a renda dos 1% mais ricos é 34 vezes maior que a renda da metade mais pobre do Brasil. E entre os mais pobres, a população negra é maioria. (...) Em condições de moradia, 44,5% de pretos e pardos vivem em condições precárias com ausência de serviços básicos.” (IBGE, 2019a)

É, portanto, nessa conjuntura, que a população negra vive, em sua maioria, no Brasil, em cenário alarmante de não ter acesso a direitos básicos como moradia digna, saneamento básico, alimentação, educação e saúde. E quando esses indivíduos negros também são atravessados pelo gênero, quando são mulheres negras, a situação agrava-se mais ainda. A condição de vida desses indivíduos é preponderante para sua condição de saúde, de exposição e vulnerabilidade ao vírus. (SILVA, STHEL, 2021)

Para entendimento deste cenário, utilizou-se o presente trabalho de pesquisa e análise bibliográfica, sob o viés do racismo estrutural e da interseccionalidade (enquanto sobreposição ou entrecruzamento das opressões de gênero, raça e classe), ou seja, da interdependência entre as diferentes opressões estruturais da sociedade e de como estas se relacionam historicamente e sociologicamente, constituindo uma ferramenta analítica fundamental para a compreensão das especificidades das iniquidades sociais e das determinantes sociais em saúde, bem como suas

implicações, quanto ao acesso à saúde, em seu conceito amplo, principalmente na pandemia da covid-19.

Analisa-se, para tanto, as políticas públicas em saúde no período e o papel do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), enquanto políticas antirracistas, de promoção da justiça social e equidade racial. Retornando ao Movimento pela Reforma Sanitária, das lutas populares que reivindicaram o estabelecimento do SUS na Assembleia Nacional Constituinte e, portanto, na Constituição Federal de 1988. Até a estrutura atual do SUS, atinando-se aos graves desmontes ao SUS e às políticas sociais no país, principalmente após o avanço neoliberal com o impeachment da presidenta Dilma e da Emenda Complementar nº 95, ou Emenda do Teto de Gastos, que afetou sobremaneira as pessoas negras, e em especial, as mulheres negras.

Busca-se, então, analisar e entender a desigualdade de acesso às políticas sanitárias na covid-19 como acesso à vacinação, aos leitos de UTI, respiradores, possibilidade de isolamento social, etc. E quais os reflexos das mortes notificadas por covid-19, sob os aspectos de raça, classe e gênero, a partir da análise bibliográfica e da coleta de dados sobre esses indicadores no período. Procurando-se entender a responsabilidade dos governantes quanto às mortes evitáveis da pandemia.

1. RACISMO ESTRUTURAL E INTERSECCIONALIDADE NO CONTEXTO BRASILEIRO

1.1. Racismo Estrutural no Brasil

Na teoria racial, Silvio Almeida elucida acerca da questão central de que o “racismo é sempre estrutural” (ALMEIDA, 2019, p. 15) sendo o racismo integrador da organização política e econômica da sociedade.

Com intuito de solidificar a teoria, inicialmente é entendido o conceito de raça em seus aspectos e sentidos, mutáveis a depender de seu referencial. Inicialmente, em caráter biológico foi o termo utilizado para classificar e dividir espécies de animais e plantas. Porém, a partir do século XVI, passou a ser utilizado para classificar seres humanos e suas diferenças, o que apesar de denominar-se uma classificação científica, a partir de características biológicas ou naturais, foi instrumento político ao longo da História. (ALMEIDA, 2019)

O século XVI na Europa foi o século da expansão comercial, marítima, política e intelectual-ideológica. A exploração e dominação das colônias e seus povos singulares, ensejou na Europa “a construção do moderno ideário filosófico que mais tarde transformaria o europeu no homem universal e todos os povos e culturas não condizentes com os sistemas culturais europeus em variações menos evoluídas.” (ALMEIDA, 2019)

Assim, o colonialismo foi um projeto de expansão política europeia, com intuito de instituir a civilização e modernidade nos territórios considerados primitivos, selvagens e por isso, inferiores, em um processo de desumanização desses indivíduos, que antecede a discriminação, exploração e genocídio desses povos. (ALMEIDA, 2019)

Como ponto central para entender os desdobramentos do colonialismo, é a colonialidade como um dos elementos constitutivos do poder capitalista (QUIJANO, 2009, p. 5) Sendo colonialidade, a imposição da classificação de raça/etnia como âncora das estruturas de poder, que pela necessidade da reprodução social capitalista, se configurou em relações intersujeitos de dominação entre raças/etnias sob hegemonia eurocentrada (QUIJANO, 2009, p. 6) Entendendo-se que as contradições e estruturas de poder permaneceram mesmo com o “pós-colonialismo”.

Nesse contexto, o ideário filosófico antropocêntrico é representado pelo Movimento Iluminista, que aspirava a transformação social, e que instrumentalizou grandes revoluções nos séculos seguintes, como a transição do feudalismo para o capitalismo, do monarquismo para o republicanismo, com os conceitos de democracia e de direitos universais do homem. (ALMEIDA, 2019) Aqui, entende-se por homem universal, o homem civilizado e europeu.

Nos séculos seguintes, a exploração dos povos colonizados foi aprimorando-se com o processo de escravidão, sendo os povos negros do continente Africano os mais aviltados e forçados a cruzar, algemados, o Atlântico aos outros continentes colonizados. O paradoxo do colonialismo, em que ao homem europeu tudo era conquistado e, ao colonizado, tudo era tirado, entendendo-se aqui seu território e vida, é engendrado e justificado no conceito de superioridade de povo/raça, do homem europeu civilizado, às outras raças e povos. Aqui denota-se o conceito histórico e político de raça. (ALMEIDA, 2019)

E assim, é possível delimitar o conceito de racismo como:

uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam. (ALMEIDA, 2019, p. 22)

No século XIX, os movimentos positivistas tiveram uma forma de aprimoramento do racismo, a partir de teorias científicas perversas de que as diferenças entre as raças poderiam ser biologicamente compreendidas, ignorando-se o seu aspecto político e histórico, e atribuindo-se a condições genéticas, climáticas, ambientais, as diferenças intelectuais e morais. Chegando-se a máximas como atribuir fatores do clima tropical e do escurecimento da pele ao favorecimento de supostos comportamentos selvagens e primitivos. A esse movimento difundido pela Escola Positivista na Europa, denominou-se racismo científico, e obteve grande adesão nos meios acadêmicos e políticos do Brasil. (ALMEIDA, 2019)

Sobre o movimento da Escola Positivista e sua adesão no Brasil, Luciano Góes destaca a tradução de Cesare Lombroso, fundador da Escola, nas obras de Nina Rodrigues. Nesse sentido:

(...)a “tradução” (não se tratando assim de mera recepção”) da teoria *lombrosiana*, funcional ao controle social no centro (Europa), feita por Nina Rodrigues para o controle racial na margem (Brasil) no pós-abolição, estabelecendo assim, a base para a construção do primeiro apartheid criminológico marginal, e, portanto teórico, uma política segregacionista velada pelo discurso liberal mas explícita na prática genocida-racial de uma ordem racial/social excludente. (GÓES, 2016)

Entendendo-se aqui, que o controle social pela classe hegemônica dos corpos racializados após a consolidação do capitalismo na Europa é instrumentalizado pela Escola Positivista e pela criminologia positivista, com a teoria lombrosiana que ligava traços de delinquência, anormalidade e bestialização aos criminosos. Nina Rodrigues “traduziu” a obra de Lombroso a partir de uma base racista. Conferindo nova legitimação, supostamente científica, ao projeto histórico-político brasileiro de extermínio e exclusão do negro. Com a teoria que quis transformar o negro como criminoso nato. Esboçando um modelo de controle racial na sociedade brasileira pós-abolicionista. (GÓES, 2016)

Nesse mesmo século, a primeira grande crise do capitalismo resultou no processo neocolonialista do imperialismo, em que as grandes potências invadiram o continente africano para explorá-lo brutalmente e dividir seus povos e etnias, sob a mesma premissa de “levar” civilização a esses povos.

Passando-se ao século seguinte, a época da Segunda Guerra Mundial, e o genocídio nazista que evidenciou claramente o caráter político do conceito de raça, a Antropologia foi preponderante para defesa da tese de que raça é um conceito histórico e político, e de que não há nenhum determinismo biológico a explicar as diferenças histórico-culturais entre as raças.

E, apesar da predominância dessa tese no século atual, até mesmo na Biologia, que demonstrou que não existem diferenças biológicas entre as raças. O conceito político de raça ainda é uma engrenagem social que naturaliza e legitima as desigualdades, segregações e genocídios de determinados grupos étnico-raciais.

A partir desse debate, Silvio Almeida traça para fins didáticos três concepções sobre o racismo: o individualista, o institucional e o estrutural (ALMEIDA, 2019). Na primeira, é concebido o caráter comportamental de atitudes racistas, sejam elas individuais ou coletivas, entendendo-se como ilegal, imoral ou irracional. Porém, é uma concepção que carece de análises conjunturais sobre o racismo. (ALMEIDA, 2019)

Já na concepção institucional, é entendido no âmbito das instituições públicas ou privadas, os processos políticos, e de disputa política, que mantém e privilegia determinados grupos raciais no poder, em detrimento de outros. Entendendo-se qual grupo racial está no poder das Instituições, impondo e mantendo seus interesses políticos e econômicos (ALMEIDA, 2019).

Por fim, na concepção estrutural, parte-se da premissa de que as instituições, a partir de normas, estabelecem e mantêm uma estrutura social preexistente forjada no racismo. Entretanto, essa mesma estrutura social é marcada pelas disputas de poder, inclusive nas próprias instituições. Portanto, o racismo não deve ser considerado impossível de se combater ou inviabilizar. Mesmo sendo de extrema urgência mudanças estruturais profundas de ordem econômica, política e social, também são efetivas as práticas institucionais e políticas antirracistas (ALMEIDA, 2019).

Aprofundando-se no aspecto político do racismo estrutural, entende-se que há uma dimensão ideológica, que possui o fito de manter coesão social apesar das adversidades entre os grupos raciais, de classe e de gênero. Ou seja, a manutenção de uma dominação ideológica a fim de absorver os conflitos inerentes das desigualdades entre esses grupos, que pode se instrumentalizar de diversas formas.

E em uma dimensão institucional, na esfera do Estado como epicentro de relações políticas institucionais, engendradas em uma estrutura social racista, o racismo é normatizado nas práticas cotidianas da sociedade e dos indivíduos.

Deve-se entender, de forma ampla, o processo histórico do racismo, como o processo de formação de determinada sociedade fundada sob a dominação de uma raça. Sendo, portanto, o racismo, também, um projeto político (ALMEIDA, 2019).

No contexto brasileiro - e de outros países, o racismo é constitutivo do Estado, havendo uma relação direta entre a formação dos estados nacionais e as relações de dominação de raça. Em que o conceito de ‘contrato social’ é forjado, ainda que disfarçadamente, no pressuposto do homem europeu civilizado que ao se unificar, exclui os outros povos e culturas.

As respostas possíveis sob um ponto de vista moral e ético prevê remédios jurídico-institucionais que reprovem e condenem condutas discriminatórias racistas, por exemplo, mas se torna ineficaz para responder o porquê da persistência do racismo em Estados que formalmente o condenam. Ou o porquê do Estado brasileiro definir como crime hediondo o genocídio e deliberadamente assassinar milhares de negros, sob o pretexto da guerra às drogas nas favelas.

Porém, sob um ponto de vista estrutural, entende-se a formação de Estado como as relações e disputas de poderes, em que estão interligadas as relações sociais e econômicas. Sendo Estado, a “relação material de força” (ALMEIDA, 2019, p. 57). É pertinente, portanto,

elucidar a relação entre a constituição dos Estados e a constituição das relações econômicas capitalistas.

Com o desenvolvimento do capitalismo ao longo dos séculos, passou a ser necessário e conveniente haver um Estado ‘impessoal’, autônomo e centralizado, capaz de absorver os conflitos sociais e proteger a propriedade privada e o livre mercado. A capacidade do Estado em absorver os conflitos inerentes às relações capitalistas está estritamente ligada ao uso da força e a propagação de ideologias que justifiquem a dominação. O Estado é, portanto, produto do capitalismo e garantidor de suas relações sociais (ALMEIDA, 2019).

Nesse sentido, Mascaro desvela, a partir da teoria e práxis marxistas, que o Estado é derivado e necessário à reprodução capitalista, sendo aparato de repressão e constituição social. Contudo, não é o Estado aparelho neutro nas ‘mãos’ da burguesia, pois ao mesmo tempo que assegura e permite a reprodução da sociabilidade do capitalismo, por ser uma forma de poder político separado dos agentes econômicos, pode eventualmente ser ‘disfuncional e contrário’ aos interesses de valorização do capital, do valor, e de determinadas relações econômicas. (MASCARO, 2013, p. 22)

Portanto, não deve ser considerado mero instrumento das classes dominantes, e sim a unidade que absorve o conflito entre classes antagônicas, a partir da repressão por uso da força e da ideologia. Sendo importante atentar-se às disputas ideológicas, pois a classe dominante, ou hegemônica, reproduz a ideologia da individualidade e da meritocracia a fim de naturalizar sua dominação. Por essa razão, é importante a disputa ideológica pelas classes subalternizadas, contra hegemônicas. (ALMEIDA, 2019).

Nesse contexto, é importante elucidar sobre a constituição do estado brasileiro, em seu ideário nacionalista, que tem como elemento constitutivo o racismo, sendo importante ressaltar os 388 anos de escravidão no Brasil. Na primeira metade do século XIX, pela necessidade de uma unificação nacional, deu-se origem ao mito da democracia racial, “em que a desigualdade racial – que se reflete no plano econômico – é transformada em diversidade cultural e, portanto, tornada parte da paisagem nacional.” (ALMEIDA, 2019, p. 66)

Por outro lado, há que se destacar as lutas anticoloniais nos países latino-americanos, africanos e asiáticos, pautadas no nacionalismo. Sendo, no território brasileiro, imprescindível o olhar para a América Latina e para a África, como trazido por Lélia Gonzalez, para a ‘Amefricanidade’, a fim de articular a luta antirracista. Entendendo-se o conceito de Lélia Gonzalez como:

o resgate da identidade e unidade do povo de descendência Africana na América, não apenas dos trazidos pelo tráfico negreiro, mas dos que chegaram ao continente americano antes de Colombo. Essa identidade é pautada na experiência histórica comum que deve ser resgatada, a fim de se entender o processo de dominação que estão submetidos até os dias atuais, o racismo. (GONZALEZ, 1988, P.69-82)

Sobre a representatividade político-institucional das majorias nos espaços de poder brasileiros, incluídos os meios de comunicação propagadores ideológicos e os meios acadêmicos-institucionais, criadores e propagadores de conhecimento que é praticamente inexpressiva. Silvio Almeida (2019) aborda dois efeitos importantes decorrentes dessa representatividade de negros e de outros grupos étnico-raciais, o primeiro é o de propiciar a abertura de espaço político para as reivindicações das majorias, principalmente em projetos políticos coletivos; o segundo, por sua vez, fazer “cair por terra” as narrativas discriminatórias.

Sendo a conquista da representatividade institucional e política uma conquista de muitos anos de luta política e elaboração intelectual dos movimentos sociais. Entretanto, a “visibilidade negra não é poder negro” (HAMILTON, TURE, 1967 *apud* ALMEIDA, 2019), como alertam Carles Hamilton e Kwame Ture, pois o racismo não é resumido a um problema de falta de representatividade, e sim a falta dela é em decorrência do racismo como estrutura de poder.

Segundo o censo demográfico do IBGE no ano de 2018, 56,1% da população brasileira se declarou como parda ou preta. Em contrapartida, dados da Câmara dos Deputados publicados em 2019 apontam que negros eram 24,3% do total de deputados federais eleitos (sendo 20,27% pardos e 4,09% pretos), e mulheres eram 15%. Ainda, dados do Conselho Nacional de Justiça do ano de 2018 quanto ao perfil étnico-racial dos magistrados brasileiros, apenas 18,1% se declararam negros (16,5% pardos e 1,6% pretos), sendo desses apenas 6% são mulheres.

Outras operações importantes do racismo estrutural são a divisão racial do trabalho e a necropolítica. A primeira é advinda desde do colonialismo e da escravidão, em que apesar de haver leis antirracistas nas sociedades contemporâneas, na realidade os indivíduos negros estão mais sujeitos aos trabalhos informais, precarizados e/ou insalubres, e constataadamente recebem salários menores comparando-se aos indivíduos do grupo dominante, hegemônico.

Estudo publicado pelo IBGE, ‘Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil’ do ano de 2018, com amostragem de dados coletadas principalmente da PNAD Contínua - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, demonstra que os pretos e pardos constituíam 55,8% da população brasileira em 2018, representando pouco mais da metade da força de trabalho (54,9%), elas formavam cerca de $\frac{2}{3}$ dos desocupados (64,2%) e dos subutilizados

(66,1%) na força de trabalho nesse mesmo ano. Entre o total de pessoas em ocupações informais, as pessoas pretas ou pardas representavam 47,3% em detrimento de 34,6% das pessoas brancas. (IBGE, 2018)

Em 2018, o rendimento médio mensal das pessoas ocupadas brancas (R\$2.796) foi 73,9% superior ao das pretas ou pardas (R\$1.608). Tal diferença relativa corresponde a um padrão que se repete, ano a ano, na série histórica disponível. Destaca-se a vantagem dos homens brancos sobre os demais grupos populacionais, sendo que a maior distância de rendimentos ocorre quando comparados às mulheres pretas ou pardas, que recebem menos da metade do que os homens brancos auferem (44,4%). (IBGE, 2018) Tais aspectos foram agravados na crise sanitária, econômica e política da covid-19 no Brasil, como será elucidado na presente pesquisa.

Já a ‘necropolítica’ ou ‘necropoder’, é conceituada por Achille Mbembe, que supera a concepção de Foucault (2010) da soberania estatal e do ‘biopoder’ ou ‘biopolítica’ - como proteção e manutenção de algumas vidas, em que, ao relacionar aos conceitos de ‘estado de exceção’ e ‘estado de sítio’, “o estado de exceção e a relação de inimizade tornaram-se a base normativa ao direito de matar” (MBEMBE, 2018, p. 17). Sendo o poder de matar estatal operado a partir da ideologia de uma prática de “exceção”, que na realidade se faz sempre presente, devido à uma guerra urgente contra um inimigo ficcional (MBEMBE, 2018), sendo esse “inimigo” o *‘não civilizado’*, *‘o diferente’*, *‘o selvagem’*, *‘o inferior’*, *‘o violento’*. Essa ideologia do inimigo e do medo do inimigo, é criada não só de forma política, como por exemplo nas políticas de segurança pública, mas também pelos meios de comunicação de massa.

Ainda nesse sentido, para Mbembe:

A ocupação colonial não pode ser entendida apenas como um evento restrito ao século XIX, mas como uma nova forma de dominação política em que se juntam os poderes disciplinar, biopolítico e necropolítico. A colônia como forma de dominação pode agora ser instituída dentro das fronteiras dos Estados como parte das chamadas políticas de segurança pública. (MBEMBE, 2018, p. 69)

Assim como na realidade brasileira, o racismo normatiza, conforma e naturaliza a extrema violência, as inúmeras mortes por “balas perdidas” até mesmo em crianças, as mortes de milhares de jovens negros todos os anos. Também naturaliza que as áreas periféricas, onde vivem os grupos subalternizados, não tenham saneamento básico, água encanada, escolas, postos de saúde, coleta regular de lixo, etc. Aspectos que irão diminuir a longevidade e

qualidade de vida dessa população, equivalente a um “deixar morrer”, tais conjunturas, portanto, podem ser equiparadas também a um genocídio por parte do Estado.

Um aspecto pungente do genocídio do povo negro no Brasil são os milhares de homicídios policiais nas periferias e favelas, classificados pela polícia como “autos de resistência”, no sentido de serem homicídios “cometidos em legítima defesa, ou com objetivo de vencer a resistência de suspeitos crimes.” (MISSE (org.) et al. 2011) Entretanto o modelo de repressão policial da segurança pública no chamado combate ao tráfico de drogas é no confronto armado com os grupos de comerciantes de drogas ilícitas dentro dos territórios marginalizados ocasionando a morte e inviabilização da vida dos milhares de moradores, em sua maioria negros. Esse modelo já se demonstrou ineficaz no combate ao ‘tráfico’ das drogas ilícitas (BOITEUX, 2015), que em suma, só faz matar.

Considerando o panorama do Neoliberalismo, Mbembe articula que “as políticas de austeridade e o encurtamento das redes de proteção social mergulham o mundo no permanente pesadelo do desamparo e da desesperança” (MBEMBE, 2018, *apud* ALMEIDA, 2019, p. 76). E, portanto, o Estado internaliza o conflito social de forma a promover morte e encarceramento para continuidade das “formas essenciais da vida socioeconômica” (MBEMBE, 2018, *apud* ALMEIDA, 2019, p. 76)

Como também aduz Ana Luiza Flauzina,

A expulsão escolar, a pobreza endêmica, a negligência com a saúde da mulher negra e a interdição da identidade negra seriam, juntamente com o sistema prisional, partes de uma engrenagem social de dor e morte. (FLAUZINA, 2006, p. 115)

Como explicita Almeida, a ordem necessária do poder é instaurada, a ‘necropolítica’, na lógica de que a morte avança em nome dos riscos à economia e à ‘segurança pública’ (ALMEIDA, 2019, p. 77). Sendo o retrato fiel da presidência brasileira frente a gestão da pandemia da covid-19, como será melhor tratado nos próximos capítulos.

É possível evidenciar tais fatos à luz do neocolonialismo, em que entende-se que a lógica da necropolítica vem desde a colonização e é materializada na gestão dos Estados contemporâneos, especialmente nos países periféricos, com antigas práticas coloniais remanescentes, como no Brasil.

