

III ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

GÊNERO, SEXUALIDADES E DIREITO II

ELISAIDE TREVISAM

RENATO DURO DIAS

SILVANA BELINE TAVARES

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Diretora Executiva - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini - UNIVEM/FMU - São Paulo

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Representante Discente:

Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade - UNIMAR/FEPODI - São Paulo

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - ESDHC - Minas Gerais

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM - Rio de Janeiro

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - Ceará

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes - UNB - Distrito Federal

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM - São Paulo

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie - São Paulo

Comunicação:

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - Paraíba

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC - Santa Catarina

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Prof. Dr. José Barroso Filho - ENAJUM

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - São Paulo

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - Paraná

Eventos:

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - Minas Gerais

Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC - Paraná

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - Mato Grosso do Sul

Membro Nato - Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UMICAP - Pernambuco

G326

Gênero, sexualidades e direito II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: José Edmilson de Souza Lima; Renato Duro Dias; Silvana Beline Tavares – Florianópolis: CONPEDI, 2021.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-306-1

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Saúde: segurança humana para a democracia

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Gênero. 3. Sexualidade. III Encontro Virtual do CONPEDI (1: 2021 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



III ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

GÊNERO, SEXUALIDADES E DIREITO II

Apresentação

Num ano marcado por muitas vidas perdidas em virtude de uma crise sanitária sem precedentes, agravada por uma gestão pública negligente e desidiosa, investigadoras e investigadores de instituições públicas e privadas de todo o país continuaram suas pesquisas, procurando de modo resiliente revelar potentes estudos nas intersecções entre as categorias: gênero, raça, sexualidades, justiça e direito. Neste III Encontro Virtual do CONPEDI, os estudos apontaram o caráter interdisciplinar e notadamente crítico, capazes de problematizar os campos teórico-metodológicos, que tanto transformam a ciência do direito. Foi um conjunto de investigações importantes como se pode ver na relação abaixo.

O artigo “Os determinantes sociais em saúde e sua influência na saúde da população negra” de Rafaela Santos Lima, Amman Lucas Resplandes Rocha e Lucas Daniel Fernandes Cardozo propõe reflexões acerca do impacto dos determinantes sociais na saúde da população negra a partir das teorias de justiça de Sen (2000) e Rawls (2008) e como estas influenciam na formulação das Políticas Públicas elaboradas pelo Governo Brasileiro.

Adriane Medianeia Toaldo com seu artigo “Violência contra a mulher: uma questão de saúde pública” ressalta a necessidade urgente de políticas públicas de amparo e proteção às mulheres.

A partir do debate sobre a questão de gênero e raça e os dispositivos que supostamente asseguram a igualdade Marcela Duarte e Stephani Renata Gonçalves Alves abordam a feminilidade e negritude em “Mulheres negras e suas trajetórias em busca da representatividade”.

“O empoderamento da mulher imigrante sob o viés da agenda 2030 da ONU e da perspectiva da renda”, artigo de Téliça Venez Borges, Odisséia Aparecida Paludo Fontana e Silvia Ozelame Rigo Moschetta analisa o empoderamento das mulheres imigrantes, com amparo no objetivo cinco da Agenda 2030 da ONU sob a perspectiva de renda ressaltando os obstáculos enfrentados por elas devido à raça, etnia, baixa escolaridade, idioma e outros estigmas sociais.

Discutindo a questão da violência obstétrica enquanto violência de gênero, Maria da Glória Costa Gonçalves de Sousa Aquino e Ana Luiza Martins de Souza em “A violência obstétrica e os desafios para a efetivação do ODS-5 da agenda 2030 no Brasil” identificam as dificuldades de erradicação da violência e a promoção da igualdade de gênero.

Paulo Eduardo Diniz Ricaldoni Lopes e Laís Camargo de Barros no artigo “O mito da medusa e a culpabilização da mulher vítima de crimes de estupro” analisam a culpabilização da mulher vítima de estupro a partir da construção do pensamento patriarcal, a sua influência no Código Penal brasileiro.

Traçando um perfil sobre as detentas mães do sistema penitenciário gaúcho, Paula Pinhal de Carlos e Joana Vaghetti Santos no artigo “Maternidade encarcerada na pandemia” mencionam duas decisões proferidas pelo Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul que desconsideraram recomendações de organismos internacionais assim como do Conselho Nacional de Justiça e as recentes decisões dos tribunais superiores.

“O princípio da não discriminação da mulher no mercado de trabalho: uma reflexão sobre a efetividade celetista frente aos estereótipos de gênero”, artigo de Luana Michelle Da Silva Godoy expõe os efeitos limitantes do não enfrentamento pela norma celetista dos estereótipos de gênero e trazem reflexões sobre o papel da norma diante da discriminação das mulheres no mercado de trabalho.

Diogo De Almeida Viana Dos Santos e Josanne Cristina Ribeiro Ferreira Façanha no artigo “O papel do poder judiciário para a implementação das políticas públicas de enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher” discutem sobre as iniciativas do Estado Brasileiro no enfrentamento da violência contra mulheres ressaltando a necessidade de articulação entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

Refletir sobre a violência institucional presente nas organizações públicas voltadas ao atendimento da mulher em situação de violência, bem como propor a inserção da teoria do cuidado como instrumento de ampliação do acesso à justiça é a proposta de Daniele Mendes De Melo no trabalho “Acesso à justiça para as mulheres através da rede de enfrentamento à violência: a perspectiva do cuidado como proposta para superação da violência institucional”.

A partir de pesquisas documentais e bibliográficas, Raffaella Cássia de Sousa e Mariana Rezende Ferreira Yoshida em “A perspectiva de gênero dentro do processo civil: necessidade

de uma gestão processual flexível” analisam o julgamento com perspectiva de gênero no processo civil e investigam de que maneira a gestão processual flexível pode ser utilizada como ferramenta de acesso das mulheres à justiça.

