

MINISTÉRIO DA SAÚDE

POLÍTICA NACIONAL DE
SAÚDE INTEGRAL DA
**POPULAÇÃO
NEGRA**
UMA POLÍTICA DO SUS

3ª edição



Brasília – DF
2017



MINISTÉRIO DA SAÚDE

POLÍTICA NACIONAL DE
SAÚDE INTEGRAL DA
**POPULAÇÃO
NEGRA**
UMA POLÍTICA DO SUS

3ª edição



Brasília – DF

2017



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social

Política Nacional de Saúde Integral da
População Negra
Uma Política do SUS

3ª edição



Brasília – DF
2017

2010 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 3ª edição – 2017 – 100 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao
Controle Social
SRTVN, quadra 701, bloco D, edifício PO 700, 5º
andar
CEP: 70719-040 - Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-8840
Site: www.saude.gov.br/sgep
E-mail: sgep@saude.gov.br

Coordenação da 1ª edição:

Ana Maria Costa

Colaboração da 1ª edição:

Comitê Técnico de Saúde da População Negra:
Gerlaine Torres Martini
Gilmara Lúcia dos Santos
Jacinta de Fátima Senna da Silva

Coordenação da 2ª edição:

Júlia Maria Santos Roland

Colaboração da 2ª edição:

Eliane Almeida da Silva
Reginaldo Alves das Chagas

Coordenação da 3ª edição:

Wanessa de Lima Ramos Akitomi Une

Colaboração da 3ª edição:

Caroline Oliveira Silva
Ciro Mesquita da Silva Braga
Flávio Robin da Silva Correia
Luana Andrade Benício
Marcus Vinícius Barbosa Peixinho
Sócrates Alves Bastos

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Site: www.saude.gov.br/editora
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Delano de Aquino Silva
Revisão: Khamila Silva e Tamires Alcântara
Capa, projeto gráfico e diagramação: Léo Silva

Nota sobre a ilustração da capa:

As Bonecas Abayomi são símbolo de resistência, tradição e poder feminino. O termo Abayomi significa ‘encontro precioso’, em lorubá, uma das maiores etnias do continente africano cuja população habita parte da Nigéria, Benin, Togo e Costa do Marfim.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social.

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2017.

44 p.

ISBN 978-85-334-2515-6

1. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 2. Saúde da população negra. 3. Políticas públicas em saúde. I. Título.

CDU 613.94(=414)

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2017/0443

Título para indexação:

Comprehensive Health Care National Policy of Negro Population: an Unified Health Sistem Policy (SUS – Brazil)

Sumário

APRESENTAÇÃO	7
INTRODUÇÃO	8
QUESITO RAÇA/COR: PORTARIA Nº 344, DE 1º DE FEVEREIRO DE 2017	9
DOENÇAS MAIS COMUNS QUE ACOMETEM A POPULAÇÃO NEGRA	10
POPULAÇÃO NEGRA	11
SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA	13
Acesso aos serviços	14
Saúde da Mulher	14
Sífilis em gestantes	15
Mortalidade materna	15
Medicamentos e internações	16
Panorama atual da situação de saúde	16
Doença de Chagas	18
HIV/aids e hepatites virais	18
Hepatite A	19
Juventude negra - causas externas - violência	19
Discriminação nos serviços de saúde	21
Transplante e outras ações para doença falciforme	22
CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS	26
ANEXOS	27
Anexo A - Portaria nº 1.391, de 16 de agosto de 2005	27
Anexo B - Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009	29
Anexo C - Portaria SCTIE nº 30, de 30 de junho de 2015	37
Anexo D - Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017	38
Anexo E - Resolução nº 16, de 30 de março de 2017	40

APRESENTAÇÃO

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é um compromisso firmado pelo Ministério da Saúde no combate às desigualdades no Sistema Único de Saúde (SUS) e na promoção da saúde da população negra de forma integral, considerando que as iniquidades em saúde são resultados de injustos processos socioeconômicos e culturais – em destaque, o vigente racismo – que corroboram com a morbimortalidade das populações negras brasileiras.

Para implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, é necessário que gestores, movimentos sociais, conselheiros e profissionais do SUS trabalhem em prol da melhoria das condições de saúde da população negra, a partir da compreensão de suas vulnerabilidades e do reconhecimento do racismo como determinante social em saúde.

Este documento tem por finalidade orientar a implementação da PNSIPN por meio de conteúdo informativo que contribua para a operacionalização da política, considerando as especificidades e necessidades regionais.

INTRODUÇÃO

Com vistas à promoção da equidade em saúde e orientado pelos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, universalidade e participação social, em consonância com o Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), o Ministério da Saúde instituiu, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009 (ver Anexo B).

A partir da publicação dessa Política, o Ministério da Saúde reconhece e assume a necessidade da instituição de mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS, com vistas à superação das barreiras estruturais e cotidianas que incide negativamente nos indicadores de saúde dessa população – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência.

A Política também reafirma as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS – governo federal, estadual e municipal – na efetivação das ações e na articulação com outros setores do governo e da sociedade civil, para garantir o acesso da população negra a ações e serviços de saúde, de forma oportuna e humanizada, contribuindo para a melhoria das condições de saúde desta população e para redução das iniquidades de raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, geracionais e de classe.

QUESITO RAÇA/COR: PORTARIA Nº 344 DE 1º DE FEVEREIRO DE 2017

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) pesquisou as cores mais declaradas pela população e definiu um sistema de classificação com cinco categorias: branca, preta, parda, amarela e indígena.

O Ministério da Saúde, por meio da sua Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017 (ver Anexo D), adota o critério da autodeclaração, ou seja, o(a) próprio(a) usuário(a) define qual é a sua raça/cor, com exceção dos casos de recém-nascidos, óbitos ou diante de situações em que o usuário estiver impossibilitado, cabendo aos familiares ou responsáveis a declaração de sua cor ou pertencimento étnico-racial.

Os(as) usuários(as) devem ser orientados(as) quanto ao método de classificação utilizado pelo IBGE e respeitados diante de sua autodeclaração.

A autodeclaração remete à percepção de cada um em relação à sua raça/cor, o que implica considerar não somente seus traços físicos, mas também a origem étnico-racial, aspectos socioculturais e construção subjetiva do sujeito.

Declarar a sua raça/cor é importante para a construção de políticas públicas, pois permite que os sistemas de informação do SUS consolidem indicadores que traduzem os efeitos dos fenômenos sociais e das desigualdades sobre os diferentes segmentos populacionais.

As informações com os dados desagregados por raça/cor são relevantes para atender ao princípio da equidade do SUS, ao reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas, oferecendo atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades. Nesse sentido, o princípio da equidade norteia as políticas de saúde, reconhecendo as demandas de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos.

DOENÇAS GENÉTICAS OU HEREDITÁRIAS MAIS COMUNS DA POPULAÇÃO NEGRA

- **Anemia falciforme** — Doença hereditária, decorrente de uma mutação genética ocorrida há milhares de anos, no continente africano. A doença, que chegou ao Brasil pelo tráfico de escravos, é causada por um gene recessivo, que pode ser encontrado em frequências que variam de 2% a 6% na população brasileira em geral, e de 6% a 10% na população negra.
- **Diabetes mellitus (tipo II)** — Esse tipo de diabetes se desenvolve na fase adulta e evolui causando danos em todo o organismo. É a quarta causa de morte e a principal causa de cegueira adquirida no Brasil. Essa doença atinge com mais frequência os homens negros (9% a mais que os homens brancos) e as mulheres negras (em torno de 50% a mais do que as mulheres brancas).
- **Hipertensão arterial** — A doença, que atinge 10% a 20% dos adultos, é a causa direta ou indireta de 12% a 14% de todos os óbitos no Brasil. Em geral, a hipertensão é mais alta entre os homens e tende ser mais complicada em negros, de ambos os sexos.
- **Deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase** — Afeta mais de 200 milhões de pessoas no mundo. Apresenta frequência relativamente alta em negros americanos (13%) e populações do Mediterrâneo, como na Itália e no Oriente Médio (5% a 40%). A falta dessa enzima resulta na destruição dos glóbulos vermelhos, levando à anemia hemolítica e, por ser um distúrbio genético ligado ao cromossomo X, é mais frequente nos meninos.

POPULAÇÃO NEGRA

Nos últimos anos, acompanhamos no Brasil o crescimento de pessoas que se declararam negras¹ (pretas ou pardas). De acordo com o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), negras e negros constituem mais da metade da população brasileira (50,7%). Dados mais recentes apontam que, em 2015, 53,9% das pessoas se declararam de cor ou raça preta ou parda².

Embora a população negra tenha experimentado aumento relativo da renda média *per capita* superior ao da população branca, a desigualdade permanece expressiva. A distribuição racial da riqueza é incontestável, em 2014, nos 10% mais pobres, 76% eram pretos ou pardos e 22,8% brancos. Já no outro extremo da distribuição, quer dizer, no 1% com maiores rendimentos da população em 2014, 17,8% eram pretos ou pardos, contra 79% de brancos³.

O rendimento dos trabalhadores de cor preta ou parda, entre 2003 e 2015, teve um acréscimo de 52,6%, enquanto o rendimento dos trabalhadores de cor branca cresceu 25%. Mas a pesquisa registrou, também, que os trabalhadores de cor preta ou parda ganhavam, em média, em 2015, pouco mais da metade (59,2%) do rendimento recebido pelos trabalhadores de cor branca. A média anual do rendimento foi de R\$ 1.641,00 para os trabalhadores de cor preta ou parda, enquanto a dos trabalhadores de cor branca foi de R\$ 2.774,00. Em 2015, esta razão era 59,15% e, em 2003, não chegava à metade (48,4%)⁴.

¹ População negra, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), refere-se à soma das pessoas que se autodeclararam de pele preta ou parda.

² População negra, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), refere-se à soma das pessoas que se autodeclararam de pele preta ou parda.

³ IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2016.

⁴ Ibidem.

A adequação dessa faixa etária ao ensino superior também é bastante desigual, dependendo das características de raça/cor. O total de pessoas de cor preta ou parda dessa faixa etária que cursavam o ensino superior, em 2015, era de 12,8%. Esse percentual representa um crescimento significativo em relação a 2005 (7,3% pontos percentuais), mas ainda está abaixo do percentual alcançado pelos jovens estudantes brancos 10 anos antes (17,8%). Um dos fatores responsáveis por agravar a desigualdade de cor ou raça no acesso ao ensino superior é o atraso escolar, o qual afeta mais os estudantes pretos ou pardos em comparação com os estudantes brancos. Em 2015, 53,2% dos estudantes pretos ou pardos de 18 a 24 anos de idade cursavam níveis de ensino anteriores ao ensino superior, como o fundamental e o médio, enquanto apenas 29,1% dos estudantes brancos estavam nessa mesma situação⁵.

⁵ IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2016.

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Os indicadores de saúde, quando cruzados com as características socioeconômicas, revelam a importante relação entre saúde, seus determinantes sociais e a organização do sistema de saúde. A compreensão deste conjunto é fundamental para instrumentalizar a elaboração de políticas e programas voltados para o combate às desigualdades, principalmente na saúde, em que se busca construir um SUS equitativo no acesso e pautado na integralidade da saúde.

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em 2008, a população negra representava 67% do público total atendido pelo SUS, e a branca 47,2%. A maior parte dos atendimentos concentra-se em usuários(as) com faixa de renda entre um quarto e meio salário mínimo, distribuições que evidenciam que a população de mais baixa renda e a população negra são, de fato, SUS-dependentes⁶.

Como resultado, tem-se uma constante de maiores exposições a todas as carências estudadas pela população de raça/cor preta ou parda e pelas pessoas com menores rendimentos. Destaca-se que 37,8% da população adulta preta ou parda avaliaram sua saúde como regular, ruim ou muito ruim, contra 29,7% da população branca. Pretos ou pardos estavam 73,5% mais expostos a viver em um domicílio com condições precárias do que brancos (38,7% dos pretos ou pardos contra 22,3% dos brancos)⁷.

⁶ IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2016.

⁷ BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Indicadores de Vigilância em Saúde, analisados segundo a variável raça/cor. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 46, n. 10, 2015.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013⁸ trouxe dados que mostram que a população negra ainda tem menos acesso à saúde se comparada à população branca. Entre os dados que revelam a posição desfavorável dos negros em diversos aspectos da saúde medidos pela PNS e também por outras pesquisas e indicadores do Ministério da Saúde, destacam-se:

Acesso aos serviços

A proporção de pessoas que consultaram um médico nos últimos 12 meses é maior entre as pessoas brancas (74, 8%) do que entre pretas (69,5%) e pardas (67,8%). Assim, as pessoas negras (pretos e pardos) ficam abaixo da média nacional, que é 71,2% (142,8 milhões), de pessoas que consultaram um médico nos últimos 12 meses⁹.

Já a proporção de pretos (38,2%) e pardos (39,2%) que se consultaram com um dentista nos últimos 12 meses é menor do que a de pessoas brancas (50,4%) e também inferior à média nacional que foi de 44,4% (89,1 milhões)¹⁰.

Das pessoas que tiveram algum medicamento receitado no último atendimento de saúde, 82,5% conseguiram obter todos os medicamentos prescritos. A proporção de pessoas de cor branca que obteve todos os medicamentos foi maior (84,2%) que a observada entre as pessoas de cor parda (80,4%) e preta (81,1%)¹¹.

Saúde da Mulher

A PNS 2013 estimou que 60% das mulheres brasileiras, de 50 a 69 anos de idade, realizaram exame de mamografia nos últimos dois anos anteriores à pesquisa. Esse cuidado com a saúde foi mais observado entre as mulheres brancas (66,2%) e com ensino superior completo (80,9%). As menores proporções foram observadas entre as mulheres pretas (54,2%), pardas (52,9%) e sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (50,9%)¹².

⁸ IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, 2013.

⁹ BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Indicadores de Vigilância em Saúde, analisados segundo a variável raça/cor. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 46, n. 10, 2015.

¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Temático Saúde da População Negra**. Brasília, 2016. (Painel de Indicadores do SUS, v. 7, n. 10).

¹¹ Ibidem.

¹² Ibidem.

Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)¹³ para 2013 mostram que as mães indígenas, pardas e pretas são mais jovens. A faixa etária de 20 a 24 anos concentra o maior percentual de mães nas populações de raça/cor preta (26,0%), parda (27,5%) e indígena (26,8%).

Também há diferenças com relação ao número de consultas pré-natal. A proporção de mães negras com no mínimo seis consultas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, foi de 69,8%; ao passo que, entre as brancas, essa proporção foi de 84,9%. Em relação à primeira consulta pré-natal, também houve diferenças entre as categorias de raça/cor. Nos três primeiros meses de gestação, realizaram a primeira consulta 85% das gestantes brancas, 73% das negras e 53% das indígenas.

A proporção de gestantes¹⁴ que realizou pré-natal e que teve orientação sobre sinais de risco na gravidez foi de 75,2% entre a população de mulheres, sendo que, entre as brancas, 80,8% receberam essa orientação, enquanto 66,1% das pretas e 72,7% das pardas receberam essa mesma informação.

Sífilis em gestantes¹⁵

Em 2013, as maiores taxas de detecção de sífilis em gestantes foram observadas na raça/cor preta (17/100 mil nascidos vivos), na indígena (6,7/100 mil nascidos vivos) e na parda (6,6/100 mil nascidos vivos).

Mortalidade materna¹⁶

De acordo com dados notificados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do total de 1.583 mortes maternas em 2012, 60% eram de mulheres negras e 34% de brancas (MS/SVS/CGIAE).

¹³ BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Indicadores de Vigilância em Saúde descritos segundo a variável raça/ cor, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 48, n. 4, 2017.

¹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Temático Saúde da População Negra**. Brasília, 2016. (Painel de Indicadores do SUS, v. 7, n. 10).

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ Ibidem.

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% tiveram sua raça/cor ignorada; este percentual caiu pela metade em 2005 e, finalmente, atingiu 4,5% em 2012. A mortalidade materna ganha contornos ainda mais graves quando se percebe que cerca de 90% dos óbitos poderiam ser evitados, muitos deles por ações dos serviços de saúde.

Medicamentos e internações

Embora a PNS 2013 tenha revelado desigualdades no acesso, também mostrou que pretos e pardos utilizam mais dos serviços públicos de saúde para ter acesso a medicamentos e internações:

- A proporção de pessoas negras – pretas (35,6%) e pardas (36,7%) – que conseguiu obter pelo menos um dos medicamentos receitados no serviço público de saúde foi maior que a observada por pessoas de cor branca (30,2%). Já entre aqueles que conseguiram obter no Programa Farmácia Popular pelo menos um dos medicamentos receitados, a proporção de pretos (25,3%) foi maior do que a de brancos (22,1%) e pardos (21%).
- A média nacional de pessoas que ficaram internadas em hospitais do SUS é de 8 milhões de pessoas (65,7% da população que ficou internada em hospitais por 24 horas ou mais). No entanto, as proporções de internação em hospitais do SUS foram superiores à média nacional entre as pessoas que se declararam de cor preta (75,8%) e parda (75,4%). As brancas ficaram abaixo da média, com 55,4% de pessoas internadas pelo SUS.
- Proporção de gestantes que tiveram parto normal pelo SUS em 2013 foi de 45,3%, sendo a maior parte de mulheres pardas (53,4%), seguida das mulheres pretas (52,5%) e, depois, das brancas (33,6%).

Panorama atual da situação de saúde

Ao se comparar as taxas de mortalidade pelos três grandes grupos de carga de doenças da Organização Mundial da Saúde (OMS), observa-se padrão semelhante em ambos os sexos: predomínio das doenças não

transmissíveis na raça/cor branca, das doenças transmissíveis na indígena, e das causas externas em homens negros, principalmente pardos.

Em geral, os homens apresentaram taxas de mortalidade mais altas para os três grandes grupos de carga de doença do que as mulheres, em todas as categorias de raça/cor. No que se refere ao grupo de causas externas, o risco de morte dos homens foi 3,3 vezes maior que o das mulheres na raça/cor branca, 2,8 vezes maior na indígena e de 6,3 vezes maior na negra¹⁷.

Entre as principais causas de morte, as doenças cerebrovasculares prevaleceram como a principal causa de morte entre a população negra em 2012, assim como para todos os grupos populacionais, exceto os indígenas, sendo a segunda e a terceira causas de morte entre pardos e pretos o infarto de miocárdio e o diabetes *mellitus*, respectivamente¹⁸.

No tocante à morbidade por doenças transmissíveis prioritárias, a tuberculose representa um sério problema de saúde pública e tem relação direta com a pobreza. Entre 2004 e 2013, a taxa de incidência foi maior na população indígena, seguida pela taxa da população preta. Quanto à hanseníase, observa-se predominância nas populações preta, parda e indígena em relação às outras categorias (amarela e branca). Já em relação à dengue, dados apontam maiores percentuais de óbitos em negros no Brasil, mais especificamente nas regiões Norte e Nordeste¹⁹.

Em 2013, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 12,9% da população (25,8 milhões) referiram já ter tido dengue alguma vez na vida. As proporções de pessoas que referiram já ter tido dengue foram superiores à média nacional para mulheres (14,3%); pessoas de 40 a 59 anos de idade (17,4%) e pessoas de cor preta e parda (14,8% em ambos os casos).

¹⁷ BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Plano Juventude Viva: caminhos da política de prevenção à violência contra a juventude negra no Brasil**. Brasília, 2014.

¹⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Temático Saúde da População Negra**. Brasília, 2016. (Painel de Indicadores do SUS, v. 7, n. 10).

¹⁹ BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Indicadores de Vigilância em Saúde descritos segundo a variável raça/ cor, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 48, n. 4, 2017.

Doença de Chagas²⁰

Apenas a doença de Chagas aguda (DCA) é de notificação compulsória no Brasil. Estima-se que existam, no País, aproximadamente 4,6 milhões de pessoas infectadas, predominando os casos crônicos decorrentes da infecção por via vetorial em décadas passadas. Em 2013, foram registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 163 casos de DCA. Destes, 19% sem informação sobre raça/cor. Entre os 81% com esse campo preenchido, 86% correspondiam à raça/cor negra (83% em pretos e 3% em pardos), 13% à branca e 1% à indígena. A maior parte dos casos ocorreu no Pará (87,1%) e no Amapá (5,5%). A taxa de mortalidade (TM) foi calculada com base no SIM, no qual o número de óbitos nas fases aguda e crônica está agregado. A TM por doença de Chagas segundo raça/cor é maior na população negra (3,47 e 2,15/100 mil habitantes em pretos e pardos, respectivamente), seguida pela branca (1,99/100 mil habitantes), e menor entre indígenas (0,81/100 mil habitantes).

HIV/aids e hepatites virais²¹

De 2004 a 2013, observa-se tendência de discreta redução de casos de aids registrados na raça/cor branca e de aumento na parda. Em 2013, a maior taxa de detecção de aids foi registrada em homens de raça/cor preta (18,8/100 mil habitantes), seguida da branca (16,5/100 mil hab.) e da parda (15,5/100 mil hab.). Entre as mulheres, a maior taxa de detecção foi registrada na raça/cor preta (12,3/100 mil habitantes), seguida da parda (8/100 mil habitantes) e da branca (7,1/100 mil habitantes).

Com relação às gestantes infectadas com HIV, predominava a raça/cor parda, seguida da branca, que representavam, em 2013, 41,3% e 39%, respectivamente.

Ainda no mesmo período analisado (2004-2013), aumentou o número de óbitos por aids na raça/cor parda.

²⁰ BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Indicadores de Vigilância em Saúde descritos segundo a variável raça/ cor, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 48, n. 4, 2017.

²¹ Ibidem.

Em 2013, a maior taxa de mortalidade por aids registrou-se em homens pretos (12,5/100 mil habitantes), seguidos de brancos (7,9/100 mil habitantes) e pardos (7,1/100 mil habitantes). Com relação às mulheres, a maior taxa de mortalidade foi observada na raça/cor preta.

Hepatite A²²

No Brasil, a taxa de incidência da hepatite A aumentou até 2005, passando a cair a partir de 2006, inclusive nas regiões, atingindo 3,2 casos/100 mil habitantes em 2013. Verificou-se melhoria na qualidade dos dados relativos à raça/cor. O percentual de ignorados diminuiu de 94,5%, em 1999, para 15,5%, em 2013. Nesse ano, considerando-se as notificações com o registro de raça/cor, os pardos concentraram a maioria dos casos (64,6%), vindo em seguida os brancos (25%), pretos (5,8%) e indígenas (3,9%). Em 2013, as taxas de incidência foram de 23,5/100 mil habitantes em indígenas, 3,7/100 mil habitantes em pardos, 1,9/100 mil habitantes em pretos e 1,4/100 mil habitantes em brancos.

Juventude negra - causas externas - violência²³

De acordo com a PNS/2013, a proporção de pessoas que se envolveram em acidente de trânsito com lesões corporais no Brasil foi de 3,1%, em 2013. Esse percentual foi maior entre os homens, registrando 4,5%, sendo 3,6% da cor preta e 3,4% da cor parda, enquanto entre os brancos esse percentual foi de 2,7%.

Já em acidentes de trabalho, a proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que se envolveram foi predominantemente de homens, segundo a PNS/2013; sendo que, no quesito raça/cor, a proporção de pessoas que se envolveram em acidentes de trabalho foi de 4,6% para pretos, 3,7% para pardos e 2,9% para branca.

²² BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Indicadores de Vigilância em Saúde descritos segundo a variável raça/ cor, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 48, n. 4, 2017.

²³ BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral, Secretaria Nacional da Juventude, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Mapa da violência 2015: mortes matadas por armas de fogo**. Brasília, 2015.

O SIM do Ministério da Saúde, corroborado pelo Censo Demográfico do IBGE, de 2010, expõe que a taxa de homicídios de negros no Brasil é de 36 mortes por 100 mil negros, enquanto a mesma medida para não negros é de 15,2 por 100 mil.

Em 2012, 56 mil pessoas foram assassinadas no Brasil. Destas, 30 mil são jovens entre 15 a 29 anos e, desse total, 77% são negros. A maioria dos homicídios é praticada por armas de fogo, e menos de 8% dos casos chegam a ser julgados. De acordo com dados do SIM, mais da metade dos 56.337 mortos por homicídios no Brasil no ano de 2012 eram jovens, ou seja, 30.072²⁴ jovens vítimas de homicídio, o que equivale a 53,37% das mortes. Desses jovens, 77% eram negros (pretos e pardos) e 93,30% do sexo masculino.

Ao distribuir esses dados de homicídios de jovens negros nos 12 meses do ano, calcula-se mais de 1.900 mortes de jovens negros por mês. Ou seja, 64 a cada dia, quase 3 a cada hora, ou aproximadamente 1 homicídio a cada 20 minutos atingindo jovens negros do sexo masculino, majoritariamente moradores das periferias e áreas metropolitanas dos centros urbanos²⁵.

No que se refere à letalidade de afrodescendentes, o aumento de 18,2% na taxa de homicídio de negros entre 2004 e 2014, ao mesmo tempo em que o mesmo indicador associado a não negros diminuiu 14,6%. Com isso, observou-se um acirramento da diferença de letalidade entre negros e não negros na última década. Se no Brasil, para cada não negro morto, em média, 2,4 indivíduos com cor preta ou parda sofrem homicídio, no nível das unidades federativas, muitas vezes a questão da violência por raça acontece em altas proporções. Por exemplo, em 2014, ao mesmo tempo em que Alagoas era a segunda unidade federativa com menor taxa de homicídio de não negros (7,8 por 100 mil indivíduos não negros), era também a unidade federativa com maior taxa de homicídio de negros (82,5), o que implica dizer que, justamente na terra de Zumbi dos Palmares, para cada não negro assassinado, outros 10,6 negros eram mortos, em 2014²⁶.

²⁴ BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Plano Juventude Viva**: caminhos da política de prevenção à violência contra a juventude negra no Brasil. Brasília, 2014.

²⁵ IPEA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Atlas da violência 2016**. Brasília, mar. 2016. (Nota Técnica, n. 17).

²⁶ *Ibidem*.

O homicídio é a forma preponderante e quase exclusiva de utilização das armas de fogo (42.291). Das 44.861 mortes por armas de fogo, 94,3% foram homicídios. No ano de 2003, foram cometidos 13.224 homicídios por arma de fogo na população branca. Em 2014, esse número desce para 9.766, o que representa uma queda de 26,1%. Em contrapartida, o número de vítimas negras passa de 20.291 para 29.813, aumento de 46,9%.

Em 2012, o total de 42.416 óbitos é por disparo de armas de fogo. Dessas vítimas, 10.632 eram brancos e 28.946 negros, o que representa 11,8 óbitos para cada 100 mil brancos e 28,5 para cada 100 mil negros. Logo, pode-se afirmar que morreram, proporcionalmente, 142% mais negros que brancos por armas de fogo. O levantamento revela também que, em 2012, 94% das vítimas fatais de disparo de armas de fogo eram do sexo masculino, na população total. Entre os jovens, esse percentual chegava a 95%²⁷.

Discriminação nos serviços de saúde

De acordo com a PNS/2013, em 2013, havia 146,3 milhões de pessoas de 18 anos ou mais de idade no Brasil, e, destas, 10,6% (15,5 milhões) afirmaram que já se sentiram discriminadas ou tratadas de maneira pior que as outras pessoas no serviço de saúde, por médico ou outro profissional de saúde. Das pessoas que já se sentiram discriminadas no serviço de saúde, destacaram-se: as mulheres (11,6%); as pessoas de cor preta (11,9%) e parda (11,4%), e as pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (11,8%).

A pesquisa também investigou os motivos percebidos pelas pessoas que se sentiram discriminadas no serviço de saúde. As pessoas podiam indicar mais de um quesito. Mais da metade da população de 18 anos ou mais de idade que já se sentiu discriminada no serviço de saúde respondeu, como motivos, a falta de dinheiro (53,9%) e a classe social (52,5%).

²⁷ IPEA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Atlas da violência 2016. Brasília, mar. 2016. (Nota Técnica, n. 17).

A expressiva maioria das pessoas negras não possui plano de saúde (78,8%), e menor acesso à saúde significa maior exposição a riscos. Pessoas com menores rendimentos, sem acesso à educação e em condições de moradia precárias por falta de acesso a serviços básicos também se mostram mais expostas onde a grande maioria é negra. As diferenças nos indicadores de depressão e tabagismo, segundo a desagregação por educação, são também relevantes, pois indicam que é necessário adaptar políticas (de comunicação, entre outras) para este público mais exposto.

Transplante e outras ações para doença falciforme

No dia 1º de julho de 2015, o Ministério da Saúde (MS) incorporou ao Sistema Único de Saúde (SUS) o transplante de células-tronco hematopoiéticas entre parentes a partir da medula óssea, de sangue periférico ou de sangue de cordão umbilical. A medida é parte das estratégias de ampliação do acesso da população negra à rede de saúde prevista na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Estima-se que cerca de 50 mil pessoas tenham a doença falciforme no Brasil, a maioria negra. Ela apresenta alta morbidade e mortalidade precoce, variados agravos à saúde, como crises de dores em músculos, ossos e articulações. Agora incorporado o Transplante de Células-Tronco Hematopoiética (TCTH), também chamado de transplante de medula óssea, ao SUS, os pacientes terão um acesso maior a esse tratamento. Isso significa esperança de cura e a possibilidade de vida livre das intercorrências comuns à doença.

Essa recente medida se junta a outras que o Ministério da Saúde vem adotando para tratamento e detecção da doença falciforme. Entre elas, destacam-se: a criação, no âmbito do SUS, da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (Portaria GM/MS nº 1.391, de 16 de agosto de 2005), a inclusão do diagnóstico da doença falciforme no Programa de Triagem Neonatal (teste do pezinho) em todos os estados, e o exame de eletroforese de hemoglobina na atenção básica, na Rede Cegonha e na doação de sangue.

CONCLUSÃO

A desigualdade de raça é estruturante da desigualdade social brasileira. Inúmeras são as evidências que apontam as barreiras à participação igualitária dos negros em diversos campos da vida social e para as consequências que estas desigualdades e discriminações produzem não apenas para os negros, mas para a sociedade como um todo. O racismo e o racismo institucional²⁸ são práticas que colocam pessoas de grupos raciais ou étnicos em situação de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pela ação das instituições e organizações, como, por exemplo, na morosidade da implementação de políticas públicas.

No caso da saúde, a redução das desigualdades sociais é um dos objetivos do Pacto pela Saúde, que considera como causas determinantes e condicionantes de saúde: modos de vida, trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros. Nesse sentido, podemos afirmar que o racismo é o principal determinante social em saúde para população negra, já que incide negativamente sobre todos esses fatores que compõem o conceito de saúde.

O Ministério da Saúde compreende a situação de iniquidade e vulnerabilidade que afeta a saúde da população negra – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência – e reconhece que o racismo vivenciado pela população negra incide negativamente nesses indicadores, comprometendo o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde, já que a boa qualidade da saúde gera condições para a inserção dos sujeitos nas diferentes esferas da sociedade de maneira digna, promovendo sua autonomia e cidadania.

²⁸ Racismo institucional: o racismo institucional ou estrutural é definido como qualquer forma de racismo que ocorre especificamente dentro de instituições como órgãos governamentais, instituições públicas, empresas, corporações e universidades. Essa prática inclui atitudes sociais específicas inerentes à ação preconceituosa racialmente, à discriminação, aos estereótipos, à omissão, ao desrespeito, à desconfiança, à desvalorização e à desumanização. São práticas que consolidam o racismo institucional e também se alimentam ou se revertem em racismo individual, consequentemente afetando espaços sociais coletivos como instâncias governamentais.

Por isso, em consonância com o ParticipaSUS, o Ministério da Saúde instituiu, 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Essa 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. Seu objetivo 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 nos serviços do SUS.

Além da criação da própria PNSIPN, é possível identificar outros avanços nas ações voltadas à saúde da população negra, com destaque para:

- a) Plano Juventude Viva – Prevê ações de prevenção para reduzir a vulnerabilidade de jovens negros a situações de violência física e simbólica.
- b) Portaria nº 1.391, de 16 de agosto de 2005, que institui, no âmbito do SUS, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.
- c) Incorporação do transplante de medula para tratamento da doença falciforme no âmbito do SUS (Portaria SCTIE nº 30, de 30 de junho de 2015).
- d) Curso de ensino a distância sobre saúde da população negra promovido pelo MS e Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), lançada em 27 de outubro de 2014).
- e) Comitê Técnico de Saúde da População Negra – Instituído no âmbito do Ministério da Saúde, é um espaço consultivo de participação e controle social, com representantes da gestão, pesquisadores e movimentos negros.
- f) Publicação da Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, que padroniza e torna obrigatória a coleta e o preenchimento do quesito raça/cor do paciente em todos os sistemas de informação do SUS, conforme a classificação do IBGE, que define cinco categorias autodeclaradas: branca, preta, amarela, parda e indígena.
- g) Publicação, em 30 de março de 2017, do III Plano Operativo da

- Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Resolução nº 16, de 30 de março de 2017). O III Plano Operativo foi pactuado e aprovado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – foro permanente de negociação e articulação das esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Com vigência para o triênio 2017-2019, o III Plano Operativo estabelece ações de implementação da referida política para as gestões federal, estadual e municipal do SUS.
- h) Publicação da Portaria nº 142, de 21 de julho de 2017, que institui o Grupo de Trabalho de Políticas Públicas da Igualdade Racial e dá outras providências. Conforme o art. 1º, fica instituído o Grupo de Trabalho de Políticas Públicas da Igualdade Racial com a finalidade de explanar aos órgãos e às entidades governamentais e não governamentais dos estados e municípios as ações de promoção da igualdade racial das políticas públicas federais, assim como de propor metas e prioridades aplicáveis à realidade local.

REFERÊNCIAS

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Indicadores de Vigilância em Saúde descritos segundo a variável raça/ cor, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 48, n. 4, 2017.

_____. Indicadores de Vigilância em Saúde, analisados segundo a variável raça/cor. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 46, n. 10, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Temático Saúde da População Negra**. Brasília, 2016. (Painel de Indicadores do SUS, v. 7, n. 10).

_____. Presidência da República. Secretaria-Geral, Secretaria Nacional da Juventude, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Mapa da violência 2015: mortes matadas por armas de fogo**. Brasília, 2015.

_____. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Plano Juventude Viva: caminhos da política de prevenção à violência contra a juventude negra no Brasil**. Brasília, 2014.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, 2013.

_____. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2016.

IPEA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Atlas da violência 2016**. Brasília, mar. 2016. (Nota Técnica, n. 17).

ANEXOS

Anexo A – Portaria nº 1.391, de 16 de agosto de 2005

Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o disposto no art. 196 da Constituição, relativamente ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação;

Considerando as atribuições comuns da União, dos Estados e dos municípios estabelecidas na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando os princípios e diretrizes da Política Nacional do Sangue, Componentes e Hemoderivados, implementada, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados – SINASAN, cuja finalidade é garantir a autossuficiência do País nesse setor e harmonizar as ações do poder público em todos os níveis de governo (art. 8º da Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001);

Considerando a alta prevalência das doenças falciformes na população brasileira, dentre as quais a Anemia Falciforme é majoritária;

Considerando que as pessoas com essa enfermidade, devido às alterações nos glóbulos vermelhos, apresentam diferentes complicações clínicas e comprometimento progressivo de diferentes órgãos;

Considerando a necessidade de tratamento multiprofissional e multidisciplinar a ser realizado por profissionais adequadamente preparados;

Considerando a inclusão do exame para detecção de doença falciforme, na fase II do Programa Nacional de Triagem Neonatal, instituído pela Portaria nº 822/GM, de 6 de junho de 2001;

Considerando a importância médico-social do início precoce do tratamento na rede de assistência do Sistema Único de Saúde; e

Considerando que historicamente a Hemorrede Pública é referência reconhecida no tratamento dessas enfermidades, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, como diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença

Falciforme e outras Hemoglobinopatias:

I – a promoção da garantia do seguimento das pessoas diagnosticadas com hemoglobinopatias pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), recebendo os pacientes e integrando-os na rede de assistência do Sistema Único de Saúde – SUS a partir, prioritariamente, da Hemorrede Pública, e provendo assistência às pessoas com diagnóstico tardio de Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, com a criação de um cadastro nacional de doentes falciformes e outras hemoglobinopatias;

II – a promoção da garantia da integralidade da atenção, por intermédio do atendimento realizado por equipe multidisciplinar, estabelecendo interfaces entre as diferentes áreas técnicas do Ministério da Saúde, visando à articulação das demais ações que extrapolam a competência da Hemorrede;

III – a instituição de uma política de capacitação de todos os atores envolvidos que promova a educação permanente;

IV – a promoção do acesso à informação e ao aconselhamento genético aos familiares e às pessoas com a doença ou o traço falciforme;

V – a promoção da integração da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias com o Programa Nacional de Triagem Neonatal, visando à implementação da fase II deste último e a atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias;

VI – a promoção da garantia de acesso aos medicamentos essenciais, conforme protocolo, imunobiológicos Especiais e insumos, como Filtro de Leucócitos e Bombas de Infusão; e

VII – a estimulação da pesquisa, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

Parágrafo único. As diretrizes de que trata este artigo apoiam-se na promoção, na prevenção, no diagnóstico precoce, no tratamento e na reabilitação de agravos à saúde, articulando as áreas técnicas cujas ações têm interface com o atendimento hematológico e hemoterápico.

Art. 2º Caberá à Secretaria de Atenção à Saúde adotar, no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, as providências necessárias ao cumprimento do disposto nesta Portaria.

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

SARAIVA FELIPE

Anexo B – Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009

GABINETE DO MINISTRO

Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Capítulo I

DOS PRINCÍPIOS GERAIS

1. Princípios Gerais

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

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

Reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, constantes da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a saber: a) a universalidade do acesso, compreendido como o “acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”; b) a integralidade da atenção, “entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”; c) a igualdade da atenção à saúde; e d) a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990a, art. 7º, inc. I, II, IV IX).

A esses vêm juntar-se os da participação popular e do controle social, instrumentos fundamentais para a formulação, execução, avaliação e eventuais redirecionamentos das políticas públicas de saúde. Constituem desdobramentos do princípio da “participação da comunidade” (BRASIL, 1990a, art. 7º, inciso VIII) e principal objeto da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que instituiu as conferências e conselhos de saúde como órgãos colegiados de gestão do SUS, com garantia de participação da comunidade (BRASIL, 1990b).

Igualmente importante é o princípio da equidade. A iniquidade racial, como fenômeno social amplo, vem sendo combatida pelas políticas de promoção da igualdade racial, regidas pela Lei nº 10.678/2003, que criou a SEPPPIR. Coerente com isso, o princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos na qual a

diversidade seja um valor, deve desdobrar-se no princípio da equidade, como aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las. Em saúde, a atenção deve ser entendida como ações e serviços priorizados em razão de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população.

O SUS, como um sistema em constante processo de aperfeiçoamento, na implantação e implementação do Pacto pela Saúde, instituído por meio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, compromete-se com o combate às iniquidades de ordem socioeconômica e cultural que atingem a população negra brasileira (BRASIL, 2006).

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

2. Marca

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

Capítulo II

DAS DIRETRIZES GERAIS E OBJETIVOS

1. Diretrizes Gerais:

I – inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;

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

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

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

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

VI – desenvolvimento de processos de informação, comunicação e

educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.

2. Objetivo Geral

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

3. Objetivos Específicos:

I – garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde;

II – garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde;

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

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

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

VI – melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia;

VII – identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades;

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

IX – monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais;

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

XI – monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios antirracistas e não discriminatório; e

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

Capítulo III

DAS ESTRATÉGIAS E RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO

1. Estratégias de Gestão(*):

I – implementação das ações de combate ao racismo institucional e redução das iniquidades raciais, com a definição de metas específicas no Plano Nacional de Saúde e nos Termos de Compromisso de Gestão;

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

III – fortalecimento da atenção à saúde integral da população negra em todas as fases do ciclo da vida, considerando as necessidades específicas de jovens, adolescentes e adultos em conflito com a lei;

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

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

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

VII – qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos Estados e Municípios;

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

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

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

XI – implantação e implementação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, nos Estados e Municípios, conforme a Portaria MS/GM nº 936, de 19 de maio de 2004, como meio de reduzir a vulnerabilidade de jovens negros à morte, traumas ou incapacitação por causas externas (BRASIL, 2004a);

XII – elaboração de materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População Negra, respeitando os diversos saberes e

valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas;

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

XIV – garantia da implementação da Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM nº 1.426, de 14 de julho de 2004, que aprovou as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, no que diz respeito à promoção da equidade (BRASIL, 2004b);

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

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

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

XVIII – estabelecimento de acordos e processos de cooperação nacional e internacional, visando à promoção da saúde integral da população negra nos campos da atenção, educação permanente e pesquisa. *Em virtude de seu caráter transversal, todas as estratégias de gestão assumidas por esta Política devem estar em permanente interação com as demais políticas do MS relacionadas à promoção da Saúde, ao controle de agravos e à atenção e cuidado em saúde.

2. Responsabilidades das Esferas de Gestão

2.1. Gestor Federal:

I – implementação desta Política em âmbito nacional;

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

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

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

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

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

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

VIII – garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

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

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

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

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

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

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

XV – estabelecimento de parcerias governamentais e não governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde integral da população negra no âmbito do SUS;

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

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

2.2 Gestor Estadual:

I – apoio à implementação desta Política em âmbito nacional;

II – definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite – CIB;

III – coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto da Saúde, em âmbito estadual;

IV – garantia da inclusão desta Política no Plano Estadual de Saúde e no PPA setorial estadual, em consonância com as realidades locais e regionais;

V – identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito estadual e cooperação técnica e financeira com os Municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e recursos;

VI – implantação e implementação de instância estadual de promoção da equidade em saúde da população negra;

VII – apoio à implantação e implementação de instâncias municipais de promoção da equidade em saúde da população negra;

VIII – garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

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

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

XI – apoio aos processos de educação popular em saúde, referentes às ações de promoção da saúde integral da população negra;

XII – fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XIII – articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de efetivação desta Política; e

XIV – instituição de mecanismos de fomento à produção dos conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

2.3 Gestor Municipal

I – implementação desta Política em âmbito municipal;

II – definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite – CIB;

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

IV – garantia da inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades e necessidades locais;

V – identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e recursos;

VI – implantação e implementação de instância municipal de promoção da equidade em saúde da população negra;

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

VIII – garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

IX – articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições

governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação desta Política;

X – fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

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

XII – apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra; e

XIII – instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

Anexo C – Portaria SCTIE nº 30, de 30 de junho de 2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS PORTARIA Nº 30, DE 30 DE JUNHO DE 2015

Torna pública a decisão de incorporar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS o transplante de células-tronco hematopoéticas alogênicas aparentado para tratamento da doença falciforme, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde.

O SECRETÁRIO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais e com base nos termos dos art. 20 e art. 23 do Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, resolve:

Art. 1º Fica incorporado, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o transplante de células-tronco hematopoéticas alogênicas aparentado para tratamento da doença falciforme, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Art. 2º O relatório de recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) sobre a tecnologia estará disponível no endereço eletrônico: <http://conitec.gov.br/index.php/decisoes-sobre-incorporacoes>.

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

JARBAS BARBOSA DA SILVA JÚNIOR

Anexo D – Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017

Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde.

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

Considerando a Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, que institui o Estatuto da Igualdade Racial;

Considerando o Decreto nº 65.810, de 8 de dezembro de 1969, que promulga a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial;

Considerando a Portaria nº 3.947/GM/MS, de 25 de novembro de 1998, que aprova os atributos comuns a serem adotados, obrigatoriamente, por todos os sistemas e base de dados do Ministério da Saúde, a partir de 1º de janeiro de 1999;

Considerando a Portaria nº 992/GM/MS, de 13 de maio de 2009, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN);

Considerando a Resolução nº 2/CIT, de 2 de setembro de 2014, que dispõe sobre o II Plano Operativo (2013-2015) da PNSIPN no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual ratifica os compromissos sanitários prioritários pactuados entre as esferas de governo da consolidação do SUS, visando qualificar a gestão, as ações e serviços do sistema de saúde;

Considerando a Conferência Mundial contra o Racismo, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas que firma acordos e resoluções internacionais dos quais o Brasil é signatário;

Considerando a relevância da variável raça/cor nos sistemas de informações de saúde para o estudo do perfil epidemiológico dos diferentes grupos populacionais segundo critérios raciais/étnicos;

Considerando a necessidade de subsidiar o planejamento de políticas públicas que levem em conta as necessidades específicas destes grupos;

Considerando que a melhoria da qualidade dos sistemas de informação dos SUS no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero; e

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

Art. 1º A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor serão obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena.

Art. 2º No casos de recém-nascidos, óbitos ou diante de situações em que o usuário estiver impossibilitado para a autodeclaração, caberá aos familiares ou responsáveis a declaração de sua cor ou pertencimento étnico-racial.

Parágrafo único. Nos casos em que não houver responsável, os profissionais de saúde que realizarem o atendimento preencherão o campo denominado raça/cor.

Art. 3º Compete às esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS):
I – estimular e qualificar o uso dos meios institucionais ou ferramentas de gestão existentes relativos ao monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN);

II – qualificar a coleta, o processamento e a análise dos dados desagregados por raça/cor, bem como nas informações epidemiológicas divulgadas anualmente pelo SUS; e

III – incluir o quesito raça/cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos e pesquisas de saúde junto aos conveniados ou contratados pelo SUS.

Art. 4º O Ministério da Saúde apresentará anualmente Relatório Sistematizado acerca da Situação de Saúde da População Negra no Brasil, reafirmando seu compromisso em contribuir para a efetiva implementação do programa de ação e atividades no âmbito da Década Internacional de Afrodescendentes, proclamada pela Assembleia Geral da ONU (Resolução 68/237) para o período de 2015 a 2024.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

(DOU Seção 1 – Nº 24, quinta-feira, 2 de fevereiro de 2017 – pág. 62)

Anexo E – Resolução nº 16, de 30 de março de 2017

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE RESOLUÇÃO Nº 16, DE 30 DE MARÇO DE 2017

Dispõe sobre o III Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 14-A da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e os arts. 30, inciso I, e 32, inciso I, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011,

Considerando a Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, que institui o Estatuto da Igualdade Racial;

Considerando a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial e a Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, realizada em Durban, África do Sul, que firmaram acordos e resoluções internacionais dos quais o Brasil é signatário;

Considerando a Década Internacional de Afrodescendentes, proclamada pela Assembleia Geral da ONU (Resolução 68/237) para o período entre 2015 e 2024;

Considerando o Plano Nacional de Saúde 2016-2019, aprovado na 283ª reunião do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 08 de julho de 2016, especialmente no que diz respeito aos seus Objetivos I, IV e XI;

Considerando a Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN);

Considerando a Portaria GM/MS nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, que dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde.

Considerando que negras e negros constituem mais da metade da população brasileira (50,7%), de acordo com o Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

Considerando que o Ministério da Saúde reconhece e assume a necessidade da instituição de mecanismos de enfrentamento ao racismo institucional, para superação das barreiras estruturais e cotidianas que impedem a implementação da PNSIPN no SUS;

Considerando os princípios do SUS estabelecidos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, especificamente a integralidade e igualdade

da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência;

Considerando o fim da vigência do II Plano Operativo da PNSIPN (2013 a 2015), instituído pela Resolução CIT nº 2, de 2 de Setembro de 2014; e

Considerando a deliberação ocorrida na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no dia 30 de março de 2017, resolve:

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre o III Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Esta Resolução tem como objetivo estabelecer estratégias de aplicação da PNSIPN, para garantir o acesso da população negra a ações e serviços de saúde, de forma oportuna e humanizada, contribuindo para a melhoria das condições de saúde desta população, para a redução das iniquidades de raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, geracionais e de classe, bem como para a promoção da qualidade de vida de brasileiras e brasileiros.

Art. 3º O III Plano Operativo (2017-2019) da PNSIPN é estruturado pelos seguintes eixos estratégicos que estabelecem ações impulsionadoras para a implementação da PNSIPN e da promoção da equidade em saúde desta população:

I – Acesso da População Negra às Redes de Atenção à Saúde;

II – Promoção e Vigilância em Saúde;

III – Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra;

IV – Fortalecimento da Participação e do Controle Social; e

V – Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde para a População Negra.

Art. 4º Os eixos definidos no art. 3º serão observados na elaboração dos projetos e ações de saúde voltados à população negra, com as seguintes estratégias:

I – qualificar e fortalecer o acesso da população negra e das comunidades tradicionais (Quilombolas e Terreiros) aos serviços de saúde da atenção básica, em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, conforme a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, em especial a Estratégia de Saúde da Família;

II – fortalecer e articular ações de enfrentamento das altas taxas de mortalidade materna de mulheres negras, visando reduzir as disparidades nos índices da mortalidade entre mulheres brancas e negras, tendo em vista o acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e ações de enfrentamento ao racismo institucional;

III – fortalecer e apoiar a implantação da linha de cuidado em doença falciforme e sua inclusão na Rede de Atenção à Saúde (RAS), em conformidade

com a Portaria GM/MS nº 1.391, de 16 de agosto de 2005 e Portaria MG/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010;

IV – incentivar ações setoriais e intersetoriais de promoção da saúde e prevenção à violência, participação e protagonismo juvenil, objetivando a redução dos altos índices de violência letal contra a juventude negra;

V – fortalecer a inserção da temática étnico-racial nos processos de educação permanente das equipes de atenção básica e dos trabalhadores/profissionais de saúde do SUS;

VI – fortalecer os temas da igualdade de gênero, raça/cor e etnia na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNPSUS) e nas Mesas de Negociação Permanente existentes nas esferas estadual, municipal e/ou regional;

VII – estimular a atuação da população negra nos espaços de participação, controle social e da gestão participativa da saúde;

VIII – incluir o quesito raça/cor na identificação dos usuários nos sistemas de informação do SUS.

IX – qualificar a coleta, o processamento, a análise e a publicação dos dados desagregados por raça/cor;

X – estimular o preenchimento, pelas equipes de Atenção Básica, do campo constante na ficha de cadastro individual da estratégia e-SUS AB;

Art. 5º Compete ao Ministério da Saúde:

I – apoiar a implementação do III Plano Operativo (2017- 2019) da PNSIPN nos Estados, Distrito Federal e Municípios;

II – estabelecer instrumentos e indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; e

III – publicar Relatório Anual Sistematizado acerca da situação de saúde da população negra no Brasil.

Parágrafo único. No âmbito do Ministério da Saúde, caberá à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articular-se com os demais órgãos e entidades governamentais para elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessárias à implementação do III Plano Operativo (2017-2019) da PNSIPN.

Art. 6º Compete à gestão estadual do SUS:

I – articular a implementação das estratégias do III Plano Operativo da PNSIPN no âmbito estadual e conduzir a pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e

II – promover a inclusão das estratégias do III Plano Operativo da PNSIPN no Plano Estadual de Saúde, na Programação Anual de Saúde, bem como monitorar as ações desse Plano a partir do Relatório Anual de Gestão, em

consonância com as realidades, demandas e necessidades estaduais/regionais.

Art. 7º Compete à gestão municipal do SUS:

I – articular a implementação das estratégias do III Plano Operativo da PNSIPN no âmbito municipal; e

II – promover a inclusão das estratégias do III Plano Operativo da PNSIPN no Plano Municipal de Saúde, na Programação Anual de Saúde, bem como monitorar as ações desse Plano a partir do Relatório Anual de Gestão, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais.

Art. 8º À Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal compete os direitos e as obrigações reservadas às gestões estadual e municipal do SUS.

Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação

RICARDO BARROS

Ministro de Estado da Saúde

JOÃO GABBARDO DOS REIS

Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA

Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

(DOU Seção 1 – Nº 64, segunda-feira, 3 de abril de 2017, p. 81)

EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Fonte principal: Frutiger Lt Std

Tipo de papel do miolo: Couché Fosco 90g/m²

Impresso por meio do Contrato 28/2012

OS 2017 / 0443

Brasília/DF, agosto de 2017

ISBN 978-85-334-2515-6



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

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



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

