



ESCOLA DE VERÃO SOBRE DESIGUALDADES INTERDEPENDENTES NA AMÉRICA LATINA

PAPER

Políticas, significados e redes em torno da Saúde da População Negra

Laura Cecilia López¹

Neste texto esboçarei uma discussão sobre desigualdades sócio-políticas no campo da saúde, particularmente pensando a relação entre desigualdade e diferença numa perspectiva étnico-racial.

Tarei algumas reflexões que perpassam o projeto de pesquisa que estou desenvolvendo atualmente, como professora do PPG em Saúde Coletiva da UNISINOS, que pretende dar continuidade a um dos eixos temáticos desenvolvidos na Tese de Doutorado em Antropologia Social (LÓPEZ, 2009), sobre a construção de políticas públicas com perspectiva étnico-racial no Brasil.

A pesquisa de doutorado focou os itinerários e as perspectivas das mobilizações políticas negras contemporâneas no Cone Sul, com ênfase nas redes de ativistas que atuam em Porto Alegre (Brasil), Montevidéu (Uruguai) e Buenos Aires (Argentina), frente aos atuais desafios das políticas públicas com enfoque étnico-racial. A partir do aporte da perspectiva antropológica que orienta uma aproximação da “experiência de perto” dos sujeitos (GEERTZ, 1996), detive-me no protagonismo de ativistas em face aos desdobramentos de políticas públicas.

A reflexão da tese se insere nas discussões sobre diálogo intercultural e multiculturalismo nas sociedades latino-americanas, buscando compreender os movimentos afro-latino-americanos através das formas com que ocupam a esfera pública e evidenciam noções e projetos de nação em disputa.

¹ Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – ano de obtenção: 2009. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Para isso, considerou a problemática de sujeitos tidos e vistos como minoritários que não foram contemplados no projeto de “igualdade” preconizado pelos ideais eurocêntricos de nação moderna instituído nos países da região e passaram a ocupar um lugar desigual nos processos políticos, no acesso à mobilidade social, e em face às instituições.

A tese examinou os modos como as redes de militância afrodescendente são mobilizadas na construção de demandas e as disputas por políticas públicas em torno da saúde e da educação com perspectiva étnico-racial, analisando as complexas e múltiplas relações entre atores sociais envolvidos no processo de tradução de resistências locais em problemas que irrompem as arenas públicas e disputam por sua legitimação perante agentes e instituições com condições para disseminá-los (Cf. ANJOS, 2004a). Ao mesmo tempo em que indagou na transnacionalidade desses processos e nas expressões políticas e poéticas da diáspora africana nas Américas, como elas se constituem local e transnacionalmente, e como vêm a interferir no espaço “branco” e/ou “mestiço” da nação.

Propõe-se que o que as mobilizações negras na América Latina estão expressando são novos projetos de nação através de questionar os processos de racialização das relações sociais vigentes e de abrir possibilidades de um novo pacto social de igualdade racial e diferença cultural, perspectiva pouco contemplada nas abordagens sobre a questão racial latino-americana (LÓPEZ, 2009).

A pesquisa atual aborda a constituição de um campo de intervenção, produção de saberes e implementação de políticas públicas em torno da “saúde da população negra”, analisando o caso da cidade de Porto Alegre. Dá-se ênfase às articulações e interlocuções entre os atores em redes sociais que disseminam as políticas e capilarizam a sociedade.

A reflexão situa-se no cenário da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, oficializada em 2009 e que encontra-se em face insipiente de implementação em estados e municípios. Entendo essa política pública como produto da trajetória contemporânea da militância negra, de resistências e lutas disseminadas na esfera pública por evidenciar o racismo na sociedade brasileira e demandar ações governamentais que provoquem um processo de desracialização. Perspectiva de direitos substancializada na Constituição de 1988, assim como na 3ª Conferência Mundial contra o Racismo, organizada pelas Nações Unidas e realizada em Durban, África do Sul, no ano de 2001, de cuja Declaração Final o governo brasileiro é signatário.

Podemos vincular estas discussões do movimento negro contemporâneo com as desencadeadas em torno da democratização das ações e serviços de saúde no Brasil, garantida como direito constitucional e expressa no Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como base novas relações entre Estado e sociedade. Idealisticamente, os princípios e as diretrizes do SUS, forjados

ainda no Movimento de Reforma Sanitária a partir de 1976, estabelecem o papel central do usuário e deslocam o eixo do poder das macroestruturas para os níveis locais e regionais, abrindo canais de participação de todos os setores que compõem o cenário da saúde. Este processo contou com a participação da militância negra, particularmente dos militantes vinculados a movimentos populares e sindicatos.