Em “Cultura e direitos humanos: a mutilação genital feminina como instrumento de violência e submissão” Laís Camargo de Barros e Paulo Eduardo Diniz Ricaldoni Lopes refletem sobre os conceitos de multiculturalismo e interculturalismo frente a prática cultural da Mutilação Genital Feminina e as consequências às vítimas desse procedimento.

Em “Desencontros da dogmática penal e dos estudos de gênero: uma análise a partir de estudo de caso” Marina Nogueira de Almeida e Jessica de Jesus Mota sob a ótica da crítica feminista ao direito penal, da Interseccionalidade e do feminismo jurídico, questionam a formulação da dogmática penal, que adota estereótipos e reforça a opressão das mulheres.

Elaina Cavalcante Forte no artigo “Desmantelando a casa-grande: uma análise dos direitos sexuais e reprodutivos sob a perspectiva do feminismo decolonial” propõe uma análise dos direitos sexuais e reprodutivos e suas contribuições para as políticas públicas para mulheres a partir das ferramentas oferecidas pelo feminismo decolonial.

A partir das relações entre feminicídio, “necropoder” e “biopoder” Joice Graciele Nielsson e Maiquel Ângelo Dezordi Wermuth no artigo “Entre bio e necropolítica: o feminicídio em tempos de fascismo social” questionam em que medida a necrobiopolítica tem atingido corpos femininos utilizando “estereótipos de gênero” e como o feminicídio, pode ser compreendido enquanto expressão da necrobiopolítica de gênero em tempos de ascensão de políticas fascistas no Brasil.

Janaina da Silva de Sousa analisa o sistema de justiça maranhense no tratamento de mulheres transexuais quando vítimas de violência doméstica no artigo “Discurso jurídico na produção da transexualidade: análise no sistema de justiça maranhense”.

O artigo “Compreensões sobre gênero, sexualidade e família: um estudo crítico das decisões proferidas no RESP. 148.897/MG e ADPF. 132/ADI. 4277” de Thiago Augusto Galeão De Azevedo e Lorena Araujo Matos a partir das teorias de Pierre Bourdieu, Michel Foucault e Judith Butler, problematizam os conceitos de gênero, sexualidade e família em duas decisões de Tribunais superiores, promovendo-se uma reflexão sobre as relações de poder e seus impactos.

Fabrício Veiga Costa, Cleonacio Henrique Afonso Silva e Aparecido José dos Santos Ferreira com o artigo “Possibilidade jurídica do reconhecimento do crime de feminicídio praticado contra mulheres trans no Brasil” por meio da pesquisa bibliográfica e documental investigam a possibilidade jurídica do crime de feminicídio ser praticado contra mulheres trans no Brasil.

A partir da Lei Maria da Penha, e dados da violência doméstica contra mulheres negras, Fernanda da Silva Lima, Jóicy Rodrigues Teixeira Hundertmark e Carolina Rovaris Pezente buscam verificar em “As evidências racistas e sexistas no campo de atuação da lei Maria da Penha: uma leitura pela perspectiva da colonialidade”, como ocorre a proteção de mulheres negras em situação de violência doméstica, na Lei Maria da Penha em uma perspectiva interseccional.

Com o artigo “Trabalho doméstico não remunerado e a crise do cuidado: uma visão feminista sobre os efeitos da covid-19”, Lorena Meirelles Esteves e Lia Vidigal Maia demonstram que enquanto instrumento de subalternização e exclusão, a exploração da força de trabalho feminina se agravou a partir da pandemia da COVID-19.

Por fim, Claudine Freire Rodembusch e Henrique Alexander Grazi Keske buscam demonstrar o processo histórico pela igualdade de gêneros por meio da luta pelo voto e, depois, pela participação política feminina via processos eleitorais no artigo “Processo histórico de concretização da igualdade de gêneros: voto e participação política feminina para efetivação da democracia”.

É com muita honra que apresentamos a todas/os/es estas reflexões, indicando a leitura de cada um dos estudos e pesquisas que tanto orgulham o Grupo de Trabalho Gênero, Sexualidade e Direito do CONPEDI.

Silvana Beline Tavares – UFG

Renato Duro Dias – FURG

Elisaide Trevisam - UFMS

OS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE E SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

THE SOCIAL DETERMINANTS IN HEALTH AND THEIR INFLUENCE ON THE HEALTH OF THE BLACK POPULATION

Rafaela Santos Lima ¹
Amman Lucas Resplandes Rocha ²
Lucas Daniel Fernandes Cardozo ³

Resumo

O objetivo do trabalho foi propor uma reflexão acerca do impacto dos determinantes sociais em saúde na saúde da população negra, bem como o modo como as teorias de justiça de Sen (2000) e Rawls (2008) influenciam na formulação das Políticas Públicas elaboradas pelo Governo Brasileiro. Discute-se inicialmente a saúde e sua determinação social por meio do modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), para em seguida demonstrar como o distanciamento dos determinantes leva a uma consequente inequidade em saúde. O presente artigo foi desenvolvido utilizando-se o método dedutivo, com abordagem sistemática, a partir de levantamento bibliográfico e documental.

Palavras-chave: Determinantes sociais em saúde, Equidade no cuidado de saúde, Equidade em saúde da população negra, Efetividade

Abstract/Resumen/Résumé

The objective of this work was to propose a reflection on the impact of social determinants of health on the health of the black population, as well as how the theories of justice by Sen (2000) and Rawls (2008) influence the formulation of public policies developed by the Brazilian government. Initially, health and its social determination are discussed through the Dahlgren and Whitehead (1991) model, to then demonstrate how the distance between determinants leads to a consequent inequity in health. This article was developed using the deductive method, with a systematic approach, based on a bibliographic and documental survey.

