

# **POLÍTICAS DE COMBATE AO RACISMO NO SUS**

**PROMOÇÃO DE SAÚDE DA  
POPULAÇÃO NEGRA NO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO**

**Governador**

Sérgio Cabral

**Vice-Governador**

Luiz Fernando Pezão

**Secretário de Estado de Saúde**

Sérgio Luiz Côrtes da Silveira

**Subsecretária Geral**

Monique Zita dos Santos Fazzi

**Assessora de Gestão Estratégica e Participativa**

Carina Pacheco Teixeira

**Subsecretária de Atenção à Saúde**

Mônica Morrissy Martins Almeida

**Superintendente de Atenção Básica**

Andréa Farias Mello

Rio de Janeiro – RJ

2012

## **Assessoria Técnica de Gestão Estratégica e Participativa:**

Carina Pacheco

Bárbara Salvaterra

Danielle Cristine Alves

Luiz Carlos G. de Souza

## **Expediente:**

### **Elaboração e Distribuição:**

Assessoria Técnica de Gestão Estratégica e Participativa

**Elaboração dos Textos: Bárbara Salvaterra, Carina Pacheco, Danielle Cristine Alves, Luiz Eduardo Batista, Maria do Carmo Sales Monteiro, Ministério da Saúde e Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial**

**Colaboração:** Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Estado do Rio de Janeiro, Assessoria de Informação/Subsecretaria Geral/SES-RJ, Coordenação de Saúde da Mulher/Superintendência de Atenção Básica/Subsecretaria de Atenção à Saúde/SES-RJ e Hemorio/SES-RJ.

**Produção:** Assessoria Técnica de Gestão Estratégica e Participativa

**Organização e Edição:** Bárbara Salvaterra

**Revisão:** Luiz Carlos G. de Souza

**Os textos aqui apresentados são de livre elaboração de seus autores e não representam posicionamentos do Governo do Estado do Rio de Janeiro.**

### **Assessoria Técnica de Gestão Estratégica e Participativa**

Endereço: Rua México, 128/ 507A - Centro - Rio de Janeiro RJ

Tel: (21) 2333 3817 E-mail: [gestao.participativa@saude.rj.gov.br](mailto:gestao.participativa@saude.rj.gov.br)

[www.saude.rj.gov.br](http://www.saude.rj.gov.br)

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| Apresentação<br>Carina Pacheco   | 5  |
| Gestão Participativa e Promoção de Saúde para a<br>População Negra do Estado do Rio de Janeiro<br>Bárbara Salvaterra, Carina Pacheco e Danielle Cristine Alves     | 7  |
| Raça, Gênero e Saúde: o papel dos profissionais de saúde<br>na redução de vulnerabilidades<br>Luís Eduardo Batista   | 16 |
| Educação Permanente para a Promoção de Igualdade Racial<br>em Saúde<br>Maria do Carmo Sales Monteiro   | 24 |
| Política Nacional de Promoção de Saúde Integral da<br>População Negra<br>Ministério da Saúde e Secretaria Especial de Políticas de Promoção da<br>Igualdade Racial | 31 |



## APRESENTAÇÃO

Com o objetivo de superar as desigualdades raciais em saúde, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) garantiu estratégias e ações no Plano Estadual de Saúde 2012 -2015. Para alcançar metas previstas no Plano, umas das primeiras ações foi à constituição do Comitê Estadual de Saúde da População Negra em julho de 2012. Coordenado pela Assessoria de Gestão Estratégica e Participativa, esse Comitê é composto pelas Subsecretaria Geral, Subsecretaria de Atenção à Saúde, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Subsecretaria Jurídica, Assessoria de Humanização, além de técnicos municipais de saúde, conselheiros de saúde, movimentos sociais, organizações não-governamentais e especialistas no tema.

Um dos frutos do Comitê é o “IV Seminário Estadual de Saúde da População Negra – gestores do SUS no combate ao racismo”, onde esta publicação é lançada. Esse material foi produzido com o intuito de subsidiar gestores e profissionais da saúde na implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no âmbito local, buscando equalizar o acesso à saúde dos negros usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a equidade na atenção à saúde.

A primeira pergunta que escutamos, quando apresentamos o tema é “por que saúde da população negra?” Afinal, o SUS não é universal? A falta de acesso a serviços não está mais atrelada a formas de exclusão social relacionadas ao baixo grau de instrução, condições de moradia e renda? Não somos uma sociedade miscigenada ao ponto de todos carregarmos hereditariedade de muitas etnias? E haveria algo específico à saúde, simplesmente relacionado à cor da pele de uma pessoa?

Buscamos responder a estas perguntas nos textos que seguem, e esperamos que os dados e reflexões que trazemos levantem outras questões, entre estas: por que morrem mais gestantes negras do que brancas, com o mesmo nível de escolaridade e renda? Por que há tão poucos médicos negros? Por que tantos jovens negros são assassinados ou estão desaparecidos no Estado do Rio de Janeiro?

Esta publicação traz, no seu primeiro texto, assinado pela Assessoria Técnica de Gestão Estratégica e Participativa/Subsecretaria Geral, a apresentação de dados e análises que justificam políticas específicas para a população negra, e apresenta recentes ações da SES-RJ na promoção da saúde desta população.

O segundo texto, elaborado por Luís Eduardo Batista, gestor da SES-SP, reflete sobre o papel dos profissionais de saúde na redução das vulnerabilidades raciais e relata a experiência de São Paulo no enfrentamento da questão.

O terceiro texto é redigido por Maria do Carmo Sales Monteiro, que fundamenta e descreve a boa iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, na promoção de igualdade racial em saúde, através de Educação Permanente.

Acrescentamos a esta publicação a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, formulada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, em 2007.

TENHAM UMA BOA LEITURA.

**Carina Pacheco**

Assessora de Gestão Estratégica e Participativa

## GESTÃO PARTICIPATIVA E PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO NEGRA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Bárbara Salvaterra, Carina Pacheco e Danielle Cristine Alves\*

Racismo é doença social que causa sofrimento físico e psicológico, por isso deve ser questão confrontada através de Políticas de Saúde Pública. Contudo, a necessidade de termos políticas específicas para a Saúde da População Negra é ainda contestada, pois se insere no debate da universalidade versus a focalização dos direitos. Além disso, há os que argumentam que a exclusão social ocorre fundamentalmente por fatores econômicos e educacionais, e não por discriminações raciais e étnicas. Vimos, portanto, apresentar razões que justificam a urgência de implantação de políticas específicas para que as populações pretas e pardas tenham acesso igualitário à saúde no Brasil e no estado do Rio de Janeiro.

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde 8080 regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS) e reconheceu de forma ampliada o conceito de saúde, compreendendo que há fatores socioeconômicos condicionantes e determinantes fundamentais para o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos. São fatores citados: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais. Na organização do SUS, destacamos os princípios da: **Universalidade** “de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”; **Integralidade** “de assistência de forma articulada e contínua em todos os níveis de saúde, desde a promoção e proteção, até a recuperação”; e **Igualdade** “da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”. No entanto, pesquisas demonstram que há acessos e serviços de saúde pública oferecidos de forma desigual e precarizada a pessoas de cor negra.