Como analisa Luciana Jaccoud (2008), a pauta relevante dos movimentos sociais no período de redemocratização referia à universalização do acesso às políticas sociais que excluía importantes contingentes da população pobre, composta majoritariamente de negros. Nessa direção, a Constituição de 1988 significou uma ampla reorganização do Estado no campo das políticas sociais. Contudo, se as políticas sociais universais são imprescindíveis para equidade entre negros e brancos em um país com o histórico de racialização da pobreza, nas últimas duas décadas, elas foram progressivamente deixando de ser consideradas como os únicos instrumentos necessários a serem adotados para alcançar a redução das desigualdades raciais.

Desse modo, afirma-se que o aumento expressivo da cobertura da população pelas políticas sociais não tem colaborado significativamente para a redução das desigualdades raciais. Conclui Jaccoud (2008, p. 63) que “o desafio de construção de uma sociedade onde o Estado e as políticas beneficiem, de forma geral e abrangente, o conjunto da população, parece estar, no caso brasileiro, diretamente associado ao enfrentamento da questão racial”.

É no contexto posterior à Conferência de Durban de 2001 que é recolocada a discussão da desconstrução do racismo e da necessidade de políticas públicas, inclusive na área da saúde. Nesse cenário, as ações afirmativas passam a constar nas agendas internacionais e nacionais. Um reflexo é a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) no início do governo do presidente Lula Inácio da Silva, em 2003. Novos pactos de combate ao racismo são estabelecidos, configurados na proposição de uma política de promoção da igualdade racial transversal, que inclui a área da saúde, no bojo de compromissos firmados entre o Ministério da Saúde e a SEPPIR.

O I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, realizado em agosto de 2004 na cidade de São Paulo, foi o primeiro evento convocado pelo Governo Federal para discutir a perspectiva racial nas políticas de saúde. O impacto do seminário nas diretrizes da política nacional de saúde significou que essa dimensão fosse contemplada na criação de espaços para proposição e monitoramento de ações, como o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, sediado na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, como instância de relacionamento do movimento negro e pesquisadores na área, para a elaboração da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Estas e outras ações governamentais específicas na área de anemia falciforme, redução da mortalidade materna, HIV/AIDS, inclusão do quesito raça/cor nos cadastros médicos, etc., que antecederam à aprovação da política nacional, foram produto de mediações estabelecidas por militantes e profissionais da saúde engajados na temática racial, conformando uma rede de atores sociais envolvidos nessas ações.

Referimos ao “campo de saúde da população negra”, como o espaço social conformado a partir da década de 1990 no Brasil em torno das tensões, disputas, negociações e articulações entre diferentes atores para a execução de ações e políticas com perspectiva étnico-racial na área da saúde (OLIVEIRA, 2002; CRUZ et al, 2008).

Confrontos discursivos fazem parte desse campo, com a hipótese levantada por alguns intelectuais de que qualquer política com perspectiva racial no Brasil produziria uma “racialização da sociedade” e com a acusação de que o movimento negro estaria importando um tipo de leitura da realidade social do país “contaminada” pela ideologia racial norte-americana (FRY et al, 2007). Porém, a constituição da demanda em saúde da população negra por parte da militância negra e de intelectuais que vem problematizando o racismo na sociedade brasileira traz consigo uma noção de raça como dispositivo de poder, abrindo possibilidades de desconstrução da relação entre raça e saúde, que tem uma conformação histórica e até hoje produz efeitos nos modos de nascer, viver, adoecer e morrer diferenciais entre a população negra e a população branca.

Cabe ressaltar que as políticas com enfoque étnico-racial apontam não só a desconstruir mecanismos que racializam o acesso ao poder e naturalizam as desigualdades entre grupos, aos quais são atribuídas características tratadas como fixas ou dadas como naturais sob certas condições econômicas, políticas e culturais. Ao mesmo tempo, essas políticas propõem valorizar diferentes modos de ser-no-mundo, de subjetividades construídas em relações sociais particulares. Nesse sentido, percebemos que as políticas com perspectiva étnico-racial no campo da saúde podem levar a uma reflexão que considere tanto os mecanismos de racialização como produtores de vulnerabilidades (remetendo ao conceito de biopoder), quanto a produção de sujeitos e a produção de saúde no diálogo intercultural. Exemplo disso (que será retomado na presente pesquisa) pode ser considerado o surgimento da Rede de Religiões Afro e Saúde no ano 2003, na qual lideranças religiosas discutem em nível nacional as especificidades desse diálogo intercultural na relação entre as concepções e práticas de saúde das religiões de matriz africana e a saúde pública.