¹ Mestranda em Direito e Instituições do Sistema de Justiça (UFMA). Graduada em Direito (UniCeuma). Advogada pela OAB/MA.

² Especialista em Direito Tributário. Graduado em Direito (UniCeuma). Analista em Empresa Estatal. Advogado pela OAB/MA.

³ Bacharel em Segurança Pública/UEMA e Direito/UFMA. Especialista em Gestão de Segurança Pública /UFMA, Ciências Criminais-PUC/MG e de Direito Constitucional. Mestrando em Direito pela UFMA. Professor de Direito.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Social determinants of health, Equity in health care, Black population health equity, Effectiveness

INTRODUÇÃO

O presente artigo teve por objetivo analisar as influências dos determinantes sociais em saúde na saúde da população negra.

A depender das condições socioeconômicas e da etnia, a saúde de uma população é influenciada pelo meio social, pelo poder econômico, político e cultural de forma diferenciada. No caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento, também determina condições especiais de vulnerabilidade.

Para além de uma inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças (vulnerabilidade programática), mulheres e homens negros vivem em um constante estado defensivo. Essa necessidade infundável de integrar-se e, ao mesmo tempo, proteger-se dos efeitos adversos da integração, pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas (vulnerabilidade individual).

Um dos primeiros passos para minimizar essas vulnerabilidades é entender quais são elas, estudá-las e identificar como e quais direitos não estão sendo efetivados, tanto do ponto de vista individual quanto do coletivo para, em seguida, elaborar estratégias e desenvolver Políticas Públicas específicas que aproximem os determinantes sociais da etnia mais afetada, melhorando assim, a vida-saúde desta população, efetivando desta forma o princípio da equidade na saúde.

Em razão disso, a presente pesquisa utilizou o método de dedutivo, com adoção principiológica do conceito de saúde definido por Daniels (2006). Para o levantamento de informações, o principal procedimento de coleta de dados foi o levantamento bibliográfico, foram utilizados artigos obtidos em diferentes bancos de dados e indexadores. Ademais, foram selecionadas revistas científicas na área do Direito Constitucional Comparado com extratos elevados, como descritor de buscas utilizou-se os termos: aborto; bioética; direitos fundamentais; microcefalia; responsabilidade do Estado.

O artigo foi estruturado nos seguintes tópicos: no primeiro tópico foram analisados diferentes conceitos de saúde e a relação entre a determinação social da saúde e a saúde da população negra.

No segundo tópico foi analisado a política nacional para saúde da população negra como forma de efetivar princípios de justiça como escolha social e como equidade.

Já no terceiro tópico, trouxemos a lume não apenas a análise o princípio da equidade

como forma de evitar iniquidades em saúde.

A presente pesquisa se mostra relevante na busca de informações que promovam uma reflexão crítica sobre a equidade, políticas públicas e a saúde da população negra. O tema é atual, pauta de inúmeras discussões e que reflete diretamente na vida e na dignidade de milhares brasileiros que, precisam ver efetivado a equidade no Sistema de Saúde brasileiro.

2 A SAÚDE E SUA DETERMINAÇÃO SOCIAL

Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) entenda expansivamente a Saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, adotou-se a concepção de Daniels (2006) que de forma estreita define-a como o funcionamento individual normal, ou seja, a saúde como a ausência de patologia, mental ou física.

Sob essa perspectiva, o quadro de Direitos Humanos oferece uma referência generalizável sob a qual se pode examinar qualquer contexto social ou estrutural, avaliando o quanto esses afastam (ou aproximam) as pessoas dos mais altos e desejáveis padrões de qualidade de vida. A identificação das possibilidades e limites da interlocução entre a saúde coletiva e os direitos humanos já positivados, pode reforçar a perspectiva de que o bom cuidado em saúde é, acima de tudo, um direito humano.

Posto isto, a saúde como um bem jurídico tutelado define-se como uma equilibrada e adequada condição dinâmica da natureza biológica da pessoa, objetivamente verificável, moralmente aceitável (quando consensualmente consensual) que poderia ser mantido sob certas condições, vulnerável a certas ameaças e potencialmente garantido e / ou recuperável através do uso de uma determinada técnica e, como tal, legalmente aplicável (CORREA-LUGO, 2005, p. 72).

Das definições de saúde de Correa-Lugo (2005) e Daniels (2006), surgem os seguintes critérios de partida: 1) a discussão sobre a saúde e a enfermidade, os serviços de saúde e suas áreas de aplicação, bem como que as políticas públicas que o determinam são problemas também éticos e, embora não haja consenso sobre o justo, existirão debates sobre o considerado correto ou incorreto; 2) o esperado, em termos de saúde, deve ter uma margem de possibilidade e/ou de probabilidade para ser razoavelmente esperado; e 3) a responsabilidade pela atenção de alguns elementos, deve ser repartida entre as pessoas que sofrem a enfermidade e os que lhe cercam, pela sociedade e seus órgãos de regulação e pelo Estado (CORREA-LUGO, 2005, p. 72).

Partindo deste cenário, a saúde passa a ser reconhecida como o conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciada por fatores políticos, culturais, socioeconômicos e ambientais. Logo, é impossível deixar de considerar o avanço inegável da instituição da saúde como direito de todos(as) e dever do Estado, entretanto, a garantia legal ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde não tem assegurado aos negros o mesmo nível, qualidade de atenção e perfil de saúde apresentado pelos brancos

Conforme se desenvolverá, na sociedade brasileira, brancos e negros ocupam espaços sociais diversos, que repercutem nos indicadores sociais: afrodescendentes apresentam níveis mais altos de desemprego, pobreza e analfabetismo, associados a um menor acesso aos serviços preventivos de saúde e de saneamento básico. Estas desigualdades na inserção inaugural levam às vulnerabilidades e restringem o acesso às condições saudáveis de saúde e bem-estar que são determinantes para aquisição, cura ou reabilitação de um agravo em saúde (SHUCMAN, SANTOS; DIOGO, 2014, p. 23).