1.2 Interseccionalidade no contexto brasileiro

1.2.1 A sobreposição de raça e gênero

O termo da Interseccionalidade, cunhado por Kimberlé Crenshaw na década de 1990, surgiu a partir de suas vivências enquanto mulher negra, em espaços de luta política, mas também em suas opressões cotidianas por ser mulher e negra. Em linhas gerais, Crenshaw (2002) objetivou um prisma que permitisse a identificação das diferentes discriminações estruturais - inicialmente, opressão de classe e opressão de gênero, e entender como operam juntas, sobrepondo-se às mulheres negras. Sendo, também, necessário para ser possível empreender esforços abrangentes para eliminar essas discriminações. (CRENSHAW, 2002)

Ao contrário da prática comum acadêmica e dos movimentos sociais, que distinguem as opressões de raça e de gênero em nichos separados e autônomos. A mulher negra, por sua vez, vive em sua pele, cotidianamente, as duas formas de opressão e discriminação. Como resultado prático, tais movimentos não abrangem ou acolhem as mulheres negras, que sentem de maneira sobreposta tais opressões. (CRENSHAW, 2002)

Assim, a teoria interseccional tem o propósito de servir como ponte no âmbito das instituições, dos movimentos sociais e políticos de Direitos Humanos, para os debates sobre opressão de raça e de gênero, adentrando a questão de gênero no debate da raça e adentrando a questão de raça no debate de gênero. Possibilitando às Instituições o trabalho conjunto em garantir que as mulheres negras sejam consideradas em suas opressões de forma mútua, conjunta e não excludente. (CRENSHAW, 2002)

Proporcionando, no âmbito das políticas públicas, interligação entre os combates a essas formas de opressão. Sendo notável que nos últimos anos, inclusive no Brasil, há a criação de mecanismos legais para proteção e combate a essas discriminações, mas pela falta de especificidade, ou seja, por previsões mais genéricas, que não preveem que as vítimas de discriminações raciais podem ser mulheres, e que as vítimas de opressões de gênero podem ser mulheres negras, como resultado as mulheres negras acabam desprotegidas por tais mecanismos. (CRENSHAW, 2002)

Como exemplificação, a autora nos traz o caso “Mulheres negras vs. General Motors” que ocorreu nos Estados Unidos. Em que diversas mulheres afro-americanas denunciaram a

discriminação da General Motors na contratação de seus funcionários, que não contratava mulheres negras tanto pela discriminação de raça quanto pela discriminação de gênero. (CRENSHAW, 2002)

Porém, a empresa disponibilizava emprego para afrodescendentes, mas empregos em que a condição era ser homem. Também eram disponibilizados empregos às mulheres, mas empregos em escritório, como secretárias, por exemplo, o que favorece as mulheres brancas que possuem mais acesso à escolaridade e formação acadêmica, devido ao cenário do racismo estrutural em sociedades pós-coloniais como nos EUA. Assim, devido à segregação racial e de gênero presente nessas indústrias, não havia oportunidades de emprego para mulheres afro-americanas. Por essa razão, elas moveram um processo afirmando que estavam sofrendo discriminação racial e de gênero. (CRENSHAW, 2002)

O Tribunal, por sua vez, não alcançou tal concepção, apenas descartou a discriminação de gênero, pois a empresa contratava de maneira geral, mulheres - não levando em consideração que eram apenas mulheres brancas. E também descartou a discriminação de raça, pois a empresa contratava afro-americanos, entendendo-se em aspecto geral, mas não se levando em consideração de que eram contratados apenas homens negros. Descartando-se assim qualquer amparo legal a discriminação real sofrida por aquelas mulheres negras. Alcançando-se a máxima de negar-lhes o direito de combinar as duas discriminações, pois isso iria lhes conferir privilégios em relação as mulheres brancas e aos homem negros. (CRENSHAW, 2002)

Portanto, se faz necessário e urgente, que as instituições aprendam a identificar quando diversas formas de discriminação se combinam e afetam as vidas de determinadas pessoas. Sendo imperioso romper com a visão tradicional nos Direitos Humanos, de que a discriminação racial e a de gênero partem de categorias diferentes de pessoas. A interseccionalidade sugere que, na verdade, nem sempre lidamos com grupos distintos de pessoas e sim com grupos sobrepostos. (CRENSHAW, 2002)

Para fins de aprimorar a identificação das sobreposições, a autora nos traz a noção de eixos, ou avenidas, em que a intersecção seria o cruzamento ou interposição entre as avenidas de vias opostas. Se cada avenida é um eixo de discriminação e opressão estrutural, que parte de um ponto A em direção a outro ponto B. O ponto C é o cruzamento ou a intersecção entre tais avenidas, é a colisão entre as diferentes opressões ativas e diretas. Como ilustrado abaixo:

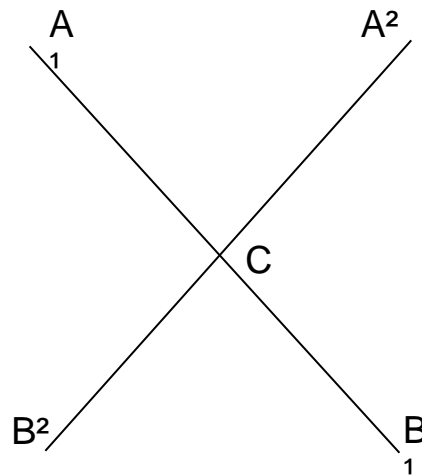


Figura 1 - Elaboração própria.

Aprimorando o entendimento sobre as colisões que enfrentam as mulheres negras, a autora subdivide em três tipos: em primeiro plano, a discriminação direta contra grupos específicos, a discriminação que ‘procura’, localiza mulheres específicas, as interseccionais. Em segundo plano, há a discriminação composta, que é o efeito combinado da discriminação de raça e da discriminação de gênero. E em último plano, há a coalisão estrutural, em que não se trata de discriminação ativa, e sim a combinação das estruturas de raça e das estruturas de gênero, que irá marginalizar e sobrepor-se especificamente contra as mulheres negras. (CRENSHAW, 2002)

Para exemplificar as discriminações diretas contra as mulheres, tem a violência étnico-racial contra as mulheres afro-americanas. Ou então, as ideologias que propagam ideais de que mulheres negras são mais sexuais, sendo sua raça determinante para esse suposto padrão, por exemplo. (CRENSHAW, 2002)

Nos casos de crime de estupro nas sociedades patriarcais é comum que as vítimas mulheres sejam julgadas por seus atos, ou vestimentas, no momento do crime. No caso de mulheres negras, na sociedade racista neocolonial, a raça será uma determinante para o ideário social tender a ver aquela mulher como mais sexualizada e vulgar, sem ‘importar’ nessa concepção se ela foi estuprada, ferida, etc. (CRENSHAW, 2002) Portanto, em crimes como esse nos tribunais de júri, essas mulheres não terão a seu favor uma imagem social de vítima.

Nesse sentido, segundo Crenshaw:

Há estereótipos de gênero que determinam quem é uma mulher boa e quem é uma mulher má. Há estereótipos de raça que pré-determinam que as mulheres afro-americanas serão categorizadas como mulheres más, a despeito do que fazem e de onde vivem. (CRENSHAW, 2002)

No âmbito das políticas públicas também há a influência da propaganda ideológica discriminatória que ‘busca’ mulheres negras, um exemplo disso é na sociedade estadunidense, em que é comum a propagação de imagens em que se relaciona mulheres negras a terem mais filho que o comum, fato não comprovado pelas estatísticas mas que determinou no governo Clinton, a elaboração de políticas de esterilização de mulheres afro-americanas e latinas por uma premissa infundada de que “elas teriam filhos demais” e de que isso afetaria a economia estatal. (CRENSHAW, 2002)

Já na discriminação composta, as mulheres negras são afetadas de forma específica pela combinação dessas duas formas de discriminação. Sendo no último tipo, da coalizão ou subordinação estrutural, não há um discriminador ativo mas sim a combinação e sobreposição das estruturas de subordinação e discriminação existentes na sociedade. Um exemplo dado pela autora, é o das políticas internacionais, que terão efeito específico para essas mulheres em decorrência de sua posição na estrutura socioeconômica. No âmbito capitalista neoliberal, as políticas de ajuste econômico obrigam aos países subdesenvolvidos desvalorizar suas moedas, reduzindo os salários da população e a prestação de serviços sociais estatais. Na perspectiva de gênero, força as mulheres a assumir os serviços de cuidado, das crianças, dos idosos, dos doentes. Que impactarão negativamente suas vidas. (CRENSHAW, 2002)

Porém, dentro dessa perspectiva, ao analisar outros elementos como a condição racial e socioeconômica, veremos que as mulheres brancas com melhores condições contratarão mulheres subalternizadas (negras e pobres) para assumirem esses serviços de cuidados. O efeito, portanto, será mais cruel para essas mulheres que terão de trabalhar em média 18 a 20 horas por dia, com uma jornada dupla ou tripla de trabalho, pois terão de assumir o dever do cuidado no trabalho e o dever de cuidado em sua própria casa e família. Esse efeito específico sobre essas mulheres será chamado de subordinação estrutural, que irão confluir não apenas a raça e o gênero, mas a classe, e os efeitos da globalização. (CRENSHAW, 2002)

Sobre a invisibilidade das mulheres negras e de suas vivências, é preciso entender o fenômeno da subinclusão, ou seja, mesmo dentro dos movimentos políticos antirracista e antimachista, há um olhar tradicional de se olhar para o todo e não para as especificidades. Nesse sentido, quando se é olhado apenas o que é comum a todo o grupo, isso acarreta a falta

do olhar a um subgrupo que sofre com problemas específicos. E num contexto social hierárquico, os homens negros dominam o movimento negro e suas discussões. Sendo no movimento feminista, a dominação pelas mulheres brancas com mais participação político-institucional e social de maneira estrutural. Portanto, há a invisibilização das mulheres negras e de seus sofrimentos. (CRENSHAW, 2002)

Surge, então, a necessidade de primeiro, se reconhecer que os direitos contra a discriminação interseccional já são existentes, ou seja, quando há o amparo legal contra a discriminação racial, há o amparo contra todas as formas dessa discriminação não apenas para as que ocorrem aos homens afrodescendentes. Sendo o mesmo, para o amparo contra a discriminação de gênero, há o amparo a todas as mulheres, não apenas as mulheres brancas. Portanto, o que se precisa é reconfigurar as práticas que contribuem para a invisibilidade interseccional. (CRENSHAW, 2002) O que pode ser feito a partir da integração entre movimento sociais, ou com a inclusão de uma mulher para chefiar uma secção institucional de combate à discriminação racial. Medidas que irão contribuir para a quebra do paradigma de que raça e gênero são ‘problemas’ mutuamente exclusivos. Que só será possível em uma abordagem contra-hierárquica, a grosso modo, de baixo pra cima. (CRENSHAW, 2002)

Porém, sem incidir sobre o erro de se agregar dados e questões de raça e gênero sem a diferenciação e autonomia necessárias que permitirão a distinção entre questões de raça e questões de gênero. O ideal é identificar especialistas que vivem estas discriminações, no nível mais local e básico, que terão um melhor entendimento sobre as influências interseccionais. Permitindo-se assim, a correlação e o redirecionamento mais efetivo e eficaz no combate a essas discriminações. (CRENSHAW, 2002) Nas palavras de Crenshaw: “A interseccionalidade oferece uma oportunidade de fazermos com que todas as nossas políticas e práticas sejam, efetivamente, inclusivas e produtivas.” (CRENSHAW, 2002, p. 16)

1.2.2. A mulher negra no Brasil

Como aduz Lélia Gonzalez, a articulação do racismo no Brasil com o sexismo produz efeitos violentos sobre a mulher negra em particular. (GONZALEZ, 1984, p. 224) Para se entender a questão da mulher negra no Brasil, deve-se entender as noções de mulata, doméstica e mãe preta. Pois falar da mulher negra apenas pela perspectiva sócio-econômica das relações raciais, não abrange a totalidade do que é vivido na pele por essas mulheres.

Olhando-se para a cultura brasileira, vê-se que o que mais ou menos consciente ela oculta, são as marcas de africanidade que a constituem. Podemos então apontar para o lugar da mulher negra nesse processo de formação cultural, assim como os diferentes modos de rejeição/integração de seu papel. Em que a partir da dialética entre a consciência e a memória na cultura brasileira, Gonzalez caracteriza a primeira como o discurso ideológico dominante, ou os efeitos desse discurso na cultura, em que se apaga a memória, impondo uma suposta verdade. Nesse sentido, “a ideologia do branqueamento, a lógica da dominação que visa a dominação da negrada mediante a internalização e a reprodução dos valores brancos ocidentais.” (GONZALEZ, 1984, p. 237) Sendo a memória o que é considerado o não saber pelo discurso hegemônico, a verdade não reconhecida pela consciência, ou toda a africanidade negada. (GONZALEZ, 1984)

O carnaval evidencia na força simbólica o mito da democracia racial, em que a mulher negra, ou a mulata, transforma-se em ‘rainha’, em contrapartida ao seu cotidiano, em que é vista como a empregada doméstica. Sendo mulata e doméstica atribuições de um mesmo sujeito, que dependem da situação em que essa mulher é evidenciada. (GONZALEZ, 1984)

O que pode ser entendido a partir da escravidão brasileira, em que a mucama era escrava moça que fazia os trabalhos domésticos, cuidava dos filhos da senhora, e satisfazia as exigências do senhor. (HAHNER, 1978 *apud* GONZALEZ, 1984) Além de cuidarem de seus próprios filhos, tinham o dever de amparar seu companheiro, os outros escravos da senzala, e ainda a submeter-se aos castigos corporais que lhe eram pessoalmente destinados. (HAHNER, 1978 *apud* GONZALEZ, 1984)

Nesse sentido, a mulata e a doméstica se fazem a partir da mucama. Sendo a mulata exaltada sexualmente no carnaval. E a doméstica, a mucama da prestação de bens e serviços, “o burro de carga que carrega sua família e a dos outros nas costas.” (GONZALEZ, 1984, p. 230)

Já a figura da mãe preta é reconhecida por sua bondade e ternura com que cria as crianças dos senhores. Entretanto, ela não deve ser romantizada, ela é simplesmente mãe, mãe da cultura brasileira. Ela quem “passou todos os valores que lhe diziam respeito prá criança brasileira.” (GONZALEZ, 1984, p. 235)

“O carnaval brasileiro possui, na sua especificidade, um aspecto de subversão, de ultrapassagem de limites permitidos pelo discurso dominante, pela ordem da consciência.” (GONZALEZ, 1984, p. 239) Nesse momento, o negro “deixa de ser marginal prá se transformar

no símbolo da alegria, da descontração, do encanto especial do povo dessa terra chamada Brasil.” (GONZALEZ, 1984, p. 239) Sendo também no carnaval que se tem a exaltação do mito da democracia racial, entendendo-se o mito como a negação do racismo, ao mesmo tempo em que é naturalizado, e que exerce sua violência simbólica de sobremaneira às mulheres negras.

Sendo a mulher negra anônima, que vive nas favelas e periferias, que sofre mais tragicamente os efeitos da terrível culpabilidade branca. (GONZALEZ, 1984, p. 231) Essa mulher que tem de prover sua família praticamente sozinha, pois seu homem, irmãos e filhos estão sendo mortos pela polícia ou encarcerados.

Como bem nomeia Carla Akotirene,

enquanto as mulheres brancas têm medo de que seus filhos possam crescer e serem cooptados pelo patriarcado, as mulheres negras temem enterrar seus filhos vitimados pelas necropolíticas, que confessional e militarmente matam e deixam morrer, contrariando o discurso cristão elitista-branco de valorização da vida e contra o aborto – que é um direito reprodutivo. (AKOTIRENE, 2019, p. 16)

As mulheres negras no Brasil, por serem atravessadas pela raça e pelo gênero, são as mais afetadas pela pobreza, pelo desemprego e subemprego e pela desproteção social, principalmente no acesso aos direitos básicos para uma vida digna, como alimentação, moradia, educação e saúde, por exemplo. (SANTOS, SILVA, 2022) No tocante ao acesso à saúde, são “as mulheres negras que mais sofrem com a falta de atenção dos médicos e dos serviços de saúde em geral. As grávidas negras são as que menos fazem exames de pré-natal em relação às mulheres não negras.” (CANÊO, SILVA, 2022, p. 468 apud BRASIL, 2017, THEODORO, 2008)

Com a crise sanitária-econômica-social instaurada no país a partir da chegada do covid-19 no início de 2020, a população negra e feminina, em especial as mulheres negras, foram as mais afetadas, com agravamento do cenário das iniquidades sociais e em saúde, como será melhor elucidado na presente pesquisa.

2. O SUS E O PAPEL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE COMO POLÍTICA ANTIRRACISTA

2.1 O movimento da Reforma Sanitária na Assembleia Nacional Constituinte

O SUS - Sistema Único de Saúde é o sistema de saúde pública no Brasil, é tido como um dos maiores sistemas públicos de saúde do planeta (COTRIM JUNIOR, 2019 apud MENDES, 2013), sendo a maior política de inclusão social do Brasil (COTRIM JUNIOR, 2019) e que realiza quase a totalidade de todos os procedimentos de transplantes no país (COTRIM JUNIOR, 2019 apud PAIM, e outros, 2015).

O SUS através da luta do Movimento Sanitário Brasileiro (MSB) foi instituído na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196:

Art. 196. 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,

Sendo um sistema que garanta a saúde como um direito de todos e que permita o acesso de todo cidadão de forma universal e igualitária, ou seja, sem condições discriminatórias e excludentes. E, por ser um dever do Estado, sua competência e suas responsabilidades são divididas entre os três níveis federativos: União, Estados e Municípios. (COTRIM JUNIOR, 2019)

Antes do estabelecimento e constitucionalização do SUS, o sistema de saúde público brasileiro era apenas para cidadãos que trabalhavam e contribuía para a Previdência Social, e, portanto, obtinham sua credencial no INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o que não abrangia grande parte da população. Nesse cenário, o restante da população só tinha acesso à saúde pública focada na atenção primária à saúde e eram considerados indigentes, na prática. (COTRIM JUNIOR, 2019)

Esse cenário só foi ultrapassado a partir das lutas e reivindicações do Movimento Sanitário Brasileiro (MSB), que foi articulado por grupos de movimentos sociais: o movimento estudantil, o CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, o Movimento Médico (formado pelo Movimento dos Médicos Residentes e Movimento de Renovação Médica), a Academia, os Movimentos Feministas, o Movimento Negro, a Luta Antimanicomial, o Novo Sindicalismo,

Organizações Não-Governamentais (ONGs), e outros sujeitos da sociedade civil, como os portadores de HIV, as donas de casas de bairros periféricos, militantes católicos de diversas comunidades, oposições sindicais, estudantes, que mobilizaram-se e tiveram crescente destaque nas lutas pela democracia e direitos de cidadania. Em suma, pleiteavam por instituir a saúde como um direito universal e igualitário no Brasil. (COTRIM JUNIOR, 2019)

Importante frisar que a normatização do SUS na Assembleia Nacional Constituinte de 1988 surgiu a partir das lutas e disputas dos atores sociais, através dos possíveis diálogos e debates dentro e fora das estruturas estatais, que foram permitidos através da abertura política democrática com o fim da ditadura militar no Brasil. Deve-se entender que não há conquista de direitos, sobretudo aos sociais, que não sejam fruto das lutas dos movimentos populares. (COTRIM JUNIOR, 2019)

Nesse sentido, o SUS surgiu após:

um longo e árduo processo de acúmulo de lutas, que, desde aproximadamente os anos 70, vem articulando uma multiplicidade de movimentos populares, trabalhadores da área de saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais variados e plurais movimentos e coletivos sociais, igualmente constituídos neste mesmo período ou assaz próximo (COTRIM JUNIOR, 2019)

No campo da saúde, a presença de jovens médicos sanitaristas concursados que dirigiam os Centros de Saúde nesses bairros, junto com outros profissionais em saúde, estimularam a organização popular e das lutas por uma saúde pública de qualidade, com expansão da área de abrangência e melhores condições de vida para todos. A partir das demandas locais e nacionais, somadas às lutas contra o regime da Ditadura e junto ao chamado Novo Sindicalismo, com lutas grevistas no período, fomentaram um novo pensamento crítico acerca da saúde, sendo construído junto aos departamentos de saúde pública e medicina preventiva. (COTRIM JUNIOR, 2019)

Trata-se de um processo múltiplo de propostas de reorientação da assistência médica e da saúde pública, e mudanças na organização do trabalho e das políticas públicas de serviços de atenção primária. Havendo ampla participação popular, participação dos movimentos sociais, e inclusão de pautas que nunca tinham sido implementadas como saúde da mulher, saúde mental do trabalhador, expandindo a visão da saúde pública, a constituindo de forma interdisciplinar e de bem comum. (COTRIM JUNIOR, 2019)

Ante as atuais investidas neoliberais de crítica e deterioração do SUS, com a privatização das empresas estatais, as reformas trabalhistas e previdenciárias, do fomento às instituições privadas da área de saúde, da Emenda Constitucional nº 95 - a chamada emenda do “Teto de Gastos”, que limitou por 20 anos os gastos públicos com saúde, educação, assistência social no Brasil - ou seja, do fomento à mercantilização da saúde pública, que implica diretamente no desmonte do SUS. Nesse sentido, se faz importante frisar que o SUS é fruto de lutas de diversos setores da sociedade, com participação direta da população, singular e coletivamente (movimentos, coletivos, organizações), que lutaram para que suas demandas e pautas fossem institucionalizadas, em busca de melhores condições de vida para todos, nessa perspectiva universal e igualitária. (COTRIM JUNIOR, 2019)

