

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR

Ministra

MATILDE RIBEIRO

Secretário-adjunto

MARTVS ANTÔNIO ALVES DAS CHAGAS

Chefe de Gabinete

SANDRA REGINA TEIXEIRA

Subsecretaria de Políticas de Ações Afirmativas

Subsecretário

ALEXANDRO DA ANUNCIÇÃO REIS

Subsecretaria de Planejamento e Formulação de Políticas

Subsecretário

CARLOS EDUARDO TRINDADE SANTOS

Subsecretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais

Subsecretária

GIVÂNIA MARIA DA SILVA

Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Brasília - DF
Fevereiro de 2007

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL - SEPPIR

ENDEREÇO:

Esplanada dos Ministérios, Bloco A, 9º andar. CEP: 70054-900 - Brasília-DF

Telefone: (55 61) 3411-3610

Fax: (55 11) 3226-5625

E-mail: seppir@planalto.gov.br

DIAGRAMAÇÃO:

Maria Loureiro Pacheco e Juliana Capella Oren

Impresso no Brasil 2007

Sumário

Apresentação - Direito à Política de Saúde da População Negra ..	9
Introdução	13
A População Negra no Brasil e a Luta Pela Cidadania	17
A Situação de Saúde da População Negra no Brasil e seus Determinantes Sociais	25
Princípios	35
Marca	37
Diretrizes	37
Objetivo Geral	38
Objetivos Específicos	38
Estratégias de Gestão	40
Responsabilidades das Esferas de Gestão	47
Gestor Federal	47
Gestor Estadual	49
Gestor Municipal	51
Referências Bibliográficas	55

Apresentação

Direito à Política de Saúde da População Negra

Direito à Política de Saúde da População Negra

O direito à saúde é fundamento constitucional e condição substantiva para o exercício pleno da cidadania. É eixo estratégico para a superação do racismo e garantia de promoção da igualdade racial, desenvolvimento e fortalecimento da democracia.

Há exatamente um ano, no mês do Dia Nacional da Consciência Negra, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instrumento que tem por objetivo combater a discriminação étnico-racial nos serviços e atendimentos oferecidos no Sistema Único de Saúde, bem como promover a equidade em saúde da população negra.

A construção desta política é resultado da luta histórica pela democratização da saúde encampada pelos movimentos sociais, em especial pelo movimento negro. É, outrossim, fruto da pactuação de compromissos entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, a fim de superar situações de vulnerabilidade em saúde que atingem parte significativa da população brasileira.

Esse esforço conjunto, dialogado e construído a partir da co-responsabilidade do Estado e da sociedade, e que tem como insígnia a transversalidade, foi apenas o primeiro grande passo.

Agora estamos no momento de consolidação da política, de definir as ações concretas para “reduzir indicadores de morbi-mortalidade por hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, câncer de colo uterino e de mama, miomas, transtornos mentais”, além da morbi-mortalidade por doença falciforme.

A 13^a Conferência Nacional de Saúde é o espaço oportuno para avaliação e aprofundamento das políticas de saúde para as comunidades quilombolas, população indígena e populações em condições de vulnerabilidade e iniquidades.

Processo em construção, a igualdade racial encontra nesta 13^a Conferência Nacional de Saúde mais uma oportunidade de avançar na reconstituição de direitos e valores fundamentais para a dignidade humana.

Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

Introdução

Introdução

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão, voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra.

Sua formulação ficou a cargo da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), com assessoria do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), cabendo a essa secretaria a responsabilidade pela articulação para sua aprovação no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). É também atribuição da SGEP, no processo de implementação desta Política, o monitoramento, a avaliação e o apoio técnico aos estados e municípios.

Esta Política abrange ações e programas de diversas secretarias e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde (MS). Trata-se, portanto, de uma política transversal, com formulação, gestão e operação compartilhadas entre as três esferas de governo, seja

no campo restrito da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, seja em áreas correlatas.

Seu propósito é garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não-transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional.

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.