Esses indicadores sociais, também conhecidos como determinantes sociais em saúde (DSS) são fatores externos e internos - sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais - que influenciam a ocorrência de problemas de saúde dos diferentes grupos sociais. Eles se resumem em condições de vida e de trabalho (ambiente, educação, alimentação, desemprego, acesso a saneamento e à informação, serviços sociais de saúde e habitação) ¹, quanto mais distais o indivíduo/grupo estiver destes, mais desigualdade em saúde haverá.

Os diversos estudos sobre os DSS permitiram a construção de modelos que procuram esquematizar a trama de relações entre os vários níveis que interferem na situação de saúde². Entre estes modelos, a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS) adota o de Dahlgren e Whitehead (1991), que serve de base para orientar e organizar o conteúdo das políticas públicas em saúde da população negra desenvolvidas no Brasil.

Apesar da existência de outros modelos mais complexos, que buscam explicar com maiores detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis de DSS e a gênese das

¹ O conceito de determinantes sociais em saúde foi definido pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e está disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/folder/1000600_1341.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2020.

² A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, revisou e listou os aspectos conceituais e modelos de referência relacionados aos determinantes sociais em saúde e suas iniquidades, que podem ser encontrados em: <http://www.who.int/social_determinants/resources/latest_publications/en/index.html>. Uma explicação mais detalhada encontra-se no texto preparado pela secretaria técnica desta Comissão, denominado “A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health”, de abril de 2007, encontrado em: <http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf>. Acesso em: 24 de jun. 2020.

iniquidades, a escolha do modelo de Dahlgren e Whitehead se justifica por sua simplicidade, por sua fácil compreensão para vários tipos de público e pela clara visualização gráfica dos diversos DSS.

Tais determinantes da utilização de serviços de saúde delineados pelas autoras, estão relacionados às necessidades de saúde (morbidade, gravidade e urgência da doença), aos usuários (idade, raça, sexo, renda), aos prestadores de serviços (especialidade, experiência profissional), à organização da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatório, acesso geográfico, modo de remuneração) e à política do sistema de saúde (tipo de Sistema de Saúde, legislação, entre outros) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 190).

Desta perspectiva conclui-se que os determinantes sociais em saúde, interferem do acesso à utilização dos serviços de saúde.

Todavia, este acesso e uso dos serviços de saúde são fatores cruciais para preservar o estado de saúde com vista à promoção da equidade em saúde. O Sistema de Saúde é ele próprio um Determinante Social em Saúde (DSS), pois, da mesma forma que influencia nos efeitos de outros determinantes é por eles influenciado.

A exclusão em saúde, entendida como a falta de acesso de determinados grupos ou pessoas a bens, serviços e oportunidades que mantêm ou melhoram o estado de saúde e que outros grupos ou pessoas da sociedade desfrutam, é um fenômeno multicausal, cujas origens podem ser encontradas dentro ou fora do Sistema de Saúde. Fora do Sistema de Saúde, ele está fortemente vinculado a vários DSSs, como pobreza, isolamento geográfico, emprego informal, desemprego, discriminação, padrões culturais, baixo nível educacional e outras formas de exclusão social. Dentro do Sistema de Saúde, a exclusão tem a ver com seus graus de segmentação e fragmentação.

Essa estratificação ocasionada pelos fatores estruturais gera uma estratificação econômico-social (determinantes estruturais) e acomete a população com menor renda ou com baixa escolaridade provocando diferenciais de saúde, ferindo assim, o princípio da equidade e destacando vulnerabilidades sociais. Em outras palavras, a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, ela associa-se à posição social que define as condições de vida, trabalho e alimentação dos indivíduos e grupos.

Os DSS que mais influenciam a vida da população negra são: escolaridade, renda familiar, e condições de moradia e saneamento. As doenças atingem a todos, mas um péssimo local de viver, poucos recursos para se alimentar e falta de instrução são determinantes para a aquisição, cura ou reabilitação de um agravo em saúde.

No que tange a renda familiar, por vir de um contexto social de discriminação e por ter baixa instrução educacional, a população negra se concentra nos empregos que detêm os menores salários (faxineiras, ambulantes, vendedores...). O baixo poder aquisitivo faz com que essa população negligencie tratamentos preventivos de doenças, não tenham condições de pagar um plano de saúde – levando a aguardar semanas por uma consulta e meses por um retorno hospitalar pelo SUS - ou de comprar remédio. Custos com a saúde sempre são negligenciados frente aos custos com água, energia ou comida.

Torna-se agora importante a distinção entre os determinantes sociais em saúde dos indivíduos e dos grupos e populações, pois alguns fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos, não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas.

Essa diferença busca trabalhar com a diversidade intrínseca da sociedade multicultural e multirracial, que torna ineficazes ações generalizantes. Ao contrário, a diversidade e a especificidade requisitariam necessariamente de ações diferenciadas para se chegar a boas soluções. Tal diversidade na ação passa, é óbvio, pela consideração das realidades e processos sócio-históricos de cada grupo, a fim de maximizar os esforços empreendidos e, assim, melhorar os resultados. Para isso, requisita a expansão das matrizes de análise para além de meras estatísticas e de políticas públicas generalizadas, incluindo novos fatores que auxiliem a compreensão do processo de desenvolvimento das disparidades.