Raça e biopoder

Esta reflexão apóia-se num referencial teórico que conceitua raça como dispositivo de biopoder e como espaço de produção de sujeitos e noções de corpo, em correlação com as discussões na área de saúde coletiva sobre vulnerabilidades e produção de saúde e intersubjetividade.

Quando falamos de “relações étnico-raciais” estamos referindo a, por um lado, como mecanismos de racialização operam e são (re)produzidos nas relações entre sujeitos e, por outro, trazemos a dimensão étnica de construção identitária e produção de subjetividade, considerando diferentes perspectivas de ser-no-mundo a partir de dimensões históricas, culturais e da vida dos diferentes grupos populacionais no Brasil.

Sob uma perspectiva nominalista, retomo o pensamento de Michel Foucault para pensar o conceito de raça a partir dos efeitos práticos dos dispositivos de poder que se articulam com discursos locais para constituir configurações naturalizadas de poder-saber.

Ressalto a pertinência de correlacionar a discussão de raça e saúde, seguindo a José Carlos Gomes dos Anjos, na medida em que raça, em sua acepção moderna, é uma categoria correlata de um processo de “disseminação de tecnologias locais de poder para a administração de populações, visando a constituição do corpo saudável e homogêneo da nação, o adestramento e a maximização das forças produtivas” (2004a, p. 97).

Com a emergência dos Estados nacionais, se dá uma injunção de purificar a população de uma nação, da necessidade de gerir e conceber a vida dessa população. O conceito de biopoder refere às tecnologias de governo que tentam regular os processos vitais da população, tais como natalidade, fecundidade, longevidade, doença, mortalidade, e procura otimizar as condições de vida dos segmentos produtivos ao serviço do capital. A biopolítica exercida pelos Estados modernos constitui uma tecnologia de “fazer viver” a aqueles segmentos da população que formariam parte do protótipo de normalidade e humanidade, à contraluz e mediante a exclusão violenta de sua “alteridade”, ou seja, “deixando morrer” aos segmentos de população que não entram nos parâmetros do desenvolvimento econômico e da modernização (FOUCAULT, 1996; CASTRO-GOMEZ, 2007). Desse modo, as concepções de raça formaram um prisma não apenas para a imaginação da nação, mas também para o controle político da saúde e da vitalidade nacional (RABINOW; ROSE, 2006).

As racionalidades, estratégias e tecnologias do biopoder mudaram ao longo do século XX, assim como a administração da saúde e da vida coletiva tornou-se um objetivo chave de Estados governamentalizados, e novas configurações da verdade, do poder e da subjetividade surgiram para

dar suporte às racionalidades do bem-estar e da segurança, assim como aquelas de saúde e higiene (RABINOW; ROSE, 2006).

Ainda, no cenário do neoliberalismo contemporâneo, este pode ser entendido através do que Aihwa Ong chama de “políticas de exceção”, ou seja, da liminaridade política que produz inclusão e exclusão de determinados atores sociais, delimitando zonas diferenciadas de cidadania através de tecnologias de governo que preservam os benefícios do bem-estar a alguns cidadãos e excluem os considerados não-cidadãos dos benefícios do desenvolvimento capitalista. As políticas de exceção têm implicações ético-políticas nas modalidades da biopolítica contemporânea (ONG, 2006).

Se pensarmos na saúde pública no Brasil através do SUS, esta tem como princípios integralidade, universalidade, equidade e a humanização das práticas médicas. Porém, existem dispositivos institucionais que atuam como políticas de exceção que delimitam zonas diferenciadas de cidadania entre cidadãos conforme raça, classe e gênero, e interpelam indivíduos como sujeitos-objetos de tecnologias que os elegem ou excluem de cuidados com o corpo.

Se olharmos ainda a problemática da intersecção de raça e gênero como eixos de desigualdades que se conectam e potencializam (CRENSHAW, 2002), como formas de desigualdade naturalizadas, que perpetuam a sociedade de classes na estruturação das relações sociais (STOLCKE, 1991), podemos destacar ainda como esses eixos de desigualdade conectados criam contextos de vulnerabilidade.

Nos últimos anos, pesquisas vêm definindo de maneira mais nítida o perfil das desigualdades raciais no acesso a serviços e a procedimentos em saúde, além dos diferenciais de mortalidade e morbidade em algumas situações, como mortalidade materna e infantil, ou pelo fato de que doenças de maior incidência entre a população negra não são tratadas como um problema de saúde pública (BRASIL, 2005).