A População Negra no Brasil e a Luta Pela Cidadania

A População Negra no Brasil e a Luta Pela Cidadania

O desenvolvimento da sociedade colonial e o processo de objetificação dos milhões de negros¹ escravizados, trazidos do continente africano nos porões dos navios negreiros, marcaram um período longo da história brasileira. A despeito das péssimas condições de vida e trabalho e das diversas formas de violência às quais foram submetidos, episódios de resistência e luta foram as bases para a formação de quilombos.

Os quilombos, a princípio comunidades autônomas de escravos fugitivos, converteram-se em importante opção de organização social da população negra e espaço de resgate de sua humanidade e cultura e fortalecimento da solidariedade e da democracia, onde negros se constituíam e se constituem até hoje como sujeitos de sua própria história.

Após a abolição oficial da escravatura, foram muitos os anos de luta envolvendo denúncias sobre a fragilidade do modelo brasileiro de democracia racial, até a fundação da Frente Negra Brasileira, em 1931. A partir de então, as questões e demandas de classe e raça ganharam projeção na arena política brasileira, fortalecidas, posteriormente, pelo Movimento Social Negro, que atua organizadamente desde a década de 1970.

¹ Neste documento, consideram-se negros a soma de pretos e pardos. Quanto à questão de gênero, os termos negros, brasileiros etc. são tomados aqui como sinônimos de negros e negras, brasileiros e brasileiras etc.

Entre as décadas de 1930 e 1980, eclodiram no mundo inúmeros movimentos sociais que manifestaram aos chefes de Estado a insatisfação dos negros em relação à sua qualidade de vida. Assumiram proeminência a luta dos negros dos Estados Unidos contra as regras de segregação racial vigentes naquele país e a dos negros sul-africanos contra o sistema do *apartheid*.

No Brasil, a 8.^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, constituiu um marco na luta por condições dignas de saúde para a população, uma vez que fechou questão em torno da saúde como direito universal de cidadania e dever do Estado. Na conferência, o Movimento Social Negro participou ativamente, ao lado de outros movimentos, em especial o Movimento pela Reforma Sanitária, do processo de elaboração e aprovação das propostas.

Como principal desdobramento da conferência e conquista fundamental dos movimentos sociais, a Assembléia Nacional Constituinte introduziu o sistema de seguridade social na Constituição Federal de 1988, do qual a saúde passou a fazer parte como direito universal, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia e orientação sexual, a ser provido pelo SUS (BRASIL, 1988, art. 194).

Ainda nesse período, o movimento de mulheres negras conferiu maior visibilidade às questões específicas de saúde da mulher negra, sobretudo aquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. O racismo e o sexismo imprimem marcas segregadoras diferenciadas, que implicam restrições específicas dos direitos desse

segmento, vitimando-o, portanto, com um duplo preconceito.

As primeiras inserções do tema Saúde da População Negra nas ações governamentais, no âmbito estadual e municipal, ocorreram na década de 1980 e foram formuladas por ativistas do Movimento Social Negro e pesquisadores.

Na década de 1990, o governo federal passou a se ocupar do tema, em atenção às reivindicações da Marcha Zumbi dos Palmares, realizada em 20 de novembro de 1995, o que resultou na criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra/GTI e do Subgrupo Saúde. Em abril do ano seguinte, o GTI organizou a Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra, cujos principais resultados foram: a) a introdução do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos; b) a elaboração da Resolução 196/96, que introduziu, dentre outros, o recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos; e c) a recomendação de implantação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme.

No cenário internacional, em 2001, a Conferência Intergovernamental Regional das Américas, no Chile, e a III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, em Durban na África do Sul, marcaram a participação do Movimento Social Negro junto a governos e organismos internacionais, reivindicando compromissos mais efetivos com a equidade étnico-racial.

A atuação do Movimento Social Negro brasileiro na 11.^a e na 12.^a Conferências Nacionais de Saúde, realizadas respectivamente em 2000 e 2003, fortaleceu e ampliou sua participação social nas instâncias do SUS. Como resultado dessa atuação articulada, foram aprovadas propostas para o estabelecimento de padrões de equidade étnico-racial e de gênero na política de saúde do país.

A criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), pela Lei n.º 10.678, de 23 de março de 2003, como órgão de assessoramento direto da Presidência da República, com *status* de ministério, representa uma conquista emblemática do Movimento Social Negro. A SEPPIR tem como atribuição institucional promover a igualdade e a proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais e étnicos, por meio do acompanhamento e coordenação das políticas de diferentes ministérios, dentre os quais o da saúde, e outros órgãos do governo brasileiro (BRASIL, 2003a).

Em 18 de agosto de 2004, no encerramento do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, foi assinado Termo de Compromisso entre a SEPPIR e o MS, referenciado nas formulações advindas de ativistas e pesquisadores negros, contidas no documento *Política nacional de saúde da população negra: uma questão de equidade* (PNUD et al, 2001).

Ainda em agosto de 2004, considerando o interesse em subsidiar a promoção da equidade e com vistas a cumprir o acordo feito por ocasião da assinatura

do já referido termo de compromisso, no que diz respeito à promoção da igualdade racial no âmbito do SUS, o MS instituiu o CTSPN, por meio da Portaria n.º 1.678, de 16 de agosto de 2004 (BRASIL, 2004e).

O comitê é coordenado pela SGEP e composto por representantes de diversas áreas técnicas do MS, da SEPPIR, pesquisadores e ativistas da luta anti-racista na área da saúde da população negra. Seu funcionamento é regido pela Portaria n.º 2.632, de 15 de dezembro de 2004, e dentre as suas realizações destacam-se as contribuições para a construção desta Política (BRASIL, 2004f).

Os anos de 2005 e 2006 foram especialmente marcados por seminários, encontros, reuniões técnicas e políticas, que culminaram com a aprovação desta Política pelo Conselho Nacional de Saúde, em 10 de novembro de 2006. Merece destaque ainda a realização do II Seminário Nacional de Saúde da População Negra, marcado pelo reconhecimento oficial do MS da existência do racismo institucional nas instâncias do SUS.

A Situação de Saúde
da População Negra no Brasil
e seus Determinantes Sociais

A Situação de Saúde da População Negra no Brasil e seus Determinantes Sociais

O censo demográfico de 2000 revelou que 54% dos brasileiros se definem como brancos, 45% como negros (pretos e pardos) e 0,4% como indígenas e amarelos. Constatou ainda que a participação percentual das populações autodeclaradas preta e indígena superou as projeções realizadas com base no censo de 1991, o que sugere uma maior consciência dos brasileiros sobre o seu perfil étnico-racial.

Os dados do censo contribuem para conferir maior visibilidade às iniquidades que atingem a população negra. Assim, no setor da educação, enquanto entre os brasileiros a taxa de analfabetismo era de 12,4%, em 2001, entre os negros, a proporção era de 18,2% e, entre os brancos, de 7,7%. Em média, a população branca estudava 6,9 anos e a negra, 4,7 anos. A menor média de anos de estudo dos brasileiros foi observada na região Nordeste: 5,7 anos para os brancos e 4 anos para os negros. No Sudeste, onde se encontra a maior média de anos de estudo do conjunto da população – 6,7 anos –, os negros estudavam, em média, 2,1 anos menos que os brancos (IPEA, 2002).

No que se refere à pobreza, outros estudos revelam que os negros correspondem a cerca de 65% da população pobre e 70% da população extremamente pobre, embora representem 45% da população brasileira. Os brancos, por sua vez, são 54% da população total, mas somente 35% dos pobres e 30% dos extremamente

pobres (HENRIQUES, 2003 *apud* OLIVEIRA & FIGUEIREDO, 2005).

O baixo nível de renda, tanto individual quanto domiciliar *per capita*, restringe as liberdades individuais e sociais dos sujeitos, fazendo com que todo o seu entorno seja deficiente, desgastante e gerador de doença. Em 2001, mais de 32 milhões de negros com renda de até ½ salário mínimo eram potencialmente demandantes de serviços de assistência social e viviam, em sua maioria, em lugares com características indesejáveis² de habitação (IBGE, 2000; IPEA 2002).

O relatório *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde* apresenta informações e análises discriminadas segundo raça, cor e etnia, enfocando assistência pré-natal, tipo de parto, baixo peso ao nascer e análise dos dados referentes ao nascimento, incluindo morbimortalidade materno-infantil, em âmbito nacional e regional.