O IPEA revela na publicação "Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça" (2008) que entre as mulheres, de 25 anos ou mais, que nunca fizeram exame de mama 28,7% são brancas, enquanto 46,3% são negras. Com relação às principais

---

\* Compõem a Assessoria Técnica de Gestão Estratégica e Participativa/Subsecretaria Geral: **Assessora Chefe**, Carina Pacheco, historiadora, Mestre em Políticas Públicas UERJ/PPFH; **Especialista em Gestão da Saúde**, Bárbara Salvaterra, Socióloga, Mestranda em Desenvolvimento Social e Agrário UFRRJ/CPDA e Pós-Graduada em Políticas Públicas e Gênero UMASS/Boston; **Assessora Técnica**, Danielle Cristine Alves, Assistente Social, Pós-graduada em Mediação de Conflitos Familiares UCAM. Este texto foi escrito com a colaboração de dados estatísticos formulados pela Assessoria de Informação/ Subsecretaria Geral/SES-RJ, da Coordenação de Saúde da Mulher/Superintendência de Atenção Básica/ Subsecretaria de Atenção à Saúde/SES-RJ e do Hemorio/SES-RJ.

causas de morte materna, como demonstra tabela abaixo, em 2007 a mortalidade das mulheres negras por eclampsia era 43,92%, enquanto para brancas é 13,14%, e o percentual de mulheres negras morreu por aborto foi mais de 3 vezes maior do que as brancas por aborto.

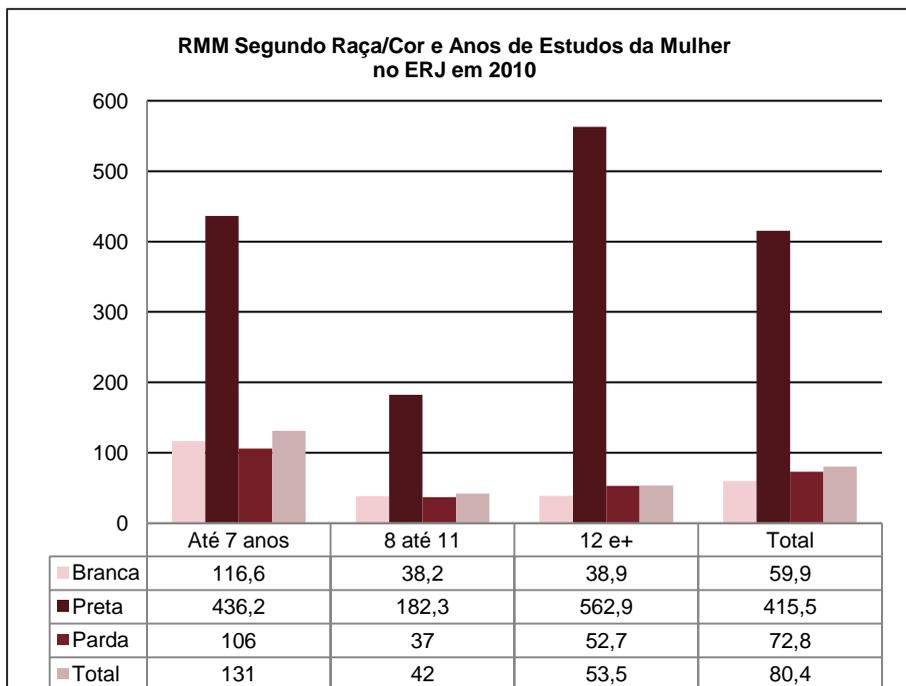
| <b>Principais Causas de Mortes Maternas</b> | <b>Mulher Negra</b> | <b>Mulher Branca</b> |
|---|---------------------|----------------------|
| <b>Eclampsia</b>                            | 43,92%              | 13,14%               |
| <b>Hemorragia pós-parto</b>                 | 14,02%              | 9,02%                |
| <b>Infecção puerperal</b>                   | 12,38%              | 8,25%,               |
| <b>Deslocamento prematuro da placenta</b>   | 14,69%              | 6,19%,               |
| <b>Aborto</b>                               | 25,23%              | 7,62%                |

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde 2007

No estado do Rio de Janeiro, a população que se autodeclarou negra (pretos e pardos, segundo o IBGE) foi de 8.266.776 pessoas, o que equivale a 52% do total de 15.989.929 habitantes do estado (Censo 2010). Entre essas, há 39 comunidades quilombolas que também demandam serviços em áreas urbanas e rurais, segundo a Associação de Comunidades Quilombolas do Estado do Rio de Janeiro (AQUILERJ).

Na capital do estado, pesquisa apresenta que de 9.633 puérperas atendidas, mais negras do que brancas tiveram diagnóstico de doença hipertensiva e sífilis durante a gestação (Leal, Gama & Cunha, 2005). Tais estatísticas evidenciam a baixa qualidade e expectativa de vida da população negra, e apontam deficiências na oferta de serviços de saúde, em especial “nas áreas clínicas, nas quais a pessoa está sujeita à avaliação subjetiva do profissional de saúde, que se verificam as mais elevadas taxas de mortalidade da população negra” (SEPPPIR, 2011).

A Coordenação de Saúde da Mulher da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), em estudo desenvolvido pelo Comitê Estadual de Prevenção de Morte Materna do RJ, apresentou o gráfico abaixo, com a Razão de Mortalidade Materna (RMM) segundo anos de estudos e raça/cor, no ano de 2010. Podemos verificar que reduz a RRM de mulheres brancas conforme sua maior escolaridade, de 116,6 para 38,9, enquanto aumenta a RMM para as pretas de 436,2 para 562,9, embora haja uma redução entre as pardas de 106,0 para 52,7. Estes dados podem indicar que, independente da escolaridade, mantêm-se um contrastante índice de mulheres pretas e partas em relação às brancas, e mesmo em relação à média estadual da RMM 80,4. A necessidade de avanços em políticas que reduzam o óbito materno no país e no estado é eminente, visto ainda que o índice aceitável, conforme o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da Organização das Nações Unidas (ONU) é de 16 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos.



Fonte: CEPCCMM/SM/SAB/SAS/SES-RJ eCDV/SVEA/SVS/ SES-RJ

Outra questão importante está relacionada à doença falciforme, doença de mutação genética oriunda da África. Hoje em dia, é uma das doenças hereditárias

de maior incidência no mundo e no Brasil, acomete descendentes de africanos, na maior parte da raça negra. Causada por uma alteração na forma dos glóbulos vermelhos do sangue (hemácias), provoca dores fortes, inchaço de mãos e pés, infecções, cansaço, dor no baço, além de acarretar problemas de aspecto social e psicológico. No entanto, por ser desconhecida por grande parte dos profissionais de saúde, estes acabam não conseguindo diagnosticá-la e evitar o agravamento. De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil a cada ano nascem 3.500 crianças com Doença Falciforme (1:1000) e 300.000 portam o traço (1:20). A Previsão é que existam 170.000 pessoas com a doença no país. Segundo o Hemorio, no estado do Rio de Janeiro, em 2011, foram realizados 63.433 atendimentos ambulatoriais, 4.415 atendimentos de emergência e 1.318 internações, totalizando 69.166 atendimentos de pessoas com doença falciforme.