Estudos apontam que, no Brasil, a população negra possui menor escolaridade, menor salário, reside nos bairros de periferia das grandes cidades e não têm acesso a vários direitos sociais. Segundo Luis Eduardo Batista (2005, p. 72), “a construção social da desigualdade de oportunidades entre brancos e negros condiciona a sua forma de viver como grupos sociais”. Aponta-se que o espaço social que homens e mulheres, brancos e negros, ocupam na sociedade afeta diretamente o processo saúde, doença e morte.

Existem produções acadêmicas que vêm problematizando a “saúde da população negra”, relacionando o conceito de vulnerabilidade com o racismo e seus impactos na saúde (BARBOSA, 1998; BATISTA, 2002; LOPES, 2003).

Referimos ao conceito de vulnerabilidade como contextos gerados a partir de condições sociais de violência cotidiana e injustiça estrutural que provocam uma fragilidade política e

institucional na promoção, proteção ou garantia de direitos de determinados grupos ou indivíduos. A vulnerabilidade pode ser analisada a partir de três dimensões, individual (condições sócio-culturais que afetam os sujeitos na promoção de sua saúde); programática (condições institucionais promovidas por políticas públicas e distribuição de recursos); e social (posição dos sujeitos ou grupos nos processos sociais) (AYRES et al, 2003).

Nesse sentido, vinculamos os efeitos do racismo e a produção de vulnerabilidades em saúde da população negra.

Perspectivas críticas e significados de corpo e saúde

Partimos da idéia de que os processos dominantes da biopolítica não podem ser entendidos sem uma compreensão ampla das lutas sociais pelo poder de definição das divisões do mundo social, da insurreição dos saberes contra “os efeitos de poder centralizados que estão ligados à instituição” (FOUCAULT, 1979). É desse ponto de observação que partimos, retomando a perspectiva crítica dos sujeitos na conformação de redes de saúde da população negra.

Retomamos o debate pós-colonial, que refere à desconstrução do eurocentrismo como discurso que ‘normaliza’ as relações de poder racializadas (STEYN, 2004). A crítica pós-colonial traz à tona práticas e representações coloniais sobre corpo e poder que se apresentam em sintonia com reavivados dilemas da modernidade, tais como o da primazia do corpo nas estéticas e políticas modernas e os processos de representação de supostas diferenças e capacidades biológicas e culturais do corpo (CUNHA, 2002). Este debate apresenta-se como uma tentativa de combinar um olhar crítico da relação entre construções em torno da noção de raça, processos de subjetivação e outras estratégias de poder colonial para entender a relação entre poder, conhecimento e representação dos sujeitos coloniais. No caso da presente pesquisa, as articulações entre políticas públicas e concepções locais de corpo e saúde.

Nessa perspectiva, o corpo localiza-se em um terreno social conflitivo, uma vez que é tocado pela esfera da subjetividade. O corpo passa de ser objeto a se constituir em agente que vivencia o mundo e que carrega consigo não apenas os marcos dessa experiência, mas também as possibilidades de transformação (CSORDAS, 2008). Ele é um símbolo explorado nas relações de poder e de dominação para classificar e hierarquizar grupos diferentes, assim como é suporte de construção de identidade. Em contextos racializados, o corpo negro se tornou um emblema étnico e sua manipulação tornou-se uma característica cultural, transformando-se em suporte de construção de identidade (GOMES, 2003).

Este eixo percorre a presente pesquisa, sendo problematizada a relação entre corpo e poder em diferentes dimensões da luta anti-racista empreendida pelas mobilizações negras contemporâneas, particularmente através do deslocamento das representações do corpo como locus da biopolítica ao corpo como espaço de resistência, na produção de saúde.

Propomos, então, que as demandas em saúde aparecem como uma arena privilegiada para tornar visível o *corpo* como resistência na esfera pública. O corpo como território de resistência fundamental “acompanhou a opressão escravocrata a *pari e passu*, impondo-lhe limites e escavando as condições culturais de possibilidade de uma autonomia mais completa” (ANJOS, 2004b, p. 111).