A instituição e constitucionalização do SUS incorporou imediatamente mais de cinquenta milhões de brasileiros, transformando-os, do ponto de vista legal e fático, em cidadãos com acesso à saúde e não mais indigentes (COTRIM JUNIOR, 2019 apud MENDES, 2013). O SUS, portanto, abrange desde os serviços mais simples, como medidas ambulatoriais, até os mais complexos, como transplantes de órgãos (COTRIM JUNIOR, 2019 apud BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 2). É ainda integrado por uma série de infra-estruturas, dos centros e postos de saúde aos hospitais públicos - inclusive os universitários -, os laboratórios e hemocentros, os serviços de vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica, as fundações e os institutos de pesquisas acadêmicas e científicas, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz, e o Instituto Vital Brasil. (COTRIM JUNIOR, 2019)

2.1.1 O Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira

A trajetória do Movimento Sanitário Brasileiro se deu durante o período ditatorial militar no Brasil, com os governos de Geisel e Figueiredo, e demarcam o processo que antecede a formação do SUS, na chamada Reforma Sanitária Brasileira. (COTRIM JUNIOR, 2019)

Portanto, a Reforma Sanitária Brasileira foi um longo movimento articulado da sociedade brasileira em defesa da democracia, da democratização do acesso à saúde, sendo uma luta por direitos sociais e por um novo sistema de saúde. (COTRIM JUNIOR, 2019) Sendo uma reforma social estruturada pela democratização da saúde, a partir do reconhecimento da saúde como direito, relacionado à cidadania, que deve ser garantido de forma universal e igualitária,

além da necessária participação social no estabelecimento de políticas públicas e na gestão da saúde pública. (COTRIM JUNIOR, 2019)

Foi um processo, como um conjunto de múltiplos atos, em diferentes âmbitos, representando práticas sociais, econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas, que emergiram principalmente após a 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), implantação do Sistema Unificado e Descentralizado De Saúde (SUDS), instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), até a promulgação da Constituição de 1988, e a conseguinte produção contínua de fatos político-institucionais, na conjuntura pós-88 (COTRIM JUNIOR, 2019 apud PAIM, 2007). Nesse sentido, as práticas de saúde, mais do que sua natureza técnica direta, são práticas sociais com dimensões econômicas, políticas, simbólicas, culturais e ideológicas (COTRIM JUNIOR, 2019 apud PAIM, 1997)

Mas, para além, também estruturada na democratização do Estado e de seus aparelhos, afirmando e normatizando a descentralização do processo decisório e do controle social, assim como o fomento da ética e transparência nos governos. E na democratização da sociedade e da cultura, ou na organização econômica e cultural da sociedade, tanto na distribuição e produção justa da riqueza, quanto na adoção de uma multiplicidade de mudanças em torno de um conjunto de políticas e práticas públicas de saúde. (COTRIM JUNIOR, 2019)

As bases universitárias do Movimento Sanitário Brasileiro surgida no final dos anos 60 e início dos anos 70, de viés marxista, com a inserção dos pensamentos das Ciências Sociais em saúde, constituíram a medicina comunitária, como base teórico-metodológica, que pensava a questão da saúde no país de forma histórico-estrutural, numa radical crítica à medicina preventiva e o positivismo que lhe baseava. Transformando-se a concepção individualista da saúde, e incorporando a visão da determinação social das doenças. E em linhas gerais, a concepção de que a participação social, popular, a conscientização da população eram também instrumentos no trabalho de redemocratização do país. (COTRIM JUNIOR, 2019)

Após, houve um ciclo de institucionalização de projetos de medicina comunitária que se iniciou nas prefeituras de Campinas, Londrina e Niterói, e que funcionaram como experimentação e demonstração bem-sucedida de prestação de serviços públicos em saúde. (COTRIM JUNIOR, 2019)

Destaca-se a Medicina Comunitária, chamada atualmente de Medicina Familiar, cujo princípio é a atenção integral à saúde, em atenção ao núcleo familiar e comunitário de cada paciente, reconhecida pelo Ministério da Educação no Brasil em 1981. Em que se deve entender

os profissionais da medicina comunitária como responsáveis pela promoção de saúde, prevenção de doenças e diagnóstico precoce. Ainda, de forma comunitária entender o contexto de socialização do indivíduo, desde questões de infraestrutura até questões culturais, que fazem parte do processo da saúde do indivíduo comunitário, tentando resgatar a relação médico-paciente em detrimento do cientificismo da medicina, como fruto da construção científica da mesma na modernidade. (COTRIM JUNIOR, 2019)

E dentro da teoria e prática da Medicina Comunitária, é de vital importância a “teoria social da saúde”, é uma teoria histórico-estrutural de viés marxista, que buscava afastar o funcionalismo e o positivismo científico, isto é, a ideia de uma ciência neutra, universal, atemporal e praticamente a-histórica – tudo isso a partir de um olhar político sobre a saúde, principalmente a partir das políticas públicas para este setor. (COTRIM JUNIOR, 2019, p. 71) Entendendo-se o social como determinante das condições de saúde do sujeito e das populações, e o agente de saúde como sujeito interventor/transformador.

“os elementos básicos de compreensão e operacionalização da teoria social da medicina são: (i) a determinação social da doença, (ii) a historicidade do conceito saúde-doença, (iii) o processo de trabalho, (iv) o poder médico, e (v) a medicalização; enquanto que os conceitos estratégicos são (i) a prática política, e (ii) a consciência sanitária, ambas como constituintes de uma consciência social, a partir da qual e também pela qual serão buscadas as transformações sociais” (COTRIM JUNIOR, 2019 apud ESCOREL, 1999, p. 29; GIOVANELLA ET AL, 2012, p. 332).

Sendo, nesta teoria, o elemento social “tomado como um problema a ser investigado, e não um dado certo, imóvel e imutável, sobretudo nos aspectos sócio-econômico-trabalhista, na constante busca pela determinação das situações fenomenológicas em estudo.” (COTRIM JUNIOR, 2019, p. 74) Portanto, são as determinantes sociais elementares para a análise das desigualdades sociais, raciais, e de gênero, principalmente quanto ao acesso à saúde, situação que se configura até os dias de hoje no país.

O movimento não se deu de forma homogênea quanto às suas ideias e formas de atuação, mas de forma geral, pautando-se no documento publicado pelo CEBES em 1980, intitulado “A Questão Democrática na Área da Saúde”, travava uma luta por uma saúde democrática, em suma com quatro eixos principais:

(I) “reconhecimento da saúde enquanto direito universal e inalienável, comum a todas as pessoas, e que elas igualmente têm o direito a condições que viabilizem a preservação da saúde” (COTRIM JUNIOR, 2019 p. 121 *apud* CEBES, 1980a);

(II) “reconhecimento das condições sociais da saúde, envolvendo os contextos socioeconômicos da sociedade, como emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis”. (COTRIM JUNIOR, 2019, p. 121 *apud* CEBES, 1980a);

(III) “sobre a responsabilidade, parcial, das ações médicas propriamente ditas, tanto em níveis individuais quanto coletivos, na promoção da saúde das populações”. (COTRIM JUNIOR, 2019, p. 121 *apud* CEBES, 1980a);

(IV) sobre “o caráter social do direito democrático à saúde, bem como da responsabilidade que cabia à coletividade e ao Estado em sua representação e defesa, isto é, em sua implementação e garantia das condições supramencionadas, pois apenas assim se poderia viabilizar a preservação da saúde. (COTRIM JUNIOR, 2019, p. 121 *apud* CEBES, 1980a);

Como medida para alcançar tais objetivos, o MSB considerou algumas medidas como imperiosas, entre elas, como aponta COTRIM JUNIOR, (2019, p. 121-122):

(i) deter o empresariamento da medicina e (ii) a transformação dos atos médicos em bem social gratuito; (iii) a criação de um Sistema Único de Saúde, sob total (iv) responsabilidade do Estado; (v) a delegação ao Estado, especificamente ao Sistema Único de Saúde, da tarefa de planejar e executar a política de saúde, que incluísse, dentre outras coisas, a pesquisa básica, a formação de recursos humanos, o saneamento, dentre outras; (vi) o estabelecimento dos mecanismos eficazes de financiamento desse sistema, não agravando fiscalmente a população, e por isso deveria vir junto uma alteração no caráter regressivo do sistema tributário, (vii e viii) devendo este sistema ser organizado de forma descentralizada, respeitando o federalismo e permitindo uma autêntica participação democrática da população, alcançando maior eficácia também e atendimento às necessidades locais, certo de que a criação das “unidades básicas”, coincidentes ou não com os municípios, seria uma estratégia fundamental para o êxito deste pontos (CEBES, 1980a).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, é considerada um marco na Saúde Pública do Brasil, pois além de ser a primeira CNS aberta à sociedade, o que permitiu a participação ampla dos múltiplos atores sociais do Movimento Sanitário Brasileiro, o seu relatório final foi a base do capítulo sobre Saúde na Constituição Federal de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde. Deve-se entender que as lutas dos diferentes atores sociais do MSB durante as décadas de 1970 e 1980, foram preponderantes para a conquista do SUS na Constituição de 88, como um sistema de saúde universal, inclusivo, gratuito e de responsabilidade estatal. (COTRIM JUNIOR, 2019)

A mobilização dos diversos atores sociais do MSB foi importante também para a formação democrática do país, e ao longo das duas décadas produziu propostas de políticas

públicas em Saúde, como por exemplo, a integralidade da atenção, a unificação do sistema público de saúde, a descentralização e a participação social. O movimento se tornou assim referência na composição de políticas públicas universais no Brasil, com reivindicações e negociações que adentraram os espaços de poder nos três entes federativos, até a Constituinte de 88 - e permanece até a atualidade, com pleito da participação e controle social nos processos decisórios. (COTRIM JUNIOR, 2019)

A luta pela saúde representa a luta permanente pela vida, que persiste mesmo após a Constituição, pois a saúde ampla e democrática nunca foi plenamente assumida pelos governantes. (COTRIM JUNIOR, 2019 apud BRASIL, 2006) Como será vislumbrado na presente pesquisa.

Nesse íterim, PAIM, discutiu sobre a natureza do Estado, que estruturado em uma sociedade de classes, não é neutro. E que o direito à saúde deve ser diferenciado do direito aos serviços de saúde ou a assistência médica. (COTRIM JUNIOR, 2019) Trouxe, ainda, a situação brasileira de deterioração das condições de vida do povo no período do pseudo milagre-econômico, na qual surgiu amplo processo de denúncia dos setores sindicais, comunitários, estudantis, acadêmicos e de associações científicas, relacionado a democratização da saúde, mas também da democratização do país em seu sentido amplo. (COTRIM JUNIOR, 2019)

A conjuntura brasileira, no tocante às desigualdades sociais, ou seja, das relações sociais estruturais entre as condições de vida da população e seu respectivo grau de saúde, era de acesso extremamente desigual aos serviços de saúde. Para superar essa conjuntura, era importante analisar o Estado, não como mero instrumento de poder manipulado pelas classes hegemônicas. E ultrapassar a ideia de cidadania apenas como igualdade jurídica, presente nas constituintes anteriores, mas como ação política, estratégia organizada de reivindicação coletiva. (COTRIM JUNIOR, 2019)

Sendo a luta por reivindicações de cidadania em três formas, (i) luta por representação, ou seja, por uma ordem jurídica democrática, que o cidadão participa das decisões políticas através dos partidos políticos e do voto; (ii) luta pela liberdade, no sentido do estabelecimento e conservação das garantias individuais, sociais, econômicas, políticas e culturais; (iii) luta pela redistribuição de renda e participação política, tanto direta, quanto através dos movimentos sociais e sindicais, e que permanece até hoje, mesmo após a redemocratização. (COTRIM JUNIOR, 2019)

Discutiu-se a necessidade de colocar na Constituição o direito à saúde como garantia dos direitos subjetivos dos cidadãos, e dever do Estado. Sendo primordial o conceito de Saúde Coletiva, que compreende a saúde de forma ampla, com seus determinantes sociais. E na prática, prioriza a promoção da saúde, com prevenção, cuidado a agravos e doenças, não apenas do indivíduo, mas dos grupos sociais, da coletividade. (COTRIM JUNIOR, 2019) Prevê, ainda, como promoção da saúde, a consciência sanitária, as políticas públicas intersetoriais e a noção de sistema de saúde. Tal conceito foi, portanto, assumido enquanto Relatório Final da VIII CNS, e incorporado pela Constituição e pela legislação infraconstitucional, o que foi fruto do Movimento Sanitário Brasileiro. (COTRIM JUNIOR, 2019 apud PAIM, 2007)

Nesse cenário, a noção de democracia equivalia a de cidadania, com a nova emergência de liberdades e direitos, de instauração de uma ordem econômico-social ajustada às necessidades sociais, em um processo de definição de princípios fundamentais e “meios para garantir, num momento constituinte, a participação organizada do povo, a concretização de seus direitos historicamente atualizados, a liberdade e o pluralismo de expressão e de organização democráticas” (COTRIM JUNIOR, 2019 apud SOUSA JÚNIOR, 1986, p. 61-67).

A 8ª CNS evidenciou-se como um marco na participação democrática da população, e apesar de não serem cumpridas todas as disposições foi imprescindível para a Reforma Sanitária e defesa da estruturação do Sistema Único de Saúde. Sendo destacados após a Conferência, a atuação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, a constituição da Plenária Nacional de Saúde (que ocorreu com a participação de partidos políticos, sindicatos, movimentos populares, universidades, e membros da sociedade civil) e por fim, a instalação da Assembleia Nacional Constituinte que se encerrou com a promulgação da Constituição de 1988. (COTRIM JUNIOR, 2019)

O que era buscado pelo Movimento Sanitário Brasileiro não foi plenamente alcançado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, pois foi uma Comissão verticalizada, articulada de ‘cima para baixo’, o que resultou em uma ‘despolitização’, ou seja, desconexão com as deliberações políticas da VIII CNS, só restando ‘aprovados’ as proposições, de certa forma, consensuais. Além de segmentos sociais, como os Conselhos Federais de Enfermagem, Farmácia, Medicina e Odontologia, que defendiam a Reforma Sanitária, criticarem a falta de diálogo com as bases, de quem é mais envolvido e mais atingido pela Reforma. (COTRIM, JUNIOR, 2019)

A Comissão produziu um documento com proposições para contribuir com o capítulo da Saúde na Assembleia Nacional Constituinte, em que os estudos para elaboração das proposições foram publicados, o documento contava também com um capítulo sobre ‘O que é a Reforma Sanitária’. Tais documentos levados à Assembleia Nacional Constituinte, foram acolhidos na Subcomissão de Saúde, Seguridade Social e Ambiente, dentro das Comissões da Ordem Social e Comissão de Sistematização. (COTRIM JUNIOR, 2019)

O documento contextualiza, além da ineficiência do sistema de saúde vigente e a conjuntura da crise econômica, “as lutas do povo brasileiro por justiça social, (...) a condução de novas lideranças políticas aos cargos e atuações institucionais; e o depósito de esperanças e de interesses do povo em favor de uma Constituição que garanta uma sociedade mais justa, soberana e democrática.” (COTRIM JUNIOR, 2019, p. 202-203)

2.1.2 A Plenária Nacional de Saúde

A Assembleia Constituinte com relação à Saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congrega cerca de duas centenas de entidades representativas do setor (ANDRADE ET AL., 2013, p. 266)

No âmbito da Constituinte, ocorreu a Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte em Brasília/DF, que contou com 44 entidades nacionais e estaduais e resultou em um manifesto e em uma proposta de texto constitucional para a área da saúde. (COTRIM JUNIOR, 2019, apud TEIXEIRA, 1987b) Anteriormente, houve uma plenária estadual em São Paulo, após um ano da ocorrência da 8ª CNS, no intuito de pressionar os constituintes com o compromisso com o setor da saúde e com a área social, entendendo a Reforma Sanitária como um projeto amplo de reforma governamental para toda a área social, e não apenas da saúde. (COTRIM JUNIOR, 2019, apud TEIXEIRA, 1987b)

O Manifesto da Plenária Nacional lançado em 13 de maio de 1987, foi um manifesto de luta pela inclusão das proposições da 8ª CNS no texto da Constituição, como indispensável à efetividade do direito à saúde e à cidadania, e da melhora das péssimas condições de vida e

saúde da grande maioria da população brasileira. Importante destacar que nem todas as proposições da 8ª CNS foram implementadas na Constituição e na legislação infra-legal, dada a grande tensão entre os interesses políticos dos setores do movimento pela Reforma Sanitária e do empresariado na Saúde. (COTRIM JUNIOR, 2019)

A Proposta de Emenda Popular foi a proposta resultante da Plenária Nacional de Saúde em 28 de agosto de 1987, apresentada junto à Comissão de Sistematização da Assembléia. Propunha, principalmente, as diretrizes da Oitava CNS e continha sete artigos e cinco disposições transitórias (COTRIM JUNIOR, 2019), destacando-se:

Art. 1º A saúde é um direito inalienável da pessoa humana, sem qualquer fator de discriminação, sendo assegurado pelo poder público constituído à toda população do país.

§1º. O direito à saúde implica nos seguintes direitos fundamentais:

I – acesso à terra e aos meios de produção;

II – condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer;

III – respeito ao meio ambiente e controle da poluição ambiental;

IV – desenvolvimento do saneamento básico domiciliar, inclusive no caso de habitações subnormais até que seja realizada a sua total erradicação através da reforma urbana;

V – informações sobre os riscos de adoecer e morrer incluindo condições individuais e coletivas de saúde;

VI – dignidade, gratuidade e qualidade das ações de saúde, com direito à escolha e à recusa; VII – recusa ao trabalho em ambientes insalubres, perigosos ou que representem risco grave ou iminente, enquanto não forem adotadas medidas para sua eliminação sendo vedada qualquer punição ou redução de remuneração;

VIII – opção quanto ao tamanho da prole.

§2º. – Todas as pessoas, independentemente na natureza de sua deficiência ou doença gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados nesta constituição.

Art. 2º. – É dever do Estado:

I – Implementar políticas econômicas e sociais que contribuam para eliminar ou reduzir os riscos de doenças e de outros agravos à saúde;

II – Normatizar, executar e controlar o conjunto das ações e serviços destinados à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde como uma função da natureza pública;

III – Garantir o acesso universal, gratuito e igualitário às ações e serviços da saúde em todos os níveis;

IV – Assegurar a formulação, execução e controle da Política Nacional de Saúde constituindo o Sistema Único de Saúde, segundo as seguintes diretrizes:

a) integração das ações e serviços com comando político-administrativo único em cada nível de governo;

- b) integralidade e unidade na prestação das ações de saúde adequados às realidades epidemiológicas;
- c) descentralização político-administrativa que respeite a autonomia dos estados e municípios;
- d) participação em nível de decisão de entidades representativas de usuários e profissionais de saúde na formulação, gestão e controle das políticas e das ações de saúde em todos os níveis.

(CEBES, RSD, v. 20, 1988, p.45-46)

A regulamentação dessas diretrizes ficou a cargo da Lei Orgânica da Saúde, em que houve mobilização da Plenária Nacional de Saúde para discuti-la. No período pós-Constituinte houve a Comissão de Seguridade Social e Família na Câmara dos Deputados, em que haviam “representantes do MS, do MPAS, dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, do setor privado, das universidades, das entidades profissionais e de usuários, e outras instituições.” (COTRIM JUNIOR, 2019, p. 228)

Mantiveram-se os debates, entre outros, sobre a descentralização da gestão pública, sobre a relação entre o público e o privado, que de cunho ideológico, havia a frente do Movimento Sanitário Brasileiro, contra a privatização, ou seja, a lógica da mercantilização da saúde, e favorável a um modelo público, estatal, gratuito, cuja prioridade é a saúde da população e não o lucro. Defendendo-se a regulamentação das disposições constitucionais nos moldes da Reforma Sanitária Brasileira. Sendo a oposição composta por entidades do setor privado, reunidos na Federação Brasileira de Hospitais. Ambos os atores tinham forte mobilização junto às bancadas dos parlamentares de diferentes partidos. (COTRIM JUNIOR, 2019)

É, portanto, primordial entender-se o processo de lutas populares na conquista democrática do SUS na Constituinte, que formalmente garanta a saúde, em sentido amplo, universal e igualitária, como dever do Estado. Sendo, portanto, dever dos governantes o financiamento, execução e implementação das políticas públicas integrais de saúde.

Ocorre que, como será elucidado na presente pesquisa, a luta pelo SUS enquanto promotor de justiça e equidade sociais, se faz presente até os dias de hoje. Principalmente pelo agenciamento do empresariado e do neoliberalismo nos governos. A pandemia fez agravar o quadro das desigualdades ou iniquidades sociais em saúde: foi gravemente mais letal aos grupos sociais marginalizados e vulnerabilizados do país, os homens negros e as mulheres negras. Os governantes tinham o dever, portanto, de assegurar o SUS à sua população, que tanto lutou para sua implementação.

Passa-se, então, a análise do SUS nos dias atuais e ao seu papel enquanto política pública antirracista.