A Violência também se inclui entre os principais fenômenos sociais que impactam diretamente sobre a saúde da população fluminense, em especial a população negra. A taxa de homicídio do Rio de Janeiro era uma das mais elevadas do Brasil, de 47,5 por cem mil habitantes (Datusus, 2006), quase o dobro da taxa nacional de 26,6. O homicídio de jovens de 15 a 24 anos, no estado, alcançava a taxa de 100,1 por cem mil. Quando feito o recorte de gênero, a taxa masculina era de 172 para a faixa de 15 a 19 anos, 228 para 20 a 24 e 197, para 25 a 29 (Ramos, 2009). Em pesquisa que agregou a variável cor/raça por faixa etária chegava-se a extrema taxa de 380 homicídios em cada cem mil jovens negros com 22 a 24 anos (2009).

Apesar da redução na taxa de homicídios no estado, que caiu para 35,4 por cem mil habitantes, e na faixa de 15 a 29 anos para 76,7 (Datusus, 2010), a violência homicida contra jovens fluminenses alcança taxas maiores do que de países em conflito como o Iraque, com taxa média de homicídios 64,9, segundo o Mapa da Violência de 2012. O Datusus mostra ainda que, no ano de 2010, dos 52.260 óbitos por agressões no Brasil, 19.840 (40%) eram jovens pretos e pardos, entre 15 e 29 anos.

Há ainda insuficiência de dados desagregados por raça/cor nos âmbitos estaduais e municipais, que evidenciem a amplitude das diferenciadas questões relacionadas à saúde da população negra, às doenças prevalentes e à discriminação nos serviços de saúde pública. Por esta defasagem de informação e análises, carecemos, conseqüentemente, de diretrizes institucionalizadas que orientem a aplicação de mecanismos e políticas redutoras desta exclusão social. Embora existam diferentes sistemas de informação do SUS que contêm o quesito raça/cor, a falta de capacitação e gestão para o preenchimento dos mesmos não permite a explicitação desta problemática.

Todavia, o “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” (Brasil, 2007) entrou na agenda política através da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. São principais diretrizes desta Política: 1) a inclusão dos temas de racismo na formação e educação dos trabalhadores e controle social da saúde; 2) a ampliação e o fortalecimento da participação do movimento negro no controle social; 3) o incentivo à produção de conhecimento científico e tecnológico sobre o tema; 4) a promoção dos saberes e práticas populares, incluindo as de religiões de matrizes africanas; 5) o monitoramento e avaliação das ações de combate ao racismo e iniquidades na saúde; e 6) a produção de informação, comunicação e educação para a redução de vulnerabilidades e preconceitos (2007).

É imperativo, portanto, que gestores e profissionais de saúde assumam o compromisso de reverter o quadro de exclusão social, que se reproduz nas próprias instituições e ações nas quais são responsáveis e executores. Como proposta para o enfrentamento das questões étnico-raciais, que desfavorecem grupos historicamente discriminados na saúde, e para cumprir com o compromisso de uma Gestão alinhada ao que dispõe os princípios e diretrizes do SUS, a SES-RJ, tem investido em ações voltadas à promoção da equidade em saúde e combate ao Racismo Institucional.

Respondendo a demanda da VI Conferência Estadual de Saúde, em julho de 2012, a Assessoria Técnica de Gestão Estratégica e Participativa (ATGEP), em parceria com a Superintendência de Atenção Básica, a Assessoria de Informação, a Subsecretaria de Vigilância em Saúde e a Chefia de Gabinete, constituiu o “Comitê Técnico da Saúde da População Negra do Estado do Rio de Janeiro”, com representação de gestores estaduais e municipais, movimentos e grupos sociais, e de acadêmicos. O Comitê traz para si as diretrizes da Política Nacional e inicia suas atividades com o objetivo de elaborar propostas de intervenção para a promoção da equidade étnico-racial na atenção à saúde, além de propor mudanças na estrutura organizacional/ institucional contra práticas racistas e discriminatórias.

A primeira ação deste Comitê é a realização do IV Seminário Estadual de Saúde da População Negra: gestores do SUS no combate ao racismo, sob a coordenação da ATGEP. Este seminário terá como público-alvo os gestores dos 92 municípios do Estado e visa à construção de plano operativo local. O objetivo é estimular a implementação da política de saúde da população negra em âmbito local, discutir estratégias de combate ao racismo institucional no SUS e a utilização do quesito raça/cor na produção de informações epidemiológicas. Na ocasião, faremos ainda o lançamento do “Projeto Caravana do Axé: Promoção da Saúde, Cultura e Cidadania nos Terreiros do Estado do Rio de Janeiro”, idealizado pela Rede Nacional das Religiões Afro-brasileiras e Saúde. Como desdobramento deste evento, das metas pactuadas no Plano Estadual de Saúde (PES) de 2012 a 2015 e das

deliberações do Comitê Estadual de Saúde da População Negra, enfrentaremos a segregação de raça no acesso e promoção de saúde, como compromisso institucionalizado da política estadual e nacional do SUS.

PLANEJAMENTO PARA PROMOÇÃO DE GESTÃO PARTICIPATIVA E

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA (SES-RJ)

| PES 2012-2015   |   |   | PAS 2012*  |
|---|---|---|--|
| Diretriz  | Objetivo  | Estratégia  | Ações  |
| 2.GARANTIA DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO, COM EQUIDADE E EM TEMPO ADEQUADO AO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE | 2.3) Promover a atenção à saúde aos segmentos vulneráveis e aos grupos populacionais estratégicos | 2.3.1) Fortalecimento da atenção à saúde das populações vulneráveis | Realização do 4º Seminário Estadual de Saúde da População Negra para discutir Racismo Institucional no âmbito do Estado, Determinantes Sociais, Acesso e Qualidade nos atendimentos de saúde prestados à população negra nas Unidades de Saúde   |
|   |   |   | Implementação do Comitê Saúde da População Negra na Secretaria de Estado de Saúde do RJ.   |
|   |   |   | Mapeamento dos municípios que tenham ações implantadas propostas pela Política de Saúde Integral da População Negra.   |
|   |   |   | Formação e fortalecimento do GT de Saúde da População do Campo e da Floresta   |
|   |   |   | Mapeamento das populações Assentadas, Acampadas, Quilombolas, Indígenas, Ciganas e Pescadores Artesanais no Estado do RJ para construção de base de dados dessas populações  |
|   |   |   | Ciclo de Sensibilização e Capacitação dos trabalhadores de Saúde em 10 UPAS Estaduais, na Região Metropolitana I, para aprimoramento do preenchimento do quesito Raça/Cor, com vistas ao reconhecimento das doenças provocadas e/ou influenciadas pelas desigualdades e discriminação social de raça e gênero. |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <p><b>4. FORTALECIMENTO DA GESTÃO INTERFEDERATIVA DOS SUS</b></p> | <p>4.2) Ampliar e Fortalecer a Participação Popular e Controle Social</p> | <p>4.2.5) Promoção de Integração das Políticas de Saúde através do Comitê Executivo de Políticas Sociais em Territórios Pacificados e de gestão participativa</p> | <p>Articulação de políticas sociais, entre Secretarias de Estado e municípios, para criação de sistema integrado de serviços voltados a inclusão social de juventudes de favelas com Unidades de Policiamento Pacificador (UPPs).</p> |
|   |   |   | <p>Elaboração conjunta de 6 projetos de promoção da Saúde com foco em juventude e Territórios com UPPs.</p>   |

\*Programação Anual de Saúde (PAS) sob análise do Conselho Estadual de Saúde RJ

## Referências Bibliográficas

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Brasília. 1990.