Um exemplo dessa diversidade de concepções de corpo e sujeitos pode ser o destacado por José Carlos dos Anjos (2008, p. 92) em relação à religiosidade afro-brasileira: ela “vem expondo outra possibilidade de articulação das diferenças étnico-raciais e essa emergência se constitui como uma outra *cosmopolítica* divergente das que até aqui informam o sentido de nação”. Anjos destaca que a filosofia das religiões de matriz africana traz a ideia de um sujeito múltiplo. Sujeito este que pode ser interpretado através das múltiplas perspectivas que percorrem os corpos (de pedras, animais e vegetais sacralizados, de santidades que se alternam, de raças que percorrem outras raças) no mundo dos terreiros (ANJOS, 2006). Os sujeitos iniciados na religião se relacionam de forma distinta com o mundo e com seu corpo na possibilidade de ser eu humano e também um orixá (uma divindade), conformando uma pessoa indeterminada, múltipla, diferencialmente do ser indiviso do sujeito ocidental moderno (PÓLVORA, 1996; ANJOS, 2006). Significados que demandam um diálogo intercultural (WALSH, 2007), quer dizer na densidade de propostas éticas e políticas de coletivos que vivenciam desigualdades múltiplas históricas e atuais.

Podemos ressaltar também a construção do corpo enquanto território político na visão do feminismo negro, na concepção de que as mulheres negras compartilham um ponto de vista singular (no sentido de Patrícia Hill Collins), perspectiva ancorada nas diferenças reunidas em seus próprios corpos que conjugam as dores e os paradoxos que marcaram, historicamente, as vidas dessas mulheres na diáspora.

Nesse sentido, como analisa Cristina Maher (2005) em relação ao movimento de mulheres negras brasileiro, as questões ligadas à saúde ganham dimensão de luta política. Referir à saúde, para essas militantes, “não é falar somente de doenças, mas de experiências políticas que são vivenciadas por meio do corpo” (p. 131). Do mesmo modo, falar sobre cura não é falar somente de tratamentos e remédios, mas também sobre empoderamento, no sentido dado pelas militantes para se referir aos processos que procuram desarticular as relações de dominação às quais se sentem submetidas.

Raça, então, entra no diálogo intercultural ao ser trazida para a discussão e intervenção na esfera pública pela militância negra, visibilizando subjetividades construídas em processos de racialização e levando em consideração que produzimo-nos como sujeitos em intrincadas relações de poder. Nesse sentido, as mobilizações negras não podem ser entendidas em sua densidade sem olhar o diálogo intercultural que propõem.

Estas demandas e perspectivas interculturais em saúde vêm ao encontro das discussões que perpassam o campo da saúde coletiva na contemporaneidade.

Historicamente, o campo da saúde tem sido marcado por intervenções balizadas por um exercício do poder-saber técnico, com efeito de produção de um *outro* objeto de intervenção, e não sujeito de relação. Um *outro* desprovido de singularidade, desejo, saber e história (LACERDA; VALLA, 2005).

A ideia contemporânea de promoção de saúde parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propondo a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para sua efetivação. Propõe-se um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado, caracterizado pela integralidade, pela valorização do conhecimento popular e da participação social e articulação com movimentos sociais (BUSS, 2003).

Outros autores apresentam a noção de “coletivos organizados de produção de saúde” para pensar como a relação entre profissionais da saúde e usuários deveria ser empreendida através do diálogo entre sujeitos que se dizem respeito, como parceiros e como aliados na construção de si próprios e de um mundo de produção singular da saúde (CECCIM, 2005).

Ainda, a perspectiva do cuidado e da construção social da demanda em saúde problematiza as práticas do modelo médico hegemônico, baseadas na objetivação da doença e no distanciamento da relação profissional de saúde-usuário. A lógica de organização do modelo de atenção à saúde pautado na biomedicina dificulta a escuta, o acolhimento e a compreensão do sentido social do sofrimento e adoecimento – afasta-se do componente humanista. Em contrapartida, a ênfase nos sujeitos e no seu modo de se relacionar com a vida pode trazer contribuições para ampliar a compreensão social da demanda e ofertar práticas de integralidade em saúde mais adequadas às demandas e necessidades locais. Aponta-se a construir um Sistema de Saúde como espaço de cuidado, de encontros desejanter e de produção de redes e de novos saberes (LACERDA; VALLA, 2005).

Redes em Saúde da População Negra

Refiro com esse termo às redes conformadas não só com a militância que dialoga com o Estado em termos políticos, mas também às redes intersticiais que perpassam comunidades envolvendo e produzindo sujeitos negros.

Nesse sentido, adoto um enfoque centrado na noção de **rede**, entendida como uma teia de interações entre sujeitos envolvidos em ações concretas. Noção esta definida por suas conexões, seus pontos de convergência e de bifurcação, como campo visível de efetividade onde ocorrem agenciamentos concretos entre os elementos que a compõem (KASTRUP, 2004; BRAGA, 2006).

A rede social torna-se um recurso poderoso para explicar o potencial mobilizador da sociedade civil e as perspectivas políticas inovadoras que as ações solidárias geradas horizontalmente entre indivíduos e grupos sociais – tanto no interior da sociedade civil como nas instâncias de poder e governos locais – podem oferecer para a compreensão dos desafios de construção de cidadania democrática no mundo contemporâneo (MARTINS; FONTES, 2008).

As redes, conformando o pano de fundo onde se desenrolam as ações, estabelecem uma superfície de contato que possibilita, nas negociações cotidianas, a interpenetração de diferentes saberes terapêuticos e/ou religiosos que se associam aos usos distintivos do corpo e a uma diferente economia das emoções (BONET; TAVARES, 2006, p. 389).

Um aspecto relevante que foi considerado em relação ao ativismo em saúde da população negra pesquisado numa investigação anterior (Cruz et al, 2008) é que a atuação da militância local é reforçada pela participação em redes nacionais, como por exemplo a Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras, a Rede de Controle e Saúde da População Negra, a Rede Lai Lai Apejo e a Rede de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde que os militantes constituem. Estas redes associativas de movimentos sociais conectam-se tanto com instituições do Estado e com universidades, conformando redes sócio-técnicas; assim como se entrecruzam e capilarizam suas ações através de redes intersticiais não-formais.

Pensando na perspectiva das redes, de como estas potencializam os trabalhos pontuais de organizações e militantes, estas relações em outros âmbitos têm incidência no local de atuação (comunidades, bairros), por contribuir ao capital social destas entidades, que redundam, por exemplo, na participação de decisões públicas ou de negociação junto ao poder público. Por sua vez, as redes de atuação local são estruturadas tendo como horizonte essas redes maiores às quais as organizações pertencem. As redes mais abrangentes pautam determinadas temáticas, que modelam o trabalho local das organizações, ao mesmo tempo em que essa atuação “micro” constitui o embasamento das decisões das redes nacionais.

Desse modo, “rede” se mostrou como uma categoria êmica que expressa modos de organização e de atuação da militância em saúde da população negra. Serão perseguidos, então, os empreendimentos em saúde na forma de uma rede constituída em torno das ações localizadas e de mediação de militantes em cenários que as potencializam e as disseminam como demandas ao poder público.

Sendo assim, os locais pesquisados não se definem por limites geográficos, mas por conexões e relações específicas, redes de circulação e fluxos de sentido que atravessam estas situações e as vinculam com outros fenômenos mais amplos (FLEISCHER et al, 2007).

Estão sendo pesquisados os espaços considerados como “nós” na disseminação dessas redes. Porém, o estudo não se limitará a esses “nós” e sim perseguirá as conexões entre os sujeitos e outros espaços sociais significativos para compreender as ações comunitárias em saúde da população negra, tais como terreiros de religiões de matriz africana, intervenções locais de ONGs em comunidades.

O espaço de referência a partir do qual estão sendo mapeadas essas redes é o Comitê Técnico de Saúde da População Negra da Prefeitura de Porto Alegre (do qual formo parte como membro titular), precisamente por concentrar gestores públicos, representantes de instituições de ensino e dos movimentos sociais. O Comitê foi constituído em dezembro de 2009 para orientar a implementação da Política Municipal de Saúde da População Negra. Ele é vinculado à Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Escolhemos também espaços em duas instituições: a Comissão de Promoção de Políticas Públicas de Igualdade Racial (CEPPIR) que forma parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), e o Núcleo de Educação em Saúde Indígena e da População Negra (NESIN) da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.

A CEPPIR foi criada no ano 2003, por um grupo de trabalhadores da instituição, alguns deles militantes do movimento negro, os quais fizeram articulações com organizações da sociedade civil para fortalecer as demandas dentro do Grupo Hospitalar. A CEPPIR vem provocando a discussão transversal de ações afirmativas, por exemplo, ao pleitear políticas de cotas para negros nos concursos de recursos humanos do GHC, formação dos profissionais em saúde para incorporar o enfoque étnico-racial no atendimento, e a incorporação do debate de racismo institucional.

Os eventos da CEPPIR são reconhecidos no contexto local, tanto os de formação sobre temas específicos de saúde da população negra (o curso Raça e Etnia destinado aos gestores de saúde), quanto os seminários realizados para comemorar a Semana da Consciência Negra no mês de novembro ou para marcar um momento de manifestação no Dia de Mobilização pela Saúde da População Negra, realizado todos os 27 de outubro desde o ano 2006. Os eventos reúnem

profissionais de referência local e de outros estados e organizações da sociedade civil que trabalham na área de saúde, militantes e organizações do movimento negro de modo geral, assim como funcionários de órgãos competentes na área da saúde.