2.2 O Sistema Único de Saúde: estrutura, princípios e diretrizes

O Brasil, a partir do SUS, é um país com mais de 100 milhões de habitantes que tem um sistema único, público e gratuito de saúde. Em 2011, possuía mais de 190 milhões de beneficiários, em que 145 milhões dependiam exclusivamente do SUS, contando com mais de 2 milhões de profissionais em atuação permanente. Sendo 90% do mercado de vacinas e 50% do mercado de equipamentos hospitalares movimentados pelo SUS. Quanto ao cenário mundial, como já dito, o SUS “é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e desenvolve uma das propostas de atenção primária de saúde mais abrangentes, por meio do Programa de Saúde da Família (PSF).” (PAIM, e outros, 2015, p. 50)

O Programa foi estruturado pelo Ministério da Saúde em 1994, buscando

a integração entre ações preventivas e curativas para cada seiscentas a mil famílias em territórios definidos, contando com o trabalho de equipes constituídas, basicamente, por médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). (PAIM, e outros, 2015, p. 50)

As Unidades de Saúde da Família (USF) possuem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em que o agente comunitário mora na comunidade em que atua, sendo “um elo cultural do SUS com a população e seu contato permanente com as famílias facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde.” (PAIM, e outros, 2015, p. 50)

Apesar de adversidades a serem superadas pelo Programa na prestação de serviço à população, controle de riscos e de dano e controle das causas dos problemas de saúde, o PSF obteve impacto de aproximadamente 20% de redução da mortalidade infantil nos territórios. (PAIM, e outros, 2015) Os avanços necessários do SUS, para além da regionalização, são a reestruturação do modelo de atenção, quanto à “equidade, qualidade, humanização e integralidade da atenção.” (PAIM, e outros, 2015, p. 51)

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) do SUS é uma das estratégias de vacinação mais bem sucedidas do mundo, e reconhecido pela OMS e por pesquisadores internacionais por sua alta e efetiva cobertura vacinal que “assegurou a erradicação da poliomielite, a eliminação

do sarampo e possivelmente da rubéola, além da drástica redução do tétano, difteria e coqueluche”. (PAIM, e outros, 2015, p. 53)

Além disso, o SUS é referência internacional no controle da Aids, de DSTs e do tabagismo - enquanto prevenção e tratamento, além da distribuição de medicamentos e assistência integral a pacientes portadores de HIV, doenças renais crônicas e câncer. (PAIM, e outros, 2015) Possui, desde 1998, a Política Nacional de Medicamentos, “ampliando a assistência farmacêutica, mediante a utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), produção de genéricos, farmácia popular e a garantia de terapias de alto custo, baseada em protocolos clínicos.” (PAIM, e outros, 2015, p. 52)

Quanto à Atenção Psicossocial, após a Reforma Psiquiátrica com a Lei nº 10216/01, permitiu o retorno de internos para suas famílias, a partir do programa De Volta pra Casa, que forneceu auxílio-reabilitação psicossocial, promovendo a reintegração social de ex-internos dos hospitais psiquiátricos. Dispõe, ainda, do maior Sistema de procedimentos hospitalares do mundo pago por um mesmo financiador, o SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares; uma rede de bancos de sangue, os hemocentros; institutos e centros de pesquisa; ações de comunicação e educação em saúde; (PAIM, e outros, 2015)

Portanto, o SUS obteve importantes resultados, como o avanço da descentralização e regionalização do sistema, apesar de não acompanhar o crescimento da população e das demandas em serviços de saúde, pelas restrições de financiamento exercidas pelos governos. (PAIM, e outros, 2015)

Entretanto, para entender o que é o SUS deve-se entender o seu amplo processo histórico, de lutas institucionais e da população, por meio dos movimentos sociais, até o seu estabelecimento na Constituição de 88, pontuando-se que não se findou a luta pela defesa da saúde pública, gratuita, universal e democrática, que permanece a todo momento.

Um sistema de saúde é o conjunto de agências, enquanto instituições e/ou empresas, e agentes, enquanto profissionais e trabalhadores da saúde, que atuam com o objetivo precípua de garantir a saúde das pessoas e das populações. (PAIM, e outros, 2015) As agências podem ser as instituições públicas ou privadas, com a finalidade de “promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde dos indivíduos e das comunidades” (PAIM, e outros, 2015, p. 14) Nas palavras de PAIM: “o sistema de saúde no Brasil, apesar do adjetivo único, é composto por estabelecimentos e serviços vinculados a diversas organizações públicas e privadas, com fins lucrativos ou não” (PAIM, e outros, 2015, p. 14)

Já o setor saúde é integrado também pelas indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares, que interferem sobre a saúde da população. Há também, as ações de promoção e proteção da saúde realizadas nos setores educativos e de comunicação social, como rádios, televisões e mídias sociais. Há interesses distintos dentro do setor Saúde, principalmente na lógica empresarial, em que há o interesse de se promover e assegurar a saúde individual e coletiva, mas há também o interesse de se assegurar o lucro dos empresários do setor. Nesse sentido, a lógica empresarial visa o lucro, o serviço de saúde prestado possui a lógica de um preço, de mercadoria, o que acarreta consequências ínfimas para a gestão pública de saúde. (PAIM, e outros, 2015)

A partir da Constituição de 1988, a Saúde, dentro do sistema de seguridade social, é um direito de todo cidadão, dever do Estado, e por isso, universal e financiada por toda a sociedade por meio de contribuições e impostos, no princípio da solidariedade. Contudo, livre à iniciativa privada e ao financiamento privado da saúde. Tal fato não era almejado pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, mas foi estabelecido na Constituição por meio da força política do setor empresarial na saúde. Portanto, a implantação do SUS nos moldes da seguridade social ainda não foi plenamente integralizada. (PAIM, e outros, 2015)

Os cinco dispositivos constitucionais da Saúde, conquistados pela população, a partir da luta do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, estabelecem que o Estado deve garantir, mediante políticas econômicas e sociais, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, que visam sua promoção, proteção e recuperação e também a redução de risco de doenças e outros agravos. (PAIM, e outros 2015)

Como políticas econômicas, entende-se políticas sobre a produção e distribuição de riquezas e rendas, empregos e salários. Ou seja, políticas que viabilizem o acesso à terra para plantar e morar. Políticas de proteção ao meio ambiente, que influenciam diretamente a saúde dos indivíduos e das comunidades. E quanto às políticas sociais, as de educação, cultura, esporte, lazer, segurança pública, previdência e assistência social, que possibilitam a redução do risco de doenças e agravos individuais e coletivos. (PAIM, e outros, 2015)

Entende-se agravo, não como uma doença definida, mas sim como acidentes, envenenamentos, e outros. Violência, no contexto social, “é o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outrem”. (PAIM, e outros, 2015, p. 29) E acidente, “é o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais, no âmbito

doméstico ou em outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, das escolas, dos esportes e do lazer.” ((PAIM, e outros, 2015, p. 29)

Quanto às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, que são dever do Estado. Pode-se entender a promoção da saúde, os fomentos, cultivos e estímulos, por medidas gerais, à saúde e qualidade de vida das pessoas e das comunidades. No sentido amplo, de promover a boa qualidade de vida, educação, atividade física, lazer, paz, alimentação, arte, cultura, diversão, entretenimento, ambiente saudável, moradia digna, entre outras condições de saúde coletiva. (PAIM, e outros, 2015)

Quanto à proteção da saúde, importa na redução ou eliminação de riscos, por medidas específicas, “como vacinação, combate a insetos transmissores de doenças, uso de cintos de segurança nos veículos, distribuição de camisinhas para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, bem como controle da qualidade da água, alimentos, medicamentos e tecnologias médicas.” (PAIM, e outros, 2015, p. 29) Devem ser medidas específicas, a partir do conhecimento científico que possibilita a identificação de fatores de risco e de proteção. (PAIM, e outros, 2015)

Quanto à recuperação em saúde, se faz por meio do “diagnóstico precoce, tratamento oportuno e limitação do dano (doença ou agravo), evitando-se complicações e sequelas. As principais medidas são a atenção à saúde na comunidade e à assistência médica ambulatorial, hospitalar e domiciliar.” (PAIM, e outros, 2015, p. 29)

Desvelando o ‘acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde’, significa dizer o acesso do indivíduo sem barreiras legais, econômicas, físicas ou culturais. Entretanto, no contexto brasileiro, de uma sociedade estruturalmente racista e patriarcal, de extrema desigualdade econômico-social, que se traduz no acesso aos serviços de saúde, deve-se atender as desigualdades em sua própria medida, ou seja, atender desigualmente os desiguais na medida de suas desigualdades. (PAIM, e outros, 2015)

Portanto, os conceitos de acesso universal e equidade em saúde são de extrema importância. Em que a universalidade é o princípio do SUS, do qual provém os demais princípios e diretrizes, garantidos na Constituição, sendo uma das maiores conquistas da população brasileira, por meio da luta dos movimentos populares pela Reforma Sanitária.

Nesse sentido, pontua-se as dimensões histórica, política e cultural da universalidade, em que de um lado há um discurso liberal, individualista e meritocrático, muito defendido pelo

neoliberalismo na atualidade, e pelo setor empresarial na Saúde, que luta por sua privatização. Que se traduz na pauta de direitos mínimos, ausência de intervenção estatal na economia (que abarca o setor da Saúde e dos direitos sociais), e que no âmbito brasileiro também se traduz em políticas focalizadas ou verticais em saúde. (MATTA, 2009)

De outro, há a luta pela conquista da universalidade como direito social emancipatório, que provê acesso aos direitos sociais mínimos pela população, como condição da dignidade da pessoa humana, como defendido pelo Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e na Constituição de 88. (MATTA, 2009)

O conceito de igualdade no princípio constitucional se assemelha a equidade em saúde. Em que não deve ser entendido como um conjunto de políticas homogêneas aplicadas de forma igual para toda a população. Visto que a população é extremamente desigual, tratar a totalidade da população sem atentar às desigualdades estruturais no acesso aos serviços de saúde, ou na exposição à doenças comporta em agravar as desigualdades. (SCOREL, 2009)

Portanto, deve ser entendida como equidade, ou seja, a partir das circunstâncias históricas, políticas e culturais do termo, da luta pela justiça social contra iniquidades, ou injustiças sociais, como a desigualdade extrema, a pobreza, miserabilidade e vulnerabilidade de determinados grupos sociais, por condições estruturais de raça, sexo e classe social, que atuam como determinantes sociais da saúde. Pode ser traduzida também nas condições e riscos de adoecer e morrer em determinados grupos populacionais. Por conseguinte, deve-se tratar os indivíduos de forma desigual na medida de suas desigualdades, atendendo suas diferentes necessidades e demandas. Nesse sentido, políticas de equidade são um meio para se alcançar a igualdade. (SCOREL, 2009)

Tais políticas podem ser exemplificadas pela distribuição de recursos financeiros a grupos sociais ou regiões mais vulneráveis, pela descentralização da gestão do sistema de saúde para o nível local, e pela efetivação da participação social. (SCOREL, 2009)

Quanto ao estabelecimento constitucional de que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, entende-se que a execução pode ser feita pelo poder público ou pela iniciativa privada, porém cabe ao poder público regulamentar, fiscalizar e controlar os serviços de assistência à saúde. Numa lógica de que os serviços privados sejam complementares ao SUS. Sendo o SUS “uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, com estabelecimentos públicos e privados contratados, sob a égide do direito público” (PAIM, e outros, 2015, p. 31) . Esta

ambiguidade é resultado, como já dito, dos embates políticos na Constituinte e gerou consequências problemáticas ao SUS.

Quanto à regionalização da rede, equivale a existência de um programa nacional e programas estaduais e municipais, de forma que a distribuição dos serviços básicos estejam disseminados e descentralizados, e os serviços especializados mais concentrados e centralizados. Justamente para garantir de forma mais integral o atendimento à população, efetivando acesso ao direito à saúde. (PAIM, e outros. 2015) A regionalização deve sempre atender a articulação entre os entes municipais e estaduais, “na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, garantindo acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população.” (PAIM, e outros, 2015, p. 32)

Sendo, portanto, três diretrizes da organização do SUS, I - descentralização com distribuição nas três esferas estatais e regionalização; II - atendimento integral em saúde, priorizando a prevenção, sem prejuízo das ações e serviços de caráter assistencial e III - participação da comunidade. (PAIM, e outros. 2015)

Como aduz Lígia Bahia, o almejado pela Reforma Sanitária e constituição do SUS, era um sistema que atendesse à diversidade regional do país a partir da descentralização, mas a realidade, mesmo após 20 anos, é de extrema concentração de recursos no eixo Rio de Janeiro-São Paulo e acirramento das disparidades regionais quanto ao acesso dos cidadãos aos serviços de saúde. (BAHIA, 2013)

Seguindo uma ordem hierarquizada, as questões que ultrapassem a possibilidade do município devem ser resolvidas pelas secretarias estaduais de saúde. Enquanto, o Ministério da Saúde do governo federal, deve “apoiar e conduzir as ações dos governos estaduais e municipais, assegurando o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS.” (PAIM, e outros, 2015, p. 33)

Quanto ao atendimento integral que envolve a promoção, proteção e recuperação da saúde, deve-se priorizar as atividades de prevenção, que evitem o adoecimento das pessoas, os acidentes e agravos. Por exemplo, as campanhas de vacinação, de combate à dengue, e de controle sobre a qualidade da água e dos alimentos. Entretanto, as atividades de caráter assistencial não devem ser prejudicadas, pois deve ser assegurado o melhor cuidado às pessoas, com o princípio da assistência efetiva e de qualidade. (PAIM, e outros, 2015)

Quanto à participação da comunidade no SUS, ou o controle social do SUS assegurado na Constituição, foi uma grande conquista democrática do Movimento pela Reforma Sanitária, para superação do regime ditatorial militar e conquista da cidadania. O controle social se trata de uma recomendação da Organização Mundial da Saúde, para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, desde a Conferência Internacional realizada em 1978. E permite, a partir da participação cidadã, dos próprios usuários do SUS, a participação na identificação de problemas e encaminhamento de soluções, fiscalização e avaliação das ações e serviços públicos de saúde. (PAIM, e outros, 2015)

Portanto,

podemos concluir que o SUS é o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. É, portanto, uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subsequentes. (PAIM, e outros, 2015, p. 35)

Após a criação do SUS na Constituição de 88, houve a necessidade de se criar leis específicas para permitir o estabelecimento do SUS na realidade brasileira. A Lei 8080, decretada em 19 de setembro de 1990, a chamada Lei Orgânica da Saúde, que dispôs sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e funcionamento dos serviços de saúde. Regulando todas as ações e serviços de saúde em todo território nacional, de forma isolada ou conjunta, permanente ou eventual, que pode ser exercida por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Podendo regular sobre a medicina liberal e a medicina empresarial, instituições como fundações públicas, instituições filantrópicas e empresas privadas, denotando o caráter amplo do SUS. (PAIM, e outros, 2015)

Em seu artigo 2º, alude ao dispositivo constitucional, elencando a saúde enquanto direito fundamental do ser humano, sendo dever do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. E adiante, acrescenta que o dever do Estado em “garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (PAIM, e outros, 2015, p. 35)

Quanto ao artigo 3º, dispõe sobre os determinantes sociais da saúde, são eles, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação,

o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, sendo os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país. Alcançando-se finalmente a dimensão social da saúde individual e coletiva, como fruto da luta do movimento pela Reforma Sanitária, complementar ao movimento pela Reforma Agrária, Reforma Urbana e Reforma Tributária, almejando a distribuição de renda mais justa, o avanço da democracia e o desenvolvimento da educação e da cultura, como forma de se elevar os níveis de saúde de toda a população. (PAIM, e outros, 2015)

Após, em seu artigo 4º, dispõe sobre a organização do SUS nos moldes já elencados, quanto à prestação das ações e serviços do SUS por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração pública direta ou indireta e das fundações mantidas pelo poder público. O que acarreta maior autonomia aos estabelecimentos de saúde da administração indireta, como autarquias, fundações e empresas públicas, adequando melhor as especificidades de suas ações e prestação de serviços. Sendo a prestação de serviço de saúde pela iniciativa privada feita de forma complementar e regida pelo direito público. (PAIM, e outros, 2015)

Destaca-se os objetivos e atribuições do SUS, quanto aos objetivos: I - a identificação e divulgação dos determinantes da saúde; II - a formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômico e social, a observância dos artigos 1º e 2º; e III - a assistência às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, 1990)

Ainda, ressalta-se quanto aos objetivos: a assistência às pessoas, a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. (PAIM, e outros, 2015)

No artigo 7º do Capítulo II, quanto aos princípios e diretrizes que regem o SUS, estão elencados:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, (...) (BRASIL, 1990)

A Lei Orgânica define, ainda, quanto às competências e as atribuições dos governos federal, estaduais e municipais, em relação ao SUS. Orienta quanto à participação complementar dos serviços privados, as políticas de recursos humanos, financiamento, gestão financeira, planejamento orçamentário. (PAIM, e outros, 2015)

Para a concretização do SUS nos termos da Lei e da Constituição, o poder Executivo deve exercer sua competência, em todas as instâncias, de implementá-lo de acordo com seus princípios e diretrizes elencados. O que não foi plenamente alcançado na realidade, portanto a sociedade ainda deve se mobilizar para que o que está disposto nas leis e na Constituição seja cumprido pelos governantes. (PAIM, e outros, 2015)

Nos primeiros anos da implantação do SUS, as iniciativas eram voltadas à descentralização e busca de financiamento, sem a devida atenção para a organização dos serviços de saúde e reorientação do modelo de atenção da população, o que torna as redes de saúde, apesar de regionalizadas e hierarquizadas, incipientes até os dias atuais. (PAIM, e outros, 2015)

Hierarquização não equivale a maior importância de um serviço em detrimento de outros, ou entre os entes federativos. Mas possui o objetivo de racionalizar os recursos

disponíveis. Nesse sentido, como a maior parte dos municípios não possui condições de ofertar de forma integral os serviços de saúde, há uma estratégia regional de atendimento, uma parceria entre estado e município, seguindo uma ordem de grau de complexidade do atendimento. Ou seja, a atenção primária, de menor grau de complexidade, é realizada pelas unidades de saúde a nível municipal. E os serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, serviços mais complexos e que necessitam de mais recursos, realizados pelos centros de referência de competência estadual e federal. (PAIM, e outros, 2015)

Na realidade, apesar da hierarquização não significar formalmente maior importância de um serviço a outro, a hierarquização dos serviços pela sua complexidade tecnológica, que irão necessitar de maior aporte, significa a racionalização do uso dos recursos pelas secretarias estaduais de saúde. O que importa na priorização de serviços e intervenções mais bem remunerados, secundarizando serviços de primeira atenção, como os atendimentos básicos e consultas médicas. O que contraria os princípios e diretrizes do SUS e produz iniquidades na prestação de serviços, sentidos por grande parte da população usuária do SUS: pesquisas indicam que mais de 80% dos casos que chegam ao SUS podem ser atendidos e resolvidos nos serviços básicos, de âmbito municipal. (PAIM, e outros, 2015)

Devido aos vetos presidenciais à lei nº 8080/90 quanto aos recursos financeiros e participação social, houve forte mobilização de representantes da sociedade junto a parlamentares, gestores e o governo federal para regular tais questões, o que resultou na lei 8412/90, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde” (BRASIL, 1990)

Estabeleceu, portanto, o Fundo Nacional de Saúde, que impõe o repasse regular ao SUS para custeio e investimentos. Com estabelecimento nos estados e municípios do fundo de saúde: como instrumento de gestão dos recursos e financiamentos; os conselhos de saúde: com composição igualmente dividida entre representantes dos usuários e representantes de prestadores e trabalhadores do SUS; plano de saúde: documento de orientação e planejamento das ações de saúde; relatórios de gestão: destinados ao Ministério da Saúde para comprovar a aplicação dos recursos transferidos e se alcançou-se a programação estabelecida para tal; (PAIM, e outros, 2015) “contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; e comissão para a elaboração do plano de carreira, cargos e salários” (PAIM, e outros, 2015, p. 41)

“Quanto à participação da comunidade na gestão, foram estabelecidas instâncias colegiadas do SUS em cada esfera do governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.” (PAIM, e outros, 2015, p. 41) As Conferências de Saúde mantiveram seu papel consultivo, de propor diretrizes a partir da análise da situação da saúde, para a formulação de políticas públicas de saúde, que podem ser formuladas ou não pelo poder legislativo. Com ocorrência a cada quatro anos. (PAIM, e outros, 2015)

O Conselho de Saúde "tem caráter permanente e deliberativo, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros." (PAIM, e outros, 2015, p. 42) Todavia, as decisões do Conselho devem ser homologadas pelo chefe do Executivo. Havendo um Conselho para o âmbito municipal, o Conselho Municipal de Saúde.