\_\_\_\_\_.Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/> .

\_\_\_\_\_.Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília. 2007. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf)

\_\_\_\_\_.Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Racismo como Determinante Social de Saúde**. Brasília. 2011. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/publicacoes/arquivos/racismo-como-determinante-social-de-saude>

IPEA. **Retrato das Desigualdades de gênero e raça**. Luana Pinheiro [et al.]. 3. ed. Brasília: IPEA: SPM: UNIFEM, 2008. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/livreto\\_retrato\\_3edicao.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/livreto_retrato_3edicao.pdf)

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, Jan. 2005 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102005000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102005000100013&lng=en&nrm=iso).

RAMOS, Silvia. Meninos do Rio: violência armada e polícia nas favelas cariocas. **Boletim do CESeC no. 13, ano 08**. Rio de Janeiro, 2009.

WAISELFSZ. Julio J. **Mapa da Violência de 2012: os novos padrões da violência homicida no Brasil**. Instituto Sangari, São Paulo. 2012. Disponível em: [http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012\\_web.pdf](http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_web.pdf)

Luís Eduardo Batista\*

As estatísticas de morbidade e mortalidade são utilizadas para avaliar a situação da saúde da população e desenvolver ou aprimorar políticas públicas de saúde. Na análise dos dados de mortalidade, apontam-se as causas de morte que assolam a população, discutem-se os dados segundo a idade, o sexo e grupo social ou frações de classe, mas não se discutem as diferentes construções socioculturais, como o racismo, existentes na sociedade e seus reflexos no perfil da mortalidade. Por exemplo, não se contempla a raça/cor como categoria de análise. Apenas em 1996 passou-se a inserir a variável raça/cor nos atestados de óbitos.

O quesito cor, para estatísticas do Sistema Único de Saúde (SUS), é o mesmo utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que trabalha com cinco variáveis de raça/cor, a saber: branco, preto, pardo, amarelo e indígena. O recenseador deve perguntar ao respondente qual é a sua cor, ou seja, esse dado é coletado por autodeclaração.

É importante saber que o IBGE utiliza a categoria **negro** quando se refere à somatória dos pretos mais os pardos (negro = preto + pardo). Apesar disso, alguns pesquisadores discordam dessa posição e empregam outros termos ou categorias, o que por vezes pode gerar algumas confusões, especialmente quando se deseja comparar esse tipo de dado. Um exemplo é utilizar a categoria negro como sinônimo de preto, não incluindo os pardos que, por sua vez podem ser identificados como mestiços ou miscigenados.

Em estudo sobre a mortalidade da população negra (pretos + pardos), realizado em 1998, a assistente social Maria Inês da Silva Barbosa analisou os óbitos ocorridos durante seis meses na cidade de São Paulo. A partir destes dados a autora discute o impacto do racismo na saúde; se as desigualdades raciais estão relacionadas com o perfil da mortalidade de mulheres e homens, brancos e negros da cidade de São Paulo.

O estudo de Luís Eduardo Batista, Maria Mercedes L. Escuder e Júlio César R. Pereira publicado na Revista de Saúde Pública, v. 38, n.5, analisou as causas de mortalidade segundo características de raça/cor no Estado de São Paulo, revelando

---

\* Doutor em Sociologia, Pesquisador do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

associações importantes entre óbitos e raça/cor. De acordo com os autores, pretos e pardos têm padrões semelhantes de morte, mas distinguem-se principalmente, pela intensidade de como essas causas de óbitos se apresentam para cada uma das populações. Há maior mortalidade dos pretos associada a causas externas (mortes violentas), complicações da gravidez e parto (geralmente relacionadas ao acesso e qualidade da assistência), transtornos mentais e causas mal definidas (indicador da qualidade da assistência).

Os brancos têm como causas de morte diferentes doenças. Nessa pesquisa fica evidente que “há diferença no perfil da mortalidade segundo raça/cor, que pretos e pardos apresentam perfil de óbito semelhante, mas a intensidade difere: brancos e amarelos morrem das mesmas causas e a intensidade difere muito pouco, por fim, a morte tem cor,” conforme ilustra a figura 1.

**Figura 1 - Mapa das relações entre categorias de causa básica de óbito e cor entre os óbitos registrados para o Estado de São Paulo no período de 1999 e 2001**

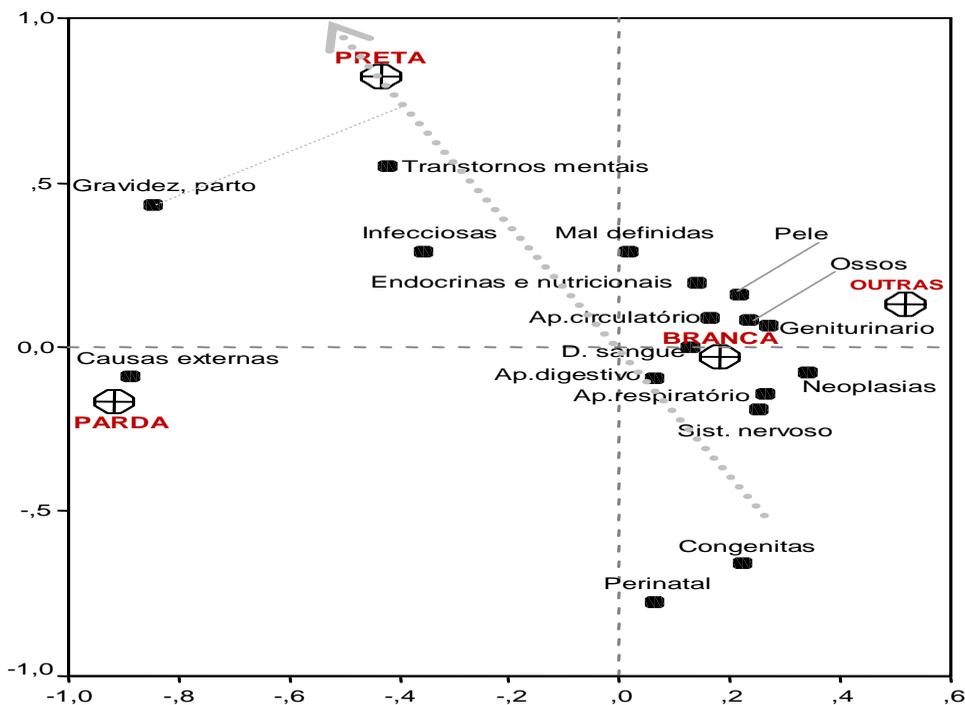


Figura originalmente publicada na Revista de Saúde Pública, v. 38, n.5, p. 634, 2004.

Verificou-se ainda que, no perfil da mortalidade de brancos e pretos, o uso da variável raça/cor considera apenas as categorias polares, preta e branca, excluem-se da análise pardos, indígenas e amarelos.