Enquanto os fatores individuais são importantes para identificar quais indivíduos no interior de um grupo estão submetidos aos maiores riscos, as diferenças nos níveis de saúde entre grupos e países estão mais relacionadas com outros fatores, principalmente o grau de equidade na distribuição de renda. Por exemplo, o Japão é o país com a maior expectativa de vida ao nascer, não porque os japoneses fumam menos ou fazem mais exercícios, mas porque o Japão é um dos países mais igualitários do mundo. Ao confundir os níveis de análise e tratar de explicar a saúde das populações a partir de resultados de estudos realizados com indivíduos, estaríamos aceitando o contrário da chamada “falácia ecológica (BUSS; FILHO, 2007).

3 A POLÍTICA NACIONAL PARA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA COMO FORMA DE EFETIVAR PRINCÍPIOS DE JUSTIÇA

Como sabido, a população negra que concentra as maiores taxas de analfabetismo inclusive o funcional, o que faz com que a doença e os fenômenos relacionados à ela tornem-se algo extremamente complexo afetando inclusive as habilidades que o grupo tem para

manutenção de sua saúde e bem-estar, assim como para o tratamento de um problema crônico ou agudo de saúde, ou para o exercício do controle social do Sistema de Saúde (IBGE, 2019).

Embora os serviços de saúde possuam a capacidade de diminuir a exposição aos fatores de risco para a saúde de indivíduos e grupos, a dificuldade no acesso e na utilização desses serviços, influenciam negativamente e oportunizam o surgimento de doenças e mazelas, evidenciando assim, iniquidades e vulnerabilidades no acesso às condições promotoras de saúde.

Desta forma, a exposição frequente desta camada populacional a vários fatores de risco social afeta diretamente o desempenho em saúde, resultando em falta de equidade. Quanto mais iniquidade produzir uma sociedade, mais os fatores sociais serão determinantes nas condições de saúde da população, motivo pelo qual, torna-se imperioso a elaboração de Políticas Públicas específicas e direcionadas em um país que busque reduzir as desigualdades.

Com esse objetivo, mas somente após a mobilização nacional em torno da III Conferência Internacional contra o Racismo, Homofobia e as Intolerâncias Correlatas, realizada em 2001, em Durban, África do Sul, o Ministério da Saúde criou um Comitê Técnico de Saúde da População Negra, que busca promover a equidade racial em saúde.

É verdade que essa mobilização só foi possível mediante um histórico de articulações e estudos que remontam às décadas e governos anteriores. Neste contexto, as articulações avançaram rapidamente para o reconhecimento institucional de um conjunto de disparidades raciais em saúde e, conseqüentemente, na pactuação de uma resposta programática ao cenário identificado (FAUSTINO, 2017, p. 3835).

Com base nessas manifestações implementou-se em 2007 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) que define os princípios, diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão, objetivando melhorar condições de saúde desta camada populacional, incluindo ações de prevenção de doenças e controle social, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando promover a equidade em saúde da população negra.

Ela se insere na dinâmica do SUS, por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, que incluem: utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações

afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial entre outras (BRASIL, 2017, p. 14).

Apesar de inicialmente a Política Nacional para a Saúde da População Negra ter seguido seu fluxo normal, ela revelou-se uma grande frustração para os entes envolvidos em sua formulação.

Logo de início, a PNSIPN - desenhada prioritariamente como política transversal, ou seja, a aposta na incorporação do combate aos determinantes sociais em saúde na esfera da população negra e adoção de indicadores de processo e resultado desagregados por raça nas demais Políticas e Programas do Ministério da Saúde - deparou-se com uma resistência institucional à sua efetivação. Essa resistência se deu tanto pelo desconhecimento da Política por parte de gestores e profissionais de saúde nos três níveis de gestão do SUS, quanto pela não incorporação das ações, indicadores e metas previstos em seu Plano Operativo (FAUSTINO, 2017, p. 3835).

Essas tensões, explicam-se pelo flagrante desconhecimento e/ou desconsideração dos fatores estruturais que penalizam a população negra. A ainda hegemônica crença no mito da democracia racial em sua incontornável subestimação dos conflitos raciais na sociedade brasileira, resultam nesta injustiça (FAUSTINO, 2017, p. 3836).

Diferentemente do princípio da igualdade, baseado no conceito de cidadania que indica a igualdade de direitos, o princípio da equidade sana essa busca por justiça ao reconhecer que as desigualdades entre indivíduos e grupos demandam abordagens diversificadas como condição para a redução das diferenças existentes. Para entendermos melhor tal ideia, devemos tecer breves comentários sobre as teorias de justiça.

Na teoria desenvolvida por Rawls – justiça como equidade - o caráter transcendental encarna-se na posição original, que é uma situação hipotética, na qual agentes cobertos de um véu de ignorância (ignoram as posições que terão na sociedade que instituirão assegurando a imparcialidade) escolhem os princípios básicos de justiça que constituem a estrutura básica da sociedade, a saber: a liberdade e o princípio da diferença e da igualdade.

Para atingir tal condição, as instituições (constituição política e principais acordos econômicos e sociais) desempenham papel fundamental, uma vez e podem ocasionar desigualdades profundas ao favorecerem certas circunstâncias que não são justificadas por mérito ou valor. Para Rawls, os princípios são dispostos de modo que as liberdades básicas não possam ser justificadas ou compensadas por questões econômicas e sociais.

No primeiro princípio, as liberdades só podem ser limitadas quando entram em conflito com outras liberdades, sendo ajustadas para formarem um único sistema. O segundo

princípio é conhecido como o princípio da diferença e define que, se não existir uma distribuição que melhore a situação dos menos favorecidos e dos mais favorecidos, é preferível uma distribuição igual. Dessa forma, assegura-se que a mudança na expectativa dos que estão em melhor situação somente configurará uma situação justa se elevar também as perspectivas dos que estão em situação mais baixa.