No âmbito estadual, após negociações na Comissão Intergestores Bipartite, constituída por representantes das secretarias municipais e estaduais de saúde, há o Conselho Estadual de Saúde, “composto por vários segmentos da sociedade: gestores, usuários, profissionais, entidades de classe, etc.;" (PAIM, e outros, 2015, p. 42)

Já no âmbito federal, as negociações, quanto às políticas do SUS, são realizadas na Comissão Intergestores Tripartite, constituída por representantes do Ministério da Saúde, das secretarias municipais de saúde e das secretarias estaduais de saúde. E, por fim, há o Conselho Nacional de Saúde, “composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde, e usuários, que, entre outras atribuições, aprova os acordos estabelecidos na CIT”. (PAIM, e outros, 2015, p. 42)

O primeiro artigo da lei 8142/90 define que não deve haver prejuízo das funções do Poder Legislativo, que possui prerrogativa constitucional e é eleito democraticamente, portanto, quando houver deliberações das conferências e conselhos de saúde, irá prevalecer a votação no Congresso Nacional, nas assembleias legislativas ou nas câmaras de vereadores. (PAIM, e outros, 2015)

2.3 Políticas neoliberais e o desmonte ao SUS

Mesmo após a democratização, a onda global neoliberal e predatória nas décadas de 80 e 90 acentuaram a privatização da saúde no país e as iniquidades sociais, processo que já tinha

se iniciado no regime ditatorial militar, na década de 60, com o avanço do empresariado na área da saúde. Organismos internacionais, como o Banco Mundial, “defendem uma ação mínima do Estado nas políticas sociais e a abertura dos sistemas nacionais de saúde para empresas de seguro-saúde internacionais e sua progressiva privatização”. (MATTA, 2009)

As políticas econômico-sociais neoliberais ceifam vidas, expandem a miséria e o desemprego e comprometem a cidadania para garantir o lucro e riqueza de alguns. A luta pelos ideais da reforma sanitária de superação das desigualdades e conquista do direito de bem-estar e viver dos cidadãos deve sempre prevalecer dentro dos espaços democráticos, abertos pelo Movimento Sanitário Brasileiro após tantos anos de luta. (PAIM, e outros, 2015)

A exclusão e as desigualdades sociais, acentuadas pelas políticas neoliberais, produzem mortes, doenças, violências, sofrimento, a falta de acesso à serviços de saúde, o que representa a negação do direito à saúde e o direito à vida. (PAIM, e outros, 2015)

Ao entender-se o conceito amplo e global de saúde, enquanto direito à liberdade, a democracia, ao trabalho, a educação, a moradia digna, a atenção à saúde, ao meio ambiente preservado, a biodiversidade, a qualidade de vida e proteção contra os alimentos transgênicos, entre outros, pode-se compreender os determinantes sociais da saúde, e superá-los a partir da luta por políticas intersetoriais, sociais e econômicas, que visem a redução e superação das iniquidades, e promovam a promoção da saúde e qualidade de vida dos cidadãos. (PAIM, e outros, 2015)

O direito fundamental à saúde ampla enquanto dever do Estado foi proclamado na Constituição de 88 e pelas Leis Orgânicas da Saúde, após décadas de luta do MSB. O que se precisa hoje é lutar para efetivação do direito pelo poder público e os gestores dos serviços de saúde. Nesse sentido, a gestão participativa, em que a comunidade participa da gestão do SUS como preceituado na Constituição, é grande aliada. (PAIM, e outros, 2015)

Entretanto, só a partir dos movimentos sociais se poderá avançar na conquista do direito à vida e à saúde com a devida ampliação dos espaços democráticos dentro dos governos e instituições, como forma de ampliar a “participação, informação, vigilância, crítica, denúncia, mobilização, educação, organização, pressão, persuasão, negociação e consenso ativo dos governados em defesa da vida e da saúde” (PAIM, e outros, 2015, p. 79)

Portanto, o SUS é fruto de décadas de lutas de mulheres e homens por um sistema de proteção social estabelecido e pactuado na Constituição de 1988, sendo uma macropolítica de inclusão social e democratização em saúde. (PAIM, e outros, 2015)

2.3.1 O financiamento do SUS

O financiamento do SUS advém de recursos públicos e outras fontes suplementares de financiamento, além do repasse entre os entes federativos. O poder público (a nível federal, estadual e municipal) recolhe tributos (impostos e contribuições) e discricionariamente destina um percentual para a saúde. Como forma de controlar tal discricionariedade foi aprovada a emenda constitucional nº 29 de 2000, que estabeleceu que os gastos da União em Saúde deveriam ser iguais aos do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do PIB. Os estados deveriam garantir 12% de sua receita para a saúde. E os municípios, 15% de suas receitas. (PAIM, e outros, 2015)

O controle e fiscalização dos financiamentos, repasses e receitas do SUS, é desempenhado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), Tribunal de Contas dos Estados (TCE) e Tribunais de Contas dos Municípios (TCM), pela Controladoria-Geral da União (CGU), pelo Poder Legislativo, por auditorias e órgãos de controle interno do Executivo. A Lei 8142/90 estabelece aos conselhos de saúde, o papel de controlar, inclusive financeiramente, os relatórios de gestão apresentados pelos secretários de saúde, enquanto não houver aprovação do conselho, os gestores ficam impedidos de receber repasses programados no setor da saúde. O Ministério Público também exerce a função de coibir abusos na utilização dos recursos do SUS. Portanto, é o SUS um dos setores governamentais com mais mecanismos de controle contra a corrupção. (PAIM, e outros, 2015)

Apesar do caráter universal estabelecido na Constituição de 88 pelo Movimento pela Reforma Sanitária, os recursos públicos destinados à Saúde por cada brasileiro, no ano de 2015, representavam R\$1,41 por dia. O que representava metade do que recebia um cidadão argentino e uruguaio para saúde e um décimo do que recebia um cidadão canadense, japonês e europeu. Nesse cenário, mais da metade dos gastos com saúde no país é desembolsado pelas empresas e pelos cidadãos. (PAIM, e outros, 2015)

Outro aspecto que vulnerabiliza e diminui a eficiência e efetividade da prestação de serviços pelo SUS, além da insuficiência de recursos, o auxílio público às empresas prestadoras de serviços de saúde e da influência da política neoliberal, privatizadora de direitos, é o uso do clientelismo político-partidário dos serviços do SUS. Por exemplo, o excesso de cargos de confiança para postos de direção e assessoramento e ausência de planos de carreira para os servidores do SUS. Ainda, as mudanças de governos e suas políticas interferem também na gestão do SUS e na continuidade e aprimoramento de seus serviços. (PAIM, e outros, 2015)

O que ensejou no crescimento do mercado empresarial suplementar de saúde, que veio a constituir o Sistema de Assistência Médica Supletiva (Sams), que são cooperativas médicas que vendem no mercado os planos de saúde. Como já visto, a Constituição define um sistema único de saúde, mas autoriza a participação privada na saúde, o que ocasiona problemáticas diversas. (PAIM, e outros, 2015)

As origens do setor privado quanto à prestação de serviços de saúde no Brasil se deram nas décadas de 1940 e 1950, em que “empresas do setor público que utilizaram seus recursos e de seus empregados para o financiamento de assistência à saúde, oferecida por grupos formados por médicos.” (LEAL, 2011, p. 18) Na época, como já elencado, a assistência médica era prestada pela previdência social, cabendo ao Ministério da Saúde ações gerais, como controle e enfrentamento de endemias. Neste cenário, as empresas estatais prestavam aos seus funcionários assistência médico-hospitalar. E empresas privadas, enquanto indústrias do ramo automobilístico o faziam também. (LEAL, 2011)

Mesmo com a constituição do SUS em 1988, como uma vitória do movimento pela Reforma Sanitária, persistiram as desigualdades existentes no sistema de saúde brasileiro, o que significou a continuação e ampliação do mercado de planos de saúde já instaurado, a partir da insuficiência de recursos investidos ao SUS e dos incentivos públicos a este mercado. (LEAL, 2011)

Segundo Ocké-Reis, a parcela da população atendida pela previdência social não migrou para o SUS, após 1988, e sim para os planos privados de saúde. Dessa forma, esse setor privado não cumpriu papel suplementar e sim de substituição ao SUS na prestação de serviços. (OCKÉ-REIS, 2011)

Portanto, se instaurou um cenário de mercantilização do setor da Saúde, quanto à assistência médica-hospitalar, não de forma suplementar, mas central e preponderante para o setor. Para entender quanto ao papel desse mercado na economia: Em 2011, o setor era

composto por 1.044 operadoras e movimentou R\$71 bilhões. Sendo o orçamento da União para a Saúde, no mesmo ano, de R\$68,4 milhões. (LEAL, 2011) E “Atualmente, dos 9,6% do Produto Interno Bruto (PIB) gastos em saúde, dois terços são destinados ao setor privado, de acordo com o Iesc.” (PASSOS, 2022)

O financiamento do segmento dos planos de saúde é feito por meio de subsídios públicos diretos e indiretos, inclusive públicos. Como por exemplo, a isenção de impostos para quem usa planos de saúde, que além de deixar de arrecadar recursos que poderiam ser investidos para saúde, favorece as famílias e empresas que contratam esses planos, patrocinando o consumo dos planos e fomento deste segmento. (SCHEFFER, 2011 e OCKÉ-REIS, 2011) “Existe, também, um aporte imenso de recursos públicos para a compra de planos privados para os funcionários públicos” (SCHEFFER, 2011, p. 19) No fim, quem paga a conta é toda a população que consome os serviços e produtos das empresas do setor. (SCHEFFER, 2011)

Na lógica neoliberal, os planos de saúde são apresentados como alternativa aos problemas do SUS, sem se mencionar ou lembrar as múltiplas facetas e vezes que o SUS é utilizado por toda a população individual e coletivamente. Os próprios usuários, consumidores dos planos de saúde, também são atendidos pelo SUS. Nos casos em que são atendidas pelo SUS, pois os planos de saúde não cobrem suas demandas, de acordo com a regulamentação, os planos deveriam ressarcir o sistema público pelo atendimento a seus beneficiários, o que não é cumprido pelas empresas e é pouco fiscalizado pela ANS. (SCHEFFER, 2011)

Há também a utilização de equipamentos públicos pelas empresas do segmento, em parcerias ou convênios institucionalizados. O que prioriza a utilização do bem público destinado à saúde por quem paga ou pode pagar, rompendo o caráter público, universal e gratuito da saúde no país. (LEAL, 2011)

De todo modo, os subsídios públicos diretos ou indiretos, como a isenção fiscal ou redução de imposto às empresas de saúde suplementar, e aos consumidores dos planos de saúde (tanto individuais quanto empregadores que o garantem aos seus funcionários) representa gasto tributário, pois é imposto não recolhido e recurso público não destinado às políticas de saúde pública. Sem contar com os subsídios destinados às indústrias farmacêuticas e hospitais filantrópicos. (OCKÉ-REIS, 2018)

Em treze anos, de 2003 a 2015, o governo deixou de arrecadar R\$331,5 bilhões. Sendo em 2015, os subsídios estatais, que patrocinam o segmento, chegaram a R\$12,5 bilhões. Em

contrapartida, em 2003, chegava a R\$6,1 bilhões. Portanto, os subsídios estatais dobraram nesse período. (OCKÉ-REIS, 2018)

De acordo com o Datasus, em junho de 2014, do total de estabelecimentos de saúde no país (272.277), 73.725 (27%) são da administração direta da saúde e 186.930 (69%) são de empresas privadas, o que demonstra o peso do setor privado na saúde do país. E segundo a Conta-Satélite de Saúde Brasil (2007-2009), “a despesa de consumo das famílias com bens e serviços de saúde chegou a R\$157,1 bilhões (4,8% do PIB)” (PAIM, e outros, 2015, p. 56), enquanto “a despesa da administração pública com esses bens e serviços foi de R\$123,6 bilhões (3,8% do PIB)”. (PAIM, e outros, 2015, p. 56)

Nessa conjuntura, apesar dos esforços para racionalização e democratização do SUS desde 1988, persiste um sistema misto de saúde, com duplicidade de esforços e desperdícios de recursos. (PAIM, e outros, 2015) Para prestação de serviços especializados e exames complementares de média e alta complexidade, o SUS possui extrema dependência ao setor privado. (PAIM, e outros, 2015).

Nesse cenário, o problema de financiamento do SUS antecede a criação do sistema, pois no país:

“os recursos repassados pelo governo federal para estados e municípios sempre estiveram aquém das necessidades dos cidadãos, não só em saúde, mas também em educação, habitação, saneamento, cultura etc. As reformas tributárias não foram suficientes para assegurar uma distribuição mais equitativa dos recursos entre regiões, estados e municípios do Brasil.” (PAIM, e outros, 2015, p. 46)

Para superar essa conjuntura é essencial retomar a articulação do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e seus ideais, apesar do movimento ter conseguido vitórias na Constituição de 88, na realidade o SUS ainda não foi efetivamente implantado pelos governantes, sendo o subfinanciamento, o crescimento do segmento empresarial na saúde, o enfraquecimento do controle social e comunitário e o foco na assistência, em detrimento do conceito integral e ampliado de saúde, os fatores que mais contribuem para o afastamento do SUS do seu projeto original. (BATALHA, 2013)

2.3.2 A PEC do Teto de Gastos e o desmonte ao SUS

A situação agravou-se após a aprovação da chamada PEC do Teto de Gastos, a proposta de emenda constitucional nº 241/2016, encaminhada pelo governo de Michel Temer, após o golpe e impeachment da presidenta Dilma Rousseff, e aprovada às pressas em primeiro e segundo turno de votação no Congresso Nacional e no Senado Federal, ainda no ano de 2016.

A PEC propôs um novo regime fiscal, “estabelecendo um teto para as despesas primárias baseado na correção das despesas do ano anterior pela inflação do mesmo período durante vinte anos.” (BRASIL, 2016a) Em relação às despesas em saúde, revogou as Emendas Constitucionais 86/2015 e 29/2000, que garantiam estabilidade do financiamento do SUS, com menor poder discricionário dos governos e congelou os gastos públicos em saúde (e as outras áreas sociais) para os 20 anos seguintes. (VIEIRA, BENEVIDES, 2016)

Representando verdadeira ruptura com a Constituição e sua previsão normativa ao SUS e às políticas sociais. Revogando os pisos definidos na legislação constitucional para saúde, e os aumentos orçamentários mínimos para cada ano subsequente. O que resultou no estrangulamento de recursos do SUS, e aumento das desigualdades sociais e desigualdade no acesso aos serviços de saúde. (VIEIRA, BENEVIDES, 2016)

Segundo FUNCIA (2022), a saúde e educação foram duplamente penalizadas pela emenda do teto de gastos, além do piso orçamentário anual ser rebaixado, ficou limitado a um teto global de despesas, em que para aumentar-se o orçamento destas áreas, outras áreas primárias seriam desfalcadas. Sendo as perdas acumuladas no período de 2018-2020, em Saúde, de R\$37 bilhões.

Em 2019, em um cenário de aumento da mortalidade infantil, com aumento de 500% nos casos de dengue, retorno do sarampo, o corte orçamentário no SUS alcançou R\$13,5 bilhões. Em contrapartida, neste mesmo ano, a União obteve um excedente de arrecadação em torno de R\$70 bilhões. (MORETTI, SÓTER, 2020)

Esse cenário afetou sobremaneira as famílias negras, que são mais pobres e chefiadas em sua maioria por mulheres negras. A precarização do SUS atingiu principalmente a população vulnerável: mais pobres, pretos, pardos e mulheres, em especial, mulheres negras. Aproximadamente 80% da população negra brasileira depende do SUS para acesso à saúde. (SANTOS, SILVA, 2022) Sendo a população dependente do SUS principalmente negra e do sexo feminino. (LOPES, 2021) A realidade brasileira já era de mortalidade de negros duas vezes maior que de brancos em diversas doenças, como “doenças mentais; gestação, parto e puerpério;

infecções; doenças hematológicas, endócrinas, dermatológicas e causas externas.” (SILVA et al., 2020, p. 7)

Ainda nesse contexto, para estabelecimento do Auxílio Brasil, foi revogado o Programa Bolsa Família, criado pelo governo Lula com a Lei nº 10.863/04, um dos programas mais importantes na América Latina e no mundo de transferência de renda direta para as famílias, abrangendo 13.189.567 famílias em novembro de 2019, sendo 73% dos beneficiários cadastrados pretos e pardos. Denotando um cenário de feminização da pobreza, em dezembro de 2019, 93% das famílias inscritas nos programas sociais no país eram chefiadas por mulheres, sendo 68% delas chefiadas por mulheres negras. (MATOS, CAMPOS, CAVALCANTI, 2022)

E com a chegada do vírus da covid-19 no Brasil, houve acentuação da situação de extrema desigualdade da população, também no acesso à Saúde, principalmente pela atuação do Executivo do país com a lógica neoliberal de descuido de políticas públicas sociais e de saúde, que ao menos diminuam as iniquidades sociais, como será tratado no capítulo posterior.

2.4 O SUS enquanto política antirracista

Quanto aos princípios e diretrizes do SUS elencados na Constituição de 1988 e em legislação infraconstitucional são da saúde enquanto direito universal e dever do Estado. Devendo ser prestada a partir da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. (LOPES, 2021)

A universalidade diz respeito ao acesso universal à saúde, “de ausência de barreiras econômicas, organizacionais, geográficas e socioculturais no que tange aos cuidados da saúde.” (LOPES, 2021, p. 11) A integralidade, a promoção, proteção ou recuperação em saúde, em todos os níveis de complexidade; A equidade, consiste em atentar a prestação de saúde aos grupos sociais marginalizados e vulnerabilizados, para superação das desigualdades no acesso à saúde; A descentralização tange tanto a autonomia local quanto ao mapeamento das necessidades e recursos da população de determinada região; E a participação social, diz respeito ao princípio democrático, de controle e participação da comunidade. (LOPES, 2021, PAIM, e outros, 2015)

O SUS apresenta inúmeros desafios para efetivação da sua implementação nos moldes constitucionais, pleiteados pela população no Movimento pela Reforma Sanitária no país, do qual o Movimento Negro participava, dentre diversos outros. Nesse sentido:

Desde a década de 1980 o movimento negro e o movimento de mulheres negras apontavam a necessidade de se dar visibilidade às desigualdades em saúde entre negros e brancos. Não de modo acidental, houve expressiva participação destes movimentos na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, marco histórico da luta em defesa da saúde como direito humano fundamental, luta que persiste até hoje no processo de consolidação do SUS como política de um Estado democrático e de direito. (LOPES, 2021 apud LOPES E WERNECK, 2009)

A partir da Marcha Nacional Zumbi dos Palmares, em 1995, foi instituído na gestão pública, o Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra, integrado por representantes do governo, pesquisadores e ativistas, para formulação de propostas de ações governamentais. Quanto à saúde da população negra foram propostas medidas, principalmente quanto a inserção do quesito raça/cor na Declaração de Nascidos Vivos e de Óbitos e programas de atenção à saúde quanto a doenças que geneticamente afetam mais pessoas negras, como anemia falciforme, diabete mellitus, síndrome hipertensiva na gravidez, entre outras. (WERNECK, 2016)

Entretanto, após a III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada na África do Sul em 2001, pela Organização das Nações Unidas (ONU) e na Conferência das Américas, a nível regional, ocorrida em Santiago, no Chile, foi elaborado o documento “Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade”, que determinava “as doenças, agravos e condições mais freqüentes na população negra”, sendo elas:

(i) Geneticamente determinadas – anemia falciforme e deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase; ou dependentes de elevada frequência de genes responsáveis pela doença ou a ela associadas – hipertensão arterial e diabete melito. [...] **(ii) Adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis** – desnutrição, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças do trabalho, transtornos mentais resultantes da exposição ao racismo e ainda transtornos derivados do abuso de substâncias psicoativas, como o alcoolismo e a toxicomania. [...] **(iii) De evolução agravada ou de tratamento dificultado** – hipertensão arterial, diabete melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer e mioma. [...] **(iv) Condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas** – crescimento, gravidez, parto e envelhecimento. (SISTEMA DAS NAÇÕES UNIDAS, 2001, p. 5-6, grifos no original)

Propunha-se a formulação de políticas nacionais, a partir da produção do conhecimento científico no campo da saúde da população negra, na capacitação dos profissionais de saúde para atendimento dessa população, informação de saúde à população negra, e a atenção à saúde dessa população, com “inclusão de práticas de promoção e educação em saúde da população negra nas rotinas assistenciais e facilitação do acesso em todos os níveis do sistema de saúde.” (SISTEMA DAS NAÇÕES UNIDAS, 2001, p. 8) Passando-se, portanto, a tratar do racismo enquanto determinante social da saúde.

Em 2003, houve a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, instância consultiva ao Ministério da Saúde; Em 2004 e 2006, houve a realização dos Seminários Nacionais de Saúde da População Negra; Inserção da pauta nas Conferências Nacionais de Saúde; e em 2005, houve a criação de uma vaga ao Movimento Negro no Conselho Nacional de Saúde, que “permitiu as articulações e ações necessárias para instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada pelo CNS em novembro de 2006.” (WERNECK, 2016, p. 538)

A PNSIPN reitera a relação entre racismo e vulnerabilidade em saúde, tendo como objetivos:

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-discriminatório; e

XII – fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra. (Brasil, 2009)

Apesar de aprovada e oficializada, a PNSIPN não foi integralmente implementada no SUS. Destaca-se a atuação das mulheres negras quanto às formulações conceituais para as diretrizes, estratégias e atuação em saúde da população negra, tanto por sua experiência histórica e cultural no cuidado, quanto por serem maioria das trabalhadoras de saúde. (WERNECK, 2016)

É o racismo estrutural, e também sua sobreposição à opressão de gênero, preponderantes para produção das iniquidades em saúde. Em 2005, a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde da ONU, conceituou as “determinantes sociais de saúde como um processo complexo no qual participam fatores estruturais e fatores intermediários da produção de iniquidades em saúde” (WERNECK, 2016, p. 540) São o racismo e o sexismo “fatores estruturais produtores da hierarquização social associada a vulnerabilidades em saúde” (WERNECK, 2016, p. 540)

Para enfrentamento e superação dessas iniquidades são necessárias medidas, como a criação de programas sociais destinados aos grupos sociais vulnerabilizados, ações para redução das desigualdades, medidas amplas de saúde para toda a população. As iniquidades raciais e de gênero impactam a condição de saúde, carga de doenças e taxa de mortalidade de homens e mulheres negros. (WERNECK, 2016) E nesse sentido, o SUS deve ser instrumento de promoção da justiça social e equidade racial. (LOPES, 2021)

Para entender e enfrentar a ineficiência das políticas de enfrentamento das iniquidades raciais em saúde, deve-se entender o racismo enquanto conformação e perpetuação das relações de poder na sociedade, que penetra os diferentes campos institucionais e da vida social, que funda a democracia e cidadania no Brasil enquanto privilégio de alguns, restando aos negros, um tratamento marginalizado e desigual de forma naturalizada. (WERNECK, 2016)

O racismo institucional, consiste na dimensão estrutural do racismo, quanto “a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais.” (WERNECK, 2016, p. 541) O racismo institucional garante a exclusão de negros, induzindo, mantendo e condicionando a organização e ação do Estado, suas instituições e políticas públicas, produzindo e reproduzindo a hierarquia racial. (WERNECK, 2016)

O racismo institucional também perpassa a produção e manutenção das vulnerabilidades sociais de raça. Nesse sentido, Werneck destaca o conceito de interseccionalidade de Crenshaw (2002), ou seja, a sobreposição de gênero e/ou etnia, classe social, entre outros, enquanto fatores que aprofundam o impacto do racismo sobre determinadas pessoas e grupos. O vislumbramento e identificação das interseccionalidades permite melhor compreensão para alcançar a universalidade, integralidade e equidade na política pública. (WERNECK, 2016)