Os autores concluem que:

“Há uma morte negra que não tem causa em doenças; decorre de infortúnio. É uma morte insensata, que bule com as coisas da vida, como a gravidez e o parto. É uma morte insana, que aliena a existência em transtornos mentais. É uma morte de vítima, em agressões de doenças infecciosas ou de violência de causas externas. É uma morte que não é morte, é mal definida. A morte negra não é um fim de vida, é uma vida desfeita, é uma Átropos ensandecida que corta o fio da vida sem que Cloto o teça ou que Láquesis o meça. A morte negra é uma morte desgraçada”. (Batista, Escuder e Pereira, 2004, p. 635).

Testemunhamos a concretude dessas mortes diariamente, assistindo os telejornais, observando a ausência de mais um jovem negro em nossa sala de aula, vendo o sofrimento de pais que choram a perda de seus filhos.

### ***Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte***

O estudo “Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte” (Batista, 2002) evidencia que ocorreram 236.025 óbitos no Estado de São Paulo: 141.446 eram homens e 94.579, mulheres; 93 mil eram homens brancos (perfazendo uma taxa de 750 óbitos para cada 100 mil homens brancos), 6.921 homens pretos (954 por 100 mil homens pretos), 23.073 para “outros”: pardos, amarelos e indígenas (528 por 100 mil homens pardos, amarelos e indígenas) e em 18.452 óbitos masculinos a raça/cor foi ignorada.

Quando comparadas as taxas de óbitos dos homens pretos e brancos, verifica-se entre os pretos a maior taxa de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, doenças endócrinas e metabólicas, transtornos mentais, doenças do aparelho circulatório e causas externas, conforme tabela 1.

Entre as doenças infecciosas e parasitárias se destaca a maior mortalidade dos homens pretos por tuberculose e HIV/Aids. Dentre as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, a Diabetes Mellitus é a principal causa de morte. A morte em função do alcoolismo é a principal causa entre os pretos e a demência para os brancos.

**TABELA 1.** Taxa de mortalidade dos residentes no Estado de São Paulo (por 100mil), segundo sexo, raça/cor e grupos de causas da CID (10), 2009.

| Capítulos da CID   | MULHERES      |               |                             | HOMENS        |               |                             |
|--|---------------|---------------|-----------------------------|---------------|---------------|-----------------------------|
|  | Branças       | Pretas        | Razão entre os coeficientes | Branços       | Pretos        | Razão entre os coeficientes |
|  | Taxa*         | Taxa          | Pretas/Branças              | Taxa*         | Taxa          | Pretos/Branços              |
| <b>TOTAL</b>   | <b>481,31</b> | <b>517,01</b> | <b>1,07</b>                 | <b>750,60</b> | <b>954,23</b> | <b>1,27</b>                 |
| Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias                   | 19,30         | 31,01         | 1,61                        | 36,25         | 67,28         | 1,86                        |
| Neoplasias   | 81,72         | 74,80         | 0,92                        | 108,55        | 87,00         | 0,80                        |
| Doenças de sangue, hematopoiéticos e transtornos imunitários | 2,10          | 1,39          | 0,66                        | 2,28          | 2,21          | 0,97                        |
| Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas               | 29,78         | 39,74         | 1,33                        | 25,92         | 30,75         | 1,19                        |
| Transtornos mentais e comportamentais                        | 1,92          | 3,29          | 1,71                        | 6,38          | 19,58         | 3,07                        |
| Doenças do sistema nervoso                                   | 7,41          | 5,44          | 0,73                        | 9,80          | 11,44         | 1,17                        |
| Doenças do aparelho circulatório                             | 174,48        | 199,59        | 1,14                        | 212,93        | 244,45        | 1,15                        |
| Doenças do aparelho respiratório                             | 56,34         | 43,79         | 0,78                        | 77,37         | 72,52         | 0,94                        |
| Doenças do aparelho digestivo                                | 20,94         | 21,90         | 1,05                        | 46,41         | 44,40         | 0,96                        |
| Doenças do aparelho geniturinário                            | 8,77          | 9,75          | 1,11                        | 10,68         | 11,03         | 1,03                        |
| Morte Materna  | 37,90         | 245,54        | 6,4                         |               |               |                             |

|   |               |              |      |               |              |      |
|---|---------------|--------------|------|---------------|--------------|------|
| Malformação Congênita e Deformidades... | 5,54          | 2,28         | 0,41 | 7,01          | 3,45         | 0,49 |
| Causas Externas                         | 23,26         | 30,37        | 1,31 | 136,23        | 274,37       | 2,01 |
| <b>TOTAL (N)</b>                        | <b>64.512</b> | <b>4.085</b> |      | <b>93.000</b> | <b>6.921</b> |      |

Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica/ Centro de Controle de Doenças/ Secretaria Estadual de Saúde – São Paulo.

\*A taxa foi calculada pela razão= número de óbitos, dividida pela população, segundo sexo e cor, multiplicado por 100 mil. A mortalidade materna foi calculada pela razão= número de óbitos por causas maternas segundo cor, dividido pelo número de nascidos vivos e cor, multiplicado por 100 mil.

Numa visão comparativa, entre os óbitos dos homens pretos e brancos por doenças do aparelho circulatório, nota-se que prevalece entre os pretos o óbito por infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. Proporcionalmente, os pretos morrem duas vezes mais que os brancos por causas externas. Além disso, ao considerar esse grupo de causas em três dígitos da Classificação Internacional de Doenças/CID-10, explicita melhor a diferença entre eles. Ou seja, enquanto os brancos morrem por acidente de veículo a motor, os pretos morrem por agressões com arma de fogo, objetos contundentes, agressões não especificadas, atropelamentos e por homicídio.

Dos 94.579 óbitos femininos ocorridos no Estado de São Paulo, 64.512 mil mulheres eram brancas (perfazendo uma taxa de 481 por 100 mil mulheres brancas), 4.085 pretas (517 por 100 mil mulheres pretas), 12.155 pardas, amarelas e indígenas (285 por 100 mil mulheres pardas, amarelas e indígenas) e em 13.827, a raça/cor foi ignorada. Quando se comparam os coeficientes, constata-se maior taxa de mortalidade das mulheres pretas, principalmente por doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose e o HIV/Aids), doenças endócrinas e metabólicas (diabetes), transtornos mentais (alcoolismo e “drogadição”), doenças do aparelho circulatório (insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral), gravidez, parto, puerpério e causas externas. As mulheres brancas são mais vulneráveis às neoplasias, doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos, doenças do sistema nervoso, aparelho respiratório e as afecções originárias do período perinatal.

Ao analisar dados sobre mortalidade materna na perspectiva racial, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) observou os óbitos das mulheres por complicações da gravidez, parto e puerpério. A etapa seguinte foi investigar a razão de mortalidade materna, que naquele ano foi de 41,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Constatou-se que as mulheres negras morriam 6,4 vezes mais que a média do Estado.