Esse estudo identificou uma proporção 2% de nascimentos na faixa etária materna de 10 a 14 anos entre as indígenas, o dobro da média nacional. Considerando as mães entre 15 a 19 anos, constatou-se uma proporção de nascidos vivos da cor branca de 19% (BRASIL, 2005).

Entre os nascidos vivos negros, a proporção de nascimentos provenientes de mães adolescentes de 15 a 19 anos foi de 29%, portanto 1,7 vez maior que os

² De acordo com o IPEA e o IBGE, são consideradas características indesejáveis: construção da habitação com material não durável; alta densidade; inadequação no sistema de saneamento e abastecimento de água; ausência de energia elétrica e coleta de lixo.

nascidos vivos brancos. Verificou-se ainda que 62% das mães de nascidos brancos referiram ter passado por sete ou mais consultas de pré-natal. Para as mães de nascidos indígenas, o percentual foi de 27% e para as mães de nascidos pardos, 37% (BRASIL, 2005).

O cenário referente à prematuridade e à mortalidade infantil também apresenta uma disparidade quando relacionado a raça, cor e etnia. A maior proporção de nascidos vivos prematuros (gestação < 37 semanas) foi registrada nos recém-nascidos indígenas e pretos, ambos com 7%. Os menores percentuais de recém-nascidos prematuros foram observados entre os nascidos amarelos e pardos, ambos com 6% (BRASIL, 2005).

O relatório destaca os dados referentes às crianças menores de cinco anos. O risco de uma criança preta ou parda morrer antes dos cinco anos por causas infecciosas e parasitárias é 60% maior do que o de uma criança branca. Também o risco de morte por desnutrição apresenta diferenças alarmantes, sendo 90% maior entre crianças pretas e pardas que entre brancas (BRASIL, 2005).

Ainda prevalecem os diferenciais de raça, cor e etnia, quando a análise está centrada na proporção de óbitos por causas externas. O risco de uma pessoa negra morrer por causa externa é 56% maior que o de uma pessoa branca; no caso de um homem negro, o risco é 70% maior que o de um homem branco. No geral, o risco de morte por homicídios foi maior nas populações preta e parda, independentemente do sexo (BRASIL, 2005).

A análise dos índices de homicídios associada a anos de escolaridade mostrou que pessoas com menor escolaridade apresentam risco maior de morte quando comparadas àquelas de maior escolaridade. Entretanto, ser preto ou pardo aumentou o risco de morte por homicídio em relação à população branca, independentemente da escolaridade. É interessante notar que as diferenças no risco de homicídio na população preta ou parda em relação à branca foram ampliadas no grupo de maior escolaridade (BRASIL, 2005).

Foram também realizadas análises da mortalidade por doenças transmissíveis e não-transmissíveis. O estudo destaca a diferença de raça e cor para o risco de morte por tuberculose quando considera as taxas padronizadas de mortalidade para o ano de 2003: tendo como base de comparação a população branca, o risco de morrer por tuberculose foi 1,9 vez maior para o grupo de cor parda e 2,5 vezes maior para o de cor preta. “Independentemente dos anos de estudo, as pessoas da cor preta ou parda tiveram 70% mais risco de morrer por tuberculose que as pessoas brancas” (BRASIL, 2005).

A análise dos dados também permitiu constatar que: as mulheres negras grávidas morrem mais de causas maternas, a exemplo da hipertensão própria da gravidez, que as brancas; as crianças negras morrem mais por doenças infecciosas e desnutrição; e, nas faixas etárias mais jovens, os negros morrem mais que os brancos (BRASIL, 2005).

No Brasil, existe um consenso entre os diversos estudiosos acerca das doenças e agravos prevalentes na

população negra, com destaque para aqueles que podem ser agrupados nas seguintes categorias: a) geneticamente determinados – tais como a anemia falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite; b) adquiridos em condições desfavoráveis – desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas); e c) de evolução agravada ou tratamento dificultado – hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses (PNUD et al, 2001). Essas doenças e agravos necessitam de uma abordagem específica sob pena de se inviabilizar a promoção da equidade em saúde no país.

Para uma análise adequada das condições sociais e da saúde da população negra, é preciso ainda considerar a grave e insistente questão do racismo no Brasil, persistente mesmo após uma série de conquistas institucionais, devido ao seu elevado grau de entranhamento na cultura brasileira. O racismo se reafirma no dia-a-dia pela linguagem comum, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura, influencia a vida, o funcionamento das instituições, das organizações e também as relações entre as pessoas; é condição histórica e traz consigo o preconceito e a discriminação, afetando a população negra de todas as camadas sociais, residente na área urbana ou rural e, de forma dupla, as mulheres negras, também vitimadas pelo machismo e pelos preconceitos de gênero, o que agrava as vulnerabilidades a que está exposto este segmento.

Do ponto de vista institucional – que envolve as políticas, os programas e as relações interpessoais –, deve-se considerar que as instituições comprometem sua atuação quando deixam de oferecer um serviço qualificado às pessoas em função da sua origem étnico-racial, cor da pele ou cultura. Esse comprometimento é resultante do racismo institucional.

O racismo institucional constitui-se na produção sistemática da segregação étnico-racial, nos processos institucionais. Manifesta-se por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes da ignorância, falta de atenção, preconceitos ou estereótipos racistas. Em qualquer caso, sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pela ação das instituições e organizações.

Com a finalidade de subsidiar a identificação, a abordagem, o combate e a prevenção ao racismo institucional foram definidas duas dimensões interdependentes de análise: (1) a das relações interpessoais, e (2) a político-programática. A primeira diz respeito às relações que se estabelecem entre dirigentes e servidores, entre os próprios servidores e entre os servidores e os usuários dos serviços.

A dimensão político-programática do racismo institucional é caracterizada pela produção e disseminação de informações sobre as experiências diferentes e/ou desiguais em nascer, viver, adoecer e morrer; pela capacidade em reconhecer o racismo como

um dos determinantes das desigualdades no processo de ampliação das potencialidades individuais; pelo investimento em ações e programas específicos para a identificação de práticas discriminatórias; pelas possibilidades de elaboração e implementação de mecanismos e estratégias de não-discriminação, combate e prevenção do racismo e intolerâncias correlatas – incluindo a sensibilização e capacitação de profissionais; pelo compromisso em priorizar a formulação e implementação de mecanismos e estratégias de redução das disparidades e promoção da equidade.

Princípios

Princípios

A Constituição Federal de 1988 assumiu o caráter de Constituição Cidadã, em virtude de seu compromisso com a criação de uma nova ordem social. Essa nova ordem tem a seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistencial social” (BRASIL, 1988, art. 194).

Esta Política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1.º, inc. II e III), do repúdio ao racismo (BRASIL, 1988, art. 4.º, inc. VIII), e da igualdade (BRASIL, art. 5.º, *caput*). É igualmente coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988, art. 3.º, inc. IV).

Reafirma os princípios do SUS, constantes da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, tais como: a) a universalidade do acesso, compreendido como o “acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”; b) a integralidade da atenção, “entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos,

individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”; c) a igualdade da atenção à saúde; e d) descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990a, art. 7.º, inc. I, II, IV IX).

A esses vêm juntar-se os da participação popular e do controle social, instrumentos fundamentais para a formulação, execução, avaliação e eventuais redirecionamentos das políticas públicas de saúde. Constituem desdobramentos do princípio da “participação da comunidade” (BRASIL, 1990^a, art. 7.º, inciso VIII) e principal objeto da Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que instituiu as conferências e conselhos de saúde como órgãos colegiados de gestão do SUS, com garantia de participação da comunidade (BRASIL, 1990b).

Igualmente importante é o princípio da equidade. A iniquidade racial, como fenômeno social amplo, vem sendo combatida pelas políticas de promoção da igualdade racial, regidas pela Lei n.º 10.678/03, que criou a SEPPIR. Coerente com isso, o princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos onde a diversidade seja um valor, deve desdobrar-se no princípio da equidade, como aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las. Em saúde, a atenção deve ser entendida como ações e serviços priorizados em função de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população.

O SUS, como um sistema em constante processo de aperfeiçoamento, na implantação e implementação do Pacto pela Saúde, instituído por meio da Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006, compromete-se com o combate às iniquidades de ordem socioeconômica e cultural que atingem a população negra brasileira (BRASIL, 2006)

Cabe ainda destacar o fato de que esta Política apresenta como princípio organizativo a transversalidade, caracterizada pela confluência e reforço recíproco de diferentes políticas de saúde. Assim, contempla um conjunto de estratégias que resgatem a visão integral do sujeito, considerando a sua participação no processo de construção das respostas para as suas necessidades, bem como apresenta fundamentos nos quais estão incluídas as várias fases do ciclo de vida, as demandas de gênero e as questões relativas à orientação sexual, à vida com patologia e ao porte de deficiência temporária ou permanente.

Marca

- Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

Diretrizes Gerais

- Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde.

- Ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde.

- Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra.

- Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas.

- Implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo.

- Desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.

Objetivo Geral

Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.

Objetivos Específicos

- Garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões

periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde.

- Garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde.

- Incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social.

- Identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho.

- Aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS.

- Melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia.

- Identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades.

- Definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde.

- Monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais.

- Incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar.

- Monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios anti-racistas e não-discriminatórios.

- Fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

Estratégias de Gestão³

- Implementação das ações de combate ao racismo institucional e redução das iniquidades raciais, com a definição de metas específicas no Plano Nacional de Saúde e nos Termos de Compromisso de Gestão.

- Desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades locais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas; doença falciforme; DST/HIV/aids; tuberculose; hanseníase; câncer de colo uterino e de mama; transtornos mentais.

³ Em virtude de seu caráter transversal, todas as estratégias de gestão assumidas por esta Política devem estar em permanente interação com as demais políticas do MS relacionadas à promoção da saúde, ao controle de agravos e à atenção e cuidado em saúde.

- Fortalecimento da atenção à saúde integral da população negra em todas as fases do ciclo da vida, considerando as necessidades específicas de jovens, adolescentes e adultos em conflito com a lei.

- Estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas.

- Fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social.

- Fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

- Qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos estados e municípios.

- Articulação e fortalecimento das ações de atenção às pessoas com doença falciforme, incluindo a reorganização, qualificação e humanização do processo de acolhimento, do serviço de dispensação na assistência farmacêutica, contemplando a atenção diferenciada na internação.

- Inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS.

- Incentivo técnico e financeiro à organização de redes integradas de atenção às mulheres negras em situação de violência sexual, doméstica e intrafamiliar.

- Implantação e implementação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, nos estados e municípios, conforme a Portaria MS/GM n.º 936, de 19 de maio de 2004, como meio de reduzir a vulnerabilidade de jovens negros à morte, traumas ou incapacitação por causas externas (BRASIL, 2004b).

- Elaboração de materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População Negra, respeitando os diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas.

- Fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o acesso da referida população aos serviços e ações de saúde.

- Garantia da implementação da Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM n.º 1.426, de 14 de julho de 2004, que aprovou as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, no que diz respeito à promoção da equidade (BRASIL, 2004c).

- Articulação desta Política com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial MS/MJ n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003b).

- Articulação desta Política com as demais políticas de saúde, nas questões pertinentes às condições, características e especificidades da população negra.

- Apoio técnico e financeiro para a implementação desta Política, incluindo as condições para: realização de seminários, oficinas, fóruns de sensibilização dos gestores de saúde; implantação e implementação de comitês técnicos de saúde da população negra ou instâncias similares, nos estados e municípios; e formação de lideranças negras para o exercício do controle social.

- Estabelecimento de acordos e processos de cooperação nacional e internacional, visando à promoção da saúde integral da população negra nos campos da atenção, educação permanente e pesquisa.

Responsabilidades das Esferas de Gestão

Responsabilidades das Esferas de Gestão

Gestor Federal

- Implementação desta Política em âmbito nacional.
- Definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
- Garantia da inclusão desta Política no Plano Nacional de Saúde e no PPA setorial 2008-2011.
- Coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde.
- Garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS.
- Identificação das necessidades de saúde da população negra e cooperação técnica e financeira com os estados, Distrito Federal e municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e recursos.
- Apoio técnico e financeiro para implantação e implementação de comitês técnicos de saúde da população negra ou instâncias similares no Distrito Federal, estados e municípios.

- Garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004a).

- Adoção do processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas de promoção da saúde integral da população negra, garantindo tecnologias adequadas.

- Estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política.

- Fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social.

- Definição de ações intersetoriais e pluriinstitucionais de promoção da saúde integral da população negra, visando à melhoria dos indicadores de saúde da população negra.

- Apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra.

- Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra.

- Estabelecimento de parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação

das ações de promoção da saúde integral da população negra no âmbito do SUS.

- Estabelecimento e revisão de normas, processos e procedimentos, visando à implementação dos princípios da equidade e humanização da atenção e das relações de trabalho.

- Instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

Gestor Estadual

- Apoio à implementação desta Política em âmbito nacional.

- Definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

- Coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde, em âmbito estadual.

- Garantia da inclusão desta Política no Plano Estadual de Saúde e no PPA setorial estadual 2008-2011, em consonância com as realidades locais e regionais.

- Garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS.

- Identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito estadual e cooperação

técnica e financeira com os municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e recursos.

- Implantação e implementação do comitê técnico estadual de saúde da população negra ou instância similar.

- Apoio à implantação e implementação dos comitês técnicos municipais de saúde da população negra ou instâncias similares.

- Garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004a).

- Estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política.

- Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra.

- Apoio aos processos de educação popular em saúde, referentes às ações de promoção da saúde integral da população negra.

- Fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social.

- Articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de efetivação desta Política.

- Instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

Gestor Municipal

- Implementação desta Política em âmbito municipal.

- Definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

- Coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde.

- Garantia da inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial 2008-2011, em consonância com as realidades e necessidades locais.

- Garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS.

- Identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e recursos.

- Implantação e implementação de comitê técnico municipal de saúde da população negra ou instância similar.

- Estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política.

- Garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004a).

- Articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação desta Política.

- Fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social.

- Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra.

- Apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra.

- Instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 out., 1988. Disponível em URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm

_____ (1990a). Lei 8.142/9, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 de dez., 1990. Disponível em URL: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm

_____ (1990b). Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de set., 1990. Disponível em URL: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm

_____ (2003a). Lei n.º 10.678, de 23 de maio de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 mai., 2003. Disponível em URL: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10678.htm>

_____ (2003b). Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial MS/MJ n.º 1777, de 9 de setembro de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 set., 2003. Disponível em URL: <http://www.mj.gov.br/Depen/legislacao/2003Portaria1777.pdf>

_____ (2004a). Ministério da Saúde. Portaria n.º 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 fev., 2004. Disponível em URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>

_____ (2004b). Ministério da Saúde. Portaria n.º 936/GM, de 18 de maio de 2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 mai., 2004. Disponível em URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria936.pdf>

_____ (2004c). Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM n.º 1.426, de 14 de julho de 2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jul., 2004. Disponível em URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1426.htm>

_____ (2004d). Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Ministério da Saúde. **Caderno de Textos Básicos**. Brasília: I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, 2004.

_____ (2004e). Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.678/GM, de 13 de agosto de 2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 ago., 2004. Disponível em URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1678.htm>

_____ (2004f). Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.632/GM, de 15 de dezembro de 2004. **Diário Oficial da**

União, Brasília, DF, 16 dez., 2004. Disponível em URL: [http:// dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/Gm/GM-2632.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/Gm/GM-2632.htm)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev., 2006. Disponível em URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Indicadores sociais mínimos. In: **Censo 2000**. Disponível em URL: <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos>

IPEA. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental**. Brasília: IPEA, 2002.

OLIVEIRA, M.; FIGUEIREDO, ND. Crítica sobre políticas, ações e programas de saúde Implementados no Brasil. In: LOPES, F. (Org.). **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília : Funasa/MS, 2004.

PNUD et al. **Política nacional de saúde da população negra: uma questão de equidade**. Documento resultante

do Workshop Interagencial de Saúde da População Negra, 6, 7 dez., 2001. Brasília: PNUD/OPAS/DFID/UNFPA/UNICEF/UNESCO/UNDCP/UNAIDS/UNIFEM.