No tocante à promoção da equidade racial em saúde, Werneck cita Cooper, Hill e Powe (2002), que abordam a partir da visibilidade e intervenção sobre os fatores do acesso e utilização dos serviços de saúde, os dividindo em barreiras pessoais/familiares e barreiras estruturais. Dentre as barreiras estruturais estão o financiamento estatal em saúde, e os processos de priorização e redistribuição, e em análise regional, na precariedade de prestação de serviços do SUS em regiões periféricas, mais pobres e racializadas. Portanto, a visibilidade dessas barreiras permite a intervenção sobre a organização dos serviços de saúde, para superação das iniquidades. (WERNECK, 2016)

Outro aspecto tratado é do racismo e a discriminação comportamental de gestores e profissionais de saúde, somados à precariedade e baixa qualidade dos serviços destinados a esses grupos, resultam na ineficiência de ações para equidade racial, que só podem ser superados a partir da “produção de informações desagregadas por raça/ cor e o desenvolvimentos de mecanismos de diálogo e participação que garantam a inserção desses grupos e de sujeitos nos processos de formulação, monitoramento e avaliação das políticas e ações.” (WERNECK, 2016, p. 545) O que permitirá a visualização das consequências do racismo na saúde e “viabilizar modos, momentos e oportunidades de ação.” (WERNECK, 2016, p. 545)

A autora ressalta, o vislumbramento das codeterminantes ou interseccionalidades que estão associadas aos graves indicadores sociais e de saúde, como no caso de gênero e raça, quanto as mulheres negras, que possuem altas taxas de morbidade, mortalidade precoce, e desatenção dos gestores de saúde, por causas evitáveis. (WERNECK, 2016) Os mecanismos de barreiras ao atendimento em saúde podem ser o uso de “linguagens, procedimentos, documentos necessários, distâncias, custos, etiquetas, atitudes etc.” (WERNECK, 2016, p. 545)

Portanto, é o racismo institucional operado a partir de “lógicas, processos, procedimentos, condutas, que vão impregnar a cultura institucional” (WERNECK, 2016, p. 545) que fazem parte de uma ordem supostamente natural e por essa razão são práticas

invisibilizadas, o que impede seu enfrentamento. O racismo institucional está presente no SUS em todos os seu níveis, portanto devem ser adotadas medidas e políticas específicas levando-se em conta as singularidades de raça e gênero desses grupos, enquanto homens negros e mulheres negras, para responder e combater as iniquidades sociais e em saúde. (WERNECK, 2016)

Nesse sentido, é de extrema importância as ações afirmativas, enquanto instrumento de inserção desses indivíduos vulnerabilizados tanto na gestão da saúde, quanto na atuação como profissional de saúde, mas também de medidas que “estimulem, reforcem e garantam a permanência desses profissionais nos territórios de origem ou naqueles com maior necessidade, incluindo modelos apropriados e sustentáveis de gestão pública dos serviços e do sistema.” (WERNECK, 2016, p. 546) Não se pode esquecer também do fomento às pesquisas em saúde da população negra, que permitirão a análise das iniquidades raciais em saúde, também determinadas pelo gênero, no caso das mulheres negras, e inovações de estratégias necessárias ao seu combate. (WERNECK, 2016)

Portanto, é o combate e eliminação do racismo institucional no SUS de extrema importância para superação das iniquidades. Tal combate deve ser operado por determinação legal-institucional e pela qualificação de gestores e profissionais de saúde, que gerem mudanças nas formas de atuação, nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação e de instrumentalizar ações nos níveis: (i) do acesso e utilização; (ii) dos processos institucionais internos; e (iii) dos resultados das ações e políticas públicas. (WERNECK, 2016)

Quanto ao acesso e utilização, são ações que ampliem o acesso e utilização por homens negros e mulheres negras pela aproximação física e cultural das instituições públicas de saúde e esses indivíduos, através da eliminação de barreiras e distribuição de infraestruturas acessíveis a eles. (WERNECK, 2016) Werneck dispõe dos seguintes exemplos:

- (1) diagnóstico das características da população segundo raça/cor e sexo/identidade de gênero; (2) ação integrada a outras políticas setoriais como educação, emprego, previdência e assistência social; (3) treinamento de equipes para abordagem singularizada e para enfrentamento do racismo; (4) estabelecimento de metas de cobertura para grupos populacionais excluídos; (5) inserção da promoção da equidade racial e de gênero como dimensão estratégica e objetivo dos ciclos de planejamentos e orçamento públicos, especialmente da saúde, nas três esferas de gestão; (6) ampliação da representação negra, com equidade de gênero (de modo proporcional a sua participação na população geral); (7) estabelecimento de metas de eliminação do RI e das disparidades raciais e de gênero nas políticas; (8) ampliação da participação negra, com equidade de gênero, e das informações para a promoção da equidade na comunicação pública e privada; (9) ampliação do investimento público dirigido à eliminação do racismo e à iniquidade de gênero; (10) ampliação das redes do Sistema Único de Saúde, especialmente aquelas sob gestão pública estatal, nas regiões de maior presença de população negra. (WERNECK, 2016, p. 546-547)

Quanto ao processo institucional interno, estão as ações voltadas à organização interna que respondam as necessidades específicas dos homens negros e das mulheres negras, com o intuito de diminuir e/ou eliminar diferenças na prestação de serviços em saúde. (WERNECK, 2016) Como por exemplo:

(1) estabelecimento de normas e protocolos institucionais dirigidos ao enfrentamento do RI; (2) criação e funcionamento articulado de mecanismos institucionais de enfrentamento do RI, com montante adequado e fonte estável de financiamento, transparência, prestação de contas; (3) comunicação pública de compromisso com a diversidade e com o enfrentamento do racismo; (4) estabelecimento de ações afirmativas para ampliação da participação de mulheres negras e para ampliação da diversidade cultural, racial e de identidade de gênero na gestão e nas equipes de trabalho, nos diferentes níveis de gestão: programas de qualificação, cotas, treinamento das equipes para maior aceitabilidade etc.; (5) ampla divulgação de estratégias, ações e resultados das ações institucionais de acordo com o impacto sobre os diferentes grupos populacionais segundo raça/cor e sexo, e explicitação da realização de metas diferenciadas para as mulheres; (6) estabelecimento de protocolos e pactuações para atuação intersetorial e interinstitucional; (7) inserção de mulheres negras nos processos de planejamento institucional; (8) inserção de objetivos de eliminação do RI e das disparidades raciais e de gênero nas diferentes ações e políticas institucionais; (9) inserção de indicadores de melhoria da qualidade da prestação de serviços para mulheres negras nos critérios de avaliação de sucesso e qualidade das políticas públicas; (10) divulgação ampla de processos e resultados das medidas adotadas e seus resultados; (11) participação de mulheres negras na definição de indicadores de avaliação; (12) utilização das informações originadas nos processos de monitoramento e avaliação no novo ciclo de planejamento; (13) incorporação de indicadores de enfrentamento do RI e de eliminação das disparidades raciais aos critérios de avaliação de diferentes políticas de saúde; (14) ampliação da disponibilidade de treinamentos para a capacidade institucional de diálogo e acolhimento da diversidade e para o enfrentamento do RI; (15) desenvolvimento de processos de avaliação periódica da competência institucional para enfrentamento do RI; (16) posicionamento dos mecanismos de enfrentamento do RI e eliminação das disparidades raciais e de gênero nos estratos superiores da hierarquia administrativa; (17) definição de estratégias de acolhimento às mulheres negras e à população; (18) adequação da infraestrutura de serviços às necessidades das mulheres negras e da população negra. (WERNECK, 2016, p. 547)

Quanto aos resultados das ações e políticas públicas, são as ações através da mudança institucional que resultem na adoção de práticas que aproximem as necessidades dos homens negros e mulheres negras aos resultados das políticas públicas. (WERNECK, 2016) Como:

(1) pactuação de metas sanitárias de redução da morbimortalidade segundo raça/cor, com ênfase na morbimortalidade de mulheres negras de diferentes idades, orientações sexuais, condição física e mental, território, entre outros, visando abarcar a totalidade dos grupos diferenciados de mulheres negras; (2) adoção de planificação intersetorial que permita a ampliação da cobertura das políticas de seguridade social segundo raça/cor e grupos específicos – usuários e usuárias de saúde mental população de rua, entre outros – articulando-se, também, com políticas de moradia, transporte e emprego; (3) ampliação das noções de direito pelas mulheres negras; (4) ampliação da participação de gestores e profissionais nas ações e políticas de eliminação do RI e das disparidades raciais e de gênero na saúde. (WERNECK, 2016, p. 548)

Tais ações de enfrentamento só serão alcançadas através da autonomia institucional, com capacidade de recursos e competência gerencial, que permitam o desenvolvimento sustentável dessas ações; da troca e diálogo permanente com a sociedade, com representantes do movimento negro e de mulheres negras; e da observação ativa desses grupos articulados, “de modo a garantir a replicabilidade e a sustentabilidade das ações ao longo do tempo, permitindo, então, que aprofundem seu alcance de mudança do Estado e suas relações.” (WERNECK, 2016, p. 548)

Conclui-se que devem haver diversas mudanças e aprimoramentos do SUS para superação das iniquidades raciais e de gênero em saúde, e consequente efetivação da justiça social. Levando-se a máxima do princípio constitucional da participação e controle popular, a participação e tomada do SUS, pelas reivindicações populares do movimento negro e das mulheres negras, é o caminho.

3. O COVID 19 NO BRASIL

Com a chegada da pandemia no Brasil, a rápida disseminação do vírus entre a população e sua alta letalidade, levaram as autoridades sanitárias internacionais e nacionais a determinarem o distanciamento social e intensificação dos cuidados de higiene pessoal e ambiental. (CANÊO, SILVA, 2022) O vírus chegou ao país, por membros da elite, brancos que retornaram da Europa infectados. Entretanto, a primeira morte por covid-19 no Rio de Janeiro, e segunda morte por covid no país, foi de uma mulher, negra, idosa, empregada doméstica e periférica que trabalhava há 20 anos para um casal infectado vindo da Itália. (MELO, 2020)

Como aponta CANÊO, SILVA (2022), em pouco tempo, a maior disseminação do vírus se deu nos bairros de periferia entre pobres, negros e trabalhadores, análises demonstraram que o número de mortes foi gravemente maior entre a população negra:

Em duas semanas, a quantidade de pessoas negras que morrem por Covid-19 no Brasil quintuplicou. De 11 a 26 de abril, mortes de pacientes negros confirmadas pelo Governo Federal foram de pouco mais de 180 para mais de 930. Além disso, a quantidade de brasileiros negros hospitalizados por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) causada por coronavírus aumentou para 5,5 vezes. (FIOCRUZ, 2020, n.p.)

Apesar da Portaria nº 344/2017 do Ministério da Saúde, que obriga a inclusão do quesito raça/cor nos relatórios de saúde do SUS, a raça/cor das vítimas de covid tratadas no SUS só passaram a ser documentadas após pressionamento da Coalizão Negra por Direitos e da Sociedade Brasileira de Médicos da Família e Comunidade (CANÊO, SILVA, 2022 *apud* SANTOS et al., 2020)

A maioria dos casos de covid no Brasil se deu nos grandes centros urbanos, compostos majoritariamente por pessoas mais jovens, com pele mais escura e com diversas comorbidades. (BRASIL, 2018) A Atenção Primária em Saúde do SUS se com mais recursos, mais eficiente e mais regionalizada, poderia ter sido uma forte estratégia de controle do vírus e das mortes. (SANTOS et al., 2020)

A população negra é a mais afetada pela falta de saneamento e por piores condições de moradia. As favelas e periferias, compostas majoritariamente pela população negra, possuem

alta densidade demográfica: moram muitos em pequenos espaços. E além de morrerem mais, os negros obtiveram as mais altas taxas de desemprego na pandemia. (CANÊO, SILVA, 2022)

A realidade do povo negro no Brasil, como já visto, é atravessada pelo racismo estrutural de herança escravocrata. O que importa dizer que os negros vivem em condições alarmantes de desigualdades sociais: de renda, moradia, saneamento básico, alimentação, acesso aos serviços de saúde, acesso à educação e trabalho. Esta situação se agrava quando esses indivíduos negros também são atravessadas pelo gênero, quando são mulher. Mulheres negras ocupam os piores postos da desigualdade de renda, e de acesso aos direitos básicos para uma vida digna, como será analisado no presente trabalho.

3.1 O racismo e sexismo no Brasil como sentença de morte na pandemia

A pandemia potencializou a necropolítica e genocídio da população negra no Brasil. Acentuou as desigualdades raciais e de gênero. No mundo todo houve um aprofundamento da crise econômico-social capitalista. Entretanto, o genocídio da população negra agravado pela pandemia, é anterior.

Desde a escravidão, no Brasil colonial, os afro-brasileiros são submetidos “a um processo de animalização e aniquilação sistêmica através de inúmeras violências que visam afetar a sua compleição física e mental, criadas de forma planejada para a extinção cultural, política e/ou econômica.” (MATOS, CAMPOS, CAVALCANTI, 2022 *apud* NASCIMENTO, 2020) Apesar da abolição, em 1888, nunca houve um processo de integração social e reparação histórica aos brasileiros afrodescendentes, e sim uma sistêmica marginalização, exclusão e extermínio. (MATOS, CAMPOS, CAVALCANTI, 2022)

O aprofundamento do capitalismo no Brasil se deu com o aprofundamento das desigualdades econômicas, políticas e sociais. (MATOS, CAMPOS, CAVALCANTI, 2022) “O capitalismo produz automaticamente desigualdades insustentáveis, arbitrarias, que ameaçam de maneira racial os valores da meritocracia sob os quais fundam nossas sociedades democráticas.” (PIKETTY, 2014, p. 9) E nesse sentido, o Brasil é um dos países mais desiguais do mundo. Segundo SILVA, SHEL (2021), conforme dados do IBGE, pretos e pardos representam apenas 27,7% entre os 10% mais ricos, e 72,5% entre os 10% mais pobres no país. (IBGE, 2019a)

Nesse cenário:

a renda dos 1% mais ricos é 34 vezes maior que a renda da metade mais pobre do Brasil. E entre os mais pobres, a população negra é maioria. O rendimento médio *per capita* da população negra é de R\$934,00 enquanto o da população branca é de R\$1.846, isto é, duas vezes maior. Em condições de moradia, 44,5% de pretos e pardos vivem em condições precárias com ausência de serviços básicos. (IBGE, 2019a)

Com o aviltamento das políticas sociais no Brasil, principalmente a partir da Emenda Constitucional nº 95, do Teto de Gastos, que no ano de 2019, retirou 20 bilhões do SUS (CNS, 2020) A precarização do SUS atingiu principalmente a população vulnerável, mais pobres, pretos, pardos e mulheres. A realidade brasileira já era de mortalidade de negros duas vezes maior que de brancos em diversas doenças, como “doenças mentais; gestação, parto e puerpério; infecções; doenças hematológicas, endócrinas, dermatológicas e causas externas.” (SILVA et al., 2020, p. 7)

Quanto ao acesso ao saneamento básico, vital para enfrentamento da pandemia, o cenário é de “33 milhões de brasileiros sem acesso à água encanada em suas residências, e 95 milhões sem acesso ao tratamento da rede de esgoto (SILVA, STHEL, 2021 apud Ministério do Desenvolvimento Regional [MDR], 2018), sabendo-se que os negros são a maioria dos brasileiros sem acesso a saneamento. (IBGE, 2019a) Enquanto artigos científicos previam a possibilidade do vírus da covid-19 permanecer nas fezes de infectados por quase cinco semanas, mesmo após os testes resultarem negativos. (WU et al. 2020)

Em termos de evasão escolar, os negros ocupam 71,7%. E a taxa de analfabetismo é aproximadamente 3 vezes maior entre negros. (FOLHA DE SÃO PAULO, 2020) No mercado de trabalho, os negros estão no topo da ocupação da força de trabalho, e do fornecimento da mão de obra superexplorada. Representam $\frac{2}{3}$ dos desocupados no país. A maioria dos setores subalternos do mercado de trabalho são ocupados por pessoas negras, que também são maioria dos que vivem abaixo da linha da pobreza: 32,9% das pessoas negras ganham US\$5,50/dia ou menos e 8,8% ganham menos que US\$1,90/dia. Quanto à violência, pretos e pardos possuem 2,7 mais chances de serem vítimas de homicídio do que brancos. (IBGE, 2019a)

Para superar as desigualdades de raça, gênero e renda no país, deve-se lutar pela superação do racismo, do patriarcado e do capitalismo. Uma frente importante dessas lutas é a mobilização popular para discussão, elaboração e implementação de políticas sociais que visem essa superação por levar em conta as desigualdades e as condições em que vivem os indivíduos, como por exemplo as políticas de saúde do SUS que consideram as determinantes sociais em

saúde, principalmente sob o aspecto de raça e de gênero, a exemplo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

3.1.1 A crise sanitária-econômico-social da pandemia e as determinantes sociais da saúde

O discurso negacionista, pautado na suposta democracia do vírus, que atingiria a todos sem distinção de raça, classe ou gênero, reforça o racismo estrutural na sociedade brasileira. Visto que as condições socioeconômicas dos negros e das mulheres negras são preponderantes para sua condição de saúde, sua exposição ao vírus e seu acesso ao tratamento adequado. (SILVA, STHEL, 2021)

Dados coletados e analisados em 2020, por pesquisadores do NOIS (Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde) da PUC-RJ, a média de negros mortos pela covid-19 no período era maior em todas as idades, até mesmo entre idosos de 70 e 90 anos, que, por serem de grupos de risco, representavam de 80 a 90% de todos os óbitos no período. Sendo entre a faixa-etária de 50-59 anos, uma diferença de 20% a mais para negros. E entre os mais jovens (20-29 anos), a diferença de 10% a mais para negros. (NOIS, 2020)

O mesmo estudo, ao analisar o aspecto racial nas regiões do país, observou que na região Norte, com a maior população negra do Brasil, os negros representavam 85,5% dos óbitos, acima do percentual da população negra na região. No Nordeste, representavam 83,6% dos óbitos, enquanto eram apenas 69% da população regional. E no Centro-Oeste, representavam 67,7% dos óbitos, mas eram apenas 55% da população local. (NOIS, 2020)

Quanto à análise da pandemia nas duas maiores metrópoles do país, São Paulo e Rio de Janeiro, foi feito o levantamento de nº de óbitos no período e o percentual de moradores negros por bairros.

os bairros com a maior quantidade de mortes possuem uma porcentagem relevante de moradores negros, além de serem bairros periféricos, com baixa qualidade de infraestrutura, saúde e salubridade, condições que impossibilitam a plena prevenção da doença como é o caso de Brasilândia, que possui a maior quantidade de mortes até a data de 30 de abril de 2020. (SILVA, STHEL, 2021; NOIS, 2020)

No Rio de Janeiro, o bairro com mais mortes no período, Campo Grande, possuía a maioria de sua população negra. Também ocuparam o ranking de óbitos, os bairros de Bangu, Realengo e Santa Cruz, que são bairros periféricos, com déficits habitacionais, de saneamento básico e acesso à saúde, que dificultam a prevenção e tratamento do coronavírus. (SILVA, STHEL, 2021, NOIS, 2020)

Em agosto do mesmo ano, foi publicado pelo Painel Covid-19 nas Favelas, que as favelas no Rio de Janeiro apresentavam mais óbitos que Paraguai, Uruguai e Venezuela juntos. O ranking era liderado pelo Complexo da Maré, com mais óbitos que todo o país de Cuba no período. (BOTELHO, 2020)

Em 2019, 80% da população negra no país dependeu do SUS para o acesso à saúde, e 76% dos negros utilizaram a internação pelo SUS. (FIOCRUZ, 2020) Portanto, destruir o SUS é acabar com um mínimo sistema de proteção social dos corpos negros e equivale a um “deixar morrer” por parte do poder público e da sociedade.

Na conjuntura brasileira, o entrecruzamento de gênero, raça e classe são determinantes sociais de saúde. Quanto aos determinantes, a condição sociorracial é evidenciada com o maior acometimento de doenças à população negra, dada as condições de precariedade e pobreza que acometem mais os grupos racializados:

existem doenças que são geneticamente determinadas e/ou hereditárias mais comuns entre a população negra (BRASIL, 2017), como é o caso da anemia falciforme; as adquiridas em condições sociais desfavoráveis, como é o caso da desnutrição, doenças do trabalho, doenças sexualmente transmissíveis (DST/HIV/AIDS, hepatites), abortos sépticos e tuberculose; e as doenças de evolução agravada ou com tratamento dificultado, ou seja, hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miamitoses, entre outras.(CANÊO, SILVA, 2022, p. 469)

Nesse sentido, é de extrema importância a análise dos determinantes sociais da saúde, que devem ser superados para se alcançar o acesso à saúde, em seu conceito amplo enquanto acesso não só aos serviços de saúde, mas aos direitos básicos para uma vida digna e com qualidade. Sendo os determinantes sociais da saúde, as condições de vida e trabalho dos indivíduos, (CANÊO, SILVA, 2022) e “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população” (BRASIL, 2021, n.p.)

Nesse sentido:

A saúde é resultado de um conjunto de condições individuais e coletivas influenciado por fatores, circunstâncias e contextos de ordem política, econômica, ambiental, cultural e social. Longe de serem fatalidade ou destino, a saúde e a doença são processos históricos e sociais determinados pelo modo como se vive, se organiza e se reproduz em sociedade. (LOPES, 2021 apud BRASIL, 2006, p. 589)

E de acordo com o Ministério da Saúde:

Em profissões que requisitam ensino superior, o risco de o homem negro falecer por Covid-19 é 45% maior do que de um homem branco. Com relação aos profissionais que trabalham na indústria, mulheres negras têm mais que o dobro de chances de morrer por Covid-19 do que um homem branco. A pesquisa aponta que o risco de um homem negro alocado na indústria morrer é 67% maior do que um homem branco; o de uma mulher branca é 95% maior; o de uma mulher negra, 146%. (MATOS, CAMPOS, CAVALCANTI, 2022 apud GUIMARÃES; BUONO, 2021, p. 01)

Portanto, é o racismo estrutural, institucional e racismo ambiental, as condições de moradia, de alimentação e de trabalho, determinantes sociais de saúde que podem ser superadas a partir de políticas públicas de saúde que levem em conta esses indicadores. Nesse sentido, os governos possuem extrema responsabilidade na efetivação do combate da pobreza e da morte da população, principalmente no contexto pandêmico de acentuação deste cenário.