No ano de 2007, a razão de mortalidade materna no estado de São Paulo foi de 33,11 por 100 mil nascidos vivos; entre as mulheres pretas a razão é de 249,79; de 54,24 entre as pardas é de 29,52 entre as mulheres brancas. Ou seja, a razão de mortalidade materna entre as mulheres pretas é de 7,5 vezes maior que a razão estadual configurando-se em importante expressão de desigualdades (Kalckamnn et al. 2010)

A análise das taxas de mortalidade desagregadas por três dígitos da Classificação Internacional de Doenças/CID-10 mostra a maior mortalidade de homens e mulheres pretos por tuberculose, HIV/Aids, Diabetes Mellitus, câncer do esôfago, colo de útero e próstata, acidente vascular cerebral em ambos os sexos.

Os dados das pesquisas acima descritas apenas evidenciam o que o movimento de mulheres negras (Géledes, Fala Preta, dentre outros) vem denunciando há anos: **"a morte tem cor"**.

### ***Saúde da população negra no Estado de São Paulo***

Em 2007 a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo considerou que:

1) as desigualdades raciais representam um entrave para a consolidação da justiça social em saúde;

2) para a superação das desigualdades raciais é necessário um formato de gestão pública que reconheça a existência do racismo nas relações sociais e, portanto, no funcionamento da saúde pública e na estrutura do SUS existe a necessidade do gestor induzir políticas, ações, propostas e projetos, até que se supere os efeitos do racismo na saúde;

3) que os instrumentos de implantação e gestão da Política Nacional de Saúde da População Negra são os instrumentos do SUS;

4) faz-se necessário ações voltadas a atender grupos socialmente e historicamente vulneráveis, que a partir da política universal do SUS são necessárias ações intersetoriais - articulações com diferentes esferas do governo (Secretaria da Educação, Secretaria da Justiça e Defesa da Cidadania; Secretaria da Cultura; Secretaria da Agricultura e Secretaria de Relações Institucionais dentre outras), e que a sociedade civil participe na elaboração, avaliação e controle das políticas públicas.

Nesse sentido, durante a elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES) da SES-SP (2008-2011), a Área Técnica e o Comitê Técnico Saúde da População Negra elaboraram os objetivos, metas e as ações estratégicas necessárias para "Garantir a atenção integral à saúde da população negra" (PES SES-SP/ 2008-2011, p. 126-32).

Garantir a atenção à saúde da população negra foi inserida como uma das prioridades estaduais complementares do Pacto pela Saúde do Termo de Compromisso da Gestão Estadual, no PES e nos Planos Operativos Anuais. Resumidamente, as medidas tomadas pela SES-SP foram:

- Plano Estadual de Saúde - elaboração do texto que propõe “garantir a atenção integral à saúde da população negra.
- Plano Operativo Anual – elaboração de metas e estratégias para cumprir a Política Estadual de Saúde, o Plano Estadual de Saúde e a atenção à saúde da população negra.
- Quesito cor nos sistemas de informação do SUS - na inclusão do Quesito cor no Sistema de Informação Hospitalar e no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde – em novembro de 2007 o Ministério da Saúde atende a solicitação e publica a Portaria no. 719 de 28/11/2007.
- Articuladores de Saúde da População Negra nos Departamentos Regionais de Saúde (DRSs) - a criação de articuladores de Saúde da População Negra nos DRSs, possibilitando a capilaridade da política pelos municípios do estado.

Contudo, persistiu um desafio: como inserir a temática saúde da população na Política de Educação Permanente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo? Que interfaces são possíveis de se estabelecer entre a saúde e a Política Nacional de Educação relativa à educação para as relações étnico-raciais?

## Referências Bibliográficas:

BARBOSA, Maria Inês da Silva. **Racismo e Saúde**. São Paulo, 1998. 111p. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998.

BATISTA, Luís Eduardo; ESCUDER, Maria Mercedes L. e PEREIRA, Júlio César R. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n.5, 2004.

BATISTA, Luís Eduardo. **Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte**. Araraquara, 2002.

BATISTA, Luís Eduardo e MONTEIRO, Rosana Batista. Política de saúde da população negra no Estado de São Paulo: focalizando para promover a universalização do direito à saúde? **Boletim do Instituto de Saúde**, v.12 (2), p.172-78, ago, 2010.

KALCKMANN, Suzana; BATISTA, Luís Eduardo; CASTRO, Cláudia Medeiros de.; LAGO, Tânia Giacomo do; e SOUZA, Sandra Regina de. (orgs) **Nascer com Equidade: humanização do parto e do nascimento questões raciais/core de gênero**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010,

KALCKMANN, S.; SANTOS, C.G.; BATISTA, L.E.; CRUZ, V.M. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Revista Saúde e Sociedade**, 16 (2), p. 146-55, 2007.

LEAL, M.C; GAMA, S. G. N. e CUNHA, C.B. da. Desigualdades raciais, socioedemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, n.39 (1), p. 100-107, 2005.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. **Plano Estadual de Saúde (2008-2011)**, 2008.

Maria do Carmo Sales Monteiro \*

São diversas as pesquisas que demonstram a existência de racismo na Saúde. Trabalhos realizados por pesquisadores que nas últimas duas décadas têm evidenciado as iniquidades em saúde, relacionadas ao pertencimento racial. No Brasil, estudos realizados pelo IPEA, IBGE e SEADE apontam desigualdades, entre brancos, negros e indígenas, nas condições de vida e no acesso a bens e serviços. Estas desigualdades, respaldadas na história e nas relações sociais, afetam a saúde física, mental e psicológica dos indivíduos e grupos sociais. Porém a primeira publicação oficial do Ministério da Saúde, que apresenta informações e análises discriminadas segundo raça, cor e que destaca como a diferença racial impacta nas diversas causas de mortalidade, foi o relatório **Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde**. Abaixo transcrevemos um trecho do texto escrito pelo Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Ministério da Saúde, baseado nos dados apresentados nesse relatório, que subsidiou a elaboração da **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**:

*“... O cenário referente à prematuridade e à mortalidade infantil também apresenta uma disparidade quando relacionado à 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*

---

\* Especialista em Saúde Pública, Coordenadora do Projeto “Questão Étnico Racial e o Direito à Saúde: Qualificando Práticas” .

*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...”<sup>1</sup>

Foi devido a essas informações e outras evidências comprovadas por pesquisas e estudos que, em 2006, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**, somente publicada em 2009 (portaria GM 992/2009). A marca dessa política destaca o “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.” (BRASIL, 2009)

Outro aspecto importante a destacar na política é que ela reafirma o compromisso em combater o racismo institucional. O racismo ainda permeia as relações sociais na sociedade brasileira, influencia a vida das pessoas e o funcionamento das instituições e organizações. O racismo institucional 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, colocando pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no exercício de seus direitos.

Diversas são as políticas que reafirmam os compromissos já assumidos pelo SUS no combate às iniquidades de ordem socioeconômica e cultural, que atingem os grupos populacionais brasileiros, através da implantação e implementação do Pacto pela Saúde, instituído por meio da Portaria nº 399/2006. Resoluções, leis e definições estão descritas em vários documentos, relatórios e portarias que tratam desse assunto nas últimas duas décadas.

