



SUS Painel

de Indicadores do SUS N° 10

Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Articulação Interfederativa

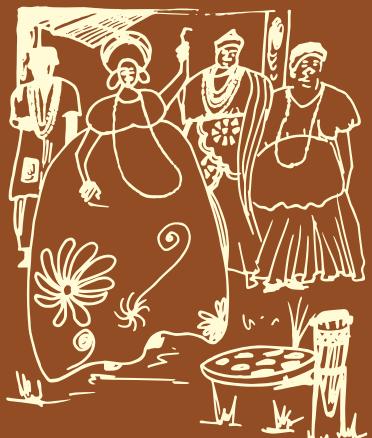
Temático Saúde da
População Negra

Vol. VII



Brasília - DF
Abril de 2016

DISTRIBUIÇÃO
VENDA PROIBIDA
GRATUITA



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde



SUS

Painel

de Indicadores do SUS N° 10

Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Articulação Interfederativa

SUS

Temático Saúde da
População Negra

Vol. VII



Brasília – DF
Abril de 2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Articulação Interfederativa

Esplanada dos Ministérios, bloco G, edf. Sede, 2º andar, sala 221

CEP: 70058-900 - Brasília/DF

E-mail: dai@sauda.gov.br

Site: www.sauda.gov.br/sgep

EDIÇÃO GERAL

Departamento de Articulação Interfederativa - DAI/SGEP/MS

COORDENAÇÃO

Coordenação Geral de Cooperação Interfederativa - CGCI/DAI/SGEP/MS

CAPA E PROJETO GRÁFICO

ID Artes e Eventos

ELABORAÇÃO

Departamento de Apoio à Gestão Participativa - DAGEP/SGEP/MS

EQUIPE TÉCNICA

Carlos Alberto Silva Junior - DAGEP/SGEP/MS

Daniela Marques das Mercês Silva - CGAGPCS

Katia Maria Barreto Souto - DAGEP/SGEP/MS

Kelly Karinnie Ferreira Campos Alvarenga - CGCI/DAI/SGEP/MS

Lia Maria dos Santos

Lívia Puntel

Rui Leandro Santos da Silva

CONSULTORES E COLABORADORES

Ana Clécia Marchi

Ana Margareth Gomes Alves

Ana Stela Goldbeck

Carlos Eduardo Cordeiro da Cunha

Carolina de Campos Carvalho

Cheila Marina de Lima

Cinthia Lociks de Araújo

Cláudio Antônio Barreiros

Deborah Carvalho Malta

Diana Menezes Gabriel

Eneida dos Anjos Paiva

Esdras Daniel dos Santos Pereira

Gerson Fernando Mendes Pereira

Guilherme Otávio Figueiredo Gril

Juan José Cortez Escalante

Larissa Cristina França Santos

Luciana Nunes Fonseca

Luciani Martins Ricardi

Maria Aline Siqueira Santos

Maria Angélica Fernandes Aben-Athar

Maria Elizabeth Gomes Moura Maciel

Mariana Gonçalves de Freitas

Mariana Souza Silva

Marta Maria Alves da Silva

Melquia da Cunha Lima

Paula Zamaro

Pedro de Lemos Macdowell

Roberta Marinho da Silva

Roberto Carlos Reyes Lecca

Sabrina Faria Leal Horácio

Sheila Rizzato Stopa

Silvano Barbosa de Oliveira

Sócrates Alves Bastos

Tânia M. de Carvalho

Vanessa Alves de Jesus Rocha

Vanilda Aparecida Alves

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa.

Temático Saúde da População Negra / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa.

- Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

82 p. : il. (Painel de Indicadores do SUS; v. 7, n. 10)

ISBN 978-85-334-2359-6

1. Saúde da População Negra. 2. Administração em Saúde. 3. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Título. II. Série.

CDU 613.94

Catalogação na fonte – Coordenação-geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2016/0299



SIGLÁRIO

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APAC - Autorização de Procedimento de Alta Complexidade

ATT - Acidentes de Transporte Terrestre

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEDAW - Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (Comitê sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher)

CGIAE - Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

CGMAD - Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª revisão

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONAQ - Coordenação Nacional das Comunidades Negras Rurais Quilombolas

CRP-DF - Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal

CRQs - Comunidades de Remanescentes de Quilombos

CTSPN - Comitê Técnico de Saúde da População Negra

DAB - Departamento de Atenção Básica

DAET - Departamento de Atenção Especializada e Temática

DAGEP - Departamento de Apoio à Gestão Participativa

DAS - Direção e Assessoramento Superior

DCV - Doenças Cardiovasculares

DECIT - Departamento de Ciência e Tecnologia

DEPEN - Departamento de Execução Penal

DEVIT - Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis

DF - Doença Falciforme

DISOC - Diretoria de Estudos e Políticas Sociais

DOGES - Departamento de Ouvidoria Geral do SUS

DSS - Determinantes Sociais em Saúde

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

E-CAR - Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados

ENAP - Escola Nacional de Administração Pública

FENAFAL - Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

GM - Gabinete do Ministro

GPP - Gestação, Parto e Puerpério
GT - Grupo de Trabalho
HIV - Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC - Intervalo de Confiança
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IDSUS - Índice de Desenvolvimento do SUS
INCRA - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
InfoPen - Sistema Integrado de Informações Penitenciárias
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MCT - Ministério da Ciência e Tecnologia
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MEC - Ministério da Educação
MJ - Ministério da Justiça
MS - Ministério da Saúde
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PBQ - Programa Brasil Quilombola
PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PJV - Plano Juventude Viva
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade
PNCT - Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais
PNEP - Política Nacional de Educação Permanente
PNEP-SUS - Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNH - Política Nacional de Humanização
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde
PNSIPCFA - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNTN - Programa Nacional de Triagem Neonatal
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA - Plano Plurianual
PR - Presidência da República
PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSE - Programa Saúde na Escola
RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RHS - Rede HumanizaSUS

RP - Razão de Prevalência

RS - Rio Grande do Sul

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SCTIE - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SDH - Secretaria de Direitos Humanos

SECADI - Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão

Seppir - Secretaria de Políticas da Promoção da Igualdade Racial

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SIA-SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

Sinan - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Sinasc - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Sinase - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

SNJ - Secretaria Nacional de Juventude

SRTN - Serviços de Referência em Triagem Neonatal

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

UNA-SUS - Universidade Aberta do SUS

UNESCO - Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura)

UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund (Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância)

UNIFEM - United Nations Development Fund for Women (Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Mulher)

VIGITEL - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

- 8 APRESENTAÇÕES
- 10 EDITORIAL
- 13 POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL E SAÚDE
- 15 INDICADORES SOCIOECONÔMICOS DA POPULAÇÃO NEGRA
- 18 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA - PNSIPN
- 21 IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO DA VARIÁVEL RAÇA/COR
- 22 SAÚDE MENTAL E DESIGUALDADES RACIAIS
- 25 FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS
- 27 PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR (PENSE) RAÇA /COR
- 29 MORTALIDADE
- 35 DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
- 41 SAÚDE DA MULHER NEGRA
- 44 LINHA DO TEMPO
- 48 MORTALIDADE INFANTIL: DISTRIBUIÇÃO DE CAUSAS
- 49 NOTIFICAÇÃO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLENCIAS VIVA/SINAN 2012
- 54 PROGRAMAS DE INCLUSÃO DA JUVENTUDE NEGRA
- 56 SAÚDE DA PESSOA IDOSA
- 58 SAÚDE DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE
- 59 COMUNIDADES QUILOMBOLAS E COMUNIDADES DE TERREIROS
- 62 OUVIDORIA DO SUS
- 64 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE
- 67 DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA/PNSIPN
- 68 REPRESENTANTES DA SOCIEDADE CIVIL QUE COMPÕEM O COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA (CTSPN)
- 69 EIXOS PRIORITÁRIOS E OBJETIVOS DA DÉCADA DOS AFRO-DESCENDENTES
- 70 CONASEMS
- 71 CONASS
- 72 NA INTERNET
- 74 OS 17 OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL
- 76 PUBLICAÇÕES

APRESENTAÇÕES

O Ministério da Saúde adverte: o racismo faz mal à saúde! Esta assertiva é recorrente ao analisar os dados estatísticos com recorte raça/cor e de gênero levando em consideração o conceito ampliado de saúde. As desigualdades raciais que acometem a população negra - preta e/ou parda, resultam do racismo.

O Ministério da Saúde reiterou por meio da Portaria GM/MS nº 992/2009, que trata da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que o racismo é um determinante social em saúde que coloca a população negra em condições de vulnerabilidades frente ao processo de garantia das condições de saúde e vida dos usuários do SUS. Esta portaria tem a seguinte marca: “*reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais e condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde*”.

É com a sensação de conquista de direitos para a saúde desta população brasileira que apresentamos o Painel Temático “Saúde da População Negra”, que integra a linha de publicações Painéis de Indicadores do SUS. Reunimos neste Painel uma análise do perfil epidemiológico da população negra, levando em consideração suas múltiplas identidades, territórios, culturas, gerações e lugares sociais. A análise desses dados somada ao compromisso com os princípios do SUS poderão potencializar a implementação da Portaria GM/MS/992/2009 nas esferas municipais, estaduais e federal, com a responsabilidade de reduzir os dados de morbi-mortalidade especialmente da *Juventude Negra, Crianças e Parturientes*, pois estes três grupos são os mais afetados pelos altos índices de

desigualdade que os coloca em situação vulnerável comparados às populações não-negras.

O Painel Temático “Saúde da População Negra” é um instrumento que apresenta dados dos Sistemas de Informação em Saúde, recortes e prioridades epidemiológicas que dialogam com o Plano de Metas contido no II Plano Operativo da PNSIPN, (2012-2015), aprovado na Comissão Intergestora Tripartite (CIT). Esse Plano tem cinquenta e seis ações pactuadas com Secretarias, Departamentos e Coordenações, responsáveis pela humanização, atendimento e atenção à saúde sem discriminar usuárias/os do SUS por sua raça/cor.

Este exercício só foi possível com o envolvimento de todas as áreas temáticas corresponsáveis com a promoção de saúde enquanto um direito universal e equânime para toda a sociedade brasileira. Assim, parabenizo todos(as) envolvidos/as e destaco que o compromisso com a promoção de equidade racial em saúde é um dever de todos/os negros e não negros. Certamente a sociedade civil, os comitês técnicos em equidade em saúde, os conselhos de saúde, os gestores das três esferas, a comunidade acadêmica e todas as pessoas comprometidas com a Saúde da População Negra serão presenteados com este trabalho que visa instrumentalizar parceiros/as da Saúde Pública para esta tarefa de garantia do direito universal à saúde e da promoção da equidade.

Política Nacional de Saúde Integral
para a população Negra,

Uma política do Sistema Único de Saúde!

Ministro da Saúde



Nas últimas duas décadas a região das Américas alcançou um crescimento econômico importante, sendo observados avanços na redução da pobreza e da desigualdade social. No entanto, a região segue sendo a mais desigual do mundo em termos econômicos e sociais.

A população afrodescendente, juntamente com os indígenas, continua sendo uma das mais desfavorecidas, apresentando níveis mais altos de ruralidade, pobreza, desemprego, analfabetismo e migração, associados com menor acesso aos serviços de saúde e saneamento ambiental. Segundo os dados disponíveis, aproximadamente 30% da população da região das Américas é composta por mulheres, homens e crianças afrodescendentes, o que se traduz em mais ou menos 200 milhões de pessoas que vivem em condições desfavoráveis que impactam todas as esferas de suas vidas.

O reconhecimento do racismo presente na sociedade brasileira – ainda que muitas vezes de maneira subliminar e dissimulada – e suas implicações, principalmente na forma como essas pessoas acessam e são recebidas no âmbito dos serviços de saúde, ou ainda como vivenciam seus estados de saúde e bem-estar, é um passo fundamental para promover a igualdade racial. Porém, mais que isso, o reconhecimento do racismo como um determinante social da saúde coloca no centro do debate e revela a maturidade das instituições em enfrentar as situações de desigualdade originadas ou determinadas pela raça ou pela cor da pele. Sabemos o quanto difícil é esta temática e de como são grandes os desafios para alcançar resultados efetivos; porém, é preciso marcar o ineditismo e o protagonismo que o Brasil tem na região das Américas em desafiar o status quo a fim de quebrar os paradigmas e buscar soluções no campo da saúde.

Infelizmente, os indicadores socioeconômicos referentes à população negra no Brasil revelam o quanto a escravidão e o processo colonial deixaram marcas na sociedade. Diante desse reconhecimento histórico o país assume, como uma estratégia estruturante, a adoção de políticas afirmativas com o objetivo de acelerar os processos de redução das desigualdades e iniquidades nos mais diversos campos sociais.

Exemplo para os demais países, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é

uma das boas práticas existentes no Brasil de como enfrentar as desigualdades. Destaca-se também, entre outras ações afirmativas, a política de cotas em universidades; os programas sociais como o Bolsa Família; a criação de instâncias políticas de coordenação, como a Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial; e a promoção da participação social. A PNSIPN pode ser considerada um instrumento do Estado para posicionar a perante sua sociedade e a sociedade mundial, de que aqui neste país há uma definição clara de que a igualdade somente pode ser alcançada por meio da superação das iniquidades, e que o Estado adota os meios necessários para sua efetivação.

O acesso universal à saúde se alcança por meio da eliminação progressiva das barreiras que impedem que todas as pessoas utilizem os serviços integrais de saúde de maneira equitativa.

A Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde acreditam que a declaração da Década Internacional de Afrodescendentes, proclamada por meio da Resolução nº 68/237 e que tem como tema “Afrodescendentes: reconhecimento, justiça e desenvolvimento”, é uma oportunidade para se reconhecer a contribuição significativa feita pelos afrodescendentes às nossas sociedades, bem como para propor medidas concretas para promover sua inclusão e combater todas as formas de racismo, discriminação racial, xenofobia e qualquer tipo de intolerância relacionada. O principal objetivo da Década Internacional consiste em promover o respeito, a proteção e a realização de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais dos afrodescendentes, conforme reconhecidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

A Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde no Brasil juntam-se ao Ministério da Saúde do Brasil na busca da superação destes desafios. Esta publicação tem o importante papel de dar visibilidade as experiências bem sucedidas desenvolvidas no país e apontar os desafios e as oportunidades para reduzir as desigualdades em saúde.

Joaquin Molina
Representante da OPAS/OMS no Brasil

EDITORIAL

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS) vem por meio deste Painel de Indicadores do SUS – Temático Saúde da População Negra, reforçar o seu compromisso com a Equidade em Saúde. A Equidade é um importante princípio para o alcance da igualdade no SUS, pois a partir do reconhecimento das desigualdades se torna possível a formulação de estratégias para seu enfrentamento, corrigindo distorções injustas e evitáveis nas instituições e serviços de saúde.

O Ministério da Saúde reconhece o racismo como um determinante social de saúde da população negra, o que se expressa na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que tem como 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”.

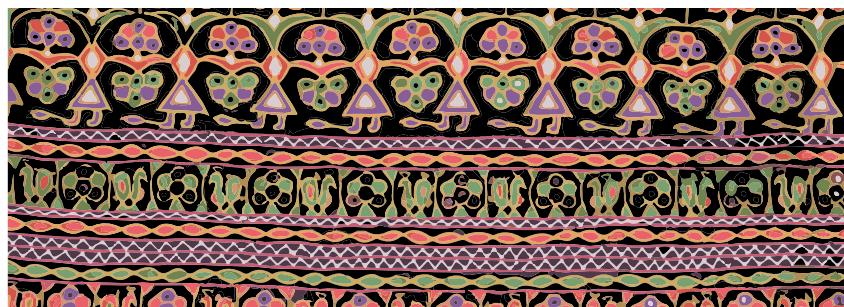
O reconhecimento do Racismo como um determinante social que dificulta o acesso aos serviços de saúde e a qualidade do atendimento é fundamental

para superar e enfrentar a desigualdade racial no SUS. As maiores taxas de mortalidade materna e infantil, bem como os maiores índices de violência urbana que incidem sobre esta população, são exemplos da situação desigual a que está submetida e que, portanto, constitui uma condição de vulnerabilidade em saúde.

Este painel apresenta um conjunto de indicadores que evidenciam as iniquidades da situação de saúde da população negra no Brasil e que são fundamentais para a qualificação da formulação de políticas públicas em saúde e aperfeiçoamento do SUS. Por meio das informações fornecidas por esses indicadores é possível monitorar e avaliar a situação de saúde da população negra.

Portanto, este Painel de Indicadores do SUS reafirma o compromisso da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e do Ministério da Saúde com a Política Nacional de Saúde da População Negra, com o combate às desigualdades no SUS e a promoção da saúde da população negra de forma integral.

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa





Comitês Técnicos de Saúde da População Negra



POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL E SAÚDE

A história da população negra no Brasil é marcada por desigualdade e resistência. Sua chegada ao Brasil inicia-se no século XVI, por meio do tráfico transatlântico de negras e negros escravizados, provenientes de vários lugares do continente africano, para trabalharem nos engenhos e lavouras de cana-de-açúcar no período colonial. Além de serem submetidas a trabalhos forçados, estas pessoas eram destituídas de seus laços e vínculos familiares, sendo-lhes impostas outras formas de vida. Este processo não ocorreu sem resistência, os quilombos constituíram umas das principais estratégias de organização e oposição ao sistema escravocrata.

A abolição oficial da escravatura ocorreu somente em 1888, durante o Brasil Império, tendo a população negra no Brasil vivido por mais de três séculos sob o regime de escravidão. Apesar da abolição e do posterior reconhecimento das graves violações decorrentes da escravização, a população negra continua em grande medida excluída socialmente do acesso a vários bens.

A falta de políticas no período pós-abolição que incluíssem esta população nos processos produtivos e sociais, assim como o imaginário sobre sua inferioridade, contribuiu para a continuidade da sua marginalização na sociedade brasileira. Ainda hoje,

são frequentes as discriminações raciais, associando negras e negros a estereótipos negativos, de subalternidade, que reforçam sua marginalização social, econômica, política e cultural. Vale mencionar que são recentes as políticas de promoção da igualdade racial promovidas pelo Estado brasileiro.

O racismo é um fenômeno cuja dinâmica é atualizada ao longo do tempo nas estruturas da sociedade. Os significados que ele reproduz incidem sobre o tratamento dado aos grupos raciais, influenciando os acessos e as oportunidades. Desta forma, o racismo cria e/ou potencializa as vulnerabilidades, impondo barreiras de acesso a direitos ou negligenciando necessidades.

O RACISMO PODE SER COMPREENDIDO PELAS SEGUINTE CATEGORIAS:

RACISMO INTERPESSOAL: Refere-se a comportamentos discriminatórios que ocorrem entre pessoas, correspondendo ao tratamento hostil, desrespeitoso e/ou excluente direcionado às pessoas negras, motivado pela crença em sua inferioridade devido a sua raça/cor. É definido como preconceito e discriminação onde, o preconceito é o pressuposto diferencial sobre as habilidades, motivações e intenções de outros, motivado por raça; e discriminação são ações diferenciais em relação a outros motivados por raça, sendo intencionais ou não, incluindo também atos de omissão. (JONES, s/ data, p.10-11)

RACISMO INSTITUCIONAL: É “o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações” (CRI, 2006, p.17).



O racismo institucional está diretamente ligado à forma como a sociedade está estruturada e com a falta de reconhecimento da cidadania plena da população negra, resultando na redução do acesso integral a bens e serviços de qualidade, menor participação e negligência das necessidades específicas, potencializando agravos à saúde.

As práticas discriminatórias oriundas do racismo são eventos que emergem em vários âmbitos: nas relações interpessoais, na família, na distribuição geográfica dos espaços urbanos, na formação de círculos sociais e mesmo nas instituições, dificultando e muitas vezes impedindo o acesso a um serviço de saúde de qualidade.



RACISMO COMO DETERMINANTE SOCIAL DA SAÚDE

A saúde e o adoecimento estão relacionados a uma série de fatores socioeconômicos e culturais que afetam a integridade física e psicológica, individual e coletiva. As condições históricas de inserção social, somadas às condições de moradia, renda, saúde, localização geográfica e autoconceito positivo ou negativo são elementos que determinam o acesso a bens e serviços também de saúde.

Os séculos de escravização da população negra influenciaram negativamente na inserção dessa população na sociedade brasileira, contribuindo para um desigual e desfavorável acesso a direitos e oportunidades, inclusive de saúde. Estas características se refletem no quadro epidemiológico dessa população, evidenciando iniquidades e vulnerabilidades no acesso às condições promotoras de saúde.

Você sabia?

Em 2014, foi lançada a Campanha Nacional “Racismo faz mal à Saúde. Denuncie, ligue 136!” com objetivo de sensibilizar trabalhadores/as e usuários/as do SUS sobre o tema, contribuindo, assim, para um SUS mais justo e equânime para todos/as. Acesse: www.saude.gov.br/popnegra #SUSsemracismo #saúdesemracismo

Fique sabendo:

“Iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social” (Whitehead, 1992).

Você sabia?

De acordo com a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), “a percepção de pertencer a grupos sociais excluídos da maioria dos benefícios da sociedade gera sofrimento e sentimentos de inferioridade e discriminação, e isso contribui na determinação dos padrões de saúde dos indivíduos”. (Disponível em: http://www.determinantes.fiocruz.br/chamada_home.htm)



INDICADORES SOCIOECONÔMICOS DA POPULAÇÃO NEGRA

Segundo o Censo 2010, em dez anos a estrutura da população mudou em termos de cor ou raça, com destaque para uma maior proporção das pessoas que se autodeclararam como pretas e pardas, de 44,7% da população em 2000 para 50,7% em 2010. Destaca-se uma maior concentração de pretos e pardos no Norte e no Nordeste; e no Sudeste e Sul uma maioria de

pessoas da cor branca, o que acompanha os padrões históricos de ocupação do país (IBGE). Segundo a tendência de aumento de autodeclarações de pessoas negras (pretas e pardas), a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios 2013 mostrou que 53,1% da população brasileira se autodeclarou negra (45% parda e 8,1% preta), enquanto 46,1% branca e 0,8% amarela e indígena.

Categorias de raça/cor

O Estatuto da Igualdade Racial (Lei 12.288/2010) define população negra como “o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE”. As categorias de raça/cor utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) são: branca, preta, parda, amarela e indígena.

Vale ressaltar que a agregação de pretos e pardos no grupo “negros” justifica-se pelo fato de que do ponto de vista estatístico as populações pretas e pardas têm características muito similares, quando comparadas à população branca, em indicadores socioeconômicos; além disso, as discriminações, potenciais ou efetivas, sofridas por pardos e pretos são de ordem racial. (OSÓRIO, 2003)



Fique sabendo:

O termo raça, quando utilizado pelo movimento negro, por sociólogos e nas políticas públicas, não tem um significado biológico, assim como não é alicerçado na ideia de raças superiores e inferiores, como em séculos precedentes. Mas se baseia na dimensão social e política do referido termo. O uso justifica-se tanto pelo fato da discriminação racial e o racismo existentes na sociedade brasileira se darem não apenas devido aos aspectos culturais dos representantes de diversos grupos étnico-raciais, como também devido à relação que se faz entre esses e os aspectos físicos observáveis na estética corporal dos pertencentes às mesmas. (GOMES, 2005, p. 45).

Distribuição percentual da população, por sexo, segundo cor/raça - Brasil 1995, 2005 e 2012*

Cor/Raça	Total		
	1995	2005	2012
Branca	54,5	49,7	46,2
Preta	4,9	6,3	7,9
Parda	40,0	43,4	45,0
Amarela	0,5	0,5	0,5
Indígena	0,1	0,2	0,3



Cor/Raça	Masculino			Cor/Raça	Feminino		
	1995	2005	2012		1995	2005	2012
Branca	53,6	48,7	44,9	Branca	55,4	50,7	47,5
Preta	5,0	6,4	8,3	Preta	4,8	6,1	7,6
Parda	40,8	44,2	46,0	Parda	39,2	42,5	44,1
Amarela	0,5	0,5	0,5	Amarela	0,5	0,5	0,6
Indígena	0,1	0,2	0,3	Indígena	0,1	0,2	0,3

Fonte: IBGE/PNAD – adaptado do IPEA/DISOC (Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça).

*Em 2004, a PNAD passa a contemplar a população rural de RO, AC, AM, RR, PA e AM.

Observa-se pelos indicadores que a população negra (somatório das populações preta e parda, conforme classificação do IBGE) teve um aumento durante os últimos anos, ultrapassando o percentual de população branca. Esta tendência é explicada pelo aumento da autodeclaração das pessoas pretas e pardas que passam a se enxergar como tais, provavelmente devido às campanhas, mobilizações do movimento negro e políticas públicas de ações afirmativas. Ademais, evidências mostram que este aumento não decorre da taxa de fecundidade da população negra. (IPEA, 2011)



Desigualdades na distribuição de rendimentos

Sobre a distribuição dos rendimentos por décimos de população segundo a raça/cor, observa-se que no primeiro décimo (10% mais pobres), estão 14,1% da população negra¹ e 5,3% dos brancos. Outra forma de verificar a desigualdade por raça/cor é o destaque dos extremos da distribuição de rendimentos, em que, ao longo do tempo, predomina a participação dos brancos no 1% com maiores rendimentos (mais ricos) e de pretos ou pardos entre os mais pobres. Entre 2002 e 2012, houve uma ligeira melhora na distribuição do rendimento familiar *per capita* para aquelas pessoas com rendimento do trabalho, mantendo-se, no entanto, o quadro de desigualdade pouco alterado: são 81,6% de brancos no 1% mais rico da população, contra apenas 16,2% de pretos ou pardos. (PNAD, 2013)

Frequência escolar e analfabetismo

Segundo a PNAD 2013, os jovens brancos de 15 a 17 anos de idade possuíam uma taxa de frequência escolar líquida² 62,9% maior do que a dos jovens pretos ou pardos da mesma faixa etária, com 47,8%. Em 2012, entre os estudantes de 18 a 24 anos de idade, do total de estudantes brancos, 66,6% frequentavam o ensino superior, apenas 37,4% dos jovens estudantes pretos ou pardos cursavam o mesmo nível. Essa proporção ainda é menor do que o patamar alcançado pelos jovens brancos 10 anos antes (43,4%).

De acordo com os dados mais recentes, a maior incidência de analfabetismo ocorre entre as pessoas negras³ (11,8%). (PNAD, 2013)

¹A PNAD usa a categoria “preta ou parda”, a nomenclatura foi adaptada para “negra” que corresponde à soma dos dois estratos;

²Taxa de frequência escolar líquida: Proporção de pessoas de uma determinada faixa etária que frequenta escola no nível de ensino adequado à essa faixa etária, conforme organização do sistema educacional brasileiro, em relação ao total de pessoas da mesma faixa etária.(PNAD, 2013);

³ A PNAD usa a categoria “preta ou parda”, a nomenclatura foi adaptada para “negra” que corresponde à soma dos dois estratos.



Desigualdades no trabalho, emprego e ocupação

Em relação à posição na ocupação, observou-se uma maior representação das pessoas que se declararam brancas entre os grupos com proteção da previdência social (empregados com carteira de trabalho assinada, militares e funcionários públicos estatutários), assim como entre os empregadores (3,0% entre brancos, enquanto 0,6% entre pretos e 0,9% entre pardos). (IBGE, 2010)

Segundo a PNAD 2013, há maior proporção de negros⁴ em trabalhos informais (49,6%) comparativamente à população de cor branca (36%). No Estado do Maranhão, quase 80% da população negra⁵ ocupada estava em trabalhos informais. No Distrito Federal, o percentual de pretos ou pardos nessa condição era de apenas 28,8%.

Uma pesquisa realizada pela Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), em 2014, mostrou que 51,7% dos servidores do poder executivo são de raça/cor branca, enquanto 22,4% da raça/cor parda e 4% preta⁶. Ainda segundo o mesmo estudo, a distribuição de ocupantes de cargos de Direção e Assessoramento Superior (DAS), segundo raça/cor, por Nível do Cargo, é de 60,6% de raça/cor branca, 21,2% de raça/cor parda e 3,5% de raça/cor preta⁷.



⁴ A PNAD usa a categoria “preta ou parda”, a nomenclatura foi adaptada para “negra” que corresponde à soma dos dois estratos;

⁵ A PNAD usa a categoria “preta ou parda”, a nomenclatura foi adaptada para “negra” que corresponde à soma dos dois estratos;

⁶ A nomenclatura aqui foi adaptada conforme a classificação do IBGE;

⁷ *Idem*.



A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA - PNSIPN

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pelo Ministério da Saúde, surge como resultado do reconhecimento das iniquidades em saúde da população negra, da necessidade de priorizar a redução dos agravos que incidem desproporcionalmente, segundo as taxas de morbidade e mortalidade neste grupo populacional, e a partir da organização e reivindicação dos movimentos sociais. A PNSIPN é uma conquista dos Movimentos Sociais Negros, juntamente com os esforços empenhados pelo Ministério da Saúde a partir do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (Portaria GM/MS N° 1.678, de 13 de agosto de 2004), no qual participam pesquisadores/as, movimento social negro, diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde, representações do CONASS, CONASEMS,

da Secretaria Geral da Presidência da República, da Secretaria de Políticas para Mulheres e da SEPPIR (Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial).

Aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e instituída pela Portaria GM/MS nº 992, em 13 de maio de 2009, a Política tem como marca **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.**

O objetivo da Política é 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!

Eixos estratégicos da PNSIPN

Orientada pela deliberação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para instrumentalizar as ações de implementação desta política, foi publicada uma resolução que apresenta o II Plano Operativo (2013-2015) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), observando os seguintes eixos estratégicos:

Fique sabendo:

No Ministério da Saúde, as políticas de promoção da equidade em saúde para populações que vivem em condições de vulnerabilidade, dentre elas a população negra, vêm sendo implementadas pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) – parte integrante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). O DAGEP promove o enfrentamento do Racismo Institucional no âmbito do SUS com ações que envolvem práticas educativas nos serviços de saúde, educação popular em saúde e mobilização social e fortalecimento do controle social.

Eixo 01: Acesso da População Negra às Redes de Atenção à Saúde;

Eixo 02: Promoção e Vigilância em Saúde;

Eixo 03: Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra;

Eixo 04: Fortalecimento da Participação e do Controle Social; e

Eixo 05: Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde para a População Negra.

A PNSIPN prevê ainda responsabilidades das três esferas de gestão: Federal, Estadual e Municipal. A observação de tais responsabilidades é fundamental para a implementação da PNSIPN e para a garantia da equidade no alcance do direito fundamental à saúde.



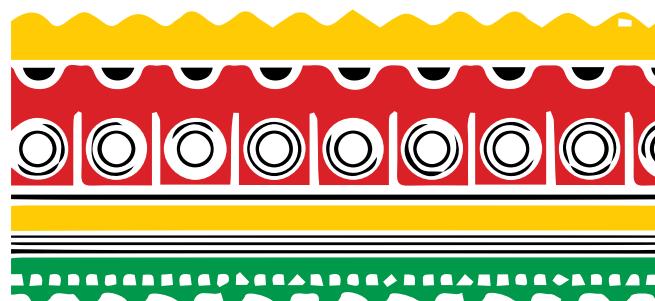
Se ligue no SUS!

O **Plano Nacional de Saúde**, documento basilar de orientação das políticas e ações do Sistema Único de Saúde, em sua versão 2012-2015, aponta como diretriz a ampliação do acesso aos serviços de saúde com equidade, destacando a necessidade de enfrentamento de iniquidades e vulnerabilidades relacionadas à população negra, quilombola e comunidades tradicionais.



Para saber mais:

A UNA-SUS e o Ministério da Saúde lançaram, em outubro de 2014, o curso “Saúde da População Negra” como uma oferta de educação autoinstrucional online, de 45 horas, que visa contribuir para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). O objetivo principal do curso é levar o/a profissional de saúde a reconhecer o racismo como determinante social da saúde, atuando na perspectiva do cuidado centrado na pessoa e na família e contribuindo, desta forma, para o cuidado integral. Mais informações em: <http://www.unasus.gov.br>



COMITÊS TÉCNICOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

O Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) do Ministério da Saúde estimula a criação de espaços de gestão participativa nos serviços de saúde, como os Comitês Técnicos de Saúde. Os comitês são instâncias de gestão participativa potenciais ao assessoramento, discussão e orientação de estratégias voltadas à promoção de equidade, com o objetivo de alcançar a oferta de ações diferenciadas para grupos com necessidades diferentes.

A implementação dos Comitês Técnicos Estaduais e Municipais de Saúde da População Negra é parte dos esforços do Ministério da Saúde para fortalecer as ações descentralizadas de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Além de fortalecer as gestões no enfrentamento às iniquidades raciais em saúde, podem contribuir no monitoramento e acompanhamento da implementação da PNSIPN nos territórios.

Os comitês são compostos por representantes da sociedade civil e áreas técnicas da gestão do SUS.

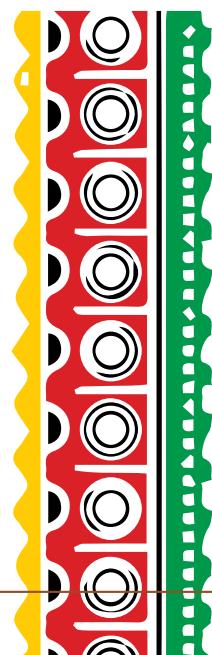


Mapa dos CTSPN



Fique sabendo:

Instituído pela Lei nº 12.288 de 20 de julho de 2010, o Estatuto da Igualdade Racial reafirma demandas antigas da população negra e dos movimentos negros no Brasil, buscando “garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnica”. No capítulo do “Direito à Saúde”, o Estatuto apresenta diretrizes e objetivos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, dentre eles: maior participação de representantes do movimento negro nas instâncias de participação e controle social; melhoria da qualidade dos sistemas de informação do SUS em relação aos dados desagregados por cor, etnia e gênero; realização de estudo e pesquisa sobre o racismo e saúde da população negra, bem como a inclusão do conteúdo saúde da população negra nos processos de formação, educação permanente dos profissionais de saúde e nos processos de formação política dos movimentos sociais; e garantia de benefícios específicos à saúde da população quilombola.



IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO DA VARIÁVEL RAÇA/COR

O monitoramento das desigualdades raciais em saúde por meio dos sistemas de informação é uma ferramenta importante para a gestão, pois além de subsidiar a formulação de políticas públicas, permite a comparação entre perfis epidemiológicos e a avaliação de equidade na utilização de serviços de saúde. Para isto, a completude e qualidade dos dados disponíveis nos sistemas de informação são indispensáveis para que as informações e conclusões sejam consistentes. **É fundamental o preenchimento adequado do quesito raça/cor nos formulários e sistemas de informação de saúde, que fornecem dados para a construção de seus indicadores.**

Um estudo⁸ avaliou “o preenchimento da variável raça/cor em oito sistemas/módulos nacionais de informação em saúde, bem como a viabilidade de cálculo e uso de indicadores segundo esse quesito na avaliação do Sistema Único de Saúde. Somente três sistemas/módulos estavam adequados para validar três dos 24 indicadores usados pelo Índice de Desempenho do SUS (IDSUS).

No Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), a informação sobre a cor/ raça do nascido vivo melhorou qualitativamente no decorrer da última década, mostrando queda do grupo ignorado de 12,8% em 2000, para 9,2% em 2005 e, finalmente, 4,0% em 2012.

Esta melhoria também foi observada no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), onde o percentual de cor/raça ignorada diminuiu de 15,9% em 2000 para 8,5% em 2005, e, finalmente, 5,5% em 2012.



Você sabia?

Considera-se que as informações sobre um determinado quesito são adequadas para análise nos sistemas de informação de estatísticas vitais do Ministério da Saúde quando o percentual de dados ignorados é menor que 10%.

⁸ BRAZ, Rui Moreira; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; REIS, Afonso Texeira dos e MACHADO, Nadia Maria da Silva. Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [online]. 2013, vol.37, n.99 [cited 2014-10-22], pp. 554-562 .Em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400002&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-1104.



SAÚDE MENTAL E DESIGUALDADES RACIAIS

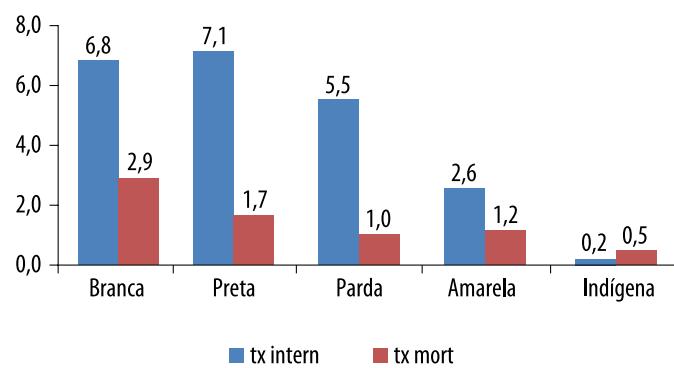
Hoje, com a presença do quesito raça/cor em vários sistemas nacionais de informação em saúde (SIM, SIH-SUS, SIA-SUS), é possível monitorar variações étnico-raciais em saúde mental. No entanto, algumas considerações precisam ser feitas a respeito dos limites dessas análises. A primeira diz respeito à incompletude do quesito raça/cor, que para os dados de saúde mental é bem maior na produção hospitalar (25% a 34%) do que nos dados de mortalidade (3,6% a 5,7%), fato que limita em grande medida a análise de alguns indicadores. A segunda limitação diz respeito à situação atual dos registros de produção ambulatorial dos CAPS, pois, a substituição do instrumento de coleta de dados nessa área, que passou de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) para Registros das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), determinou uma queda significativa dos dados disponíveis, o que tem comprometido o monitoramento da oferta de serviços pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), particularmente de tendências observadas por meio de séries temporais.

No entanto, a comparação de alguns indicadores de mortalidade e de utilização de serviços sugere desigualdades no acesso à atenção em saúde mental.

TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

Em 2012, o grupo racial com mais registros de *internações hospitalares* por *transtornos mentais* (exceto aqueles devido ao uso de álcool e outras drogas) foi o de pessoas de cor branca (37%), seguido pelas de cor parda (27%). Já as maiores *taxes de internação hospitalar* (por 10.000 hab.) por esses transtornos foram observadas na população de cor preta (7,1), branca (6,8) e parda (5,5). As maiores taxas de *mortalidade* por transtornos mentais foram da população branca (2,9) e preta (1,7). (Fig 1).

Comparação das taxas de internação (por 10.000 hab) e de mortalidade (por 100.000 hab) por transtornos mentais e comportamentais (exceto por uso de álcool e outras substâncias psicoativas), segundo raça/cor. Brasil, 2012



Fonte: DATASUS (SIH-SUS e SIM) e IBGE (Censo 2010).

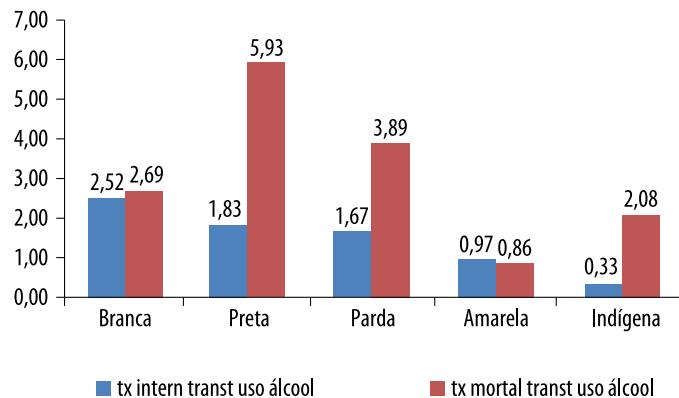




TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE ÁLCOOL

Nas internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool predominaram pessoas de cor branca (44%), seguidas pelas de cor parda (26%). A taxa de internação por esse agravo também é maior na população branca (2,5) do que nos outros grupos. Mas a comparação entre as taxas de internação e de mortalidade por esses transtornos sugere iniquidades de acesso ao atendimento hospitalar, na medida em que a mortalidade entre pretos e pardos é bem maior que entre brancos, além de haver uma proporção muito maior da mortalidade em relação à internação entre pretos, pardos e indígenas (Fig. 2).

**Comparação das taxas de internação (por 10.000 hab) e de mortalidade (por 100.000 hab) por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, segundo raça/cor.
Brasil, 2012**



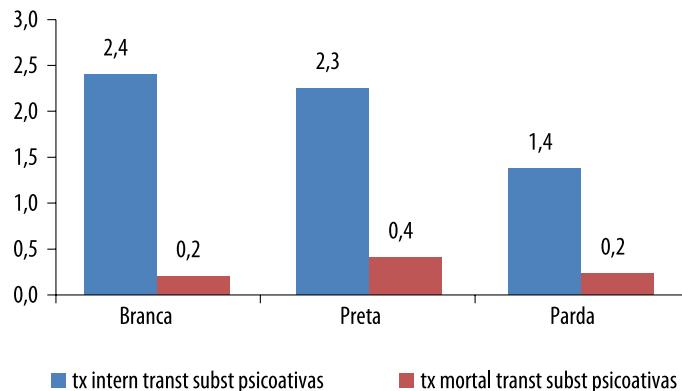
Fonte: DATASUS (SIH-SUS e SIM) e IBGE (Censo 2010).

TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE OUTRAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (EXCETO ÁLCOOL)

Nas *internações* por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas (exceto álcool) predominaram, em números absolutos, pessoas de cor branca (42%), seguidas pelas de cor parda (22%). Já as *taxas de internação* por esse agravo são semelhantes na população branca (2,4) e preta (2,3) e caem quase à metade na população de cor parda. Essa situação se inverte quando analisamos as *taxas de mortalidade* pelo uso de drogas (Fig. 3), que é duas vezes maior entre pretos (0,4) do que entre brancos (0,2) e pardos (0,2).



Comparação entre taxas de internação e de mortalidade por transtornos devidos ao uso de outras substâncias psicoativas (exceto álcool), segundo raça/cor. Brasil, 2012



Fonte: DATASUS (SIH-SUS e SIM) e IBGE (Censo 2010).

A desproporção entre taxas de internação e taxas de mortalidade em alguns grupos raciais pode significar desigualdades de acesso aos serviços de saúde mental, mas a significativa incompletude do quesito raça/cor nos dados de internação e a carência de estudos sobre prevalências de transtornos mentais segundo grupos raciais na população brasileira limitam as análises sobre as desigualdades observadas nesses indicadores.

O racismo no Brasil afeta diretamente a saúde mental da população não branca, parcela majoritária da população brasileira. Quem sofre diretamente com o racismo tem de lidar com ameaças à autoestima, desigualdades de oportunidades e, com frequência, com a violência que atinge principalmente a juventude negra no Brasil. Todos esses são fatores que podem levar a população negra ao sofrimento psíquico, em formas e intensidades diversas.

Fique sabendo:

Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental

O reconhecimento do racismo como causador de sofrimento psíquico e da relação prejudicial entre racismo e saúde mental frequentemente ignorada nos serviços de atenção psicossocial levou a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (CGMAD/SAS) a criar, em abril de 2014, o Grupo de Trabalho (GT) sobre Racismo e Saúde Mental. Coordenado pela CGMAD, o GT foi constituído em parceria com o Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP/SGEP) e a Política Nacional de Humanização (PNH/SAS), com a participação de outros representantes do governo, da sociedade civil e de universidades.

O GT de Racismo e Saúde Mental tem como principal objetivo discutir estratégias de alcance que visem o aprimoramento das práticas de cuidado em saúde, ampliando o olhar de profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS para o reconhecimento do racismo enquanto produtor de sofrimento psíquico.

Perfil na Rede de Humanização do SUS - RHS: <http://www.redehumanizasus.net/usuario/gt-racismo-e-saude-mental>.

Para saber mais:

<http://www.saude.gov.br/mental>

<https://www.facebook.com/saudementalbrasil>

Assista ao Webseminário Racismo e Saúde Mental em:

<https://www.youtube.com/watch?v=6rFzPlkX72Q>



FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS

O Sistema Nacional de Vigilância de Fatores de Risco ou Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) monitora a prevalência desses fatores na população adulta brasileira nas capitais dos 26 estados e do Distrito Federal. Os **fatores de risco** são: tabagismo, excesso de peso e obesidade, consumo de carnes com excesso de gordura, inatividade física, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, direção

de veículo motorizado após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica, morbidades referidas, entre outros. Os **fatores de proteção** são: consumo recomendado de frutas e hortaliças, consumo regular de feijão, prática de atividade física recomendada no tempo livre, realização de exames de detecção precoce de câncer em mulheres, entre outros.

TABAGISMO

Com relação ao hábito de fumar 20 ou mais cigarros por dia, a prevalência na população total foi de 4,0%, em 2012, sendo que o consumo foi menor para pretos e pardos (-20% e -37% respectivamente) em relação à população branca. Já com relação ao fumo passivo no trabalho, a prevalência na população total foi de 10,4%, sendo 33% maior em pretos e 30% maior em pardos quando comparados aos brancos.

Para saber mais:

A Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (PNS - IBGE) mostrou que a proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade usuárias atuais de produtos derivados do tabaco no Brasil foi de 17,8% nas pessoas que se autodeclararam de raça/cor preta, 16,4% para os pardos e 13,1% para brancos. Acesse a PNS em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013>.



CONSUMO ALIMENTAR

Segundo o Vigitel 2012, a prevalência do consumo de carne com gordura visível na população total foi de 31,5%, sendo 25% maior em pretos e 8% maior em pardos quando comparados aos brancos. Este dado pode ser explicado pelo componente cultural e histórico da culinária afro-brasileira.



ATIVIDADE FÍSICA

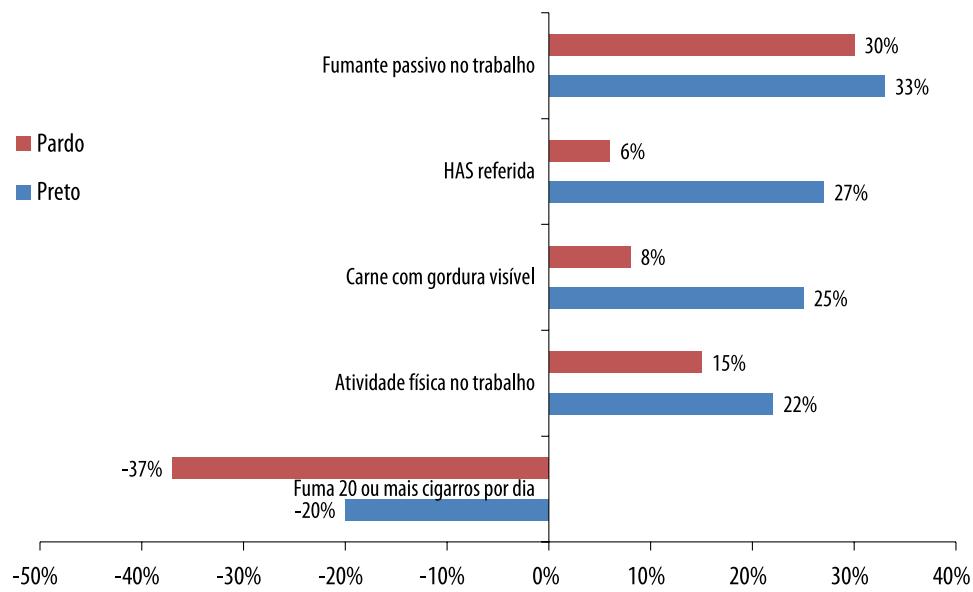
Para a atividade física no trabalho, a prevalência na população total foi de 30,9%, sendo 22% maior em pretos e 15% maior em pardos em relação aos brancos.



HIPERTENSÃO ARTERIAL

Para hipertensão arterial, a prevalência na população total foi de 24,3%, sendo 27% maior em pretos e 6% maior em pardos quando comparados aos brancos.

Percentual da diferença na prevalência das variáveis destacadas do Vigitel 2012 para população preta e parda em comparação à população branca, ajustada por escolaridade e idade



Fonte: CGIAE/SVS/MS.



PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR (PeNSE) RAÇA /COR

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada com alunos do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas brasileiras, é resultado de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com o suporte do Ministério da Educação (MEC).

A PeNSE 2012 teve o total de 109.104 respondentes em todo o Brasil, sendo que 86% dos entrevistados do 9º ano tinham entre 13 e 15 anos de idade. Com relação à raça/cor da pele, 81,7% dos que se declararam pretos, 89,6% dos declarados brancos e 84,6% dos declarados pardos estavam nessa mesma faixa etária. Observou-se que 17,7% dos pretos tinham 16 anos ou mais, enquanto que entre os brancos o percentual foi de 9,8%, e para pardos 14,5%.

Em relação à escolaridade materna, apontaram nenhum grau de instrução materna: 7,3% dos brancos, 12,6% dos pretos e 11,6% dos pardos. Referiram escolaridade materna com ensino superior incompleto/completo 15,8% dos brancos, 7,8% dos pretos e 7,6% dos pardos.

Quanto à dependência administrativa, estudavam em escola pública: 88,5% dos pretos, 75,3% dos brancos, 88,1% dos pardos.

Foram comparados os dados da população de cor da pele declarada preta e parda com os de cor branca. Para identificar o efeito raça/cor, as variáveis foram ajustadas por idade e escolaridade da mãe, ou seja, o ajuste igualou as populações de brancos, pardos, e pretos, como se todos os entrevistados tivessem a mesma distribuição de idade e escolaridade da mãe. Assim, podemos compreender que as diferenças após os ajustes seriam devidas ao efeito de raça/cor.

CONSUMO ALIMENTAR FREQUENTE DE FEIJÃO

Com relação ao consumo alimentar frequente (>3x semana) de feijão, a prevalência na população total foi de 83,4%, sendo que o consumo foi 21% maior para pretos e 10% maior para pardos em relação à população branca. Já com relação à imagem corporal, a prevalência de adolescentes na população total que referiram se sentir gordos ou muito gordos foi de 16,3%, sendo 17% menor em pretos e pardos quando comparados aos brancos.

EXPERIMENTAÇÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA

Ainda, a prevalência de experimentação de bebida alcoólica alguma vez na vida na população total foi de 66,6%, sendo 23% menor em pretos e 15% menor em pardos quando comparados aos brancos.



VIOLENCIAS

Para dados de violência, quanto ao envolvimento em lutas físicas, a prevalência na população total foi de 20,7%, sendo 18% maior em pretos e 9% menor em pardos em relação aos brancos.

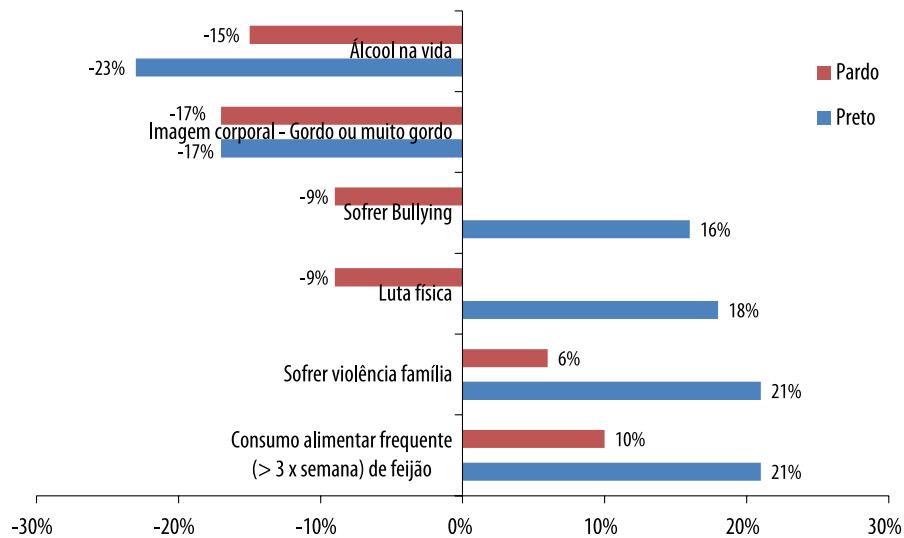
Para violência familiar, a prevalência de adolescentes que referiram ser agredidos fisicamente por adulto da família quase sempre ou sempre na população total foi de 10,6%, sendo 21% maior em pretos e 6% maior em pardos quando comparados aos brancos.

BULLYING

Para *bullying*, a prevalência de adolescentes que referiram se sentir humilhados pelas provocações de colegas da escola quase sempre ou sempre na população total foi de 7,1%, sendo 16% maior em pretos e 9% menor em pardos quando comparados aos brancos.

Segue abaixo gráfico com o percentual da diferença das prevalências.

Percentual da diferença na prevalência de variáveis selecionadas para população preta e parda em comparação à população branca, ajustada por escolaridade da mãe e idade, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2012



Fonte: PENSE 2012/IBGE.



MORTALIDADE

No Brasil, a taxa padronizada de mortalidade (por mil hab.) é maior na população negra: de 5,9 na preta e 5,7 na parda.

Mortalidade Geral (Número de óbitos e taxa padronizada (por mil hab.), segundo raça/cor. Brasil, 2000, 2005 e 2012

Raça	Número de óbitos			Taxas padronizadas		
	2000	2005	2012	2000	2005	2012
Amarela	10373	5773	6531	7,0	3,3	2,8
Branca	498996	546825	610088	5,9	5,7	5,1
Indígena	2285	2352	3399	3,5	3,0	3,9
Parda	222424	294251	405984	4,1	4,9	5,7
Preta	62045	71831	89558	5,6	5,8	5,9
Total	946686	1006827	1180816	6,3	5,9	5,7

Fonte: CGIAE/SVS/MS.

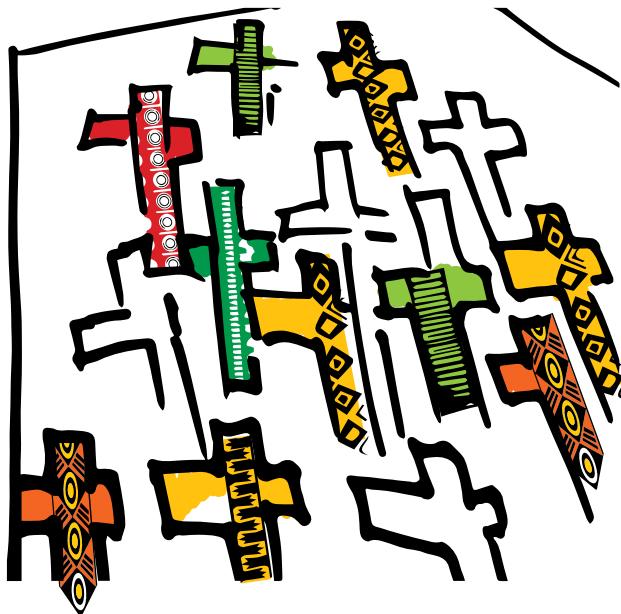
Número de óbitos, proporção e taxa padronizada (por 100 mil hab.) das principais causas de óbito segundo raça/cor e ano. Brasil, 2000, 2005 e 2012

Categorias	Causas	2000			2005			2012			
		nº	%	Tx Pad	nº	%	Tx Pad	nº	%	Tx	
Amarela	D. cerebrovasculares	975	9,4	65,9	585	10,1	32,9	D. cerebrovasculares	617	9,4	2
	Infarto agudo do miocardio	823	7,9	55,7	409	7,1	23,0	Pneumonias	504	7,7	2
	Pneumonias	428	4,1	28,9	289	5,0	16,3	Infarto agudo do miocardio	478	7,3	2
	Bronquite, enfisema, asma	422	4,1	28,5	276	4,8	15,5	Diabetes mellitus	364	5,6	
	Diabetes mellitus	419	4,0	28,3	212	3,7	11,9	Bronquite, enfisema, asma	262	4,0	
Branca	D. cerebrovasculares	45959	9,2	54,6	49210	9,0	50,9	D. cerebrovasculares	50750	8,3	4
	Infarto agudo do miocardio	37934	7,6	45,1	40212	7,4	41,6	Infarto agudo do miocardio	45819	7,5	3
	Bronquite, enfisema, asma	22629	4,5	26,9	24686	4,5	25,6	Pneumonias	36974	6,1	3
	Diabetes mellitus	19589	3,9	23,3	22623	4,1	23,4	Diabetes mellitus	28118	4,6	2
	Homicídios	17834	3,6	21,2	22221	4,1	23,0	Bronquite, enfisema, asma	25435	4,2	
Indígena	D. cerebrovasculares	153	6,7	23,5	141	6,0	18,2	Pneumonias	245	7,2	2
	Pneumonias	129	5,6	19,8	131	5,6	16,9	Homicídios	199	5,9	2
	Homicídios	102	4,5	15,6	119	5,1	15,3	D. cerebrovasculares	161	4,7	
	Doenças infectest	92	4,0	14,1	102	4,3	13,1	Doenças infectest	155	4,6	
	Desnutrição	73	3,2	11,2	93	4,0	12,0	Desnutrição	118	3,5	
Parda	Homicídios	19673	8,8	36,0	24648	8,4	40,9	D. cerebrovasculares	33961	8,4	4
	D. cerebrovasculares	17645	7,9	32,3	24628	8,4	40,9	Homicídios	33801	8,3	4
	Infarto agudo do miocardio	10106	4,5	18,5	15858	5,4	26,3	Infarto agudo do miocardio	27751	6,8	3
	Acidentes de trânsito transporte	8773	3,9	16,0	12854	4,4	21,3	Acidentes de trânsito transporte	20608	5,1	2
	Outros acidentes	7331	3,3	13,4	10861	3,7	18,0	Diabetes mellitus	19603	4,8	2
Preta	D. cerebrovasculares	6841	11,0	62,2	7616	10,6	61,3	D. cerebrovasculares	9084	10,1	6
	Homicídios	3845	6,2	35,0	4348	6,1	35,0	Infarto agudo do miocardio	6424	7,2	4
	Infarto agudo do miocardio	3287	5,3	29,9	3806	5,3	30,6	Diabetes mellitus	5189	5,8	3
	Diabetes mellitus	2775	4,5	25,2	3738	5,2	30,1	D. hipertensivas	4922	5,5	3
	D. hipertensivas	2518	4,1	22,9	3401	4,7	27,4	Homicídios	4403	4,9	2
Total	D. cerebrovasculares	84713	8,9	56,1	90006	8,9	52,8	D. cerebrovasculares	100108	8,5	4
	Infarto agudo do miocardio	59297	6,3	39,3	64455	6,4	37,8	Infarto agudo do miocardio	84077	7,1	4
	Homicídios	45360	4,8	30,0	47578	4,7	27,9	Pneumonias	61272	5,2	2
	Diabetes mellitus	35284	3,7	23,4	40317	4,0	23,6	Diabetes mellitus	56663	4,8	2
	Bronquite, enfisema, asma	33713	3,6	22,3	36555	3,6	21,4	Homicídios	56267	4,8	2

Fonte: CGIAE/SVS/MS.



Em relação às principais causas de óbitos, a população negra (preta + parda) tem uma importante participação de causas externas. Os homicídios, por exemplo, figuram dentre as principais causas de óbito na raça/cor preta e parda; os acidentes de trânsito são a quarta causa mais comum de morte na população parda.



MORTALIDADE POR AGRESSÃO

Número de óbitos e taxa específica de mortalidade por agressão, segundo raça/cor e todas as idades Brasil, 2000, 2005 e 2012

	Número de óbitos			Taxa específica por 100.000 hab.		
	2000	2005	2012	2000	2005	2012
Amarela	259	81	73	19,6	5,7	4,6
Branca	17.834	15.710	14.350	20,3	16,7	14,2
Indígena	102	93	200	13,6	11,5	22,6
Parda	19.673	24.648	33.850	27,5	32,3	41,4
Preta	3.845	3.806	4.406	32,4	29,9	31,9
Negra	23.518	28.454	38.256	28,2	32,0	40,0
Total	45.360	47.578	56.337	26,0	25,2	27,8

Fonte: SIM-CGIAE/SVS/MS. * Negra: preta e parda

A taxa de mortalidade por agressão na população negra mostrou um crescimento nos últimos anos, sendo a maior dentre os estratos de raça/cor.



MORTALIDADE POR ACIDENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE (ATT)

Número de óbitos e taxa específica de mortalidade por acidente de transporte terrestre (ATT), segundo raça/cor e todas as idades

	Número de óbitos			Taxa específica por 100.000 hab.		
	2000	2005	2012	2000	2005	2012
Amarela	194	120	124	14,7	8,4	7,9
Branca	15.477	18.761	19.512	17,6	20,0	19,3
Indígena	51	53	102	6,8	6,5	11,5
Parda	8.977	13.215	20.945	12,5	17,3	25,6
Preta	1.344	1.736	2.329	11,3	13,6	16,9
Negra	10.321	14.951	23.274	12,4	16,8	24,3
Total	28.995	35.994	44.812	17,6	19,9	22,1

Fonte: SIM-CGIAE/SVS/MS. * Negra: preta e parda

Em 2012, foram registrados 44.812 óbitos por ATT no SIM, sendo 23.274 de negros/as. A taxa específica neste estrato foi maior em relação às outras populações por raça/cor: 24,3 (por 100 mil hab.).

MORTALIDADE POR ALGUMAS DOENÇAS DE MAIOR PREVALÊNCIA NA POPULAÇÃO NEGRA

É consenso na literatura científica a existência de doenças de maior prevalência na população negra “em virtude do condicionamento de fatores genéticos que atuariam conjuntamente com fatores ambientais e que teriam efeito direto ou indireto na mortalidade: anemia falciforme; doença hipertensiva específica da gravidez; hipertensão arterial; diabetes mellitus”, dentre outras. (CUNHA, 2012, p. 30)

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a prevalência de hipertensão arterial autorreferida para a população brasileira no ano de 2013 foi de 21,4%

(Intervalo de Confiança 95%: 20,8-22,0). A prevalência de hipertensão arterial para brancos foi de 22,1% (IC95%: 21,3-23,0), para pretos 24,2% (IC95%: 22,2-26,3) e pardos 20,0% (IC95%: 19,2-20,8). (PNS, 2013)

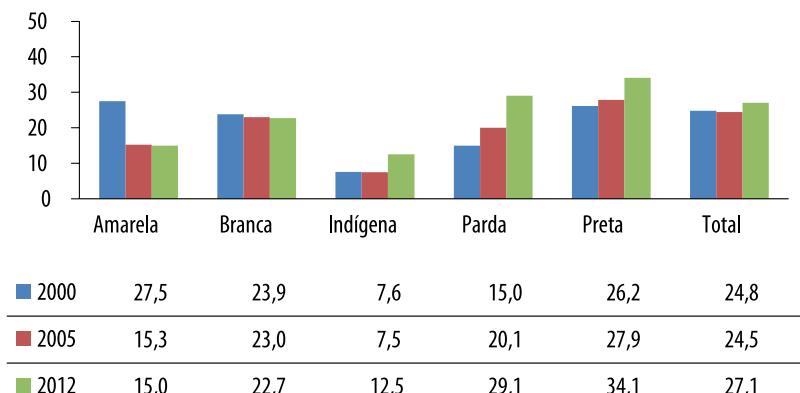
A prevalência de diabetes mellitus autorreferida para a população brasileira no ano de 2013 foi de 6,2% (Intervalo de Confiança 95%: 5,9-6,6). A prevalência de diabetes mellitus para brancos foi de 6,7% (IC95%: 6,1-7,2), para pretos 7,2% (IC95%: 5,8-8,5) e pardos 5,5% (IC95%: 5,1-5,9). (PNS, 2013).



Diabetes mellitus

A tendência da mortalidade por diabetes mellitus na população geral aumentou ligeiramente entre 2000 e 2012. Tal incremento ocorreu nas populações preta, parda e indígena, enquanto que, nas cor/raça amarela e branca houve diminuição da mortalidade. Em 2012, as maiores taxas de mortalidade por diabetes ocorreu na população negra (pretas e pardas).

Taxa padronizada de mortalidade (por 100.000 hab.) por diabetes mellitus segundo raça/cor. Brasil, 2000, 2005 e 2012



Fonte: MS/SVS/CGIAE.

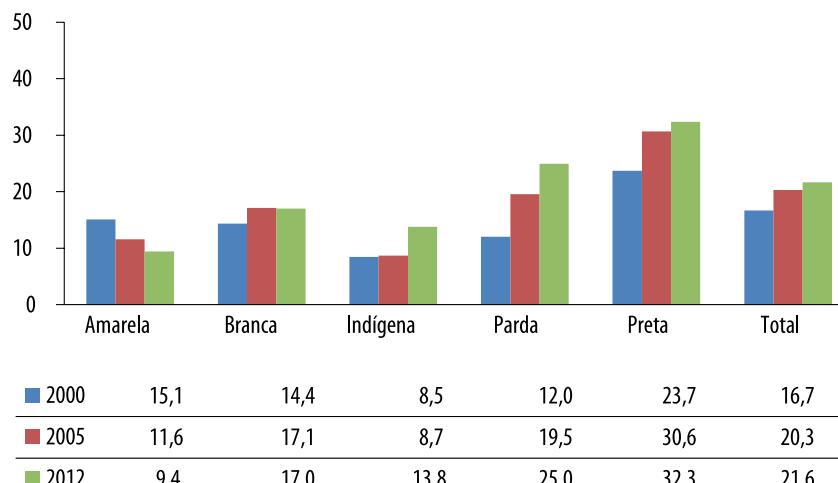


Hipertensão

A tendência da mortalidade por hipertensão na população geral também foi crescente entre 2000 e 2012. As taxas padronizadas de mortalidade por esta doença incrementaram nas populações preta, parda e indígena, diminuíram na amarela e branca entre 2005 e 2012. A hipertensão teve o maior risco de morte na população negra (pretos e pardos) em 2012.



Taxa padronizada de mortalidade (por 100.000 hab.) por hipertensão segundo cor/raça. Brasil, 2000, 2005 e 2012



Fonte: SIM-CGIAE/SVS/MS.

Algumas hipóteses podem ser levantadas em relação a estes dados quando se compara a prevalência com as taxas de mortalidade: Maior subdiagnóstico nos pretos e pardos, o que leva à desassistência, gerando maiores complicações e por fim mais mortes; maior risco desses grupos (geneticamente estas doenças podem se apresentar de forma mais agravada); e ainda maior vulnerabilidade social, levando a desassistência independente do diagnóstico feito.

Doença falciforme

A Doença Falciforme (DF) é uma das doenças genéticas e hereditárias mais comuns no mundo, afe-
tando predominantemente a população negra. Trata-se de uma doença resultante da mutação da hemoglobina A, que altera a fisiopatologia da hemácia. A criança que recebe essa herança genética pode desenvolver a doença ou se tornar “portadora do traço falciforme”, sem com isso produzir manifestações da mesma.

As crianças com DF possuem um risco aumentado em 400 vezes de adquirir infecções, quando comparadas com a população em geral. Por isso devem ser acompanhadas por um rigoroso programa de

vacinação, que alie ao calendário nacional um programa especial de vacinação contra: *haemophilus influenzae*; *hepatite B* (recombinante); *streptococcus pneumoniae* (polissacáride e heptavalente), todos disponíveis no SUS.

O tratamento envolve cuidados com as crises falcêmicas e o acompanhamento ambulatorial da doença crônica, com o objetivo de fornecer ao paciente orientações sobre a doença e o uso dos medicamentos. Os remédios que compõem a rotina do tratamento integram a farmácia básica do SUS.

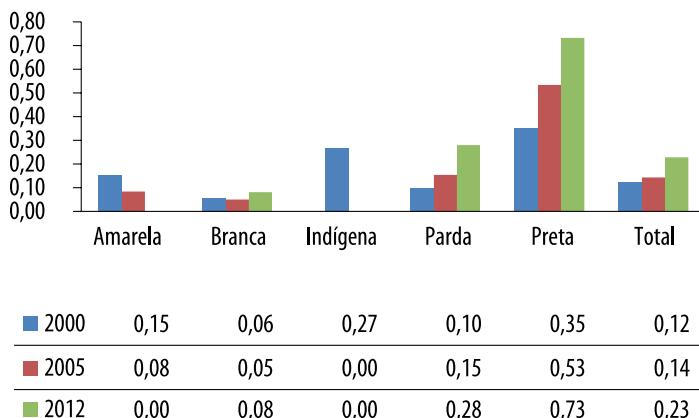
Você sabia?

O exame diagnóstico da doença falciforme é oferecido, no período neonatal, a toda população de recém-nascidos brasileiros pelo Sistema Único de Saúde – SUS, por meio do Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN. O diagnóstico tardio é feito por meio do exame de eletroforese de hemoglobina, já preconizado na Rede Cegonha, constando, inclusive, na Caderneta da Gestante (2014).



O diagnóstico precoce da doença falciforme é fundamental para o melhor prognóstico da doença. De 2000 para 2012, a taxa de mortalidade por esta doença dobrou no país, sendo praticamente influenciada pelas tendências das cor/raças pretas e pardas. Embora tenham sido notificados óbitos pela doença em todas as categorias, a cor/raça preta apresentou as maiores taxas de mortalidade e os maiores aumentos na década, atingindo o valor de 0,73 mortes por 100.000 habitantes em 2012.

Taxa padronizada de mortalidade (por 100.000 hab.) por doença falciforme segundo cor/raça. Brasil, 2000, 2005 e 2012



Fonte: CGIAE/SVS/MS.



Em 2005, foi instituída, por meio da Portaria/GM nº1391, a Política Nacional de Atenção à Doença Falciforme. Esta política foi uma resposta ao movimento de homens e mulheres negras no Brasil.

No ano de 2013, de um total de 2.370.692 recém-nascidos triados pelos Serviços de Referência em Triagem Neonatal (SRTN), 877 apresentaram a doença falciforme. Naquele ano, havia 19.508 postos de coleta cadastrados na rede de atenção básica e a cobertura do SUS era de 82,9% da população de recém-nascidos.

Os relatórios anuais dos SRTN dos estados reportaram maior incidência da doença em recém-nascidos no estado da Bahia, com 188 casos, enquanto no Amapá e no Piauí não foi notificado nenhum caso.

Para saber mais:

A Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes (FENAFAL) constitui uma grande rede nacional de controle social no âmbito da saúde e tem como missão: "Apoiar o fortalecimento e organização das associações locais, contribuindo com o fomento e estímulo à formulação de políticas públicas e sociais para a redução da morbimortalidade das pessoas com doença falciforme no Brasil". Acesse: <https://fenafal.wordpress.com>



DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

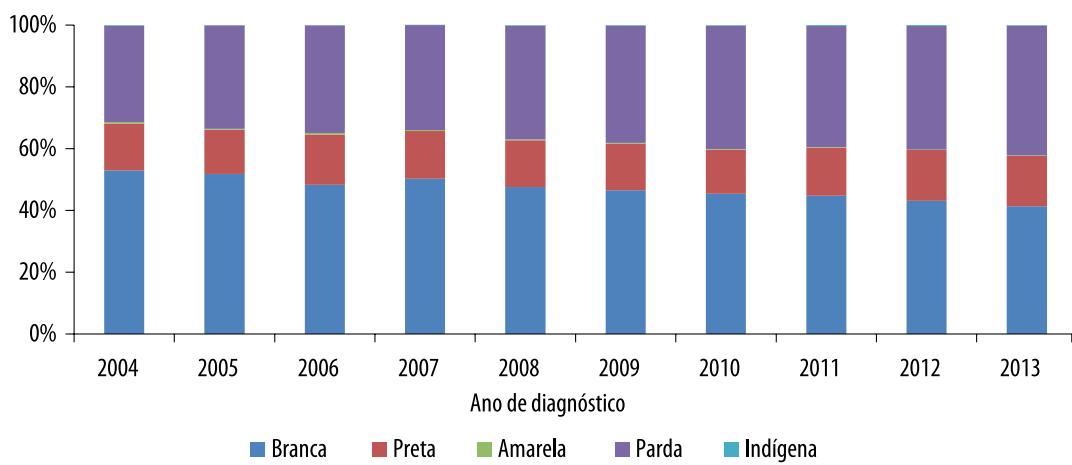


HIV/AIDS

O Boletim Epidemiológico HIV/AIDS de 2014 mostrou que a taxa de detecção de AIDS no Brasil tem apresentado estabilização nos últimos dez anos, com uma média de 20,5 casos para cada 100 mil habitantes. Considerando a distribuição proporcional dos casos de AIDS desde 2004 até 2013, observou-se que não existe diferença estatisticamente significativa nas proporções de brancos, amarelos, pardos e indígenas segundo sexo, exceto entre os pretos, nos quais a proporção de homens é inferior à das mulheres.

Em 2013, 9,7% dos casos de AIDS notificados entre homens no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) eram pretos, enquanto que entre as mulheres este percentual foi de 11,7%. Neste mesmo ano, as proporções entre as populações branca, amarela, parda e indígena, do total dos casos, foram de 44,5%, 0,4%, 44,3% e 0,3% respectivamente. Tem-se observado também um aumento significativo na proporção de casos entre os indivíduos autodeclarados como pardos e uma queda significativa na proporção de brancos.

Distribuição percentual dos casos de aids segundo raça/cor por ano de diagnóstico. Brasil, 2004 a 2013⁹



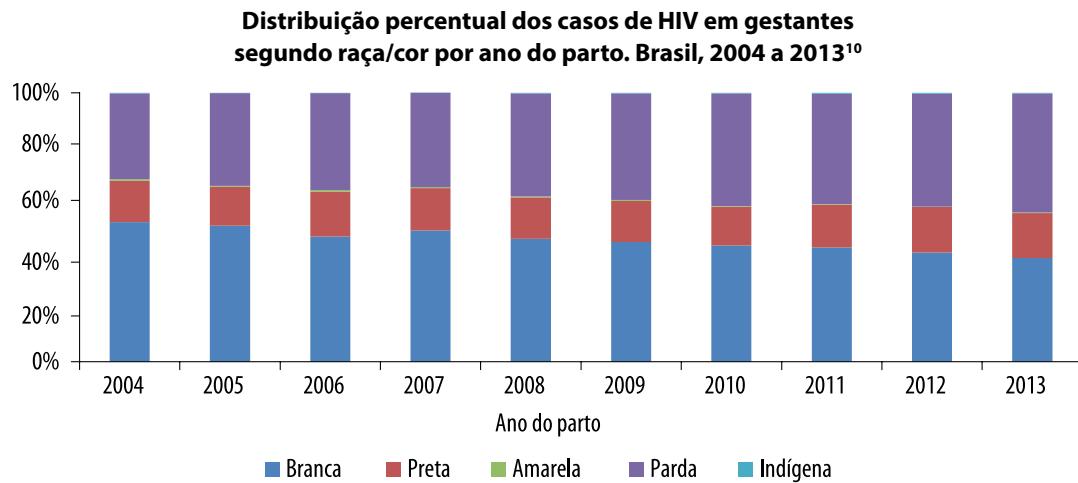
Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

⁹ Casos notificados no Sinan até 30/06/2014.



HIV em gestantes

No ano de 2013 foram notificadas 59,9% das gestantes esperadas com HIV no país, segundo a estimativa de HIV em parturientes. Em relação à variável raça/cor, há um predomínio da raça/cor parda com 43,5%, seguida da branca com 41,1%. As gestantes autodeclaradas pretas corresponderam a 14,4% do total.



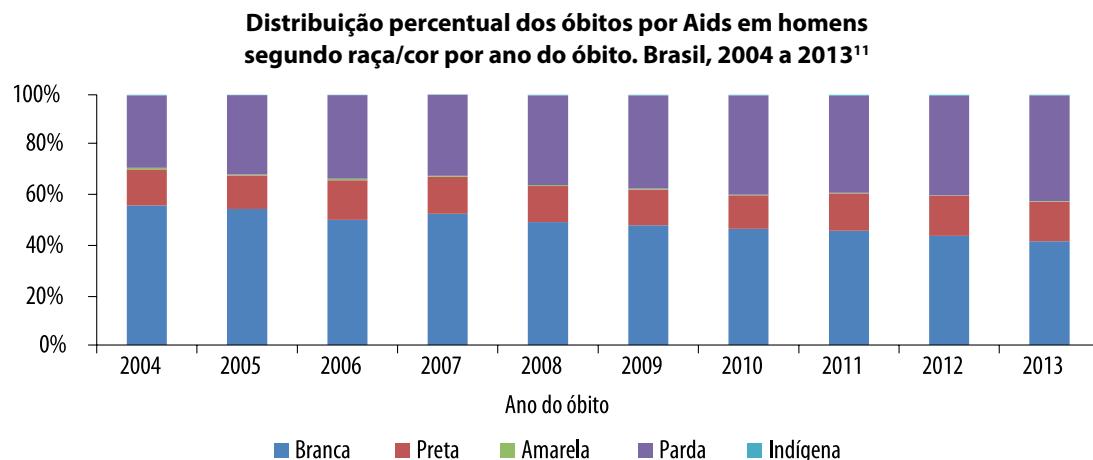
Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

¹⁰ Casos notificados no Sinan até 30/06/2014.

Taxa de mortalidade por Aids

O coeficiente de mortalidade padronizado no Brasil por Aids tem apresentado uma tendência de queda significativa nos últimos dez anos, passando de 6,1 óbitos por 100 mil habitantes em 2004 para 5,7 em 2013, representando uma queda de 6,6%. Comparando-se a distribuição proporcional dos óbitos por ano e sexo, observou-se que não existe diferença significativa segundo sexo entre as proporções de

brancos, amarelos, pardos e indígenas. Entre os pretos, essa diferença é significativa, mostrando que a proporção de óbitos entre as mulheres pretas é maior que a de homens. No último ano, 13,4% dos óbitos ocorreram entre homens pretos, enquanto que 16,2% foram verificados em mulheres pretas. As raças branca, amarela, parda e indígena tiveram respectivamente 43,7%, 0,2%, 41,5% e 0,2% do total de óbitos.

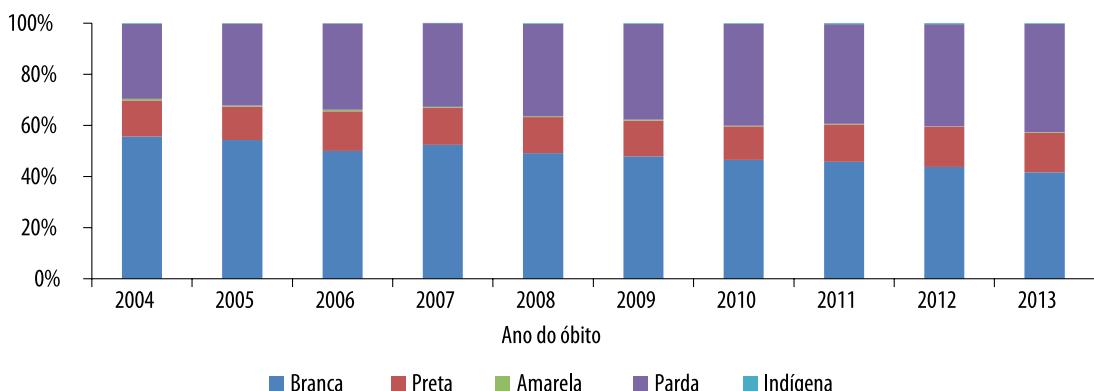


Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

¹¹ Casos registrados no SIM até 31/12/2013.



Distribuição percentual dos óbitos por Aids em mulheres segundo raça/cor por ano do óbito. Brasil, 2004 a 2013¹²



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. ¹² Casos registrados no SIM até 31/12/2013.

Para saber mais:

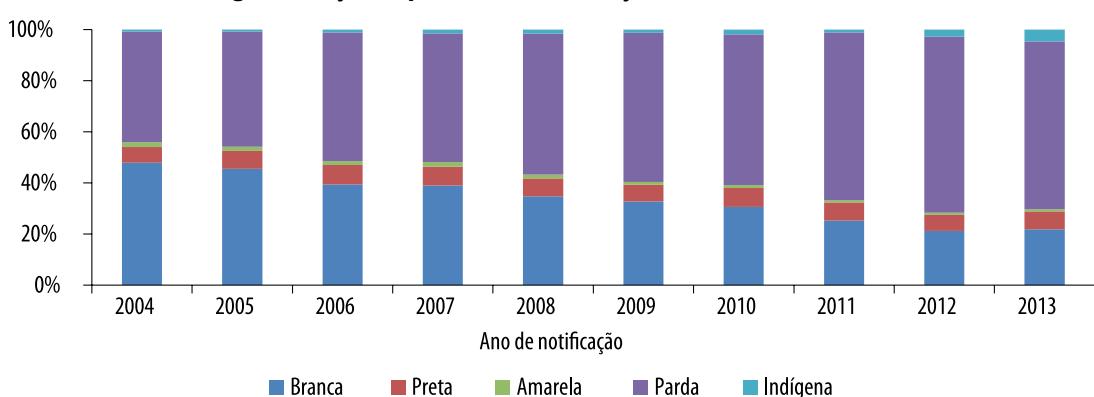
Acesse: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_1_pdf_60254.pdf

SÍFILIS EM GESTANTES

De acordo com os últimos dados do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, foi observado um aumento nas notificações da sífilis em gestantes, em relação ao ano anterior, variando entre 14,8% na Região Nordeste e 44,7% na Região Sul. Em 2013, foram notificados 21.382 casos no Brasil, dos quais 47,0% na Região Sudeste, 20,7% na Nordeste, 13,1% na Sul,

10,0% na Norte e 9,2% na Centro-Oeste. Quanto à variável raça/cor, observa-se que o percentual de mães brancas de crianças com sífilis congênita é bem menor do que o das gestantes em geral, sendo a raça/cor parda a maior. A distribuição percentual foi de pardas com 46,7%, brancas com 29,7% e de pretas com 12,2%. O percentual de raça/cor ignorado foi de 9,8%.

Distribuição percentual dos casos de sífilis em gestantes segundo raça/cor por ano de notificação. Brasil, 2005 a 2013¹³



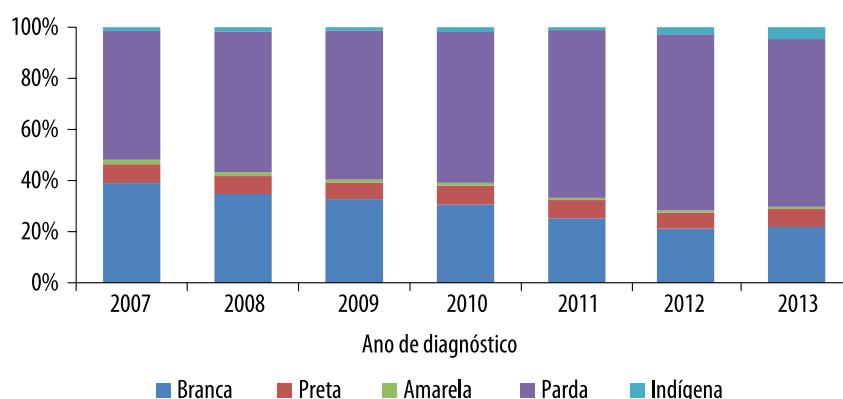
Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. ¹³ Casos notificados no Sinan até 30/06/2013.



Sífilis congênita

A incidência de sífilis congênita em 2013 no Brasil apresentou uma taxa de 4,7 casos por 1.000 nascidos vivos, sendo que a Região Nordeste apresentou a maior taxa, de 5,3, seguida da Sudeste, com 5,1. A menor taxa foi de 3,3 na Região Centro-Oeste. Nos últimos 10 anos houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita, passando de 1,7 por 1.000 nascidos vivos em 2004 para 4,7 em 2013. Em relação à raça/cor das mães das crianças com sífilis congênita, observou-se que a maioria é parda e preta. Em 2013, 54,5% das mães das crianças eram pardas, 24,3% brancas, 10,2% pretas, 0,4% amarelas e 0,3% indígenas. O percentual de ignorado foi de 10,2%.

Distribuição percentual dos casos de sífilis congênita segundo raça/cor da mãe por ano de diagnóstico. Brasil, 2007 a 2013¹⁴



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. ¹⁴ Casos notificados no Sinan até 30/06/2013.



HEPATITES VIRais

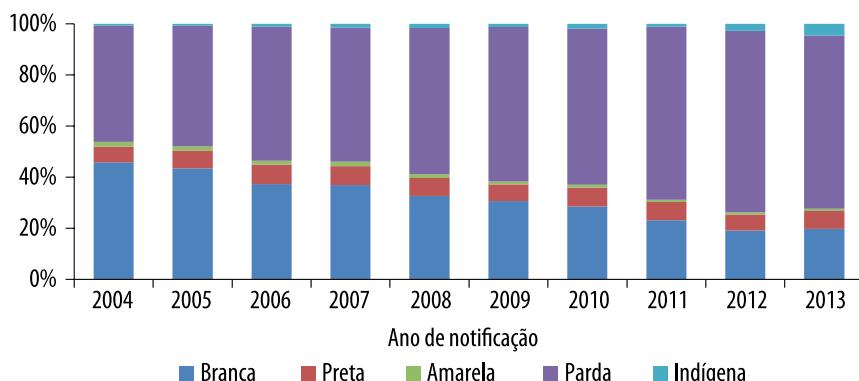
Dentre as Hepatites virais, se considerados os quesitos raça-cor, as de maiores incidências entre a população parda são as hepatites A e D. As demais acometem com maior intensidade a população branca.

Hepatite A

Os casos de hepatite A se concentram, em sua maioria, nas Regiões Norte e Nordeste do país, que representam juntos 55,8% de todos os casos confirmados no período de 1999 a 2013. No quesito raça/cor, verifica-se uma melhoria na qualidade da informação, passando os dados com informação ignorada de 94,5% em 1999 para 15,4% no último ano. Segundo os dados de 2013, os pardos concentram a maioria dos casos (64,6%), seguido dos brancos (25,0%), pretos (5,8%), indígenas (3,9%), e amarelos (0,8%).



Distribuição percentual dos casos de hepatite A segundo raça/cor por ano de notificação. Brasil, 2007 a 2013¹⁵

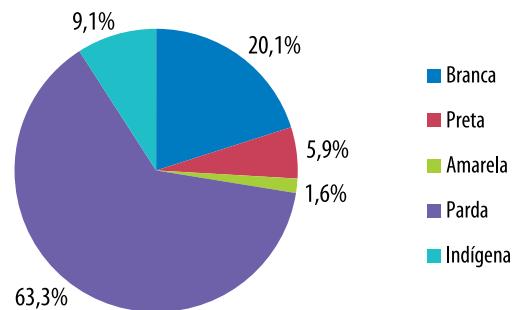


Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. ¹⁵ Casos notificados no Sinan até 31/12/2013.

Hepatite D

No período de 1999 a 2013 foram notificados 2,892 casos confirmados de hepatite D, sendo a maior ocorrência na Região Norte, onde concentra 77,0% dos casos notificados no período. No quesito raça/cor, a maioria encontra-se entre os pardos (63,3%), seguidos dos brancos (20,1%), indígenas (9,1%), pretos (5,9%) e amarelos (1,6%).

Distribuição percentual dos casos de hepatite D segundo raça/cor. Brasil, 1999 a 2013¹⁶



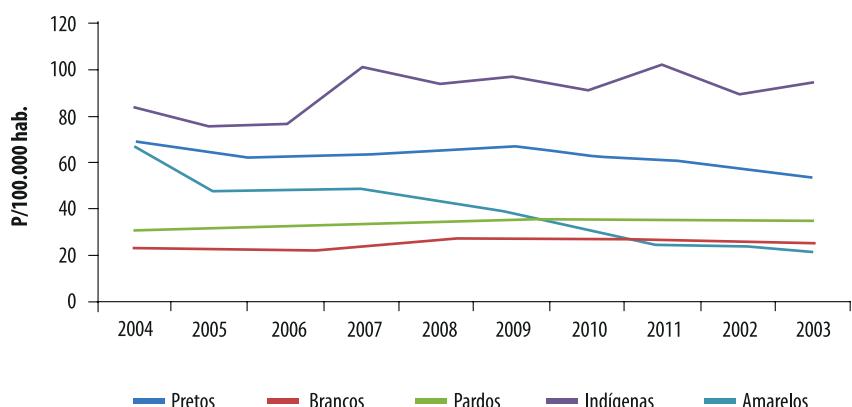
Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

¹⁶ Casos notificados no Sinan até 31/12/2013.

TUBERCULOSE

Em 2014, entre os novos casos de tuberculose no Brasil, 59% eram de pessoas de raça/cor negra (preta + parda), 32% branca, 1% amarela e 1% indígena.

Taxa de incidência de tuberculose (todas as formas) por 100.000 habitantes, de acordo com a raça/cor. Brasil, 2004 a 2013*



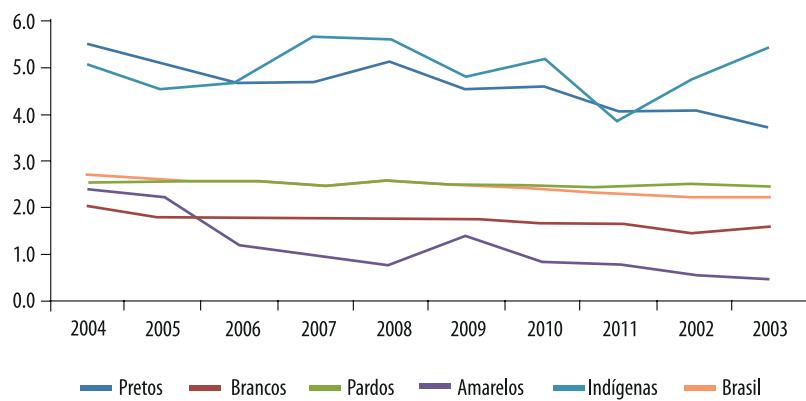
Fonte: Sinan - DEVIT/SVS/MS. *Dados provisórios, sujeitos à revisão.





O gráfico da incidência de tuberculose mostra que a raça cor indígena tem a maior taxa, seguida pelas raça/cor preta e parda, respectivamente, a partir de 2011.

Taxa de mortalidade por tuberculose (todas as formas) por 100.000 habitantes de acordo com a raça/cor. Brasil, 2004 a 2013*



Fonte: Sinan - DEVIT/SVS/MS. *Dados provisórios, sujeitos à revisão.

A maior taxa de mortalidade por tuberculose ocorre na população indígena, seguidas pelas taxas da população preta e parda.

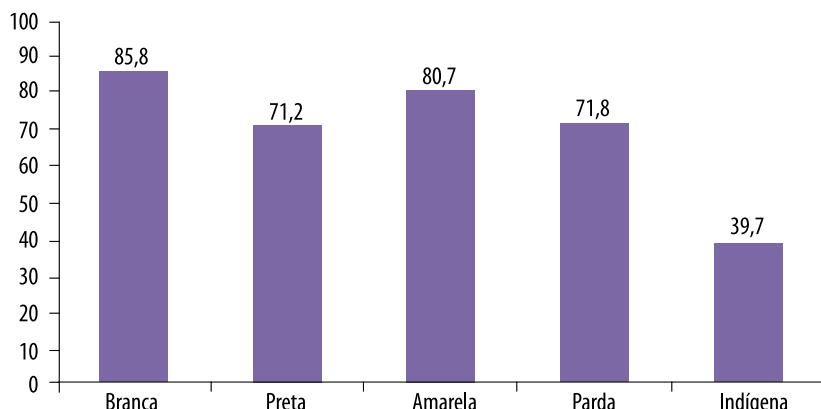
As condições desfavoráveis de habitação, de acesso aos serviços de saúde e a insegurança alimentar são alguns dos fatores que estão associadas à ocorrência de tuberculose.



SAÚDE DA MULHER NEGRA

Historicamente, a população negra apresenta indicadores sociais piores quando comparados aos da população branca. As mulheres negras são vítimas recorrentes do racismo e do sexism na sociedade, o que leva à dificuldade no acesso aos serviços de saúde do SUS.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher considera a diversidade de mulheres na sociedade brasileira e suas diferentes condições de saúde, além de reconhecer a importância do recorte étnico racial para análise dos indicadores e consequentemente avaliação da situação de saúde de grupos populacionais.



Fonte: Sinasc-CGIAE/SVS/MS. *Excluídos dados com raça/cor da mãe ignorada ou número de consultas ignorado.

Mortalidade materna

Ainda que o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 2005, tenha sido o espaço pioneiro a incluir o quesito raça/cor visando um acolhimento e atendimento qualificado para mulheres negras, a mortalidade materna dessas mulheres ainda não atingiu índices de redução consideráveis.

O perfil de causas prioritárias de mortalidade materna praticamente não mudou na última década: hiper-

tensão, infecção puerperal, aborto e hemorragia continuam como principais causas. As mulheres negras são as principais vítimas. De acordo com dados notificados no SIM, do total de 1.583 mortes maternas em 2012, 60% eram de mulheres negras e 34% de brancas. (MS/SVS/CGIAE).

É importante ressaltar que as mortes maternas notificadas no SIM apresentaram melhora no registro da variável raça/cor. Em

2000, das mulheres que morreram por alguma causa obstétrica, 16,6% teve sua cor/raça ignorada; este percentual caiu pela metade em 2005 e, finalmente, atingiu 4,5% em 2012.

A mortalidade materna ganha contornos ainda mais graves quando percebe-se que cerca de 90% dos óbitos poderiam ser evitados, muitos deles por ações dos serviços de saúde.

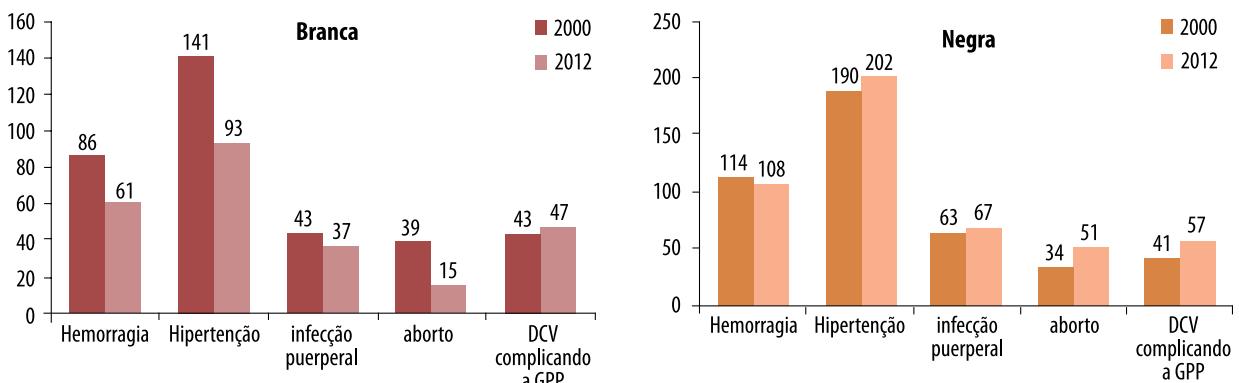




Você sabia?

A morte materna, de uma maneira geral, sinaliza violação dos direitos humanos e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, "a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença".

Número de mortes maternas, segundo principais causas e cor ou raça (branca e negra). Brasil, 2000 e 2012



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)-Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Ministério da Saúde (MS). *Nota: DCV (Doenças Cardiovasculares); GPP (Gestação, Parto e Puerpério).

No período considerado, houve redução do número de óbitos por todas as causas diretas, entre as mulheres de cor ou raça branca, com exceção dos óbitos obstétricos indiretos. Entre as mulheres negras, o registro de redução envolveu apenas os óbitos por hemorragia. Considerando a hipertensão e infecção puerperal, observa-se um acréscimo em torno de 6,5% dos óbitos entre 2000 e 2012. Já em relação ao aborto e DCV (doença cardiovascular), os dados apontam um acréscimo de aproximadamente 30% e 50%, respectivamente, de mortes de mulheres negras por estas duas causas maternas no período em foco. (BRASIL, 2014).

Para saber mais:

O Caso Alyne Pimentel

Alyne Silva Pimentel, mulher negra de 28 anos e moradora da Baixada Fluminense, faleceu em novembro de 2002, no sexto mês de gestação, vítima de negligência e precariedade da atenção prestada na rede de atenção obstétrica.

Em agosto de 2011, o Comitê pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Comitê CEDAW), das Nações Unidas, concluiu que o Estado brasileiro falhou em proteger os direitos humanos à vida, à saúde, à igualdade e não discriminação no acesso à saúde; e também ao não garantir à família de Alyne o acesso efetivo à Justiça. Foi o primeiro caso de morte materna julgado pelo Comitê CEDAW, que considerou ainda que Alyne Pimentel além de discriminação de gênero, sofreu discriminação por sua condição racial e socioeconômica. Como desdobramento, foram estabelecidas ações reparatórias e preventivas para cumprimento do Estado.

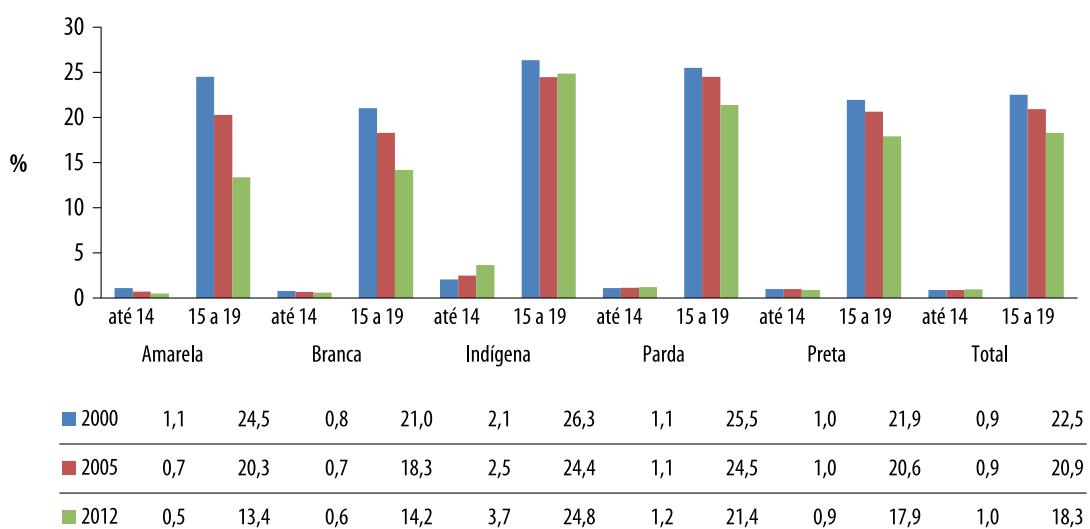




Parto em adolescentes

A proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (de 10 a 19 anos) diminuiu de 2000 a 2012, ocorrendo principalmente na faixa etária de 15 a 19 anos, já que o grupo mais jovem se manteve estável. O percentual de mães adolescentes de 15 a 19 anos diminuiu em todas as cor/raças, com exceção da indígena que manteve a proporção entre 2005 e 2012. No período, o percentual de partos em adolescentes foi superior na cor/raça parda e preta do que na amarela ou branca.

Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes por raça/cor. Brasil, 2000, 2005 e 2012



Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc, MS/SVS/CGIAE.



LINHA DO TEMPO

1995 - Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida 1996 – Introdução do quesito raça/cor em alguns formulários de saúde.



2001 - Lançamento do Manual de Doenças Mais Importantes por Razões Étnicas na População Brasileira Afrodescendente do Ministério da Saúde (MS).

2001 - Lançamento do Livro Saúde da População Negra, de Fátima de Oliveira, publicado pela Organização Pan-American da Saúde (OPAS).

2001 - III Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas.

2001 - Inclusão de doença falciforme e outras hemoglobinopatias no Programa Nacional de Triagem Neonatal. (Portaria nº 822/2001).

2006 - 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.

2006 - Campanha contra o Racismo Institucional no MS.

2006 - Movimento negro conquista pela primeira vez representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

2006 - Instituído, pelo movimento negro, o dia 27 de outubro como o Dia Nacional de Mobilização Pró-Saúde da População Negra.

2006 - Conselho Nacional de Saúde aprova, em 10 de novembro de 2006, por unanimidade, a instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra/PNSIPN.



2007 - Publicação da primeira versão da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em parceria do MS com a SEPPIR.



2003 - Criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), (Lei no. 10.678/2003), como órgão de assessoramento direto da Presidência da República.

2003 - 12ª Conferência Nacional de Saúde, com aprovação de mais de 70 deliberações sobre saúde da população negra.



2004 - I Seminário Nacional de Saúde da População Negra.

2004 - Criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra/CTSPN, (Portaria GM/MS nº 1.678/2004).

2004 - Inclusão da saúde da população negra no Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil.

2004 - Lançamento do Programa Integrado de Ações Afirmativas para Negros (Brasil Afroatitude), do então Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde.

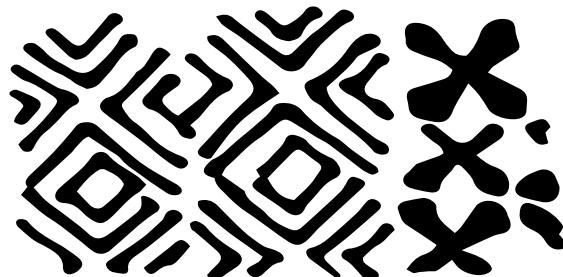


2005 - Instituição do Programa Nacional de Atenção integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (Portaria GM/MS nº 1018/2005).

2005 - Instituição no âmbito do SUS das diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Falciformes e Outras Hemoglobinopatias (Portaria GM/MS nº 1391/ 2005).

2005 - Inclusão no Ministério da Saúde da Ação 8215 – Atenção à Saúde das Populações Quilombolas no Programa Brasil Quilombola (PBQ).

2005 - Realização da I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial.



2008 - Criação da Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra do Conselho Nacional de Saúde.



2009 - Instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Portaria GM/MS nº 992/ 2009).



2010 - Publicação do Estatuto da Igualdade Racial, (Lei nº 12.288/ 2010).



2014 - Instituição do Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental, coordenado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

2014 - Publicação do II Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Resolução nº2 de 02 de setembro de 2014).

2014 - Lançamento da Campanha Nacional “Racismo faz mal à Saúde. Denuncie, ligue 136!”.



2011 - Protocolo de Intenções entre a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e Ministério da Saúde para adesão à Campanha Igualdade Racial É Pra Valer.



2013 - O Plano Operativo da PNSIPN ganhou “etiqueta” no E-car, sistema de monitoramento das ações do MS.



2012 - Realização do fórum: Enfrentando o Racismo Institucional no SUS. Parceria entre MS, UNAIDS, UNIFEM, UNICEF, SEPPIR e sociedade civil.

2012 - Lançamento do Plano Interministerial Juventude Viva para o enfrentamento à violência contra a juventude negra.

2012 - 20 de novembro: Mostra no Túnel do Ministério da Saúde – Igualdade Racial no SUS é pra Valer!



MORTALIDADE INFANTIL: DISTRIBUIÇÃO DE CAUSAS

Dos 39.123 óbitos infantis notificados em 2012, 45% foram de crianças negras e 41% de brancas; esta diferença é maior entre as mortes que ocorrem na primeira semana de vida, donde 47% são de crianças negras e 38% de brancas. (CGIAE/SVS)

No SIM, a faixa etária menor de 1 ano (infantil) melhorou significativamente seu registro de raça/cor, embora ainda mantenha patamar inadequado. O grupo de mortes infantis com raça/cor ignorada diminuiu de

30,0% em 2000 para 20,4% em 2005, e, finalmente, para 11,5% em 2012.

A análise por raça/cor indicou que, em 2012, as malformações congênitas seguidas pela prematuridade são as duas principais causas nas cor/raças branca, preta e amarela; na parda, ocorreu o inverso, mas com ligeira diferença percentual. Em terceiro lugar apareceram as infecções perinatais nas cor/raças branca, preta e parda, enquanto que, na amarela, as infecções da criança.

Mortalidade proporcional de causas de óbito infantil segundo cor /raça. Brasil, 2012

Causa de óbito infantil - 2012	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
Malformações congênitas	24,3	17,5	20,3	17,3	11,1	20,5
Prematuridade	16,2	16,9	12,5	17,9	6,5	17,3
Infecções perinatais	11,5	10,8	4,7	12,7	5,0	12,1
Asfixia/hipóxia	8,9	8,6	6,3	11,4	7,1	10,1
Fatores maternos	10,5	10,7	9,4	9,9	3,0	10,1
Infecções da criança	7,4	10,5	14,1	8,3	26,6	8,0
Causas mal definidas ou inespecíficas	5,1	5,6	9,4	7,5	13,6	6,4
Causas externas na criança	3,8	4,2	1,6	2,9	11,4	3,3
Afecções respiratórias perinatais	2,3	3,2	3,1	2,4	1,0	2,4
Desnutrição e anemias nutricionais	0,4	0,6	0,0	0,7	5,8	0,6

Fonte: SIM-CGIAE/SVS/MS.



NOTIFICAÇÃO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLENCIAS VIVA/SINAN 2012

É de amplo conhecimento o caráter complexo, polissêmico e controverso do fenômeno da violência. A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Portaria MS/GM nº 737/ 2001) reconhece que esse fenômeno se manifesta de diversas formas: agressão física, abuso sexual, violência psicológica, violência institucional, entre outras, e atinge os diversos grupos populacionais por diferentes tipos de violência com consequências distintas.

Os homens, particularmente os jovens e negros, sofrem mais violência que levam a óbito e, portanto, seu monitoramento é mais adequado por meio dos índices de mortalidade. Em outros segmentos, porém, sobretudo o de crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, as violências não resultam necessariamente em óbito ou internações, mas repercutem no perfil de morbidade.

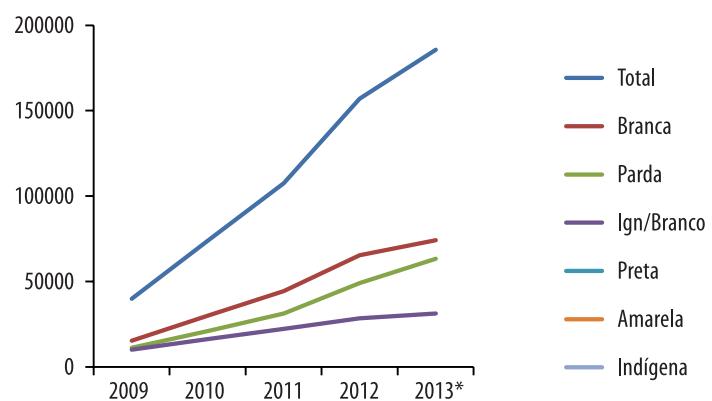
Você sabia?

O Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), constituído por dois componentes:

- a) Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva/Sinan) contra mulheres e homens de todas as idades. Nos casos de violências interpessoais e de violência urbana, excetuam-se homens adultos (com idade de 20 a 59 anos).*
- b) Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (Viva Inquérito).*

As notificações de violência doméstica, sexual e de outras violências tiveram aumento entre o período de 2009 (quando a notificação passou a ser registrada no SINAN) a 2013, passando de 39.976 notificações para 185.724 notificações. Esse aumento deve-se em parte à maior sensibilização dos gestores e profissionais de saúde para a notificação de violências e também à universalização da notificação de violências que ocorreu por meio da portaria nº 104/2011. Esse aumento também ocorre quando se desagrega as notificações por raça/cor (Figura 1).

Notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências por raça/cor, Brasil, 2009 – 2013*



Fonte: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA/SINAN)/SVS/MS).

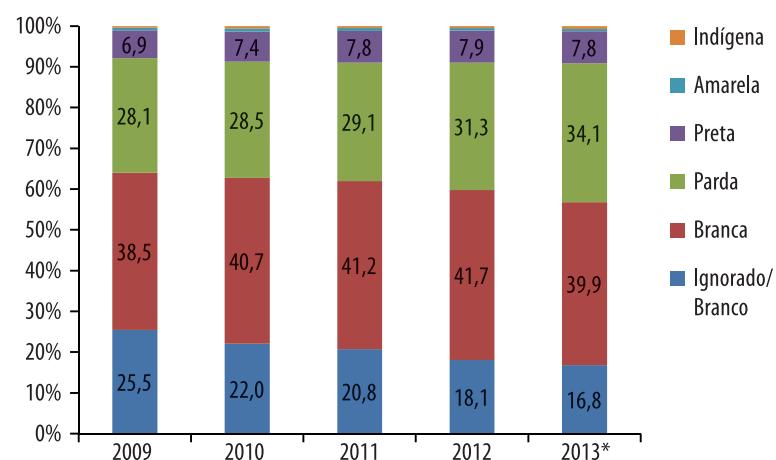
*Dados preliminares obtidos em 24/04/2013.

Obs.: as linhas correspondentes às raça/cor amarela e indígena estão sobrepostas.



A análise das notificações de violência registradas no VIVA/SINAN por raça/cor demonstram que a completude dessa variável melhorou nos últimos anos, passando de 25,5% de ignorado/em branco em 2009 para 16,8% em 2013 (Figura 2). Porém, ainda permanece um valor para ignorado/branco acima do valor ideal. Observa-se que conforme a completude da variável melhora, aumenta a proporção de notificações da população negra (preta mais parda). Em 2013, a maior parte das notificações foi de negros (pretos mais pardos) (41,9%), seguida das de brancos (39,9%).

Distribuição proporcional das notificações de violência por raça/cor, Brasil, 2009 a 2013*



Fonte: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA/SINAN)/SVS/MS.

* Dados preliminares obtidos em 24/04/2013.

MULHERES NEGRAS E VIOLENCIA

Um estudo descritivo dos dados de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra mulheres durante o ano de 2011, em unidades de saúde, calculou a “Razão de Prevalência das variáveis selecionadas por faixa etária (20 a 39 anos e 40 a 59 anos) e a análise segundo o tipo de violência praticada e concluiu que a raça/cor predominante é a parda/preta para a maioria das violências sofridas, exceto para violência psicológica, em que não houve diferença segundo raça/cor”.

Observou-se, por exemplo, que a violência física foi mais significativa entre as mulheres da raça/cor da pele amarela ou indígena ($RP=1,11$) e preta/parda ($RP=1,17$), tendo como referência as mulheres brancas. Quanto aos casos de violência sexual, quando observados contra mulheres de raça/cor da pele preta/parda a razão de prevalência foi igual a 1,26 em relação às mulheres brancas.

Ainda para a violência sob forma de tortura, houve maior prevalência em mulheres da raça/cor preta/ parda ($RP=1,23$), em relação às mulheres brancas.

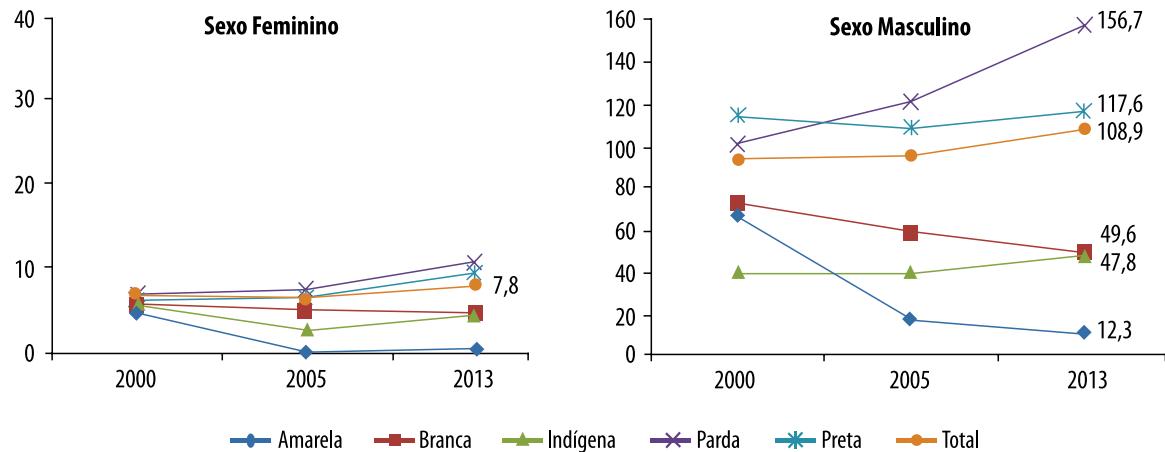
Fonte: PAIVA et al., 2013.

Disponível em: <http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>.

HOMICÍDIOS EM JOVENS

As causas externas têm adquirido grande importância no perfil da mortalidade na população jovem (de 15 a 29 anos), especialmente na masculina. Entre 2000 e 2012, houve um aumento das taxas brutas de mortalidade por homicídio em ambos os sexos, mais acentuado no período entre 2005 e 2012. O sexo masculino continuou apresentando taxas mais elevadas, mantendo o risco dez vezes maior que o sexo feminino. Destaca-se o notável aumento da taxa bruta na cor/raça parda, frente aos menores aumentos nas cor/raças preta e indígena. Em contraste, houve diminuição das taxas nas cor/raças branca e amarela.



Taxa bruta de homicídios na faixa etária de 15 a 29 anos por cor/raça e sexo. Brasil, 2000, 2005 e 2012

Fonte: MS/SVS/CGIAE.

**Número de óbitos e taxa específica por agressão, segundo raça/cor e idade de 15 a 29 anos. Brasil, 2000, 2005 e 2012¹⁷**

	Número de óbitos			Taxa específica por 100.000 hab.		
	2000	2005	2012	2000	2005	2012
Amarela	121	32	23	33,0	8,2	5,9
Branca	9.079	7.717	6.573	38,4	31,1	26,5
Indígena	48	48	61	23,5	21,9	27,8
Parda	11.771	14.567	19.076	55,7	64,9	84,1
Preta	2.284	2.261	2.437	64,7	60,7	65,4
Negra	14.055	16.828	21.513	57,0	64,3	81,5

Fonte: SIM-CGIAE/SVS/MS. *Negra: preta e parda.

¹⁷ O total da tabela considera os dados com informação ignorada de raça/cor em 2000, 2005 e 2012, que correspondem, respectivamente, a: 3.647; 3.240; e 3.458.

O número de óbitos e a taxa específica de óbitos por agressão (homicídios), de jovens negros de 15 a 29 anos, aumentaram consideravelmente nos últimos 12 anos. Em 2012, a taxa específica (por 100mil hab.) de homicídios de jovens negros foi mais de três vezes maior que a referida taxa de jovens brancos.

Segundo notificações do SIM 2012, das 21.513 vítimas de homicídios entre 15 a 29 anos notificadas, 71,5 % foram jovens negros. Se desconsiderarmos os casos com raça/cor não informada, essa porcentagem passa para 76,3%.

Faixa Etária	N Inf.	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total	Negra (preta + parda)
15 a 29 (n)	1902	6573	2437	23	19076	61	30072	21513
% na faixa de 15 a 29 anos	6,3	21,9	8,1	0,1	63,4	0,2	100,0	71,5
Total (todas as faixas etárias)	3458	14350	4406	73	33850	200	56337	38256

Fonte: SIM-CGIAE/SVS/MS.

Em 2012, foram notificados 152.013 óbitos por causas externas, dos quais 55.291 (36%) ocorreram entre jovens de 15 a 29 anos. Nesta faixa etária, 49.555 (90%) de sexo masculino e 32.632 (59%) de cor/raça negra.

Entre os jovens negros de 15 a 29 anos, as causas externas mais frequentes foram:

- Agressões - 62% (20.204 óbitos);
- Acidentes de transporte - 22% (7.201 óbitos);
- Suicídio - 4% (1.254 óbitos).



A juventude negra também é maioria no número de óbitos por acidente de transporte terrestre, conforme tabela abaixo:

Número de óbitos e taxa específica de mortalidade por Acidente de transporte terrestre (ATT), segundo raça/cor e idade de 15 a 29 anos. Brasil, 2000, 2005 e 2012¹⁸

	Número de óbitos			Taxa específica por 100.000 hab.		
	2000	2005	2012	2000	2005	2012
Amarela	53	31	27	14,4	8,0	6,9
Branca	5.020	6.408	6.238	21,2	25,8	25,1
Indígena	17	22	38	8,3	10,0	17,3
Parda	3.075	4.703	7.374	14,5	20,9	32,5
Preta	406	543	752	11,5	14,6	20,2
Negra	3.481	5.246	8.126	14,1	20,0	30,8

Fonte: SIM-CGIAE/SVS/MS. *Negra: preta e parda.

¹⁸ O total da tabela considera os dados com informação ignorada de raça/cor em 2000, 2005 e 2012, que correspondem, respectivamente, a: 2.952; 2.190; e 1.800.



PROGRAMAS DE INCLUSÃO DA JUVENTUDE NEGRA

Em contrapartida aos altos índices de violência, há evidências que apontam para a potencialidade de diversos movimentos voltados à juventude negra, tais como as redes e organizações. O diálogo com o poder público também tem avançado nos últimos anos. Esse cenário sinaliza a possibilidade efetiva de construção de um novo papel para a juventude negra. De modo participativo e proativo, é necessária a criação de um novo panorama social para e por essa juventude, valorizando as diferenças, as suas manifestações culturais e promovendo a mobilização em prol da superação das desigualdades e fortalecimento da identidade étnica e da autoestima dessa juventude.

PLANO JUVENTUDE VIVA

O Plano Juventude Viva busca o enfrentamento da violência contra a juventude negra. O Plano é coordenado pela Secretaria Geral da Presidência da República, por meio da Secretaria Nacional de Juventude - SNJ e da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR.

As ações do Plano Juventude Viva visam a ampliação dos direitos da juventude, a desconstrução da cultura de violência, a transformação de territórios atingidos por altos índices de homicídios e o enfrentamento ao racismo institucional, com sensibilização de agentes públicos para o problema. Estas ações para o enfrentamento da violência contra a juventude negra foram pactuadas entre onze ministérios. Para a implementação do Plano, foram selecionados 142 municípios brasileiros que concentravam 70% dos homicídios de jovens negros com idade de 15 a 29 anos em 2010.

Você sabia?

Existem duas modalidades de implementação do Plano Juventude Viva no Município:

Adesão Pactuada, cuja implementação é coordenada pelo governo federal, em parceria com os governos municipais e estaduais. Nesta modalidade enquadram-se os estados e municípios que são convidados a aderir ao Plano.

Adesão Voluntária, que pode ser realizada por qualquer município a qualquer tempo, desde que esteja comprometido com a agenda de enfrentamento à violência contra a juventude negra e siga os passos descritos para validação da adesão. A Coordenação Nacional do Plano já recebeu mais de 140 pedidos de adesões voluntárias de municípios.



PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

O PSE tem dentre suas ações, no componente II de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos, a “Promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos”, que visa atuar na educação para uma sociedade solidária, onde o respeito aos direitos humanos e à diversidade se torne concreto na vida de cada cidadão, e que a vida possa ser vivida sem violência.

Seu objetivo geral é promover a igualdade racial na escola, de modo a enfrentar o racismo institucional nos setores envolvidos no PSE, a saber: saúde e educação. Neste contexto, o programa articula-se com o Plano de Enfrentamento à Violência Contra a Juventude Negra - Juventude Viva.

Dentre as pactuações firmadas entre os ministérios e a Secretaria Nacional de Juventude (SNJ) estão:

- Realização de visita técnica aos estados prioritários para verificação da linha de ação do PSE;
- Oferta de Curso à Distância para profissionais de saúde da rede de Atenção Básica e professores da rede básica de educação sobre o enfrentamento à violência;
- Formação do PSE sobre a temática étnico/racial na abordagem escolar, com profissionais dos setores de saúde e educação que atuam no Programa.

Você sabia?

O Relatório¹⁹ de Vulnerabilidade Juvenil, encamendado pela Unesco e pela Secretaria-Geral da Presidência da República ao Fórum Brasileiro de Segurança Pública, apresenta um Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência e Desigualdade, que em seu cálculo considera também o risco relativo de jovens negros e brancos serem vítimas de homicídios. O estudo aponta que “embora em graus diferentes, em todos os estados haveria redução da vulnerabilidade juvenil à violência se a desigualdade racial não existisse [...] um fator central da agenda de inclusão social e de um novo modelo de desenvolvimento brasileiro deve ser o da redução das desigualdades raciais, até como instrumento de prevenção das absurdas taxas de mortes violentas no país”. Disponível em: <http://juventude.gov.br/articles/participatorio/0009/3232/indice-vulnerabilidade-juvenil.pdf> (versão preliminar).

¹⁹ O referido estudo foi feito com adolescentes e jovens de 12 a 29 anos, e utilizou a categoria “negros”, como formada pelas categorias “pretos” e “pardos”; e a categoria “brancos” formada por “brancos” e “amarelos”; esta última diferente da categorização do IBGE utilizada neste Painel.



SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A comparação das pirâmides etárias referentes aos anos de 2000 e 2010, segmentadas por raça/cor, mostra que, para os três principais grupos, houve estreitamento da base da pirâmide, resultado da diminuição da fecundidade. Dados do Censo 2010 indicam que os pretos e pardos estão em maior proporção no grupo de pessoas abaixo de 40 anos; já os brancos têm maior proporção entre os idosos – maiores de 65 anos e, principalmente, maiores de 80 anos de idade – o que provavelmente está ligado às diferenças de condições de vida e acesso a serviços e cuidados de saúde, bem como à participação desigual na distribuição de renda.

Nas últimas décadas no Brasil, o crescimento da população idosa tem se mantido em níveis sempre superiores aos dos outros grupos etários, caracterizando um processo de envelhecimento populacional em que o quantitativo de idosos no total da população vem aumentando gradativamente, processo que caracteriza a transição demográfica.



Distribuição percentual das pessoas de 65 anos ou mais de idade, por situação de domicílio, sexo e cor ou raça, segundo Grandes Regiões – 2012

Grandes Regiões	Distribuição percentual das pessoas de 65 anos ou mais de idade (%)						
	Situação do domicílio		Sexo		Raça/cor		
	Urbana	Rural	Homem	Mulher	Branca	Preta	Parda
Brasil	84,3	15,7	43,4	56,6	55,3	8	35,5
Norte	75,7	24,3	48,9	51,1	25,6	8,5	64,8
Nordeste	71,9	28,1	43,9	56,1	33,7	10,1	55,8
Sudeste	93	7	42,2	57,8	63,3	8,5	26,7
Sul	81,7	18,3	43,2	56,8	82,2	3,3	13,2
Centro-oeste	87,5	12,5	46,2	53,8	47,1	6,9	44,8

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2012.



Pelo perfil da PNAD 2012, nota-se que a população negra é 43,5% da população de idosos acima de 65 anos, enquanto a branca é 55,3%. O crescimento da população idosa resulta, dentre outros fatores, da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços de saúde preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, aumento da escolaridade e da renda, entre outros determinantes. **O fato de a população idosa brasileira ter uma maior porcentagem de brancos, contrariando o percentual da população geral, evidencia mais uma condição de iniquidade na saúde da população negra.**

Você sabia?

A Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (Ministério da Saúde) oferta ações estratégicas de capacitação para profissionais do SUS na área do envelhecimento. Em todos os conteúdos e materiais didáticos dos cursos, o recorte raça/cor é contemplado. Outra política institucional foi instituída pelo decreto presidencial nº 8.114/2013 sobre o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo, cujo objetivo é conjugar esforços da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios, em colaboração com a sociedade civil, para valorização, promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa. Para o cumprimento desse compromisso, foi constituída uma Comissão Intersetorial, composta por representantes de 17 políticas sociais, inclusive da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República.

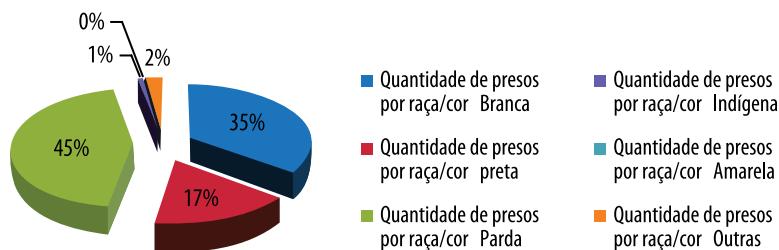


SAÚDE DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE

A população carcerária brasileira é em sua maior parte negra, jovem e masculina. Além do aumento substantivo da população penitenciária no Brasil, nota-se que o crescimento da população negra (devido ao

estrato pardo) foi o maior. Segundo dados do Sistema de Informações Penitenciárias (InfoPen), estima-se que mais de 60% do contingente de presos seja negro.

População privada de liberdade por raça/cor, Brasil 2013



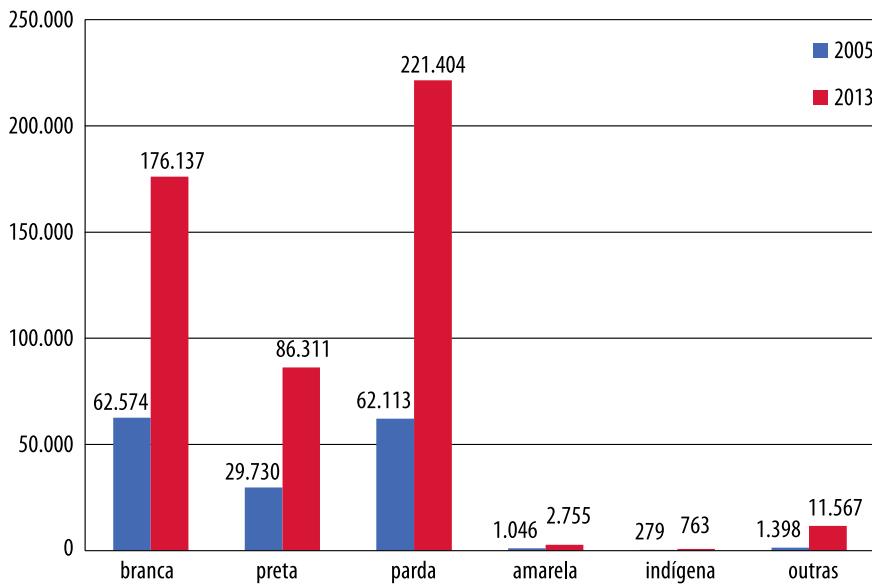
Fonte: InfoPen*/DEPEN/MJ.

* A categorização de raça/cor utilizada pelo InfoPen foi adaptada ao padrão do IBGE.

** A categoria "Outras" refere-se aos que não foram classificados conforme as variáveis do IBGE.

*** Valor automático de correção de itens inconsistentes - Diferença com relação à população carcerária do Estado, não considerado.

População privada de liberdade por raça/cor, Brasil, 2005 e 2013



A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) foi instituída pela Portaria Interministerial N°1, de 2 de janeiro de 2014, com o objetivo de promover a inclusão efetiva desse grupo ao SUS, cumprindo os princípios de universalidade e de qualidade com equidade.

Fonte: InfoPen*/DEPEN/MJ.

* A categorização de raça/cor utilizada pelo InfoPen adaptada para o padrão do IBGE;

** A categoria "Outras" refere-se aos que não foram classificados conforme as variáveis do IBGE;

***Valor automático de correção de itens inconsistentes - Diferença com relação à população carcerária do Estado, não considerado.



COMUNIDADES QUILOMBOLAS E COMUNIDADES DE TERREIROS

QUILOMBOLAS

Quilombolas são grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida. (Decreto nº 4.887/2003)

As Comunidades Quilombolas são grupos sociais e tradicionais negros que resistiram ao regime escravista, formando territórios independentes, onde o resgate de sua humanidade e cultura e o trabalho comum constituíram a marca de autonomia, resistência e oposição ao regime de trabalho

escravo. Daí a importância do reconhecimento territorial dessas comunidades para a promoção da saúde, considerando o conceito ampliado de saúde enquanto “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Segundo dados da Fundação Cultural Palmares de 2015, 2.474 Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQ) são certificadas pela fundação. A certificação é uma das etapas iniciais do processo de titulação da terra quilombola. Na atualidade, existem 171 títulos

emitidos, 218 comunidades e 13.087 famílias quilombolas. (Fonte: www.inca.gov.br – acesso em abril de 2015)

A Constituição Federal de 1988 reconhece a legitimidade do domínio desses grupos étnicos sobre as terras em que moram e trabalham. Em seus artigos 215 e 216, garante o direito à manutenção da cultura de diferentes grupos formadores da sociedade brasileira, além de proteger sua manifestação cultural e considerar patrimônio cultural brasileiro os bens de natureza material e imaterial desses grupos.

Você sabia?

Assegurar o acesso ao território, em sua dimensão simbólica, significa reconhecer que no território estão impressos os acontecimentos ou fatos históricos que mantêm viva a memória do grupo.



Dentre as conquistas políticas dos povos e comunidades tradicionais, destaca-se a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), promulgada pelo Decreto 5.051/2004, que garante a obrigatoriedade de consulta a estes povos quando forem previstas medidas legislativas ou administrativas que os afetem, assegurando, desta forma, sua participação nos processos decisórios.

A Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais - PNCT (Decreto 6040/2007) também busca garantir o direito da população quilombola, promovendo o seu desenvolvimento sustentável. Acesse a Política em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm.





Fique sabendo:

Parteiras Tradicionais são reconhecidas pelo Ministério da Saúde

As parteiras indígenas e quilombolas são reconhecidas como parteiras tradicionais, respeitando-se as suas especificidades étnicas e culturais. Parteira tradicional é definida pelo Ministério da Saúde como aquela que presta assistência ao parto domiciliar, tendo como base saberes e práticas tradicionais, e é reconhecida pela comunidade. As práticas das parteiras tradicionais estão relacionadas à humanização dos partos e nascimentos e buscam promover a autonomia da mulher ao mesmo tempo em que manifestam o cuidado e a solidariedade mútua. No Brasil, as parteiras tradicionais estão presentes principalmente nas áreas rurais, ribeirinhas, em locais de difícil acesso, entre as populações tradicionais (indígenas, quilombola) e populações excluídas socialmente.

O Programa Brasil Quilombola

O Programa Brasil Quilombola – PBQ (Decreto 6261/2007) tem o objetivo de consolidar políticas públicas específicas para as comunidades quilombolas.

O Programa atua em quatro eixos: Acesso à Terra; Infraestrutura e Qualidade de Vida; Inclusão Produtiva e Desenvolvimento Local; Direitos e Cidadania.

As ações de saúde estão previstas no eixo 2, que se refere à qualidade de vida, e objetiva a construção de equipamentos sociais destinados a atender as demandas, notadamente as de saúde, educação e assistência social. (fonte: SEPPIR). O Ministério da Saúde é um dos 11 ministérios que compõe o Comitê Gestor do Programa Brasil Quilombola.

Para saber mais:

Acesse os painéis de monitoramento do PBQ: <http://monitoramento.seppir.gov.br>.

COMUNIDADES DE TERREIROS

Uma das expressões mais corriqueiras do racismo no Brasil é o preconceito relacionado aos espaços de culto às religiosidades de matrizes africanas e afrobrasileiras. Historicamente, as práticas religiosas e culturais brasileiras

(indígenas e negras) sofreram perseguições e imposições do Estado, que ora proibia suas práticas, ora impunha sanções que tornavam cada vez mais difícil a organização das comunidades negras.

Os espaços de prática das religiões de matriz africana, para além do exercício da religiosidade e da tradição, são considerados redes de cuidado e assistência desenvolvidos no interior das comunidades. Estes espaços são



também instrumentos de preservação das tradições ancestrais africanas, de luta contra o preconceito e de combate à desigualdade social. Segundo o Censo do IBGE de 2010, a maior representatividade da raça/cor preta foi verificada na umbanda e candomblé (21,1%).

Cabe ainda destacar que os terreiros, em sua maioria, estão localizados em áreas de vulnerabilidade social e caracterizam-se como espaços de solidariedade, acolhimento e promoção de ações sociais para toda a população que vive em seu entorno. Entre as suas características, destaca-se o protagonismo no acolhimento cuidadoso. A ausência de discriminação racial, socioeconômica e/ou de orientação sexual nos terreiros tem sido fundamental para a promoção da saúde, que somada ao uso dos fitoterápicos se constitui em um modelo exitoso no processo de cuidado em saúde e doença. Em toda comunidade há uma horta ou um local onde se praticam as curas tradicionais.

A PNSIPN tem entre suas diretrizes gerais a “Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas”. Aliadas a ela, estão a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006), que se caracterizam como instrumentos importantes na valorização dos conhecimentos tradicionais.

A PNPIC recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares. A utilização de fitoterápicos por comunidades quilombolas e de religiões de matrizes africanas é uma prática tradicional e muito comum, que contribui para o cuidado em saúde em uma perspectiva integral.

Para saber mais:

Para entender como a Saúde é vista e tratada nos Terreiros, assista ao vídeo “O cuidar nos terreiros”, disponível em: https://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=oMDGTHQe9Ao.



Você sabia?

O Ministério da Saúde participa do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) do Plano Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais de Matriz Africana. Acesso o Plano no site: (<http://www.seppir.gov.br/arquivos-pdf/plano-nacional-de-desenvolvimento-sustentavel-dos-povos-e-comunidades-tradicionais-de-matriz-africana.pdf>).



OUVIDORIA DO SUS

A Ouvidoria do SUS é um canal democrático de estímulo à participação social, disseminação de informações em saúde e mediação entre o cidadão e os gestores do SUS para suprir e satisfazer as necessidades do usuário. Após colhidas demandas, informações e/ou queixas via telefone 136, o Ministério da Saúde é capaz de organizar as manifestações colhidas que retratam

o serviço público, elabora relatórios gerenciais ou temáticos e direciona-os para gestores e organismos de controle social. Esta ação permite que a sociedade participe no processo de melhorias do SUS. Disque 136, faça a sua parte!

Estão apresentados abaixo dados colhidos por meio da Ouvidoria, de acordo com o quesito raça-cor.

PERFIL DO USUÁRIO

*A classificação de raça/cor utilizada pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES) é a mesma do IBGE: amarelo, branco, indígena e negro, (pardo e/ou preto).

Quantitativo de cidadãos que ligaram para o Disque Saúde 136, categorizado por raça/cor e sexo

Sexo	Amarela, Branca e Indígena	Parda	Preta	Total Geral
Feminino	37.045	29.856	8.007	74.908
Masculino	18.600	16.901	3.909	39.410
Total	55.645	46.757	11.916	114.318

Fonte: DOGES/SGEP/MS.

Você sabia?

As manifestações protocoladas representam as demandas que são registradas na Ouvidoria para as quais é gerado um número de protocolo para o acompanhamento do seu trâmite até sua finalização. Tais manifestações são categorizadas e encaminhadas para instâncias governamentais, nas três esferas de governo, responsáveis pelo fornecimento da resposta de acordo com as providências cabíveis.



Dez manifestações mais comuns protocoladas pelo DOGES, provenientes de todo o Brasil – Total Geral – e registradas por cidadãos que se declararam negros, divididas por assunto

Assunto	Total Geral	Total Pop. Negra
Gestão	2.888	274
Assistência à Saúde	2.641	297
Assistência Farmacêutica	1.567	123
Carta SUS	919	76
Programa Farmácia Popular do Brasil sistema de co-pagamento	625	24
Estratégia de Saúde da Família	278	45
Transporte	200	20
Produtos para Saúde/ Correlatos	199	10
Vigilância em Saúde	149	15
Financeiro	141	13

Fonte: DOGES/SGEP/MS.

A disseminação de informações realizada pela Ouvidoria representa todas as informações fornecidas ao cidadão sobre questões de saúde e do SUS.

Dez informações mais comuns disseminadas pelo DOGES, provenientes de todo o Brasil – Total Geral – e registradas por cidadãos que se declararam negros, divididas por assunto

Tema	Total Geral	Total Pop. Negra
Tabagismo	33.239	3.742
Programa Farmácia Popular do Brasil	9.118	463
DST	7.355	553
PROVAB	4.419	170
AIDS	3.877	277
Legislação	3.106	225
Vacinas	2.656	169
Saúde da Mulher	2.315	215
Gripe e Resfriado	2.268	151
Assistência Farmacêutica	2.025	143

Fonte: DOGES/SGEP/MS.



EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) dialoga com um conjunto de políticas voltadas à promoção da equidade no SUS, todas sob a coordenação do Departamento de Apoio à Gestão Participativa do Ministério da Saúde. Para o fortalecimento dessas políticas, a educação popular em saúde tem sido fundamental como um espaço de inclusão da sociedade no debate sobre o direito à saúde no Brasil.

A participação social no processo de formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde é um princípio garantido pela Lei nº 8142/90. Os espaços instituídos por lei

são os Conselhos e Conferências de Saúde. Ambos integram as três esferas de governo - federal, estadual e municipal - e são também conhecidos como locais do controle social.

No âmbito da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP) existem instâncias colegiadas de diálogo permanente entre o Governo e a Sociedade Civil, que são os comitês, mais precisamente o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde e os Comitês de Políticas de Promoção da Equidade. Neste último é que se insere o Comitê Técnico da Saúde Integral da População Negra.

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS) compreende o cuidado em saúde numa perspectiva integral do ser humano, sendo a religiosidade, ancestralidade e cultura construídas na relação com a natureza e seu contexto social entendidas como elementos fundantes. Os valores e princípios presentes nas práticas populares de cuidado contribuem significativamente para a promoção da autonomia do cidadão no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos, autor de seus projetos de saúde e modos de andar a vida. As práticas de cuidado que acontecem nos terreiros de religiões de matriz africana são exemplos.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS E TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT)

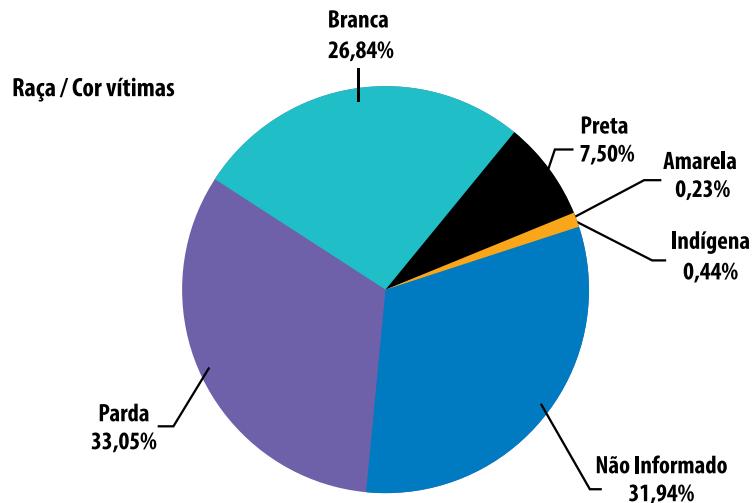


A Portaria nº 2836/2011 institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) no âmbito do SUS, com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

Um dado importante na caracterização sociodemográfica da população LGBT é a raça/cor autodeclarada. Como informa o gráfico a seguir, negros (pretos e pardos) totalizam 40,55% das vítimas de violência homofóbica; seguidos por brancos, com 26,84%. Proporcionalmente, os números correspondem aos de 2011, quando a população negra somou 52,1% das vítimas nos dados do poder público, também seguida pela branca (44,5%).



Relatório da Violência Homofóbica no Brasil/SDH, 2011



Fonte: SDH/PR.

Para saber mais:

Acesse: <http://www.rcdh.ufes.br/sites/default/files/RELATORIO%20VIOLENCIA%20HOMOFOBICA%20ANO%202012.pdf>.

SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

De acordo com os resultados da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, esse segmento populacional se caracteriza predominantemente por homens (82%), sendo a proporção de negros (67%) maior do que a observada no conjunto da população brasileira. (MDS, 2008)

A população em situação de rua é um “grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular”. (Política Nacional para a População em Situação de Rua - Decreto 7053/2009)

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 940/2011, dispensa a pessoa em situação de rua da exigência de apresentar comprovante de endereço quando do cadastramento do Cartão Nacional de Saúde.

Fique sabendo:

A Portaria nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009, institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua, que se configura como um espaço de formulação e pactuação de ações de fortalecimento dos movimentos, assim como a busca de alternativas para a implementação das políticas de saúde que venham a atender às demandas dessa população.



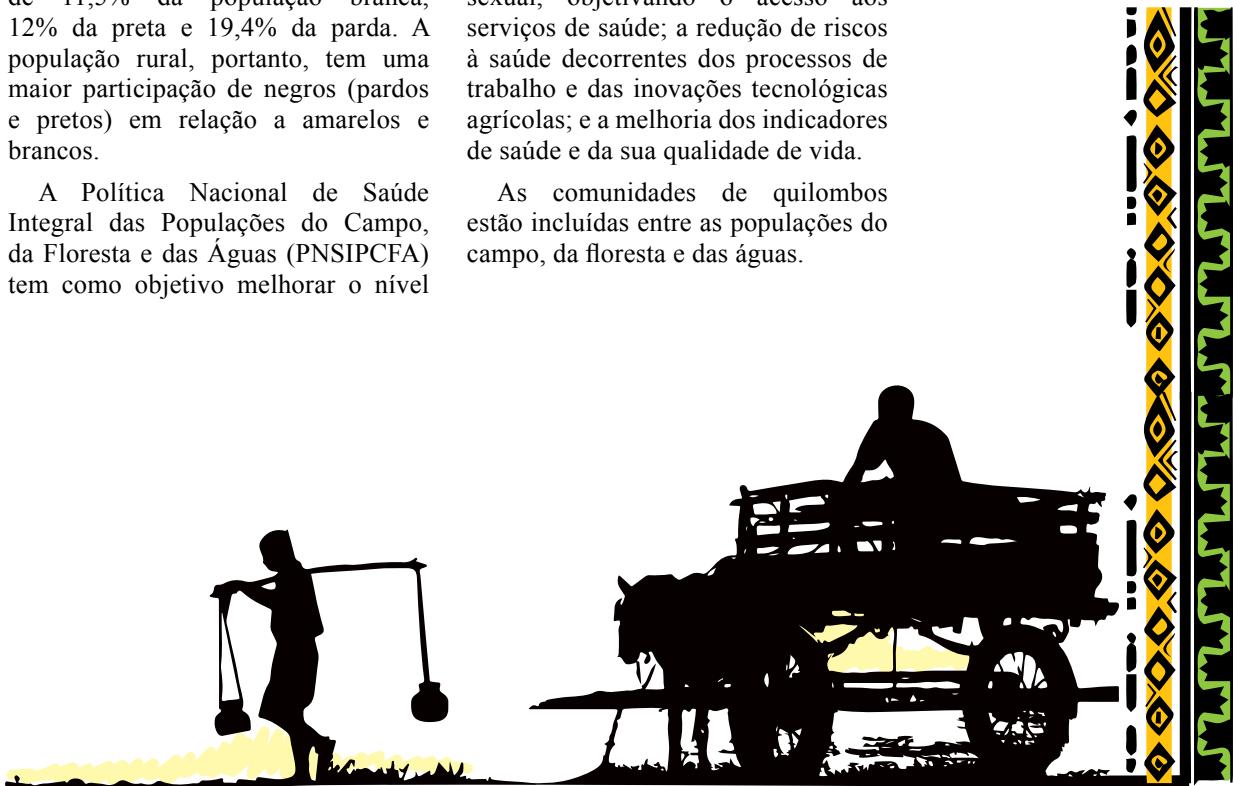
POPULAÇÃO DO CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS

A proporção da população brasileira rural negra (preta e parda) é maior que a não negra. Segundo dados do IPEA (2012), enquanto 6% da população amarela é rural, temos a porcentagem de 11,5% da população branca, 12% da preta e 19,4% da parda. A população rural, portanto, tem uma maior participação de negros (pardos e pretos) em relação a amarelos e brancos.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) tem como objetivo melhorar o nível

de saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual, objetivando o acesso aos serviços de saúde; a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida.

As comunidades de quilombos estão incluídas entre as populações do campo, da floresta e das águas.



Você sabia?

Desde a criação do Grupo da Terra, instituído por meio da Portaria MS/GM nº 2.460/2005, o Ministério da Saúde vem trabalhando para atender as necessidades de atenção à saúde dessas populações. O Grupo da Terra teve como objetivo inicial elaborar a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Entre as instituições da sociedade civil que o compõem, está a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ).



DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA/PNSIPN

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN é um importante instrumento para promoção de equidade em saúde no SUS, coerente aos preceitos constitucionais do direito universal e igualitário à saúde, e da promoção do “bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988). No entanto, a despeito dos avanços alcançados, a implementação da Política possui alguns desafios.

Um dos maiores impeditivos à implementação da PNSIPN é o racismo institucional, que é inclusive seu objeto de enfrentamento. Este tipo de racismo manifesta-se como tratamentos discriminatórios, negligência às especificidades dos grupos discriminados em normas e programas, contemplando de forma diferenciada e injusta determinados grupos. Muitas vezes o não reconhecimento da importância da PNSIPN é motivado por este fator.

A não priorização e/ou desconhecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra por parte das/dos gestoras/es e áreas técnicas da saúde, tanto no âmbito federal como nos demais, é um grande desafio. Por ser esta uma Política caracteristicamente transversal, sua efetivação depende do envolvimento das diversas áreas e esferas de gestão da saúde.

Neste sentido, são necessárias tanto a sensibilização como a instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o comprometimento na implementação da PNSIPN nos serviços de saúde e na gestão. É também essencial a inclusão de ações de políticas de equidade e enfrentamento ao racismo nos respectivos planos de saúde, que são meios importantes para garantir a implantação da PNSIPN.

Outro desafio é a ampliação dos comitês técnicos de saúde da população negra nos territórios, uma vez que estes são instâncias participativas importantes para subsidiar a gestão para efetivação da PNSIPN, ressaltando também a necessidade de apoio técnico e infraestrutura para sua manutenção e devido funcionamento.

Destaca-se ainda a necessidade da qualificação da coleta do quesito raça/cor, assim como a análise dos dados desagregados nos sistemas de informação de saúde, para subsidiar a formulação de políticas públicas e produção de conhecimento em saúde da população negra, bem como verificar o cumprimento do princípio da equidade no SUS. A relevância do recorte racial nos indicadores de saúde se estende também ao monitoramento da PNSIPN.

A Educação Permanente em saúde é um aspecto chave na

contribuição para o combate ao racismo. A inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos conteúdos e processos de aprendizagem são preconizados pela PNSIPN e constituem um desafio. Seja do lugar da assistência ou gestão, é urgente a formulação e execução de práticas educativas que gerem mudanças e promovam práticas equânimes no SUS.

Dentre os desafios, há também as dificuldades de acesso aos espaços de participação e de controle social pelas comunidades tradicionais quilombolas, de terreiros, do campo, floresta e águas. A consideração das especificidades destas populações é fundamental para o aprimoramento e democratização do SUS. A promoção e o reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde - como o destes povos - é diretriz assumida pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Vale ainda destacar que para a devida implementação da PNSIPN, são imprescindíveis as ações de monitoramento e avaliação, principalmente para traçar estratégias de ampliação. A implementação da PNSIPN é fundamental para o alcance de um SUS mais justo e equânime para todos.



REPRESENTANTES DA SOCIEDADE CIVIL QUE COMPÕEM O COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA (CTSPN)

ABPN - Associação Brasileira dos Pesquisadores(as) Negros(as)

AMNB - Associação de Organizações de Mulheres Negras

APNSs - Agentes de Pastoral Negros do Brasil

CANDACES - Coletivo de Lésbicas Negras e Mulheres Bissexuais Autônomas

CNAB - Congresso Nacional Afrobrasileiro

CONEN - Coordenação Nacional de Entidades Negras

FENAFAL - Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doença Falciforme

FNMU - FÓRUM NACIONAL DE MULHERES NEGRAS

FONAJUNE - Fórum Nacional de Juventude Negra

INSPIR - Instituição Sindical Interamericana pela Igualdade Racial

MNU - Movimento Negro Unificado

Reaja ou será morto, Reaja ou será morta

REDE AFRO LGBT

Rede Nacional Lai Lai Apejo - Saúde da População Negra e Aids

REDE SAPATÁ

RENAFRO - Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde

UNEGRO - União de Negros pela Igualdade



EIXOS PRIORITÁRIOS E OBJETIVOS DA DÉCADA DOS AFRODESCENDENTES

Existem aproximadamente 200 milhões de pessoas vivendo nas Américas que se identificam como afrodescendentes. Muitos mais vivem em outros lugares do mundo, fora do continente africano. Seja como descendentes das vítimas do tráfico transatlântico de escravos ou como migrantes mais recentemente, estas pessoas constituem alguns dos grupos mais pobres e marginalizados. Estudos e pesquisas de órgãos nacionais e internacionais demonstram que pessoas afrodescendentes ainda têm acesso limitado a educação de qualidade, serviços de saúde, moradia e segurança.

Em muitos casos, a situação permanece praticamente invisível, e pouco reconhecimento e respeito são dados aos esforços das pessoas de ascendência africana para buscar compensação por sua condição atual. Todos eles são, com frequência, vítimas de discriminação perante a justiça, enfrentam alarmantes índices de violência policial e discriminação racial. Além disso, seu grau de participação política é baixo, tanto na votação quanto na ocupação de cargos políticos.

Adicionalmente, os afrodescendentes podem sofrer de múltiplas formas de discriminação baseadas em outros critérios relacionados, como idade, sexo, idioma, religião, opinião política ou outra, classe social, incapacidade, origem ou outros. A promoção e proteção dos direitos humanos de afrodescendentes tem sido uma prioridade para as Nações Unidas. A Declaração de Durban e Programa de Ação reconhecem que afrodescendentes foram vítimas de escravidão, do tráfico de escravos e do colonialismo, e continuam sendo vítimas das consequências.

O processo de Durban deu visibilidade às pessoas afrodescendentes e contribuiu para um avanço substancial na promoção e proteção de seus direitos, como resultado de ações concretas tomadas pelos Estados, pela ONU, por outras organizações internacionais e regionais e pela sociedade civil.

Ainda assim, apesar de avanços originais, o racismo e a discriminação racial, sejam diretos ou indiretos, de fato ou de direito, continuam a se manifestar em desigualdade e desvantagem.

A Década Internacional de Afrodescendentes foi proclamada pela resolução 68/237 da Assembleia Geral e será observada entre 2015 e 2024, proporcionando uma estrutura sólida para as Nações Unidas, os Estados-membros, a sociedade civil e todos os outros atores relevantes para tomar medidas eficazes para a implementação do programa de atividades no espírito de **reconhecimento, justiça e desenvolvimento**.

O período também é uma oportunidade única de apoiar o Ano Internacional de Povos Afrodescendentes, observado pela comunidade internacional em 2011, além de destacar a importante contribuição dada pelas e pelos afrodescendentes para nossas sociedades e propor medidas concretas para promover a sua plena inclusão, o combate ao racismo, à discriminação racial, à xenofobia e à intolerância.

Ao declarar esta Década, a comunidade internacional reconhece que os povos afrodescendentes representam um grupo distinto cujos direitos humanos precisam ser promovidos e protegidos.

A Década será uma oportunidade para se reconhecer a contribuição significativa feita pelos afrodescendentes às nossas sociedades, bem como propor medidas concretas para promover sua inclusão total e combater todas as formas de racismo, discriminação racial, xenofobia e qualquer tipo de intolerância relacionada.

A Década terá como foco os seguintes objetivos:

- Fortalecer a cooperação e as ações nacionais, regionais e internacionais relativas ao pleno gozo dos direitos econômicos, sociais, culturais, civis e políticos pelos afrodescendentes, bem como sua participação plena e igualitária em todos os aspectos da sociedade;
- Promover um maior conhecimento e um maior respeito aos diversos patrimônios, culturas e contribuições de afrodescendentes para o desenvolvimento das sociedades;
- Adotar e fortalecer marcos legais nos âmbitos nacional, regional e internacional, de acordo com a Declaração e Plano de Ação de Durban, e com a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, bem como garantir a sua implementação total e efetiva.



CONASEMS

Para o CONASEMS, o lançamento da edição nº 10 do Painel de Indicadores, cujo tema é Saúde da População Negra em 2015, oferece oportunidade ímpar de reflexão. Fato importante que ora chama atenção é a proclamação da Década Internacional de Afrodescendentes pela Assembleia Geral da ONU, convidando estados membros, a sociedade e demais parceiros a tomarem medidas eficazes para implementação de ações que busquem reconhecimento, justiça e desenvolvimento para os afrodescendentes. Para o SUS e o Brasil vale destacar que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e o Estatuto da Igualdade Racial completam, respectivamente, seis e cinco anos de publicação em 2015. Ambos são resultado de forte mobilização social, em especial do movimento negro organizado. O tempo decorrido permite à gestão analisar os avanços, desafios e perspectivas na busca da garantia do direito à saúde a esta parcela da população historicamente excluída e invisibilizada, ainda que seja a principal usuária do SUS e represente mais da metade da população brasileira.

No entanto, embora estas iniciativas sejam importantes, datas comemorativas, Leis e Portarias por si não bastam para a garantia da promoção da equidade racial no SUS. É imprescindível a defesa do SUS e de seus princípios constitucionais como a universalidade, a igualdade e a integralidade, tão importante quanto é a defesa da equidade e o reconhecimento das diferenças desnecessárias e injustas que promovem sofrimento, adoecimento e morte de parte da população, com desataque à população negra.

Tratar os diferentes diferentemente, eis a máxima da equidade que invariavelmente se traduz em ação. Todavia, não em uma ação qualquer, mas uma ação pautada por um olhar cuja lente sensível seja capaz de identificar os diferentes e suas diferenças, para superar essas diferenças por meio de políticas efetivas

de promoção da equidade. Daí a importância da coleta e análise dos indicadores da saúde segundo recorte racial.

Desagregar dados em saúde segundo o critério raça/cor significa saber, grosso modo, quem são, onde moram, como vivem e sobrevivem, do que adoecem e do que morrem as pessoas que, quando perguntadas sobre sua cor, se auto declaram brancas, pretas, pardas, amarelas ou indígenas, e estas informações tratadas devem apontar eventuais desigualdades raciais presentes.

Tal tarefa, que em princípio parece fácil, implica em garantir a coleta do dado com qualidade, e que o produto de sua análise sirva de norte para ações efetivas promovidas pela gestão. No entanto, aqui estão postos alguns desafios como: a capacitação dos trabalhadores sobre a coleta do dado autodeclarado, o compromisso das diferentes áreas técnicas do SUS, o reconhecimento do racismo e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, a superação de fragilidades de alguns sistemas de informação que ainda não possuem o campo para a coleta do dado, e a própria gestão, a quem caberá a segurança necessária para enfrentar a iniquidade que virá à tona, outrora sombreada pela confortável utopia de que todos são iguais e acessam livremente seus direitos.

A adoção de medidas concretas e práticas para promover a saúde integral da população negra deve considerar a melhoria do acesso aos serviços de saúde e se torna fato quando gestores e trabalhadores, dispostos a garantir o direito universal à saúde, percebem que o SUS não chega naturalmente e igualmente para todos. Há que se promover um esforço para que aqueles que mais precisam tenham acesso à saúde, caso contrário permaneceremos apenas com a ideia de igualdade de direito, escapando-nos a igualdade como fato e a justiça.



CONASS

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA – DAS PALAVRAS À AÇÃO!

É bastante oportuna a publicação desta edição do Painel de Indicadores do SUS com foco na saúde da população negra. Somente a partir do reconhecimento das desigualdades étnico-raciais, geradas por um processo histórico que reservou à população negra condições mais precárias de vida e de atenção à saúde, poderemos buscar alternativas para enfrentar o racismo institucional e garantir maior equidade nas políticas públicas.

A introdução da variável “raça-cor” em diversos sistemas de informação do SUS tem possibilitado a realização de diversos estudos, onde apesar de problemas de disponibilidade e qualidade desta informação já se evidenciam iniquidades em saúde que desmitificam a ideia de “democracia racial” no Brasil, conforme observado por Araújo e colaboradores em artigo de revisão publicado em 2009²⁰.

Destaca-se aqui como relevante explicitar a questão do racismo institucional, que submete a população negra a uma situação de inferioridade por mecanismos não percebidos ou declarados, assegurando a reprodução da discriminação dos negros na moradia, na escola, no mercado de trabalho - e também nos serviços de saúde - o que segundo Wiewiorka (2007) nem sempre é explicitado, mas se insere no funcionamento cotidiano da sociedade, “assegurando a dominação e a inferiorização dos negros *sem que ninguém tenha quase a necessidade de os teorizar ou de tentar justificá-los pela ciência*”²¹.

É imperativo assim impulsionar a elaboração de políticas públicas voltadas à correção das desigualdades raciais e a promoção da igualdade de

oportunidades, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, publicada em 2009, que a partir de um processo coletivo de construção, pactuação entre os gestores do SUS e participação do controle social definiu diretrizes como: A inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente; a ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde; o incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra; a promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde; a implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais e o desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estígmas e preconceitos.²²

Neste sentido, em agosto de 2013 houve consenso entre os gestores do SUS para a pactuação do II Plano Operativo (2013-2015) desta Política, sendo estabelecidas diversas estratégias de aplicação, tendo como eixos o acesso da população negra nas Redes de Atenção à Saúde; a Promoção e Vigilância em Saúde; a educação permanente e produção do conhecimento em saúde da população negra; o fortalecimento da participação e do controle social e o monitoramento e avaliação destas ações.²³

Cabe a todos nós gestores, trabalhadores, controle social e entidades organizadas que trabalham na construção do SUS ampliar este debate e dar concretude a estas iniciativas.

²⁰ Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em saúde pública: possibilidades e limites. Interface. Botucatu. 2009; 13(31): 383-94.

²¹ WIEVIORKA, M. O racismo, uma introdução. São Paulo: Perspectiva, 2007.

²² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 2^a edição. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

²³ BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 2, de 2 de setembro de 2014. II Plano Operativo (2013-2015) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN.



NA INTERNET

Saúde da População Negra (*)
www.saude.gov.br/popnegra

Departamento de DSTs/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde
www.aids.gov.br

Rede de Humanização no SUS (Ministério da Saúde) (*)
www.redehumanizasus.net

Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/mental

Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde (*)
www.saude.gov.br/dahu

Universidade Aberta do SUS (*)
www.unasus.gov.br

Obs: Periodicamente oferece módulo em EAD sobre Saúde da População Negra gratuitamente

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (*)
www.saude.gov.br/bvs

Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA)
www.ripsa.org.br

Presidência da República
www.presidencia.gov.br

Secretaria Nacional da Juventude / Plano Juventude Viva (*)
www.juventude.gov.br

Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (*)
www.seppir.gov.br

Secretaria de Políticas para as Mulheres
www.spm.gov.br

Secretaria de Direitos Humanos
www.sdh.gov.br

Fundação Cultural Palmares do Ministério da Cultura (*)
www.palmares.gov.br



Ministério da Educação
www.mec.gov.br

Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ) (*)
www.quilombosconaq.blogspot.com.br

Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde (RENAFRO) (*)
www.renafrosaude.com.br

Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes (FENAFAL) (*)
www.fenafal.wordpress.com

ONG Criola (*)
www.criola.org.br

ONG Geledés (*)
www.geledes.org.br

União de Negros Pela Igualdade (UNEGRO) (*)
www.unegro.org.br

Coordenação Nacional de Entidades Negras (CONEN) (*)
www.conen.org.br

Associação Brasileira de Pesquisadores Negros (ABPN) (*)
www.abpn.org.br

(*) páginas na internet com conteúdo específico sobre população negra



OS 17 OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Aprovados na Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável (25-27 de setembro 2015), os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) foram construídos sobre as bases estabelecidas pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), de forma a completar o trabalho deles e responder a novos desafios.

Os Objetivos e metas estimularão a ação em áreas de importância crucial para a humanidade e para o planeta nos próximos 15 anos.



1 Erradicação da pobreza

Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares.



2 Erradicação da fome

Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável.



3 Saúde de qualidade

Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.



4 Educação de qualidade

Assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos.



5 Igualdade de Gênero

Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.



6 Água limpa e saneamento

Garantir disponibilidade e manejo sustentável da água e saneamento para todos.



7 Energias renováveis

Garantir acesso à energia barata, confiável, sustentável e renovável para todos.



8 Empregos dignos e crescimento econômico

Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo, e trabalho decente para todos.



9



Inovação e Infraestrutura

Construir infraestrutura resiliente, promover a industrialização inclusiva e sustentável, e fomentar a inovação.

10



Redução das Desigualdades

Reducir a desigualdade dentro dos países e entre eles.

11



Cidades e Comunidades Sustentáveis

Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis.

12



Consumo Responsável

Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis.

13



Combate às Mudanças Climáticas

Tomar medidas urgentes para combater a mudança climática e seus impactos (*).

14



Vida Debaixo da Água

Conservação e uso sustentável dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável.

15



Vida Sobre a Terra

Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade.

16



Paz e Justiça

Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis.

17



Parcerias Pelas Metas

Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável.

* Reconhecendo que a Convenção Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima [UNFCCC] é o fórum internacional intergovernamental primário para negociar a resposta global à mudança do clima.



PUBLICAÇÕES



Série Painel de Indicadores do SUS

Historicamente o painel de Indicadores vem contribuindo para a formação crítica de conselheiros de saúde, entidades e movimentos da sociedade civil, gestores, profissionais de saúde, acadêmicos e para o público de educação permanente. Disponível no Sítio: www.saude.gov.br/dai

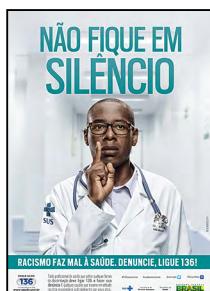


Brasil Afroatitude

Conjunto de experiências de iniciação científica e extensão comunitária produzidas por alunos participantes do Programa Brasil Afroatitude, onde estudantes de diferentes cursos de graduação, combinaram suas atividades de formação com atividades relacionadas aos temas DST/HIV/AIDS, Direitos Humanos, Vulnerabilidade, Saúde, Ações Afirmativas e combate ao racismo.

Disponível no link:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_afroatitude.pdf



Campanha Nacional “Racismo faz mal à Saúde. Não fique em silêncio Denuncie!”

Material da Campanha de enfrentamento ao Racismo no SUS de 2014.



Doença falciforme - Condutas básicas de tratamento

Disponível no link:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_condutas_basicas.pdf





Doença falciforme - Saiba o que é e onde encontrar tratamento

Disponível no link:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_o_que_e_onde_encontrar_tratamento.pdf



Estatuto da Igualdade Racial

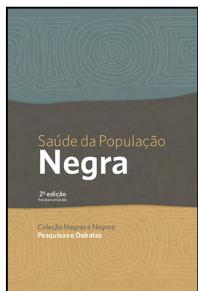
Conheça o Estatuto da Igualdade Racial.

Disponível no link:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm



Folder - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra



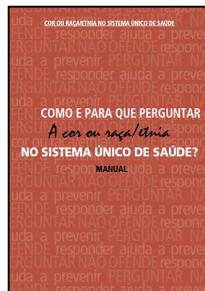
Livro Saúde da População Negra

O Livro Saúde da População Negra contém uma série de artigos sobre saúde da população negra e é um importante referencial teórico para a educação permanente em saúde.

Disponível no link:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf





Manual - Como e para que perguntar a cor ou raça/etnia no Sistema Único de Saúde? - Manual

Disponível no link:

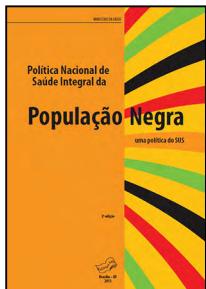
http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-populacao-negra/livros-e-revistas/manual_quesito_cor.pdf



Perspectiva da Equidade no Pacto nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal - Atenção à saúde das Mulheres Negras

Disponível no link:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectiva_equidade_pacto_nacional.pdf



Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, cujo objetivo-geral é “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”.

Disponível no link:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf



Racismo como Determinante Social de Saúde

Disponível no link:

<http://www.portaldaigualdade.gov.br/publicacoes/saude-da-populacao-negra/racismo-como-determinante-social-de-saude>





Relatório Final sobre o fórum “Enfrentando o Racismo Institucional para promover a saúde integral da população negra no SUS”

Disponível no link:

http://www.unaids.org.br/biblioteca/relatorio_finalizado0001.pdf



Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça

Disponível no link:

<http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>

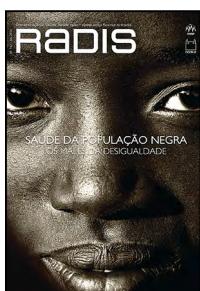


Revista Laroíê

Com o objetivo de reforçar o trabalho de promoção da saúde desenvolvido nos terreiros e mostrar a importância do direito humano à saúde, a Revista Laroíê é um material educativo sobre prevenção às DSTs, AIDS e Hepatites, além da importância do fortalecimento da participação nas instâncias de controle e participação social do SUS.

Disponível no link:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/laroie.pdf>



Revista RADIS - Saúde da População Negra - Os males da desigualdade

A Revista Radis, nº 142, publicada em julho de 2014, traz uma matéria sobre as iniquidades em saúde da população negra.

Disponível no link:

<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/142>



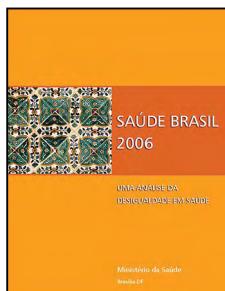


Saúde Brasil 2005 - Uma análise da situação de saúde

A publicação contempla o recorte racial em vários de seus indicadores, evidenciando as iniquidades raciais em saúde.

Disponível no link:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2005.pdf

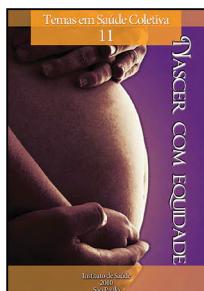


Saúde Brasil 2006 - Uma análise da desigualdade em saúde

Esta edição do Saúde Brasil contém uma análise da situação de saúde com ênfase nas desigualdades em saúde.

Disponível no link:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10001021537.pdf>



Temas em Saúde Coletiva 11 - Nascer com Equidade

O livro “Nascer com Equidade” relata os resultados do projeto “Humanização do parto e nascimento: questões étnico/racial e de gênero”. Foi desenvolvido pelo Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo, junto ao Instituto Amma – Psique e Negritude, realizado no Hospital Geral de São Mateus (HGSM), em São Paulo (SP), e busca evidenciar a possibilidade de uma instituição pública hospitalar repensar a assistência às mães e seus filhos, fornecendo um atendimento de qualidade.

Disponível no link:

<http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/nascer.pdf>



Departamento de Articulação Interfederativa
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 2º andar, sala 221
CEP: 70058-900 - Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-2649
Fax: (61) 3226-9737
E-mail: dai@saude.gov.br
Site: www.saude.gov.br/dai