A omissão estatal frente à pandemia e a realidade de extrema desigualdade sociorracial nas mortes pode ser explicada pelos conceitos da biopolítica, de Foucault e da necropolítica, de Mbembe. Foucault explica que a biopolítica é o exercício soberano estatal de controle e condução da vida, que escolhe quem morre e quem vive. (SILVA, STHEL, 2021 apud Foucault 1979/2008) Mbembe aduz que o racismo é uma tecnologia do biopoder que permite seu exercício e regula a distribuição das mortes, e explica:

Por conseguinte, no momento em que o Estado moderno permite a existência de pessoas vivendo sob condições precárias, morando em locais periféricos, que perdem a vida seja por descuido institucional ou por assassinato pelo Estado — como a letalidade policial —, isso representa a necropolítica, deixar para morrer um grupo social, um grupo que possui uma determinada etnia. (SILVA, STHEL, 2021 apud MBEMBE, 2016)

Essa lógica racista do *modus operandi* capitalista, expressada através da necropolítica, é operada pela máxima de que determinados corpos valem mais que outros.

Nessa conjuntura, de acordo com o Mapa da Desigualdade de 2020, “81% das pessoas assassinadas pela polícia na cidade do Rio de Janeiro são consideradas negras.” (MATOS, CAMPOS, CAVALCANTI, 2022 *apud* CASA FLUMINENSE, 2020) O necropoder representa a gestão policial da vida, em que a elite trata as problemáticas dos conflitos de raça e classe por meio da repressão em todos os níveis institucionais e de violência, dos pobres e negros. (MATOS, CAMPOS, CAVALCANTI, 2022)

Por interesses políticos, o presidente do Brasil financiou e praticou campanhas de informações falsas contra a comunidade científica mundial, contra a imunização, contra o distanciamento social e uso de máscaras, além de atacar as instituições públicas essenciais no enfrentamento à pandemia. (SILVA, STHEL, 2021) Banalizando as mortes por covid e defendendo práticas econômicas de destruição do público e das políticas sociais, que aviltam de forma mais acentuada os corpos negros.

Nos dois anos de pandemia, o governo alterou o ministro da saúde quatro vezes, por não aceitar que discordassem de suas ideias, e nenhum dos quatro ministros procuraram enfrentar o desastre do vírus nas favelas e periferias. Aponta-se que a falta de acesso à água nestes locais, essencial para a prevenção da contaminação pelo vírus, atinge mais aos negros do que aos brancos (FIOCRUZ, 2020)

Outro viés do racismo estrutural preponderante para o autocuidado de pessoas negras na pandemia foi quanto ao uso de máscaras: em abril de 2020, 72% das pessoas negras entrevistadas informaram ter receio de usar máscaras faciais em espaços públicos por medo de sofrerem racismo. Também foi registrado aumento nas “ocorrências de injúria racial, perseguições e violência policial contra homens negros que estavam utilizando máscaras”. (MATOS, CAMPOS, CAVALCANTI, 2022 *apud* CAMPOS, 2020)

O Estado brasileiro deve cumprir seu dever constitucional de promover políticas públicas sociais em saúde, em sentido amplo, para superação das iniquidades sociais.

3.1.2 Sistema de (des)proteção social

Quanto ao sistema de produção capitalista, pautado na dicotomia Capital/Trabalho, as crises econômicas e sociais são elementos estruturais: pois o próprio sistema quanto mais produz riqueza, e as concentra, mais produz miséria relativa e absoluta. Nos momentos de crise,

esse modo de produção, para evitar o desequilíbrio, queima as mercadorias excedentes para iniciar um novo ciclo de produção. O mesmo ocorre com a mercadoria força de trabalho, quando está excedente, o sistema queima a força de trabalho, o que pode significar matar, privar a liberdade ou levar a asfixia social os que não têm utilidade. O que a pandemia do covid-19 fez foi acentuar tal cenário de crise. (MATOS, CAMPOS, CAVALCANTI, 2022)

Segundo o IBGE (2021), a renda média de um homem negro chega a R\$1.978,00, e a de uma pessoa branca chega a R\$3.471,00. Quanto ao atravessamento do gênero: as mulheres negras ganham 39,5% a menos que as mulheres brancas. Quanto aos cargos de trabalho sem proteção social são ocupados por 46% das mulheres negras, em detrimento de 34% de mulheres brancas, e por 48% dos homens negros diante 35% dos homens brancos. (MÍDIA PÚBLICA, 2021)

O índice de homens negros que perderam seus empregos foi 3 vezes maior que de homens brancos. Quanto às mulheres negras, o índice foi de 8%, contra 3% de mulheres brancas. No período da Pandemia, das 8,9 milhões de pessoas que perderam emprego ou desistiram do mercado de trabalho, 6,3 milhões são pessoas negras. (MÍDIA PÚBLICA, 2021)

Outro aspecto da necropolítica e do racismo estrutural no Brasil é a fome, que atinge 67,5% das famílias negras brasileiras no país. Temos atualmente 125 milhões de brasileiros em situação de insegurança alimentar, cuja maioria se constitui de negros (MATOS, CAMPOS, CAVALCANTI, 2022 apud CAMARGO, 2021, p. 01) Portanto, homens e mulheres negras não puderam realizar *home-office*, se isolar e se proteger do vírus em suas casas, tiveram de lutar para sobreviver, numa guerra de morrer por fome ou pelo vírus. Nesse sentido, a necropolítica impõe o terror e sofrimento diários a essa população.

No debate sobre o privilégio de quem pôde ficar em casa na pandemia, os homens negros e as mulheres negras por ocuparem maioria nos trabalhos informais e subalternizados como serviços domésticos, faxinas, portarias, cuidadores de idosos e doentes, técnicos de enfermagem, seguranças, empregados de supermercados, entregadores e do comércio, não tiveram emprego com modalidade remota ou proteção social, e tiveram de se arriscar na rua, no comércio, nos transportes coletivos, em uma injusta escolha de morrer pelo vírus ou pela fome. (SANTOS, SILVA, 2022)

O cenário brasileiro de desigualdade no mercado de trabalho, não diz apenas à raça, mas também ao gênero, a população feminina é a mais afetada pelo desemprego e subemprego, e

em especial as mulheres negras. Houve, ainda, um aumento quanto as famílias chefiadas por mulheres negras nos segmentos mais pobres. (CHERNICHARO, 2016)

O racismo e o sexismo demarcam a realidade das mulheres negras no Brasil, que ocupam os postos subalternos de trabalho, como trabalhadoras domésticas, babás e trabalhos sem proteção social. (CARNEIRO, 2011) Conforme o PNAD (IBGE, 2020), a crise econômica e social gerada pela pandemia agravou a desigualdade de gênero quanto à saúde, educação, trabalho e violência, principalmente para as mulheres negras, que se situam em maior vulnerabilidade.

No contexto pandêmico, quem ocupava postos de trabalho sem proteção social perderam suas rendas e seus empregos, o que afetou sobremaneira as mulheres negras, que são maioria dos trabalhadores informais. De acordo com o IBGE (2020), das 7,1 milhões de pessoas afastadas do trabalho sem receber remuneração na pandemia, o maior percentual é de trabalhadoras domésticas sem carteira assinada, em 26,8% do total. Sendo a maioria das trabalhadoras domésticas no país, mulheres negras. (PINHEIRO, LIRA, REZENDE, FONTOURA, 2019)

Essas desigualdades sociorraciais e de gênero também são percebidas no acesso à saúde. Mesmo antes da pandemia, os jovens negros são os que mais morrem por causas externas como assassinatos. “E são as mulheres negras que mais sofrem com a falta de atenção dos médicos e dos serviços de saúde em geral. As grávidas negras são as que menos fazem exames de pré-natal em relação às mulheres não negras.” (CANÊO, SILVA, 2022, p. 468 apud BRASIL, 2017, THEODORO, 2008)

Portanto, na pandemia, a população negra que mais sofreu com as condições estruturais e desiguais de acesso à prevenção, diagnóstico e acompanhamento de doenças, e em especial da covid-19. (FAUSTINO, et al., 2021) E, a partir deste cenário, deve-se analisar especificamente o entrecruzamento de gênero, raça e classe, ou seja, os efeitos específicos da pandemia às mulheres negras.

Dados do IBGE (2020) demonstram que o desemprego aumentou 4,3% de agosto para setembro daquele de 2020, sendo as regiões do Nordeste e do Norte com maior aumento, 10,6% e 6,4% respectivamente. Sendo nessas regiões a maior parcela da população negra. Quanto ao gênero, a taxa de desemprego das mulheres foi maior que a dos homens, 16,9% e 11,8% respectivamente. Em todas as regiões, a taxa de desocupação era maior entre pessoas negras (16,1%) do que para pessoas brancas (11,5%), sendo importante ressaltar que a taxa de

desemprego das pessoas brancas manteve-se inalterada no período. (MATOS, CAMPOS, CAVALCANTI, 2022)

No cenário de congelamento e cortes no orçamento estatal para saúde, não houve financiamento suficiente dos serviços de saúde para minimização das iniquidades, o que afetou sobremaneira pessoas negras, principalmente as mulheres negras. A única medida do governo federal para auxiliar a população, após diversos meses de crise, consistiu no Auxílio Emergencial, que se mostra irrisório para a superação da crise econômica e social pelos cidadãos. Além de ter promovido dificuldades na obtenção do auxílio pela população, criando uma enorme fila de espera, falta de acesso ao auxílio pelos indivíduos sem acesso à internet e instabilidade no sistema da Caixa Econômica Federal. (MATOS, CAMPOS, CAVALCANTI, 2022)

Quanto à inação estatal para financiamento e execução de políticas que visassem conter os efeitos da crise da pandemia, destaca-se a ação do SUS e das periferias para contenção da pandemia no país.

3.1.3 O SUS, o PNI e as determinantes sociais da saúde

Nesse sentido, como já abordado na presente pesquisa, o alcance do SUS aos indivíduos negros e às mulheres negras é marcado pela precariedade, sendo essa população mais dependente do SUS no país, 60% dos leitos de UTI no país estão nas localidades centrais, e não na periferia, que são os territórios negros. (OLIVEIRA et al, 2020) O Mapa Social do Corona, lançado pela organização Observatório de Favelas (NITAHARA, 2020), mostra que os recursos médico-hospitalares de combate à covid-19, como leitos de UTI e respiradores, concentraram-se em zonas nobres da cidade do Rio de Janeiro, apesar de as zonas norte e oeste (periféricas) concentrarem a 80% da população carioca. Nessa conjuntura, o Covid-19 matou estrondosamente mais negros que brancos (ENESP, 2020)

Ainda, o desleixo do governo brasileiro pela contenção da pandemia, resultou na subnotificação e ausência de testagem em massa no início da pandemia, o que resultou em graves consequências aos grupos racializados, que apresentam os piores índices de autoavaliação de saúde em comparação aos brancos. (SANTOS, SILVA, 2022) As comorbidades que apresentam risco grave na contaminação do vírus estão mais presentes na

população negra, como hipertensão, diabetes, doença cardíaca, asma, tuberculose e anemia falciforme. (SANTOS, SILVA, 2022 apud GÓES ET AL, 2020; BRASIL, 2017)

Outro fator de risco imposto aos homens negros e as mulheres negras estão na impossibilidade do isolamento social, como já visto, os indivíduos negros são maioria dos desempregados e dos empregos informais e precarizados, sem proteção social ou possibilidade de trabalho remoto, portanto continuaram a trabalhar e se expor nas ruas, comércios e transportes públicos para lutar contra a fome. (SANTOS, SILVA, 2022)

Os investimentos e financiamentos para saúde pelo governo federal, à época da pandemia, eram precários e insuficientes. Somado a isso, houve esforço da Presidência da República pela privatização do SUS, com o Decreto 10.530/20, publicado em outubro de 2020, que “incluía a política de fomento ao setor de atenção primária do SUS no programa de concessões e privatizações do governo, o Programa de Parcerias de Investimentos (PPI)” (SANTOS, SILVA, 2022, p. 18 apud BRASIL, 2020). O que contraria o dever estatal na prestação de saúde à população preconizado pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8080/90), que regulamenta o SUS. O Decreto foi vencido e revogado pela oposição partidária, pelas pressões e reivindicações das entidades de classe e da sociedade civil. (SANTOS, SILVA, 2022)

SANTOS, e SILVA, (2022, p. 20) destacam quanto às ações governamentais na área da Saúde na pandemia:

No tocante à saúde foram postuladas as seguintes ações: negação da existência da pandemia de covid-19 no Brasil pela Presidência da República; instrução para o uso da Cloroquina nas redes sociais do presidente; tentativa de privatização do Sistema Único de Saúde (SUS); ausência de testagem populacional quanto ao número de habitantes infectados; relativo aumento orçamentário quanto à atenção primária em saúde, seguida pelo baixo investimento aplicado à Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, bem como diminuição de investimentos na pasta Assistência Farmacêutica. Em linhas gerais, houve decréscimo orçamentário na gestão do SUS anterior à pandemia, com resposta tardia ao enfrentamento do vírus, bem como mudanças repentinas na liderança do Ministério da Saúde.

Destaca-se também a análise da vacinação para covid-19 no país, com o Plano Nacional de Imunização, que atuou diretamente na contenção da pandemia e preservação de determinadas vidas. A vacinação no país, por agência do Presidente da República, foi largamente atrasada e contestada, sendo o SUS referência mundial na produção de imunizantes, tendo o Brasil possibilidade de ter sido o primeiro país do mundo a iniciar a vacinação se não fossem as atitudes da presidência. (AGÊNCIA SENADO, 2021)

Entretanto, na implementação do Plano Nacional de Imunização pelo Ministério da Saúde, a quantidade inicial de lotes de vacina aprovados não correspondeu nem a 6% dos brasileiros. O que depreendeu na ineficiência da proteção aos grupos prioritários, ou seja, os grupos com maior risco à covid-19, sendo os grupos mais expostos, mais vulneráveis. (FAUSTINO, et al., 2021)

Nesse cenário, discute-se os critérios que definiram os grupos prioritários que foram priorizados pelo Plano, preponderantes para preservação de vida desses grupos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como recomendação geral a priorização da vacinação de profissionais de saúde e idosos, notadamente mais vulneráveis a covid-19. Entretanto, foi desconsiderado o fator da raça e do gênero enquanto prioridades no contexto brasileiro, pois importam em determinantes sociais de saúde, ou seja, no maior risco e vulnerabilidade de homens negros e mulheres negras ao vírus da covid-19. No Brasil, “as populações negra (preta e parda) e indígena têm 39% mais chances de morrer por Covid-19 do que a população branca.”(FAUSTINO, et al., 2021)

Em um levantamento feito pela Agência Pública, em março de 2021, a partir dos dados de 8,5 milhões de pessoas que receberam a primeira dose das vacinas contra a covid-19 aprovadas e aplicadas no país, havia cerca de duas pessoas brancas para cada pessoa negra vacinada, apesar dos negros serem maioria absoluta dos casos e mortes registrados pelo vírus. (MUNIZ, Bianca *et al.*, 2021)

Nesse período, apenas 4,5% da população do país tinha se vacinado com a primeira dose, sendo 3,2 milhões de pessoas brancas para aproximadamente 1,7 milhão de pessoas negras. Apesar da inclusão dos quilombolas enquanto grupo prioritário de vacinação pelo Ministério da Saúde, após as reivindicações dos movimentos populares e quilombolas, e que deveria ser seguido pelos planos estaduais de vacinação. (MUNIZ, Bianca *et al.*, 2021)

Um fator importante atribuído aos dados é a diferença de expectativa de vida das populações negra e branca: a população negra, apesar de maioria da população brasileira, é minoria em todas as faixas etárias a partir dos 40 anos de idade, e que está associado ao genocídio policial dos jovens negros, e a iniquidade racial em saúde, quanto ao acesso, tratamento e prevenção. (MUNIZ, Bianca *et al.*, 2021) Portanto, a priorização de vacinação por faixa etária prioriza a vacinação de pessoas brancas.

Também atuou para agravamento do quadro, a ausência de reconhecimento de trabalhadores terceirizados dos hospitais como profissionais de saúde pelas secretarias municipais e estaduais. Esses trabalhadores são da limpeza e da segurança dos hospitais por exemplo, e em sua maioria são negros, não foram priorizados como profissionais de saúde. (MUNIZ, Bianca *et al.*, 2021)

Há também a dificuldade de acesso e locomoção aos pontos de vacinação pelas pessoas negras, idosos negros ou quilombolos, que moram em áreas periféricas e rurais, muitas vezes não tem dinheiro ou transporte para se locomover aos postos de vacinação instalados nas áreas centrais das cidades. (MUNIZ, Bianca *et al.*, 2021)

Corroborar-se, portanto, o que aduz PIMENTEL, *et al.*, (2022, p. 13):

Ao cruzarmos os percentuais de vacinação com os perfis raciais por bairro na cidade, confirmamos que os espaços com menor índice de imunização correspondem aos bairros com maior percentual de população negra. Ou seja, a dimensão racial é indissociável da explicação sobre a distinção corpórea e territorial de direitos na cidade do Rio de Janeiro, evidenciada, novamente, durante a fase de vacinação contra a Covid-19. São diversos os fatores que levam a esse resultado desigual na cidade, e também explicam a redução entre a primeira e segunda dose, que passam, entre outras coisas, pela precarização de serviços públicos, a desinformação, a profusão de campanhas anti vacina, atrasos na política nacional de vacinação e sua logística, a falta de diálogo e coesão entre as políticas das diferentes esferas, assim como as próprias desigualdades urbanas historicamente presentes na cidade que limitam o acesso e muitas vezes afastam moradores de favelas e periferias dos equipamentos e serviços públicos.

Portanto, na cidade do Rio de Janeiro, em comparação do início da pandemia até o segundo semestre do ano de 2022, a pandemia iniciou-se na Zona sul carioca (área central e de classes mais abastadas), porém, “os impactos e as sequelas da Covid-19 se prolongam mais e demoram a terminar nos territórios populares e periféricos da cidade.” (PIMENTEL, *et al.*, 2022, p. 13) As ações públicas para superação dessas iniquidades deveriam surgir “a partir de ações estratégicas multiescalares e multissetoriais entre o poder público e a sociedade civil” (PIMENTEL, *et al.*, 2022, p. 13) Aqui, leia-se sociedade civil, enquanto a população negra, favelada e periférica, que viu a si e aos seus, severamente mais afetados pelo vírus, suas sequelas e suas mortes.

Nesse cenário, vislumbra-se a necessidade de se ter considerado a priorização de idosos negros e quilombolas, aos idosos brancos, pelos gestores da saúde, pelos dados raciais de mortalidade e exposição ao vírus. E por conseguinte, frisa-se a necessidade de se ter

considerado a determinantes sociais de saúde população negra, enquanto homens negros e mulheres negras especificamente, para priorização da vacinação para covid-19.

Devido ao racismo estrutural, institucional e ambiental, e ao entrecruzamento do racismo com o sexismo, o povo negro (leia-se homens e mulheres em específico) morreu mais, teve de lutar contra o vírus e a fome, e nesse sentido, o SUS enquanto instrumento constitucional de promoção da justiça e equidade racial poderia ter sido grande aliado na redução das iniquidades raciais em saúde na pandemia, principalmente pela participação e controle popular pelos movimentos populares, pelo movimento negro e das mulheres negras.

Ocorre que o SUS está em situação de precariedade e insuficiência de recursos e financiamento pela política estatal neoliberal, que vigora desde antes da pandemia. Nesse cenário, não houve fomento às políticas que combatem o racismo e ampliam o acesso da população negra à saúde integral, tanto na promoção, proteção e recuperação em saúde. Além dos instrumentos de participação social para superação das iniquidades raciais em saúde, que sempre necessitaram de incentivo e aprimoramento, dado o racismo institucional e estrutural, e encontram-se extremamente debilitados.

Ressalta-se, portanto, a responsabilidade estatal, no âmbito federal, estadual e municipal, no desmonte ao SUS e da ausência às ações e medidas estatais antirracistas no setor social e da saúde, que foram preponderantes para a morte de milhares de negros e negras na pandemia da covid-19 no Brasil.

CONCLUSÃO

Na presente pesquisa, analisou-se o cenário de acesso à saúde na pandemia da covid-19 no país, marcadamente desigual, a partir da coleta de dados em saúde no período e revisão bibliográfica, pautada no racismo estrutural e na interseccionalidade.

A percepção teórica do racismo estrutural, permite o vislumbamento da organização política e econômica da sociedade a partir da opressão de raça. Nesse sentido, a estrutura de poder e organização política racista, advém desde o colonialismo e é preponderante para o sistema capitalista vigente.

Esse sistema de poder se utiliza da necropolítica, ou necropoder, ou seja, do exercício soberano estatal em decidir quem morre e quem vive, tanto em uma gestão policial da vida, quanto na prática estatal de “deixar morrer” certos grupos sociais, que vivem em condições precárias, sem acesso à direitos básico, como renda, alimentação, moradia digna, saneamento básico, educação, cultura, transporte, lazer, etc. enquanto condições mínimas de vida e dignidade humana. Sendo o retrato de como os negros vivem no Brasil, extremamente marginalizados e vulnerabilizados. Entretanto, apesar de urgentes as mudanças estruturais de ordem econômica, política e social, são efetivas as práticas institucionais e políticas antirracistas.

