

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

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

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

Resumo

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

Abstract

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

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

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

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

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



Introdução

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A atenção à saúde da população negra

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

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

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

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

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

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

Políticas de Saúde: aspectos históricos

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

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

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

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

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

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

Saúde da população negra no Estado de São Paulo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Plano Estadual de Saúde – elaboração do texto que propõe “garantir a atenção integral à saúde da população negra”;
- Plano Operativo Anual – elaboração de metas e estratégias para cumprir a Política Estadual de Saúde, o Plano Estadual de Saúde e a atenção à saúde da população negra;
- Quesito cor nos sistemas de informação do SUS – na inclusão do Quesito cor no Sistema de Informação Hospitalar e no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde – em novembro de 2007, o Ministério da Saúde atende à solicitação e publica a Portaria nº 719, de 28/11/2007;

- Articuladores de Saúde da População Negra nos DRSs – a criação de articuladores de Saúde da População Negra nos Departamentos Regionais de Saúde, possibilitando a capilaridade da política pelos municípios do Estado.

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

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

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

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

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

Conclusão

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

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

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

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

Referências

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