Corroborando com a teoria de justiça com equidade de Rawls, Sen (2000) apresenta uma abordagem cujos princípios de justiça não são definidos apenas com relação às instituições, mas concentram-se na vida e na liberdade das pessoas envolvidas. Para ele, a justiça depende das realizações humanas e incluem as vidas que as pessoas conseguem - ou não - viver.

Considerando que as instituições não são manifestações da justiça e nem invioláveis, a influência dos padrões comportamentais das pessoas associados à busca de instituições que promovam a justiça deve ser analisada em conjunto na busca pela equidade.

Em sua visão (SEN, 2000), através da teoria da escolha social sobre a promoção da justiça, os indivíduos desempenham papel primordial na busca por seus objetivos. Desta forma, diminuir as desigualdades significa considerar que existe uma diversidade de características internas (idade, sexo, etc.) e externas (patrimônios disponíveis, ambientes sociais etc.) que interferem na capacidade dos indivíduos de realizarem funcionamentos (estados e ações) que, por sua vez, constituem a sua liberdade para alcançar objetivos que consideram valiosos.

4 O PRINCÍPIO DA EQUIDADE COMO FORMA DE EVITAR INEQUIDADES

Apesar de todos os cidadãos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e por isso têm necessidades diferentes. O que deve determinar as ações de saúde será a prioridade epidemiológica e não o favorecimento, investindo-se mais onde a carência é maior. Sendo assim, todos terão condições de acesso, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras, observando-se seu grau de necessidade, sendo atendido até o limite do que o sistema pode oferecer, objetivando desta forma, um ideal de equidade.

O debate sobre a definição de equidade em saúde surgiu pela primeira vez em 1986 aparecendo na Carta de Ottawa - documento resultado da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - como um dos pré-requisitos para a saúde (WHITEHEAD, 1991). Ela exige que, em um mundo ideal, sejam dadas oportunidades justas para todos os grupos atingirem seu potencial em saúde. Políticas públicas devem ser implementadas de forma a reduzir ou eliminar as diferenças em saúde, uma vez que as opções de comportamento pessoal em saúde podem ser severamente restringidas por fatores sociais e econômicos.

Portanto, a equidade na atenção em saúde deve significar: a) acesso igual para necessidade igual; b) utilização igual para necessidade igual; c) qualidade igual para todos (WHITEHEAD, 1991).

Os conceitos de equidade apresentam grande influência dos pressupostos de Whitehead (1991), à medida que relacionam diferentes situações de saúde com a questão da justiça, sendo a equidade um meio para diminuir ou eliminar essas disparidades. Por outro lado, quando comparados ao conceito multidimensional de Sen (2000), parecem dispor de uma compreensão restrita referindo-se apenas ao acesso, desses indivíduos sujeitos às desigualdades injustas e evitáveis, ao sistema de saúde. A limitação do conceito de equidade pode ser compreendida pela dificuldade em operacionalizá-lo, uma vez que um princípio social se trata de um valor abstrato, reportando a aspectos éticos e morais.

Quanto a correlação entre os determinantes sociais em saúde e a equidade, parte-se das seguintes premissas: a) grupos menos favorecidos têm chances menores de sobrevivência e existem grandes diferenças nas experiências das doenças – grupos desfavorecidos não sofrem apenas o fardo mais pesado da doença do que outros, mas também experimentam o aparecimento de doenças crônicas e incapacitantes em idade mais jovem; e b) tratar os desiguais igualmente refere-se a uma diferença específica: a desnecessária, evitável e injusta que se traduz em um dos traços mais marcantes da situação de saúde dos negros no Brasil (WHITEHEAD, 1991).

Desta forma, a variação natural e biológica; a prática deliberada de comportamentos prejudiciais à saúde e a vantagem transitória para a saúde de um grupo sobre o outro são considerados diferenciais em saúde inevitáveis. No que se refere aos comportamentos prejudiciais à saúde onde o grau de escolha do estilo de vida é severamente restrito; a exposição a condições de vida e trabalho insalubres; acesso inadequado a serviços essenciais de saúde e; a mobilidade social relacionada à saúde é considerada evitável e, portanto, injusta fazendo com que alguns grupos sociais sejam mais vulneráveis a problemas de saúde (WHITEHEAD, 1991).

A discussão sobre equidade deveria ser intensificada no contexto brasileiro, considerando que o Sistema Único de Saúde lida diariamente com uma infinidade de pessoas de diferentes raças e situações sociais, o que, por vezes, acaba sobrepondo os princípios de universalidade, integralidade e igualdade.

As políticas públicas de equidade corroboram na diminuição dos efeitos dos determinantes sociais em saúde da população negra por meio de uma perspectiva da inclusão. O desafio destas políticas consiste em discutir uma forma de operacionalizar a equidade

combatendo os determinantes sociais em saúde e fazê-lo de forma contínua e prolongada, sem que o princípio se perca ao longo do processo.

Não presumimos considerar a desigualdade apenas aqueles resultados de uma determinada ação ou política que apresentam diferenças significativas entre os grupos que deveriam se beneficiar ou que demonstram um evidente prejuízo para um dos grupos. Em situações como estas há iniquidade, descrita como a diferença, ainda que simples e disfarçada, carregada de injustiça porque geralmente decorre de uma situação evitável por aqueles que têm o poder decisório.

Portanto, o reconhecimento da iniquidade em saúde pelo Estado é uma condição inicial para o estabelecimento de políticas afirmativas para a população negra e para a desconstrução do referencial discriminatório que tem orientado a máquina administrativa e suas ações governamentais, pois o mesmo gestor que defende o princípio da igualdade é também aquele que se recusa a apoiar políticas que reduzam as “desigualdades” raciais (CRUZ, 2006).