A interseccionalidade, cunhada por Kimberlé Crenshaw na década de 1990, permite a identificação da intersecção ou sobreposição das diferentes estruturas de opressão e discriminação de classe, gênero e raça, preponderante sobre as mulheres negras. E no Brasil, como aduz Lélia Gonzalez, a articulação do racismo com o sexismo produz efeitos violentos sobre a mulher negra em particular, que são as mais afetadas pela pobreza e pela desproteção social, no acesso aos direitos básicos para uma vida digna, e conseqüentemente no acesso à saúde. Crenshaw destaca que a análise sob a ótica da interseccionalidade enseja práticas e políticas mais inclusivas e efetivas.

Na pandemia da covid-19, e com a crise econômica-social e sanitária instaurada, os homens negros e as mulheres negras foram os mais aviltados, com o agravamento de suas condições sociais e das iniquidades sociais em saúde. E que mais viram os seus morrerem.

Apesar do vírus ter começado a se espalhar nas áreas nobres da cidade, em pouco tempo o vírus se espalhou nos bairros de periferia, de maioria negra, porém, rapidamente contaminou

e matou mais nas periferias, que são territórios negros. (SILVA, STHEL, 2021; NOIS, 2020) Sendo os impactos e sequelas da covid-19 mais prolongados nesses territórios. (PIMENTEL, *et al.*, 2022, p. 13)

Quanto ao acesso à saúde e ao SUS, em 2019, 80% da população negra no país dependeu do SUS para o acesso à saúde, e 76% dos negros utilizaram a internação pelo SUS. (FIOCRUZ, 2020) Entretanto, apesar da população negra ser mais dependente do SUS, apresentar mais comorbidades que apresentam risco grave na contaminação do vírus (SANTOS, SILVA, 2022 apud GÓES ET AL, 2020; BRASIL, 2017), serem maioria das mortes e das contaminações, 60% dos leitos de UTI no país estão nas localidades centrais, e não na periferia, que são os territórios negros. (OLIVEIRA *et al.*, 2020)

Quanto a vacinação, em levantamento feito pela Agência Pública, no período de março de 2021, a partir dos dados de 8,5 milhões de pessoas que receberam a primeira dose das vacinas contra a covid-19 aprovadas e aplicadas no país, havia cerca de duas pessoas brancas para cada pessoa negra vacinada. O que se explica pela desconsideração das determinantes raciais e de gênero em saúde no Plano Nacional de Imunização.

Homens e mulheres negros nunca puderam praticar o isolamento social, como visto, por serem maioria dos desempregados, dos empregados informais e precarizados, sem proteção social ou possibilidade de trabalho remoto, portanto continuaram a trabalhar e se expor nas ruas, comércios e transportes públicos para lutar contra a fome. (SANTOS, SILVA, 2022)

E nessa conjuntura, foi preciso analisar a partir das determinantes sociais da saúde, ou seja, das condições socioeconômicas dos homens negros e das mulheres negras que são preponderantes para sua condição de saúde, sua exposição ao vírus e seu acesso ao tratamento adequado. (SILVA, STHEL, 2021) A condição sociorracial é evidenciada com o maior acometimento de doenças à população negra, dada as condições de precariedade e pobreza que acometem mais os grupos racializados.

E dentro desse aspecto, se fez essencial a percepção sobre os efeitos específicos do entrecruzamento de gênero, raça e classe, ou seja, os efeitos específicos da pandemia às mulheres negras, que foram mais afetadas pela crise econômico-social, por se situarem em maior vulnerabilidade. A superação ou impedimento deste quadro poderiam ter sido desempenhados pelo SUS, com atenção à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), ou seja, da identificação das determinantes raciais e de gênero, enquanto determinantes sociais em saúde, para promoção ativa da equidade racial na saúde, o que inclui

a inserção desses indivíduos nas ações estatais, regulamentada no SUS pela participação e controle social.

Para melhor entendimento do SUS e seu papel enquanto política antirracista, revisitou-se o Movimento pela Reforma Sanitária no país, ou seja, das lutas populares que reivindicaram a implementação do SUS, enquanto dever do Estado em garantir e promover a saúde universal e irrestrita à população, sendo que a luta pela saúde ampla e democrática se faz presente até hoje. Passou-se, portanto, para análise da atual estrutura do SUS, como a maior política de inclusão social do país, e um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e desenvolve uma das propostas de atenção primária de saúde mais abrangentes” (PAIM, e outros, 2015, p. 50)

Nesse sentido, pautou-se os graves desmontes ao SUS e às políticas sociais no país, principalmente após o avanço do agenciamento neoliberal na presidência, com o impeachment da presidenta Dilma e da Emenda Complementar nº 95, ou Emenda do Teto de Gastos, que afetou sobremaneira as famílias negras, que são mais pobres e chefiadas em sua maioria por mulheres negras. Aproximadamente 80% da população negra brasileira depende do SUS para acesso à saúde. (SANTOS, SILVA, 2022)

Buscou-se, por fim, analisar-se o potencial do SUS enquanto política antirracista, dadas as reivindicações do movimento negro e das mulheres negras, que tanto lutaram para aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) mas que não foi integralmente implementada no SUS, o que pode ser explicado pelo racismo institucional e estrutural, e pelo agenciamento neoliberal do SUS pelos governantes, que se vê cada mais precarizado. Destruir o SUS é acabar com um mínimo sistema de proteção social dos corpos negros e equivale a um “deixar morrer” por parte do poder público e da sociedade.

Conclui-se, portanto, é o racismo estrutural, institucional e ambiental, a sobreposição de raça e gênero, as condições de moradia, de alimentação e de trabalho, e de acesso à saúde, determinantes sociais de saúde, que incidiram diretamente sobre a morte e os efeitos da pandemia aos homens negros e as mulheres negras. Tal cenário deveria ter sido impedido, evitado ou ao menos, reduzido pelos governantes a partir do SUS e das políticas públicas de saúde que levassem em conta esses indicadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS. Nova composição da Câmara ainda tem descompasso em relação ao perfil da população brasileira. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/550900-nova-composicao-da-camara-ainda-tem-descompasso-em-relacao-ao-perfil-da-populacao-brasileira/>>. Acesso em: 29 de outubro de 2022.

AGÊNCIA SENADO. Brasil poderia ter sido primeiro do mundo a vacinar, afirma Dimas Covas à CPI. Portal Senado Notícias, Senado Federal. Brasília, maio 2021. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/05/27/brasil-poderia-ter-sido-primeiro-do-mundo-a-vacinar-afirma-dimas-covas-a-cpi>>. Acesso em 11 de dezembro de 2022.

AKOTIRENE, Carla. Interseccionalidade. Feminismos Plurais, coordenação de Djamila Ribeiro. Editora Pólen. São Paulo: 2019. 152p.

ALMEIDA, Sílvio Luiz de. Racismo estrutural. Feminismos Plurais, coordenação de Djamila Ribeiro. Editora Pólen. São Paulo: 2019. 264p.

BAHIA, Ligia. [Entrevista concedida à] VideoSaúde. Biblioteca de Manguinhos (Icict/Fiocruz), Rio de Janeiro, junho, 2013.

BATALHA, Elisa. O que falta para termos o SUS por inteiro?. Revista Radis, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, edição 127, p. 9-15, abr., 2013.

BOITEUX, Luciana. Brasil: Reflexões Críticas sobre uma política de drogas repressiva. Revista Internacional de Direitos Humanos. 2015. Disponível em: <https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/95772/brasil_reflexoes_criticas_boiteux.pdf> Acesso em 29 de outubro de 2022.

BOTELHO, Amanda. Favelas do Rio têm mais mortes por Covid-19 que outros países do mundo. Rio de Janeiro: Voz das Comunidades, ago. 2020. Disponível em:

<<https://www.vozdascomunidades.com.br/saude/favelas-do-rio-tem-mais-mortes-por-covid-19-que-outros-paises-do-mundo/>>. Acesso em 05 dez. 2022.

BRASIL. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017: dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. 2017. Disponível em: . Acesso em: 04 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.;

BRASIL. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil);

BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 01 de dezembro de 2022.

BRASIL. Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 01 de dezembro de 2022.

BRASIL. Proposta de Emenda à Constituição nº 241, de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. Brasília, 2016a. Disponível em:< <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2088351>>. Acesso em: 04 de dezembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil - 2018 - Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas para a população negra nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: [s.n.]

BRASIL. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017: dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Instituto Oswaldo Cruz. Determinantes Sociais. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Bolsonaro anuncia revogação de decreto sobre o SUS; oposição comemora. Agência Câmara de Notícias, 2020.

CAMARGO, R. “Há uma ligação direta entre insegurança alimentar e racismo no Brasil”, diz nutricionista. Alma Preta, 17 maio 2021. Seção Cotidiano.

CAMPOS, A. de. Covid-19: enquête aponta que 72% das pessoas negras têm medo de sair de máscaras. Yahoo Notícias, 24 abr. 2020

CARNEIRO, Sueli. Matriarcado da Miséria. In: Carneiro, Sueli. Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil. São Paulo: Selo Negro, c. p. 127-130, 2011.

CANÊO, Giovanna; SILVA, Adeildo Vila Nova. População negra, prisão e pandemia: racismo como fator de risco à saúde. Rio de Janeiro: Revista Praia Vermelha, v. 32, n.2, 2022.

CASA FLUMINENSE. Mapa da Desigualdade: Região metropolitana do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Casa Fluminense, 2020.

CEBES. A questão democrática na área de Saúde. Saúde em Debate, n. 9, p.11-13, jan.-mar. 1980a;

CEBES. Editorial da Revista Saúde em Debate (RSB), v. 20, abr. 1988a, p. 05;

CHERNICHARO, Luciana; BOITEUX, Luciana; FERNANDES, Maira; PANCIERI, Aline. Mulheres e crianças encarceradas: um estudo jurídico-social sobre a experiência da maternidade no sistema prisional do Rio de Janeiro. Laboratório de Direitos Humanos, UFRJ, 2015.

CNJ - CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Perfil Sociodemográfico dos Magistrados Brasileiros. 2018. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/a18da313c6fdb6f364789672b64fcef_c948e694435a52768cbc00bd_a11979a3.pdf>. Acesso em: 29 de outubro de 2022.

COOPER, L. A.; HILL, M. N.; POWE, N. R. Designing and evaluating interventions to eliminate racial and ethnic disparities in health care. Journal of General Internal Medicine, v. 17, n. 6, p. 477-486, 2002.

COTRIM JÚNIOR, Dorival Fagundes; Guimaraens, Francisco de. Resistências Institucionalizadas: Gênese e Lutas do Movimento Sanitário Brasileiro. Rio de Janeiro, 2019. 295p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

CRENSHAW, Kimberlé W. A interseccionalidade na discriminação de Raça e Gênero. 10 p. (traduzido por Matilde Ribeiro). 2002

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 10, n. 1, p.171-188, 2002.

ENESP. Em duas semanas, número de negros mortos por coronavírus é cinco vezes maior no país. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

ESCOREL, Sarah. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

ESCOREL, Sarah. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 208 p.;

FAUSTINO, et al. Abordagem territorial e desigualdades raciais na vacinação contra covid-19. Instituto POLIS, São Paulo: fev. 2021. Disponível em: <<https://polis.org.br/estudos/territorio-raca-e-vacinacao/>>. Acesso em 11 de dezembro de 2022.

FLAUZINA, Ana Luiza Pinheiro. Corpo negro caído no chão: o sistema penal e o projeto genocida do Estado brasileiro. Dissertação submetida à Universidade de Brasília, para obtenção do título de Mestre em Direito. Brasília, UNB, 2006.

FOUCAULT, M. (2008). Nascimento da biopolítica. Curso dado no Collège de France (1978-1979) (E. Brandão, Trad.). Martins Fontes. (Obra originalmente publicada em 1979)

FUNCIA, Francisco R. '(Des)financiamento do SUS: O que fazer?'. CEBES - Centro de Estudos em Saúde. Nov. 2022. Disponível em: <<https://cebes.org.br/francisco-r-funcia-desfinanciamento-do-sus-o-que-fazer/30079/>>, Acesso em 04 de dezembro de 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Em duas semanas, número de negros mortos por coronavírus é cinco vezes maior no país. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2020.

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antônio Ivo de (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. rev. e amp. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. v. 1. 1097p.;

GOES, Luciano. A tradução de Lombroso na obra de Nina Rodrigues: o racismo como base estruturante da criminologia brasileira/ Luciano Góes - 1 ed. - Rio de Janeiro: Revan, 2016. 296 p.

GOES, E. F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro , v. 18, n. 3, e00278110, 2020

GONZALEZ, Lélia. A categoria político-cultural da amefricanidade. Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro, n. 92/93, p. 69-82, jan./jun. 1988.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na Cultura Brasileira. Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs, 1984, p. 223-244.

GUIMARAES, H.; BUONO, R. O país onde ser negro ou mulher é comorbidade. Revista Piauí, 04 out. 2021.

HAHNER, June E.. A mulher no Brasil. Rio, Civilização Brasileira. 1978.

HAMILTON, Charles V.; KWANE, Ture. Black Power: Politics of Liberation in America. Nova York: Random House, 1967. E-book. p. 178.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. PNAD Contínua. Características gerais dos domicílios e dos moradores 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101654_informativo.pdf> . Acesso em: 29 de outubro de 2022.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf> . Acesso em: 2 de novembro de 2022.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2019a). Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil (Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica — N. 41).

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Covid-19: setembro de 2020. Brasília (DF): 2020.

LEAL, Leila. Planos de Saúde - Setor suplementar ou privatização de direitos? O mercado dos planos privados no Brasil. Revista Poli, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, nº 17, p. 18-20, mai./jun., 2011.

LOPES, Fernanda. De Volta aos Primórdios: em defesa do SUS como uma política antirracista. Brasília: IPEA, Boletim de Análise Político-Institucional nº 26, mar. 2021.

MASCARO, Leandro Alysson. Estado e Forma Política. São Paulo: Boitempo, 2013.

MATOS, Deivi Ferreira da Silva, CAMPOS, Daniel de Souza, CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. Os Condenados da Covid: Entre velhas e novas iniquidades. Rio de Janeiro: Revista Praia Vermelha, v. 32, n.2, 2022.

MATTA, Gustavo Corrêa. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. São Paulo: n-1 edições, 2018a.

MBEMBE, A. (2016). Necropolítica, Arte & Ensaio, Revista do ppgav/eba/ufrj, (32), 123-151.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Estud. av., São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MELO, Maria Luisa de. Primeira vítima do RJ era doméstica e pegou coronavírus da patroa no Leblon. Rio de Janeiro, UOL Notícias, mar. 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/19/primeira-vitima-do-rj-era-domestica-e-pegou-coronavirus-da-patroa.htm>> Acesso em 04 de dezembro de 2022.

MÍDIA PÚBLICA. Dieese: Os negros são os que mais sofrem com o desemprego no país. 2021.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL. (2018). Base de Dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento — Séries Históricas.

MISSE (org.) et al. “AUTOS DE RESISTÊNCIA”: UMA ANÁLISE DOS HOMICÍDIOS COMETIDOS POR POLICIAIS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO (2001-2011). Núcleo de Estudos da Cidadania, Conflito e Violência Urbana. UFRJ. Rio de Janeiro, 2011.

MORETTI, Bruno, SÓTER, Ana Paula. Emenda do teto de gastos faz SUS perder R\$ 13,5 bilhões em 2019. Brasil Debate. fev. 2020. Disponível em: <<https://brasildebate.com.br/emenda-do-teto-de-gastos-faz-sus-perder-r-135-bilhoes-em-2019>>. Acesso em 04 de dezembro de 2022.

MUNIZ, Bianca *et al.* Brasil registra duas vezes mais pessoas brancas vacinadas que negras: Vacinação começou com mulher negra, mas agora há mais brancos vacinados; mortalidade da covid-19 em negros é maior. Agência Pública, [S. l.], p. 1-25, 15 mar. 2021. Disponível em: <https://apublica.org/2021/03/brasil-registra-duas-vezes-mais-pessoas-brancas-vacinadas-que-negras/>. Acesso em: 11 de dezembro de 2022.

NASCIMENTO, A. O Genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 2020.

NITAHARA, Akemi. Mapa Social do Corona indica acesso desigual à saúde na pandemia: Boletim relata dificuldades enfrentadas por profissionais e pacientes. Agência Brasil, Rio de Janeiro, p. 1-5, 15 jul. 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-07/levantamento-indica-acesso-desigual-saude-durante-pandemia>>. Acesso em: 14 dez. 2022.

NOIS (Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde), CTC PUC-RIO (Rio de Janeiro) Diferenças sociais: pretos e pardos morrem mais de COVID-19 do que brancos, segundo NT11 do NOIS: Desigualdades no acesso ao tratamento confirmam que as chances de morte de um paciente preto ou pardo analfabeto (76%) são 3,8 vezes maiores que um paciente branco com nível superior (19,6%), Rio de Janeiro, ed. 11, 2020. Disponível em: <<https://www.ctc.puc-rio.br/diferencas-sociais-confirmam-que-pretos-e-pardos-morrem-mais-de-covid-19-do-que-brancos-segundo-nt11-do-nois/>>. Acesso em: 4 dez. 2022.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Planos de Saúde - Setor suplementar ou privatização de direitos? O mercado dos planos privados no Brasil. [Entrevista concedida a] Leila Leal. Revista Poli, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, nº 17, p. 18-20, mai./jun., 2011.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23 (6): 2035- 2042, 2018;

OLIVEIRA, R. G. O.; CUNHA, A. P.; GADELHA, A. G. S.; CARPIO, C. G.; OLIVEIRA, R. B.; CORRÊA, R. M. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. *Caderno Saúde Pública*;v. 36, n.9, :e00150120, 2020.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde. Genebra, mai. 2005.

PAIM, Jairnilson Silva e outros. *O Que É O Sus*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 93 p.

PAIM, Jairnilson Silva e outros. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* /Jairnilson Silva Paim. – Salvador: J.S. Paim, 2007. 300p. Orientadora: Profa. Dra. Carmen Fontes Teixeira. Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia;

PAIM, Jairnilson Silva e outros. Bases conceituais da Reforma Sanitária. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997;

PALHARES, Isabela. Negros são 71,7% dos jovens que abandonam a escola no Brasil. São Paulo: Folha de São Paulo, jul. 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/educacao/2020/06/negros-sao-717-dos-jovens-que-abandonam-a-escola-no-brasil.shtml>> Acesso em 04 de dezembro de 2022.

PASSOS, Juliana. O que o setor privado quer para a saúde do Brasil?. Revista Poli, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, nº 86, p. 24-28, nov./dez., 2022.

PIKETTY, Thomas O capital no século XXI / Thomas Piketty; tradução Monica Baumgarten de Bolle. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.

PIMENTEL, Antonio Junior; BRAGA, Aruan; BARBOSA, Jorge Luiz; TEIXEIRA, Lino; MAIA, Michella; VIANA, Fernanda. Desigualdades Urbanas Da Vacinação No Rio De Janeiro E A Potência Das Periferias Para Sua Reversão. Rio de Janeiro: Observatório de favelas. Mapa Social do Corona. 12^a ed. 17 p. set. 2022.

PINHEIRO, Luana; LIRA, Fernanda; REZENDE, Marcela; FONTOURA, Natália. Os Desafios Do Passado No Trabalho Doméstico Do Século Xxi: Reflexões Para O Caso Brasileiro A Partir Dos Dados Da Pnad Contínua. Brasília: IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, nov. 2019.

QUIJANO, Anibal. Colonialidade do Poder e Classificação Social. Epistemologias do Sul / org. Boaventura de Sousa Santos, Maria Paula Menezes. Coimbra: 2009.

SANTOS, Fernanda Barros dos. SILVA, Sérgio Luiz Baptista da. Gênero, raça e classe no Brasil: os efeitos do racismo estrutural e institucional na vida da população negra durante a pandemia da covid-19. Rio de Janeiro: Revista Direito e Práxis, v. 13, n.3, 2002.

SANTOS, M. P. A. dos et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. Estudos Avançados, São Paulo, v. 99, n. 34, p. 225-243, jun. 2020.

SANTOS, Fernanda Barros dos, SILVA, Sergio Luiz Baptista da. Gênero, raça e classe no Brasil: os efeitos do racismo estrutural e institucional na vida da população negra durante a pandemia da covid-19. Rio de Janeiro: Revista Direito e Praxis, v. 13, n. 3 (2022).

SCHEFFER, Mário. Planos de Saúde - Setor suplementar ou privatização de direitos? O mercado dos planos privados no Brasil. [Entrevista concedida a] Leila Leal. Revista Poli, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, nº 17, p. 18-20, mai./jun., 2011.

SILVA, Luciane Soares da, STHEL, Fernanda Gonçalves. A crise da pandemia da COVID-19 desnuda o racismo estrutural no Brasil. Revista Sociologia Online, nº 26, ago. 2021. Disponível

em: <<https://revista.aps.pt/pt/a-cri-se-da-pandemia-da-covid-19-desnuda-o-racismo-estrutural-no-brasil/>> Acesso em 04 de dezembro de 2022.

SILVA, N. N., Favacho, V. B. C., Boska, G. A., Andrade, E. C., Mercês, N. P., & Oliveira, M. A. F, (2020). Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20180834. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n4/pt_0034-7167-reben-73-04-e20180834.pdf>. Acesso em 04 de dezembro de 2022.

SOUSA JÚNIOR, José Geraldo. A construção social da cidadania. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 61-67;

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Reforma Sanitária é o único projeto de mudanças nascido da sociedade. *Proposta - Jornal da Reforma Sanitária*, n.3, jun. 1987b, p. 6;

THEODORO, M. (org.). *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição*. Brasília: IPEA, 2008.

VIEIRA, Fabíola Sulpino, BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. Nota Técnica n. 28 (Disoc) : Os Impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. IPEA. Brasília, set. 2016.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *São Paulo: Saúde Soc.* São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016.

WU, Y., *et al.* (2020). Prolonged presence of SARS-CoV-2 viral RNA in faecal samples. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 5(5), 434-435.