Existem no GHC dois “espaços inter-religiosos” (um no Hospital Cristo Redentor e outro no Hospital Fêmeina), produto de uma reivindicação e uma ação específica de lideranças de religiões de matriz africana em prol da inclusão de diversidade étnica e religiosa no atendimento do SUS. Os religiosos de matriz africana ocupam esses espaços uma vez por semana para atender a seus fiéis, sendo que outras religiões ocupam esse mesmo espaço em outros dias da semana.

Quanto ao NESIN da ESP/RS, originalmente era um núcleo tratava a questão indígena na educação continuada em saúde para trabalhadores, usuários, movimentos sociais; sendo que no ano de 2009 iniciou a discussão de saúde da população negra através da realização de encontros temáticos, e em 2010 tem a proposta de curso de extensão nessa área temática.

Considero estes três espaços relevantes por representar instituições diversas (de gestão, prestadora de serviço, e de ensino). Cabe ressaltar que estes espaços estão conectados através das redes referidas anteriormente. Por exemplo, membros da CEPPIR e do NESIN participam do Comitê Técnico.

A partir tanto de entrevistas quanto de observação participante, serão mapeadas as redes que conectam os indivíduos entre si para o trabalho em “saúde da população negra”. Estas conexões podem ser entre militantes de diferentes organizações, com mães e pais de santo que estão dialogando com os agentes do poder públicos, com gestores e trabalhadores em saúde (em ações que os envolvam para discutir questões étnico-raciais) assim como com acadêmicos que estejam pesquisando sobre o tema. As conexões expandem-se para além das instituições de saúde. Por exemplo, em comunidades em que atuam os militantes do movimento negro ou nos terreiros das mães e pais de santo que estejam discutindo a promoção de saúde.

Considerações finais

Gostaria de ressaltar que a demanda em saúde da população negra se insere nas discussões dos princípios orientadores do SUS, como são a humanização, equidade, integralidade e universalidade, e objetiva fortalecê-los.

As perspectivas críticas contemporâneas propõem novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, através de considerar diversos recursos emocionais e tangíveis que os sujeitos produzem nas suas relações sociais. A integralidade passa a ser uma construção coletiva que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados,

transformando o agir no campo da saúde afastando-o da referência da intervenção e aproximando-o da noção de *cuidado*. Constrói-se a saúde como direito de cidadania, sendo privilegiadas as relações entre sujeitos, a intersubjetividade (AYRES, 2001).

A reflexão sobre desigualdade e diferença propiciado em torno das demandas por políticas de desracialização das relações sociais e de valorização do diálogo intercultural, pretende contribuir para novos modos de pensar as ações em saúde pública, tanto a partir da visibilização de perspectivas críticas de sujeitos no diálogo com o Estado e que demandam por reformas que aprofundam o ideário de democratização do SUS, quanto na consideração de redes que capilarizam os processos sociais e que destacam agenciamentos coletivos na produção de saúde.

Bibliografia

ANJOS, José Carlos Gomes dos. Etnia, raça e saúde: sob uma perspectiva nominalista. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (org.). **Etnicidade na América Latina**: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004a.

_____. Identidade Étnica e Territorialidade. In: ANJOS, José Carlos; BATISTA, Sergio (org.). **São Miguel e Rincão dos Martimianos**: Ancestralidade Negra e Direitos Territoriais. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2004b.

_____. **No Território da Linha Cruzada**. A cosmopolítica afro-brasileira. Porto Alegre: Editora da UFRGS/Fundação Cultural Palmares, 2006.

_____. A filosofia política da religiosidade afro-brasileira como patrimônio cultural africano. **Debates do NER**, Porto Alegre, v. 9, n. 13, pp. 77-96, jan./jun. 2008.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 6, v.1, p. 63-72, 2001.

AYRES, J. R. C. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS C. M. (org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BATISTA, Luis Eduardo. **Mulheres e homens negros**: saúde, doença e morte. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2002.

_____. Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 71-80, 2005.

BARBOSA, Maria Inês. **Racismo e saúde**. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

BONET, Octavio; TAVARES, Fátima. Redes em rede: dimensões intersticiais no sistema de cuidados à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Gestão em Redes**. Práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2006.

BRAGA, Nina de Almeida. Redes sociais de suporte e humanização dos cuidados em saúde. In: DESLANDES, S. F. (org.). **Humanização dos Cuidados em Saúde**. Conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil**: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: FUNASA, 2005.

- BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003
- CASTRO-GÓMEZ, Santiago. Michel Foucault y la colonialidad del poder. **Revista Tabula Rasa**, Bogotá, n. 6, p. 153-172, jan.-jun. 2007.
- CECCIM, Ricardo Burg. Onde se lê “Recursos Humanos em Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção em Saúde”. Desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Construção Social da Demanda**. Direito à saúde – trabalho em equipe – participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.
- CRENSHAW, Kimberle. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.
- CRUZ, S.; LÓPEZ, L.; ETCHEBERRY, D.; VIEIRA, M. S. **Saúde da População Negra como Ação Afirmativa**. Porto Alegre: Metrópole, 2008.
- CSORDAS, Thomas. **Corpo/Significado/Cura**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2008.
- CUNHA, Olívia Maria Gomes da. Reflexões sobre biopoder e pós-colonialismo: relendo Fanon e Foucault. **Mana**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, pp. 149-163, 2002.
- FLEISCHER, S.; SCHUCH, P.; FONSECA, C.. **Antropólogos em ação: experimentos de pesquisa em direitos humanos**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.
- FOUCAULT, Michel. **Genealogía del racismo**. La Plata: Editorial Altemira, 1996.
- _____. **História da Sexualidade: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- _____. **Microfísica do poder**. São Paulo: Ed. Graal, 1979.
- FRY, P.; MAGGIE, I.; MAIO, M.C.; MONTEIRO, S.; SANTOS, R.V. (Org.). **Divisões perigosas**. Políticas raciais no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.
- GEERTZ, C. **La Interpretación de las Culturas**. Barcelona: Gedisa, 1996.
- GOMES, Nilma. Educação, identidade negra e formação de professores/as: um olhar sobre o corpo negro e o cabelo crespo. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.29, n.1, pp. 167-182, 2003.
- GUIMARAES, Antônio S. **Racismo e anti-racismo no Brasil**. São Paulo: Ed. 34, 2005.
- JACCOUD, L. Racismo e República: o debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil. In: THEODORO, M. (org.). **As políticas públicas e as desigualdades raciais no Brasil 120 anos após a abolição**. Brasília: IPEA, 2008, pp. 49-68.
- KASTRUP, V. A rede: uma figura empírica da ontologia do presente. In: PARENTE, A. (org.). **Tramas da Rede**. Novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação. Porto Alegre: Editora Sulina, 2004.
- LACERDA, Alda; VALLA, Victor Vicent. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Construção Social da Demanda**. Direito à saúde – trabalho em equipe – participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.
- LOPES, Fernanda. **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/Aids no Estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades**. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LÓPEZ, Laura. **Que América Latina se sincere**. Uma análise antropológica das políticas e poéticas do ativismo negro em face à ações afirmativas e às reparações no Cone Sul. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, UFRGS, Porto Alegre, 2009.

MAHER, Cristina Machado. **“Nem tudo é estar por fora”**: o movimento de mulheres negras e as articulações entre “saúde” e “raça”. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia, UNICAMP, Campinas, 2005.

MARTINS, Paulo H.; FONTES, Breno. Introdução. In: _____. (org.) **Redes Sociais e Saúde**: novas possibilidades teóricas. Recife: Editora Universitária UFPE, 2008.

OLIVEIRA, Fátima de. **Saúde da População Negra**. Brasil – Ano 2001. Brasília: OPAS, 2002.

ONG, Aihwa. **Neoliberalism as Exception**: mutations in citizenship and sovereignty. Durham: Duke University Press, 2006.

PINHEIRO, Rosane; GUIZARDI, Francine Lube. Quando Dádiva se Transforma em Saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Cuidado**. As fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2008.

PÓLVORA, Jacqueline Britto. Na Encruzilhada: impressões da socialidade batuqueira no meio urbano de Porto Alegre/RS. In: LEITE, Ilka Boaventura (org.). **Negros no Sul do Brasil**. Invisibilidade e Territorialidade. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1996.

RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. **Política & Trabalho. Revista de Ciências Sociais**, n. 24, pp. 27-57, abril de 2006.

STEYN, Melissa. Novos matizes da branquidade: a identidade branca numa África do Sul multicultural e democrática. In: WARE, Vron (org.). **Branquidade**. Identidade branca e multiculturalismo. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

STOLCKE, Verena. Sexo está para gênero assim como raça para etnicidade? **Estudos Afro-Asiáticos**, Rio de Janeiro, v. 20, pp. 101-119, junho de 1991.

VÍTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WALSH, Catherine. Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento “otro” desde la diferencia colonial. In: CASTRO-GÓMEZ, S.; GROSGOUEL, R. (comp.). **El giro decolonial**: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos; Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar, 2007.