

# A Pluralidade Sociocultural no Brasil e os Desafios para a Implantação das Políticas Públicas de Saúde

*The Sociocultural Plurality in Brasil and de challenges for the implementation of the Public Health Policies*

*La Pluralidad Sociocultural en Brasil y los retos para la implantación de las Políticas Públicas de Salud*

Marianna Assunção Figueiredo Holanda<sup>1</sup>  
Saulo Ferreira Feitosa<sup>2</sup>

## RESUMO

Ao pensarmos a assimilação por parte do Estado e dos governos da “diversidade cultural” como parte das políticas públicas, faz-se necessária uma reflexão sobre a implicação desta noção: o que ela representa na concepção e na implementação das políticas de saúde? Há realmente transformações estruturais do sistema uninacional e monocultural que assegurem a manifestação plena dessa pluralidade nas ações efetivas? Pautado na “universalidade do acesso”, o sistema de saúde do Brasil se apresenta como “pluralista”, contudo, uma análise das políticas para grupos populacionais específicos – mulheres, crianças, população negra, população do campo e da floresta, povos indígenas, entre outros – nos permite demonstrar vícios e discriminações próprias da colonialidade do poder, ou seja, expressos por ações excludentes que, em sua própria estrutura, não permitem a inserção de perspectivas plurais.

**Palavras-chave:** Discriminação, Pluralismo, Políticas Públicas de Saúde.

1 Doutoranda em Bioética, aluna do PPG Bioética da UnB.

2 Doutorando em Bioética, aluno do PPG Bioética da UnB.

## ABSTRACT

When we think about the assimilation on the part of the State and the governments of the concept “cultural diversity” as part of the public policies, is necessary one reflection about the implication of this concept: what it represents in the conception and in the implementation of the Public Health Policies? Really exist structural transformations in the monocultural and monojuridical system that ensure the full manifestation of this plurality on the policies? On the basis of “universal access” of the health, the health system presents like “pluralist”, however, the analysis of the policies aimed at specific groups – women, children, blacks, rural population, indigenous and other groups – that allow us to demonstrate gaps and discriminations attached to coloniality of power, i.e., exclude actions that, in its own structure, do not allow the inclusion of the plural perspectives of health.

**Key Words:** Discrimination/Prejudice, Pluralism, Public Health Policies

## RESUMEN

Al pensar en la asimilación por parte del Estado y de los gobiernos del concepto de “diversidad cultural” enquanto parte de las políticas públicas, se hace necesaria una

reflexión sobre la implicación deste concepto: ¿O que el representa en la concepción e en la implementación de las políticas de salud? ¿Hay realmente transformaciones estructurales en lo sistema uninacional y monocultural que garantan la manifestación llena de esta pluralidad em las acciones efectivas? Pautado en la “universalidad de acceso”, lo sistema de salud en Brasil se presenta como “pluralista”, pero una análisis de las políticas para grupos de población concretos – mujeres, niños, negros, campesinos, indígenas, entre otros – nos permite demostrar vicios y discriminaciones propias de la colonialidad del poder, es decir, expresados por acciones excluyentes que, em su propia estructura, no permiten la inserción de perspectivas plurales.

**Palabras Clave:** Discriminación, Pluralismo, Políticas Públicas de Salud

## INTRODUÇÃO

A emergência política das pluralidades socioculturais como sujeitos de direitos (individual e coletivo) e as conseqüentes lutas dos movimentos sociais que se originaram destes grupos, induziram importantes transformações políticas, sobretudo, por meio do questionamento da homogeneização jurídica e cultural implantada com a construção dos Estados nacionais – tendo como substrato a concepção de uma uninacionalidade que não permite abarcar as diferenças. Em face disso, nos processos de discussão e elaboração de políticas públicas por parte dos ditos Estados nacionais tornou-se inevitável a admissibilidade da condição plural das respectivas sociedades nacionais, de maneira particular nos países latinoamericanos, iniciando-se um exercício de respeito às especificidades étnicas e culturais quando da elaboração daquelas políticas.