O ano de 2003 é particularmente significativo, pois foi quando se estabeleceram padrões de equidade étnico racial e de gênero na política de saúde do país, referendados na 12ª Conferência Nacional de Saúde. No mesmo ano, em São Paulo, foi realizada a I Conferência Municipal de Saúde da População Negra, onde se definiram uma série de resoluções no âmbito da educação e saúde descritos no eixo: Capacitação dos Profissionais de Saúde: o SUS e a peculiaridade do processo saúde/doença; que foram referendados na 12ª Conferência Municipal de Saúde, no

---

<sup>1</sup> Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – Secretaria de Gestão Estratégica, Ministério da Saúde. Publicado em Criola. **Participação e controle social para equidade em saúde da população negra**, Manual Criola, Rio de Janeiro, 2007, pg. 55 e 56

tema 6 - Organização da atenção: Humanização e Acolhimento das Necessidades de Saúde.

Embora diversas atividades tenham sido realizadas a nível regional e central, as resoluções não foram atendidas mesmo que definidas nos espaços legítimos de gestão do SUS. O desafio agora é implementar essa política em âmbito nacional. Atualmente, o Comitê Técnico de Saúde da População Negra está empenhado em aprovar um novo plano de ação para implementação da Política.

No município de São Paulo contamos com uma Área Técnica de Saúde da População Negra, desde 2003, e já realizamos duas Conferências Municipais de Saúde da População Negra e três Seminários sobre Saúde da População Negra, diversas capacitações sobre coleta do quesito cor, e sobre anemia falciforme.

Desde 2010, estamos desenvolvendo o projeto **Questão Étnico Racial e Direito à Saúde- Qualificando Práticas**, que busca atender algumas das reivindicações acumuladas ao longo desses anos, e as necessidades já apontadas pelos profissionais de saúde, pela população e pela sociedade civil nos diversos espaços de debate e de gestão do SUS. O projeto foi construído com representantes das diversas áreas de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-SP), com o objetivo de implementar ações estratégicas para consolidação da política de saúde integral da população negra no âmbito do município de São Paulo. Trata-se de uma proposta de Educação Permanente que contempla as dimensões de ensino, gestão, atenção a saúde e controle social, e que pretende encontrar caminhos para efetivamente qualificar as práticas de saúde voltadas para a população negra, no sentido de atender seu direito a equidade em saúde.

O conceito pedagógico implícito na Educação Permanente em Saúde pressupõe participação de trabalhadores, pesquisadores, ativistas e usuários nos espaços coletivos de gestão da ação educativa. Por ser uma proposta democrática e participativa, e por ter como eixo pedagógico o processo de trabalho, é uma ferramenta que permite a transformação necessária nas práticas de saúde para tornar possível lidar com a complexidade da temática racial. Assim, pudemos instrumentalizar os profissionais de saúde, gestores e a sociedade civil organizada para participação e controle social visando o enfrentamento do racismo institucional.

Como principais resultados tivemos a realização de um diagnóstico local que identificou as reais necessidades em relação a essa temática, em cada região da cidade, e em cada área de gestão no que tange aos dois eixos do projeto:

identificação e abordagem do racismo institucional e qualificação da coleta, processamento e análise do quesito cor. Com base no diagnóstico de cada área e região foram elaborados planos de ação, incluindo ações de reorganização do processo de trabalho, pesquisas aplicadas, atividades educativas, produção de materiais instrucionais, novas ações de atenção à saúde, entre outras.

Ainda hoje permanece o desafio de incluir na agenda de discussão da SMS-SP, de forma estrutural, a discussão do racismo e seu impacto sobre a saúde e, assim, desenvolver um novo olhar sobre as necessidades de saúde, reconhecendo a diversidade social e o direito à diferença, sem transformá-la em desigualdade.

## Referências Bibliográficas

BATISTA, Luís Eduardo. **Mulheres e Homens Negros: Saúde, Doença e Morte**. Tese de Doutorado – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras, Campus Araraquara, São Paulo, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília, MS, 2005.

\_\_\_\_\_. Portaria GM992 de 13 de maio de 2009. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**, Diário Oficial da União, Brasília, pg.31, 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria GM 992 de 20 de agosto de 2007. **Política Nacional de Educação Permanente**, Diário Oficial da União, Brasília, 2007.

Criola. **Participação e controle social para equidade em saúde da população negra**, Manual Criola, Rio de Janeiro, 2005.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde, **Plano Municipal de Saúde 2008-2009**, PDF, 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde, **Cartilha da 2º Conferencia Municipal de Saúde da População Negra**, Cartilha, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde, **1º Conferencia Municipal de Saúde da População Negra**, PDF, 2003. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/cms/PopulacaoNegra.pdf>.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde, **12º Conferencia Municipal de Saúde**, PDF, 2004. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/cms/12ConfMunSaude.pdf>.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde, **13º Conferencia Municipal de Saúde**, PDF, 2005. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/cms/XIII\\_Conf\\_Mun\\_Saude.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/cms/XIII_Conf_Mun_Saude.pdf).

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde, **14º Conferencia Municipal de Saúde**, PDF, 2007. Disponível em:

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/cms/RelatorioFinal\\_14\\_ConferenciaVersaoCMS\\_Produto3.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/cms/RelatorioFinal_14_ConferenciaVersaoCMS_Produto3.pdf).



Ministério da Saúde  
Gabinete do Ministro

**PORTARIA Nº 992, DE 13 DE MAIO DE 2009**

Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a diretriz do Governo Federal de reduzir as iniquidades por meio da execução de políticas de inclusão social;

Considerando os compromissos sanitários prioritários nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, pactuados entre as esferas de governo na consolidação do SUS, visando qualificar a gestão e as ações e serviços do sistema de saúde;

Considerando o caráter transversal das ações de saúde da população negra e o processo de articulação entre as Secretarias e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde e as instâncias do Sistema Único de Saúde - SUS, com vistas à promoção de equidade;

Considerando que esta Política foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde - CNS e pactuada na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite - CIT;

Considerando a instituição do Comitê Técnico de Saúde da População Negra pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.678/GM, de 13 de agosto de 2004, que tem a finalidade de pro-mover a equidade e igualdade racial voltada ao acesso e à qualidade nos serviços de saúde, à redução da morbimortalidade, à produção de conhecimento e ao fortalecimento da consciência sanitária e da participação da população negra nas instâncias de controle social no SUS; e

Considerando o Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, que cria o Programa Brasil Quilombola, com o objetivo de garantir o desenvolvimento social, político, econômico e cultural dessas comunidades, e conforme preconizado nos arts. 215 e 216 da Constituição, no art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias - ADCT e na Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT, resolve:

Art. 1º Instituir a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Art. 2º A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa SGEP articulará no âmbito do Ministério Saúde, junto às suas Secretarias e seus órgãos vinculados, a elaboração de instrumentos com orientações específicas, que se fizerem necessários à implementação desta Política.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

## ANEXO

### POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

#### CAPITULO I - DOS PRINCÍPIOS GERAIS

##### 1. Princípios Gerais

A Constituição 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 assistência social" (BRASIL, 1988, art. 194).

Esta Política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1º, inc. II e III), do repúdio ao racismo (BRASIL, 1988, art. 4º, inc. VIII), e da igualdade (BRASIL, art. 5º, 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. 3º, inc. IV).

Reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, constantes da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, a saber: 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) a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990a, art. 7º, 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, 1990a, art. 7o, inciso VIII) e principal objeto da Lei no 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 no 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 na qual 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 razão 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 no 399, de 22 de fevereiro de 2006, compromete-se com o combate às iniquidades de ordem sócio-econômica 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 complementaridade, confluência e reforço recíproco de diferentes políticas de saúde. Assim, contempla um conjunto de estratégias que resgatam 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.