Desta forma, e corroborando ao estudo dos DSS, é possível identificar três gerações de estudos sobre as iniquidades em saúde. A primeira geração se dedicou a descrever as relações entre pobreza e saúde; a segunda, a descrever os gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica; e a terceira e atual geração está dedicada principalmente aos estudos dos mecanismos de produção das iniquidades que se dedica a responder à pergunta: como a estratificação econômico-social consegue “entrar” no corpo humano? (ADLER, 2006).

Nessa concepção, a saúde está interligada com o próprio modo de vida das pessoas, exigindo-se para a sua efetivação a garantia de: trabalho em condições apropriadas; alimentação para todos; moradia higiênica e digna; educação e informação plena; qualidade do meio ambiente; transporte seguro e acessível; repouso, lazer e segurança; direito à liberdade, à livre organização e expressão e acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis (RAMOS; DINIZ, 2017, p. 174).

Em razão da correlação da saúde com fatores sociais, ambientais, econômicos e educacionais, a elaboração e execução das políticas sociais e econômicas protetoras da saúde não ficam restritas apenas ao sistema de saúde criado pela Constituição de 1988, envolvendo também outras pastas de governo, que devem trabalhar para garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, mediante a promoção do acesso à alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e outros bens e serviços essenciais (RAMOS; DINIZ, 2017, p. 175).

Assim, torna-se importante a eliminação de todas as privações de liberdade que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas para exercer sua condição de cidadão. As precárias condições de vida e saúde de amplos setores da população brasileira são privações de liberdade que limitam sua capacidade de optar entre diferentes alternativas, de ter voz frente às instituições do Estado e da sociedade e de ter maior participação na vida social (SEN, 2000).

Ao analisarem-se os pilares do Sistema Único de Saúde e os princípios de justiça fica claro que tal parcela da população deve ser tratada não apenas com igualdade, mas principalmente com equidade, haja vista a predisposição a fatores de risco, o que enseja uma proteção especial contra as doenças crônicas que abatem essa parcela populacional.

Depreende-se assim que, o problema da saúde pública é muito mais político do que jurídico, pois envolve temas como políticas públicas, orçamentos, alocação de despesas, escolhas trágicas, discricionariedade dos Governos, dignidade da vida humana. Principalmente em países subdesenvolvidos este problema apresenta-se bastante nítido, onde a desigualdade social que lança seus raios de ação em todas as esferas da sociedade e faz com que a parte pobre da sociedade sofra com doenças da miséria. A análise dos determinantes sociais em saúde busca desta forma, pesquisar os riscos e vulnerabilidades de determinados grupos, de forma efetivar a aplicação da equidade em saúde.

Essas ações só podem ser realizadas através de intervenções coordenadas nos diversos setores, visando à melhoria das políticas públicas de modo geral, partindo sempre de uma situação específica, busca-se analisar os motivos pelos quais os fatores externos devem ser estudados, afim de que sejam direcionadas políticas públicas de equidade a esta população negra, de forma a desenvolver meios para a consecução da equidade em saúde, reduzindo-se assim as disparidades e as iniquidades ³.

Finalizando, a saúde participa da justiça social de várias formas distintas, uma vez que é um componente fundamental das possibilidades humanas. Como um conceito multidimensional, a equidade em saúde inclui: aspectos que dizem respeito a alcançar uma boa saúde e a possibilidade de alcançá-la; promover a justiça nos processos, prestando atenção na ausência da discriminação da prestação da assistência sanitária; integração entre as considerações sobre a saúde e os temas mais amplos da justiça social com vistas à efetivação da equidade global (SEN, 2000).

³ O termo iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis, possui desta forma, uma dimensão ética e social (WHITEHEAD, 1991).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADLER, Nancy. Health Disparities: Monitoring, Mechanism, and Meaning. In: **NIH Conference on Understanding and Reducing Disparities in Health**, 2006, Maryland. Disponível em: <<http://obssr.od.nih.gov/HealthDisparities/presentation.html>>. Acesso em: 14 mai. 2020.

ACUNA, Cecilia. MARINA, Nelly. MENDOZA, Adriana. EMMERICK, Isabel Cristina Martins. LUIZA, Vera Lucía. AZEREDO, Thiago Botelho. Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington, v. 35, n. 02, p. 128-135, fev. 2014. Disponível em <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n2/a07v35n2.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2019.

ALMEIDA, Silvio. Racismo Estrutural. In: RIBEIRO, Djamilia (coord.). **Feminismos Plurais**. São Paulo: Pólen, 2019.

AÑÓN, Carlos Lema. **Salud, Justicia, Derechos**: el derecho a la salud como derecho social. 1ª ed. Madrid: Ed. Dickinson, 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 2ª ed. São Paulo: Edições 70, 1979.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 01 out. 2019.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. (Dispõe sobre as condições para organização, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em 10 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Políticas de promoção da equidade em saúde**. 2ª ed. Brasília: MS, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf>. Acesso em: 01 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política do SUS. 3ª ed. Brasília: MS, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf>. Acesso em: 16 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil**: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: MS, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel de indicadores do SUS**: Temático Saúde da População Negra. Brasília: MS, 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_populacao_negra_v._7.pdf>. Acesso em: 11 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2020.

BRAVEMAN, Paula. Health disparities and health equity. **Annual Review Public Health**. California, v. 27, p. 67-194, abr. 2006. Disponível em: <<https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103>>. Acesso em: 26 set. 2019.

BUSS, Paulo Marchiori. FILHO, Alberto Pellegrini. A Saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, mar. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

CNDSS, Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. abr. 2018. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019.

CORREA-LUGO, Victor. La salud como derecho humano. **Cuaderno Deusto de Derechos Humanos**, Bilbao, n. 32, 2005. Disponível em: <<http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/cuadernosdcho/cuadernosdcho32.pdf>>. Acesso em 27 mai. 2020.

CRUZ, Isabel da. Saúde e desigualdades raciais no Brasil: a população negra - uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem Online**, v. 5, n. 2, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.objn-ursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/400/95>>. Acesso em 27 mai. 2020.

CSDH, Commission on Social Determinants of Health. **A Conceptual Framework for Action on Social determinants of health**. Disponível em: <https://www.who.int/sdh/conference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2019.

CZERESNIA, Dina. FREITAS Carlos Machado. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

DAHLGREN, Goran; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health Stockholm**. Institute for Future Studies, set. 1991. Disponível em: <<https://core.ac.uk/reader/6472456>>. Acesso em: 17 jun. 2020.

DANIELS, Norman. Equity and Population Health: Toward a Broader Bioethics Agenda (bio). pp. 22-35. In: **The Hastings Center Report**. Vol 36, Nº 4, jul-aug 2006. Disponível em: <https://muse.jhu.edu/issue/10811>. Acesso em 07 Fev 2021

FAUSTINO, Deivison Mendes. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. p. 3831-3840. **Revista Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, dez. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=-S1413-81232017021203831>>. Acesso em: Acesso em: 20 ago. 2019.

GOULART, Flávio A. TANNÚS, Liliane. **Subsídio para o enfrentamento do Racismo na Saúde**. Brasília: DF, 2007. Disponível em: <<http://www.generoracaetnia.org.br/publica->

coes/subsidios.pdf >. Acesso em: 09 out. 2019.

GONZÁLEZ, Ángel Puyol. Ética, derechos y racionamiento sanitario, **Cadernos de Filosofia do Direito**, n. 22, p. 581-605, 1999. Disponível em: <<http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmctq7t4>>. Acesso em: 30 de mar. 2020.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil**, 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html?edicao=25845&t=sobre>>. Acesso em: 20 Mai 2020.

KRIEGER, Nancy. Theories for social epidemiology in the 21 Century: an Ecosocial Perspective. **International Journal of epidemiology**, 2ª ed. v. 30, p. 668-677, Ag. 2001. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ije/article/30/4/668/705885>>. Acesso em: 10 set. 2019.

MESSIAS, Erick. Income inequality, illiteracy rate, and life expectancy in Brazil. **American Journal of Public Health**. n. 93, ago. 2003. Disponível em: <<https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.93.8.1294>>. Acesso em: 10 set. 2019.

MOREIRA, Adilson José. **Racismo Recreativo**. São Paulo: Pólen, 2019.

_____, Adilson José. **Pensando Como um Negro: Ensaio de Hermenêutica Jurídica**. São Paulo, Ed. Contracorrente, 2019.

OLIVEIRA, Maria Marly. **Como fazer Pesquisa Qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 2007.

ONU. Organização Mundial das Nações Unidas. **Negros têm maior incidência de problemas de saúde evitáveis no Brasil, alerta ONU**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/negros-tem-maior-incidencia-de-problemas-de-saude-evitaveis-no-brasil-alerta-onu/>>. Acesso em: 17 Mai 2020.

PERELMAN, Chaïm. **Ética e direito**. Trad. PEREIRA, Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

RAMOS, Edith Maria Barbosa. O direito à saúde e a ideia de proteção social na Constituição Federal de 1988: Notas Iniciais. **Revista Direito em Debate**. Rio Grande do Sul, v. 2, n. 48, p. 159-184, jul./dez. 2017.

_____, Edith Maria Barbosa. **Direito à saúde, direito à igualdade e universalidade: uma análise de concepções de saúde e da atuação de organismos internacionais nas políticas públicas sanitárias para a Região das Américas**. 2012. 256f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2012.

RAWLS, John. **Justiça como Equidade: uma reformulação**. Organizado por Erin Kelly; Tradução Claudia Berliner; Revisão técnica e tradução Álvaro De Vita. São Paulo: Martins Fontes. 2003.

_____, John. **Uma Teoria da Justiça**. Tradução de Almiro Piseta e de Lenita Maria Rímoli Esteves. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes. 2008

SEN, Amartya. **A Ideia de Justiça**. Trad. Ricardo Doninelli Mendes e Denise Bottmann. Editora Schwarcz Ltda, 2000.

_____, Amartya. Equality of What?. In: MCMURRIN, Tanner. **Lectures on Human Values**, Vol 1. Stanford: Stanford University Press, 1979.

SEN, Amartya. **Desigualdade Reexaminada**. Trad. MENDES, Ricardo Donnell. Ed. 2. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2008.

SHUCMAN, Lia Vainer. SANTOS, Elisabete Figueroa dos. DIOGO, Maria Fernanda. Entre o não lugar e o protagonismo: articulações teóricas entre trabalho, gênero e raça. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2014, vol. 17, n. 1, p.17-32. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v17n1/a03v17n1.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2020.

TRAVASSOS, Cláudia. MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 20, n. 2, p.190-198, 2004. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos_pdf/Revisao14.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.

TORRES, Marcelo Douglas de Figueiredo. **Estado, Democracia e Administração Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles of equity and health. **Journal Health Promotion International**. United Kingdom, vol. 06, n. 3, 1991.

_____, Margaret. Establishing Values. In: WHITEHEAD, Margaret. EVANS, Timothy. DIDERICHSEN, Finn. BHUIYA, Abbas. WIRTH, Meg. **Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action**. Oxford: Oxford University Press, p. 8-21, 2001a.

_____, Margaret. EVANS, Timothy. DIDERICHSEN, Finn. The social basis of Disparities. In: WHITEHEAD, Margaret. EVANS, Timothy. DIDERICHSEN, Finn. BHUIYA, Abbas. WIRTH, Meg. **Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action**. Oxford: Oxford University Press, p. 22 – 60, 2001b.