Nesse contexto, incluem-se também as políticas públicas de saúde. No caso brasileiro,

podemos constatar que processualmente vêm sendo incorporadas as preocupações com as políticas de saúde específicas e diferenciadas para os povos indígenas, as comunidades quilombolas, os povos do campo e da floresta, populações tradicionais, populações em condições de vulnerabilidade, etc. Por essa razão, em 1999 a Lei 9836 instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena como um componente do Sistema Único de Saúde – SUS, em 2006, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Tomamos como base esses dois exemplos, dentre outros, para reconhecer que por parte do Estado e dos governos começa a haver uma consciência quanto à necessária consideração da pluralidade existente, todavia, faz-se necessária uma reflexão sobre a amplitude da implicação dessa consideração: o que isso representa na concepção e na aplicação das políticas de saúde? Há realmente transformações estruturais do sistema uninacional e monocultural que assegurem a manifestação plena dessa pluralidade nas ações efetivas?

Para responder a tais indagações é preciso ampliar a reflexão e procurar entender a política inerente ao estabelecimento e desenvolvimento do próprio Estado nacional, que em sua origem estabelece uma situação de negação sistemática da pluralidade. Por essa razão, em alguns países da América Latina, a exemplo da Bolívia e Equador, os movimentos sociais, especialmente os movimentos indígenas, passaram a denunciar a impossibilidade estrutural de contemplar de maneira plena a condição plural das sociedades dentro da estrutura do Estado nacional. Dessa forma, avançaram na perspectiva da plurinacionalização, que

na prática significa a refundação do Estado. Isso implica em profundas transformações estruturais que exigem um esforço hercúleo para a implantação de uma nova lógica, a da descolonização.

No Equador e na Bolívia as grandes mobilizações populares pela admissibilidade da pluralidade impuseram mudanças em suas respectivas cartas magnas. A Constituição equatoriana estabelece em seu artigo primeiro que “*El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada*”<sup>1</sup>. Por sua vez, a Constituição Boliviana afirma que “A Bolívia se constitui um Estado Unitário Social de Direito, Plurinacional, Comunitário, livre, independente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado e com autonomia”. Afirma ainda que “a Bolívia se funda na pluralidade e no pluralismo político, econômico, jurídico, cultural e lingüístico, dentro do processo integrador do país”<sup>2</sup>.

Contudo, em uma análise apurada e crítica dos dois textos constitucionais Catherine Walsh<sup>3</sup>, embora reconheça os grandes esforços empreendidos para fazer avançar a perspectiva de plurinacionalizar o Estado, entende que as referidas constituições ainda perpetuam o “colonialismo interno”.

Tal afirmação nos faz pensar quão difícil, complexos e desafiadores são os processos históricos de reconstrução social, no caso concreto a transformação de uma situação de uninacionalidade e monoculturalidade para outra plurinacional e pluricultural.

Na observação de Walsh evidencia-se uma conjuntura em que a capacidade de organização e mobilização dos povos indígenas no Equador e na Bolívia ganhou uma força política não alcançada pelos movimentos afrodescendentes e, como resultado dessa conjuntura a pluralidade indígena foi contemplada nas novas constituições, não ocorrendo o mesmo em relação aos afrodescendentes. Por esse motivo, as duas constituições irão afirmar que os direitos dos povos indígenas aplicam-se também aos povos afrodescendentes, como se entre indígenas e negros não houvesse diferenças culturais. Nesse caso, continua havendo a imposição dos direitos de uma cultura sobre outra, mesmo que ambas tenham sido vítimas do processo colonizador excludente.

Neste artigo, nos propomos suscitar alguns dos desafios postos para a implantação das políticas públicas de saúde no Brasil, levando em consideração a sua pluralidade sociocultural. Esse país, que não obstante a fácil constatação de sua magnânime condição plural, expressa inclusive pela Constituição de 1988, define-se em seu status político constitucional como um Estado nacional, devendo para tanto elaborar suas políticas públicas de acordo com a lógica uninacional, mas ao mesmo tempo admitindo a pluralidade que lhe é inerente. É nessa contradição historicamente construída e mantida ao longo dos séculos que se seguiram à criação do Estado brasileiro que se impõe o desafio da elaboração das políticas públicas específicas e diferenciadas.

### **O vínculo colonial do Estado-nação e as Políticas de Saúde**

Para se abordar políticas públicas estatais

não podemos deixar de fora da análise a conjuntura colonial que gerou o surgimento dos Estados-nações. A expansão colonial para conquistar e subjugar povos “além mar” é a principal característica da modernidade que está relacionada à formação do sistema mundo atual e à manutenção de uma hierarquia entre os saberes do “centro” e os saberes da “periferia”. Nessa hierarquia, o pano de fundo moral vai cada vez mais se confundindo com o político; uma característica preponderante da modernidade é justamente o ofuscamento dessa junção<sup>4</sup>, dissipando a distinção *bios / zoe*, retirando da retórica dos biopoderes – a medicina e o direito – a política<sup>5</sup>. É por meio da junção entre a ordem política (racional) e o conhecimento considerado verdadeiro (universal) que se elaborou o projeto monolítico de Estado.

A contradição brasileira referida anteriormente – a saber, o reconhecimento de nossa pluralidade sociocultural ainda que sob um regime monojurídico ou unilateral – pode ser identificada nas práticas cotidianas dos profissionais da área da saúde. É comum presenciarmos ou tomarmos conhecimento sobre o comportamento de vários segmentos da população brasileira que, na busca pela cura de suas doenças, acessam os serviços do SUS ao mesmo tempo em que mantêm as terapias tradicionalmente utilizadas em suas comunidades de origem. Podemos tomar como exemplo as pessoas identificadas com as religiões de inspiração africana que concomitantemente com os cuidados médicos buscam em seus terreiros de referência aconselhamento, acolhimento e cuidados próprios do tratamento espiritual ou indígenas que mesmo recorrendo ao médico também

seguem o tratamento feito pelo xamã, além de muitas outras variadas práticas terapêuticas que costumeiramente são classificadas como “tradicionalistas” ou “alternativas”. Nos casos onde há uma sensibilidade dos profissionais de saúde diante destes complexos sistemas de cura que se interrelacionam, permanece a noção de que existe um eixo central de práticas terapêuticas fundado na biomedicina em relação ao qual estas medicinas “populares” se apresentam apenas como complemento.

Sobre estas inter-relações terapêuticas, devemos frisar que, para diversos grupos populacionais, a etiologia das doenças não é monolítica; há uma concepção pluralística da saúde-doença, integrando explicações de causação natural, emocional, sobrenatural e ecológica. As “teorias populares” desenvolvem-se a partir das experiências da vida e se reorganizam constantemente no contato com a prática, tanto da medicina “oficial” como de todos os sistemas alternativos<sup>6</sup>.

Essa pluralidade de práticas não consegue ser incorporada pelas políticas de saúde, não obstante possamos identificar em alguns documentos governamentais a recomendação para que isso ocorra, a exemplo das diretrizes gerais da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que, dentre outras orientações, recomenda a “promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas”. A não incorporação resulta em tensões e conflitos permanentes onde duelam o saber médico e o chamado saber popular que, como já afirmamos, tem em sua origem uma concepção pluralística da relação saúde-doença existente nos vários segmentos da população brasileira. Uma das causas geradora

de conflito é a negação e subalternização desta concepção por parte do saber médico orientado pelos conhecimentos científicos e tecnológicos que, dentro da organização estatal, estão estruturalmente incorporados numa posição de superioridade em relação aos demais.

Temos assim o pano biopolítico das práticas de saúde, que relega a pluralidade dos processos de saúde/adoecimento a instâncias de “crendice popular”, muitas vezes com o viés de “ignorância”, fazendo com que o saber biomédico originado dos países centrais seja reconhecido e replicado nos países periféricos como o sistema oficial de saúde.

Visando incorporar esta “dimensão social” do processo de saúde e adoecimento da população, a Reforma Sanitária brasileira lutou contra o controle do mercado sobre a saúde da população assim como pela universalização do acesso aos serviços de recuperação da saúde<sup>7</sup>. Estas noções foram contempladas pela Constituição de 1988 que criou o SUS e pela posterior Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) que regulamentou o Sistema, dotando-o de características socialmente progressistas: acesso universal, atendimento igualitário e integral. Isto é, o SUS se caracterizou por estar voltado para toda a população brasileira e para o conjunto de suas necessidades de saúde.

Acontece que na formulação de um Sistema Único de Saúde para todos os cidadãos, há uma dimensão silenciada na universalidade de acesso: ao mesmo tempo que o SUS é universal porque não discrimina e atende a todos cidadãos, o fato dele se pautar em noções de saúde e doença universalizáveis limita uma compreensão plural de saúde. A pergunta é:

em que medida o SUS – como sistema único – representa ou está baseado em perguntas sanitárias efetivamente “periféricas, latino-americanas, brasileiras”? A epidemiologia e a saúde coletiva têm colaborado para incluir perspectivas vindas da “periferia” na concepção oficial de saúde? Ou ainda: as políticas de saúde pública brasileiras asseguram a “inclusão” das alteridades nas práticas terapêuticas?

Sabemos que uma das conquistas do movimento de Reforma Sanitária foi a ampliação da terapêutica para além da relação saúde/adoecimento, incorporando outros aspectos que correlacionam saúde à qualidade de vida. Tais aspectos extrapolam o âmbito tradicional da medicina curativa e de suas ferramentas analíticas, bem como de suas áreas prioritárias de produção do conhecimento – a biologia e seus sub-ramos, a química, a farmácia, além da própria medicina e suas especialidades, incluindo a epidemiologia e saúde coletiva – apontando a necessidade de agregar outros campos do conhecimento na busca de soluções para os problemas da saúde<sup>7</sup>.

Contudo, apesar desta abertura, permanece a estrutura de saúde pautada em uma biologia moderna que vê o organismo traduzido em termos de codificação genética. O que as medicinas ditas “populares”, sobretudo àquelas que são fruto de cosmologias milenares – como as ameríndias – vêm nos mostrando é que no ocidente há uma negação do papel das relações sociais na formação dos corpos mesmos das pessoas, de sua biologia, que seria continuamente modificada de acordo com as interações de cada pessoa, criando e descrendo consangüinidade e parentesco, por exemplo. “Enquanto os ameríndios transferem elementos fortemente sociais para os bebês

no intuito de torná-los humanos, a substância transferida no ocidente judaico-cristão é o gene, o componente estrutural de uma pessoa”<sup>8</sup>.

Podemos concluir que as diferentes concepções de qualidade de vida e bem estar que tramam os fios da pluralidade brasileira se constituem efetivamente em mapas diferenciados da condição humana: os corpos e os saberes são diferenciados, e esta diferença se origina na maneira como cada grupo compreende a saúde, de maneira ampla, e relacionada às interações com o ecossistema como um todo.

### **As Políticas Públicas de Saúde no Brasil – desigualdades**

Pautado na “universalidade do acesso”, o sistema de saúde do Brasil se apresenta como pluralista, relacionando a isso as fontes institucionais de financiamento e de modalidades de atenção à saúde. Essa pluralidade se expressa nas vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde: i) o SUS, de acesso universal, gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições); ii) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ ou dos empregadores; iii) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes, de acesso restrito a essa clientela, financiado com recursos públicos e dos próprios beneficiários, em geral atendidos na rede privada; e iv) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato<sup>9</sup>.

Almeida<sup>10</sup> e Andrade<sup>11</sup> apontam que esta

desigualdade no financiamento se explicita na possibilidade de dedução sem limite no imposto de renda dos gastos privados com assistência à saúde. Esse mecanismo tornou-se importante fonte de financiamento do setor de saúde suplementar. Os dados indicam também desigualdades no acesso à saúde e no uso de serviços entre os beneficiários de planos e seguros privados de saúde (cerca de 22% da população) e os usuários do SUS. Pessoas cobertas pelo sistema suplementar têm probabilidade 34% maior de usar serviços de saúde do que pessoas com as mesmas características cobertas exclusivamente pelo SUS.<sup>12</sup>

As desigualdades no acesso/utilização também têm uma face regional. A oferta de serviços, tanto públicos como privados, está concentrada nos centros econômicos do país: Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Com isso, os recursos tendem a se concentrar em áreas mais afluentes, em detrimento das demais onde seriam mais necessários<sup>12</sup>. Aquela herança colonial também se configura na diferença de acessibilidade pautada em critérios de raça e de gênero.

Um estudo realizado pelo IPEA no ano de 2007<sup>13</sup> mostrou que das cirurgias de transplantes de órgãos – como coração, fígado, rim, pâncreas e pulmão – realizadas no Brasil, a maioria dos transplantados são homens da cor branca. De cada quatro receptores de coração, três são homens; e 56% dos transplantados têm a cor de pele branca. No transplante de fígado; 63% dos receptores são homens e 37% mulheres. De cada dez transplantes de fígado, oito são para pessoas brancas. Homens e mulheres são igualmente atendidos nos transplantes de pâncreas; mas 93% dos atendidos são brancos.

A maioria absoluta de receptores de pulmão também são homens (65%) e pessoas brancas (77%). O mesmo fenômeno ocorre com o transplante de rim: 61% dos receptores são homens; 69% das pessoas atendidas têm pele clara.

Um dos pesquisadores envolvidos na pesquisa apontou que a preparação para o transplante pode explicar as razões da desigualdade: “Para fazer a cirurgia de transplante, o receptor deve estar apto: eventualmente mudar a alimentação, tomar medicamentos e fazer exames clínicos – procedimentos de atenção básica”. Ou seja, quem depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) – cerca de três quartos da população brasileira – tem probabilidade reduzida de realizar as cirurgias devido às desigualdades no acesso a remédios, consultas e exames clínicos. Vemos que várias facetas da colonialidade se cruzam, somando condições de exclusão.

Se a assistência à saúde foi declarada “livre da iniciativa privada” (CF/88, Art. 199, caput) os planos e seguros de saúde, que já se encontravam bem consolidados no fim da década de 1980, tiveram uma expansão progressiva, inclusive contando com estímulos do Estado. Podemos observar um mecanismo perverso que, apesar de “universal”, permite a continuidade da estrutura lógica colonial, no qual a privatização e elitização – econômica, racial, sexual, étnica e sociocultural – do acesso à saúde sobrevive em dialogia com o sistema público.

A principal característica deste vínculo é a continuidade da estrutura violenta do sistema mundo, onde prevalecem lógicas não plurais. Doenças são classificadas e hierarquizadas,

não de acordo com seu caráter epidêmico, mas baseado em sua potencialidade lucrativa. O mesmo princípio que legitima o não compartilhamento de benefícios para todos em prol das indústrias farmacêuticas. A mesma estrutura que faz do agente de saúde um detentor de saberes que a maioria da população não pode acessar, mecanismo que na outra mão, deslegitima os saberes e terapêuticas plurais.

### **As políticas diferenciadas de saúde**

As políticas de saúde são organizadas segundo diferentes tipos de atividades e níveis de atenção – assistência farmacêutica, atenção básica, média e alta complexidade – bem como desmembrando políticas para grupos populacionais específicos – mulheres, crianças, população negra, população do campo e da floresta, população indígena, entre outros – além de ações de vigilância em saúde – vigilância de doenças, agravos e seus fatores de risco e vigilância ambiental<sup>13</sup>:

Hoje, praticamente, não há nenhum grupo populacional não coberto por alguma política ou programa destacado no âmbito do SUS. Isto porque existem políticas, programas e ações com foco em mulheres, homens, idosos, crianças, pessoas com deficiência, trabalhadores, população carcerária, população com problemas de saúde mental, adolescentes, população negra e indígena.

A constatação acima pode ser entendida como um indicador importante da ampliação da capacidade do SUS para atender aos vários segmentos populacionais do país, mesmo sabendo-se das grandes limitações ainda existentes em relação à dimensão dessa amplitude e condições materiais dadas. Por

outro lado, há outro aspecto a ser observado: a qualidade desse atendimento no que se refere à consideração plena das especificidades inerentes à pluralidade sociocultural. Nesse sentido, já referimo-nos anteriormente aos conflitos enfrentados na relação com profissionais de saúde no atendimento à população negra e indígena.

Para que a pluralidade seja contemplada de fato, há uma série de exigências estruturais que impõem mudanças profundas, inclusive quando da formulação das políticas, como bem observa Lorenzo<sup>14</sup>:

[...] as políticas públicas de saúde partem do universo cultural de sujeitos que detêm o poder de formulá-las e implantá-las em direção ao universo cultural dos grupos alvos. Isto é especialmente importante no caso de políticas que atingem pequenas comunidades rurais isoladas, grupos sociais extremamente excluídos e grupos étnicos diversos como os indígenas ou ciganos.

Dessa observação, advém a necessidade da participação dos membros dos grupos alvos na proposição e formulação de suas respectivas políticas de saúde. Na prática, isso exige outras mudanças importantes: alteração nos currículos dos cursos na área de saúde, qualificação específica para os profissionais da saúde que atuam com os respectivos povos ou populações específicas, tratamento clínico diferenciado, etc.

Permanecerá, todavia, o grande desafio identificado no início deste texto, a estrutura uninacional e monocultural do Estado brasileiro. Mas enquanto esse não avança na perspectiva de se plurinacionalizar, condição

necessária para possibilitar a incorporação plena da pluralidade sociocultural, entendemos ser fundamental uma busca constante de mecanismos que possibilitem o estabelecimento de diálogos interculturais autênticos que possam contribuir na resolução dos conflitos decorrentes da execução das políticas de saúde pública destinadas para populações e povos distintos.

No caso específico dos povos indígenas e afrodescendentes o primeiro desafio é transpor o grande fosso que os separa da cultura ocidental. Segundo Habermas<sup>15</sup> “todos os participantes de um discurso devem ter a mesma oportunidade de empenhar atos de fala comunicativos, de iniciar, intervir, interrogar e responder”. Contudo, é importante estarmos atentos ao questionamento levantado por Sousa Santos:

Como realizar um diálogo multicultural quando algumas culturas foram reduzidas ao silêncio e as suas formas de ver e conhecer o mundo se tornaram impronunciáveis? Por outras palavras, como fazer falar o silêncio sem que ele fale necessariamente a linguagem hegemônica que o pretende fazer falar?<sup>15</sup>

Como saída ele sugere a hermenêutica diatópica: “É por via da tradução e do que eu designo por hermenêutica diatópica que uma necessidade, uma aspiração, uma prática numa dada cultura pode ser tornada compreensível e inteligível para outra cultura”<sup>16</sup>.

A hermenêutica diatópica tem como pressuposto a incompletude de toda e qualquer cultura. Mas cada cultura “incompleta” possui “lugares comuns retóricos”, topoi. Os topoi, por mais importantes que sejam para uma determinada cultura são tão incompletos quanto

ela própria, todavia, vistos de dentro da mesma cultura tal incompletude não pode ser percebida, pois há uma apropriação da parte pelo todo como resultado do anseio à totalidade<sup>17</sup>. O objetivo da hermenêutica diatópica seria, portanto, contribuir com a tomada de consciência dessa mútua incompletude favorecendo dessa forma o diálogo entre as diferentes culturas.

Talvez a partir dessa consideração da incompletude das diversas culturas as tensões entre o saber médico e o saber dito popular, entre as visões unitárias e pluralísticas da concepção saúde/doença possam ser enfrentadas e superadas. Um diálogo que requer a capacidade de escuta dos grupos hegemônicos articuladores do biopoder, uma predisposição a modificar-se sempre que a fala das alteridades possa retratar as nuances da exclusão.

### **À guisa de conclusão**

Os vários movimentos sociais e, em particular, os movimentos de luta pelo direito à saúde no Brasil conseguiram conquistas importantes nas últimas três décadas, tendo como principal indicador de resultado o Sistema Único de Saúde - SUS. Fazem parte do SUS os ideais de universalidade, integralidade, equidade, respeito à pluralidade cultural e atenção específica e diferenciada. Estes conceitos exercem um papel importante na elaboração das políticas específicas de saúde pública destinadas a contemplar a ampla diversidade sociocultural do país. Todavia, essas políticas não conseguem necessariamente serem traduzidas para as práticas de atenção à saúde de determinados segmentos populacionais, a exemplo dos povos indígenas e afrodescendentes. Essa

impossibilidade de tradução é decorrente de grandes obstáculos estruturais, inclusive daqueles inerentes à própria natureza do Estado nacional colonial. Devemos ter em mente que as populações negra e indígena só se tornaram “minorias” e “grupos diferenciados” devido ao evento colonial inicial que persiste nas práticas estatais e sociais de colonialidade hoje.

Estes obstáculos não são específicos das políticas de saúde, mas afetam todas as demais políticas públicas que se propõem atender toda a sociodiversidade existente no Brasil. Por esse motivo, para a superação de tais obstáculos, faz-se necessário não só um processo permanente de organização e articulação dos vários setores nacionais, especialmente os sujeitos coletivos de direito, que a partir dos anos 1970 emergiram como uma importante força de mobilização popular, como uma contrapartida dos segmentos hegemônicos em abrir-se a oportunidade de escuta e aprendizado sobre outras soluções para os conflitos humanos, no que se refere também às práticas de saúde.

### **REFERÊNCIAS**

1. BOLÍVIA. Congresso Nacional. Constituição Política Do Estado Da Bolívia, 2009.
2. EQUADOR. Assembléia Nacional. Constitución Política de la República Del Ecuador, 2008.
3. Walsh C. 2002. “(De)Construir la interculturalidade: consideraciones críticas desde la política, la colonialidad y los movimientos indígenas y negros en el Ecuador” Em: Fuller, Norma: Interculturalidad y Política. Desafíos y posibilidades. Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el

Perú. Lima. pp. 115-142.

4. Bauman Z. *Modernidade e Ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

5. Agamben G. *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua*. Tradução de Henrique Burigo. Belo Horizonte: editora UFMG, 2002.

6. Minayo MCS. *Saúde-doença: Uma concepção popular da Etiologia*. Cadernos de Saúde Pública, RJ. 4(4):363- 381, 1988.

7. Porto D; Garrafa V. 2011. A influência da Reforma Sanitária nas Bioéticas Brasileiras In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (Supl. 1): 719-729, p. 720.

8. Conklin B; Morgan L. 1996. “Babies, Bodies and the Production of Personhood in North America and Native Amazonian Society” in: *Ethos*, Vol. 24, nº 4. pp. 657-694

9. Ribeiro J; Piola SF.; Servo LM. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. In: *JORNADA DE ECONOMIA DA SAÚDE DA ABRES*, 2. Belo Horizonte, dez. 2005. Publicado na revista *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, Cebes.

10. Almeida C. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar - texto para discussão nº 599. Brasília: IPEA, 1998.

11. Andrade MV. Financiamento do setor de saúde suplementar no Brasil: uma investigação empírica a partir dos dados da PNAD/98. In: Montone, J.; Castro, A. J. W. (Org.).

Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: MS.

12. IPEA. 2011. “Políticas Sociais: acompanhamento e análise”. *Boletim de Políticas Sociais nº 19 - Diretoria de Estudos e Políticas Sociais*. Capítulo 3: Saúde, p. 122, p. 93.

13. Marinho A; Cardoso S; Almeida V. “Transplantes de órgãos nos estados brasileiros” – texto para discussão nº 1317. Brasília: IPEA, 2007.

14. Lorenzo C. Vulnerabilidade em saúde coletiva: implicações para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Bioética*, 2006;2(3):299-312.

15. Habermas J. *Consciência Moral e Agir Comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989, p. 153.

16. Sousa Santos B. *A Crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002a, p. 30, p. 31.

17. Sousa Santos B. *Toward a multicultural conception of human rights*. In: B. E. Hernández-Truyol (org.), *Moral imperialism. A critical anthology*. Nova York: New York University Press. 2002b. pp. 39-60.

Artigo apresentado em: 04/09/2013

Artigo aprovado em: 28/10/2013

Artigo publicado no sistema em: 03/12/2013