## **2. 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.

## **CAPÍTULO II - DAS DIRETRIZES GERAIS E OBJETIVOS**

### **1. Diretrizes Gerais:**

I - 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;

II - 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;

III - incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;

IV - promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;

V - 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; e

VI - 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.

## 2. 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.

## 3. Objetivos Específicos:

I - 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;

II - 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;

III - 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;

IV - identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho;

V - 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;

VI -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;

VII - 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;

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

IX - 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;

X - incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar;

XI - monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios anti-racistas e não-discriminatório; e

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

### **CAPÍTULO III - DAS ESTRATÉGIAS E RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO**

#### **1. Estratégias de Gestão(\*):**

I -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;

II - desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades locorregionais, 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;

III - 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;

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

V - 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;

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

VII - 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;

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

IX - inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;

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

XI - implantação e implementação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, nos Estados e Municípios, con-forme a Portaria MS/GM no 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, 2004a);

XII - 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;

XIII - fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o acesso da referida população aos serviços e ações de saúde;

XIV - garantia da implementação da Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM no 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, 2004b);

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

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

XVII - 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; e

XVIII - 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.

\* 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.

## **2. Responsabilidades das Esferas de Gestão**

### **2.1. Gestor Federal:**

I - implementação desta Política em âmbito nacional;

II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT;

III - garantia da inclusão desta Política no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual - PPA setorial;

IV - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;

V - garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;

VI - identificação das necessidades de saúde da população negra e cooperação técnica e financeira com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e os recursos;

VII - apoio técnico e financeiro para implantação e implementação de instâncias de promoção de equidade em saúde da população negra no Distrito Federal, nos Estados e nos Municípios;

VIII - 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 no 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

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

X - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;

XI - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XII - definição de ações intersetoriais e pluri-institucionais de promoção da saúde integral da população negra, visando à melhoria dos indicadores de saúde dessa população;

XIII - apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra;

XIV - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

XV - 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;

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

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

## **2.2 Gestor Estadual:**

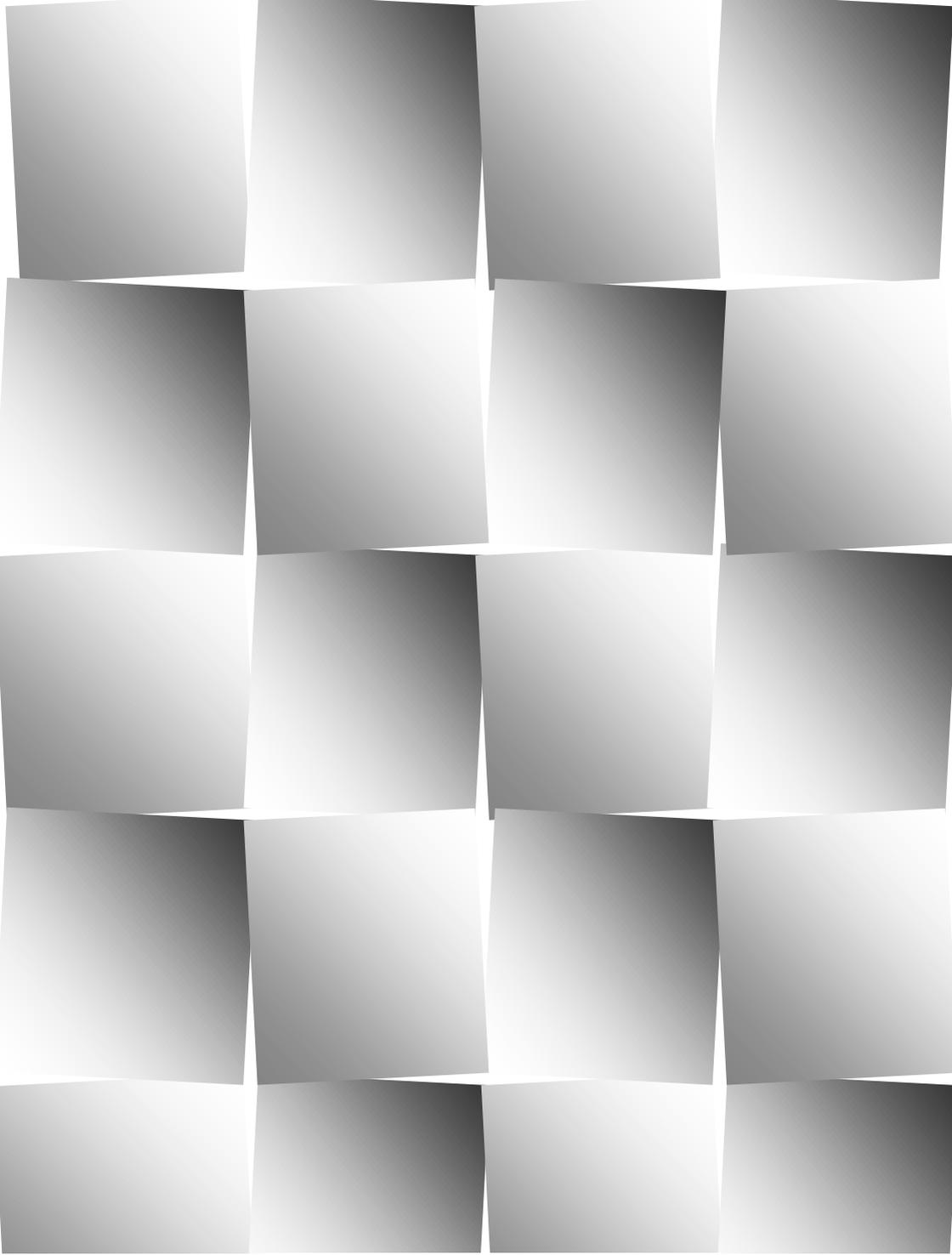
I - apoio à implementação desta Política em âmbito nacional;

- II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite - CIB;
- III - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde, em âmbito estadual;
- IV - garantia da inclusão desta Política no Plano Estadual de Saúde e no PPA setorial estadual, em consonância com as realidades locais e regionais;
- V - 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;
- VI - implantação e implementação de instância estadual de promoção da equidade em saúde da população negra;
- VII - apoio à implantação e implementação de instâncias municipais de promoção da equidade em saúde da população negra;
- VIII - 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 no 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);
- IX - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;
- X - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;
- XI - apoio aos processos de educação popular em saúde, referentes às ações de promoção da saúde integral da população negra;
- XII - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;
- XIII - articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de efetivação desta Política; e
- XIV - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

### **2.3 Gestor Municipal**

- I - implementação desta Política em âmbito municipal;

- II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite - CIB;
- III - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;
- IV - garantia da inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades e necessidades locais;
- V - identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e recursos;
- VI - implantação e implementação de instância municipal de promoção da equidade em saúde da população negra;
- VII - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;
- VIII - 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 Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);
- IX - articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação desta Política;
- X - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;
- XI - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;
- XII - apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra; e
- XIII - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.



Ministério da  
Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA