

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL
DESTINADA A AVALIAR AS
POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA
SOCIAL E SAÚDE DA
POPULAÇÃO NEGRA**

RELATÓRIO

OUTUBRO DE 2015

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	3
AGRADECIMENTOS E HOMENAGEM.....	4
COMPOSIÇÃO.....	5
Criação e plano de trabalho	6
PLANO DE TRABALHO	8
CAPÍTULO I – POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL.....	9
CAPÍTULO II - ASSISTÊNCIA SOCIAL E À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA	13
II a. – ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	13
II b. – SAÚDE.....	19
PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA	25
ANEMIA FALCIFORME	29
GLAUCOMA.....	37
HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	37
DIABETES.....	38
RACISMO INSTITUCIONAL.....	42
CAPÍTULO III – ATIVIDADES DA SUBCOMISSÃO	44
III .a Data: 6/5/2015	44
III. b Data: 20/05/2015	47
III.c Data: 09/06/2015	48
III.d Data: 10/08/2015	59
III.e Data: 24/08/2015	68
CAPÍTULO IV - RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS ENVIADOS AOS ESTADOS E CAPITAIS	73
POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIAL SOCIAL PARA A POPULAÇÃO NEGRA	73
POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO NEGRA	81
CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES	100
CAPÍTULO VI – PROPOSIÇÕES	1

APRESENTAÇÃO

As condições de assistência à saúde e assistência social prestadas à população negra são o objeto desse estudo aprofundado por parte do Poder Legislativo e em especial da Comissão de Seguridade Social e Família.

Diversas comissões e subcomissões não apenas da Câmara dos Deputados, mas no âmbito do Congresso, têm sistematicamente reiterado o impacto negativo de condições adversas de vida sobre o perfil de saúde da população negra.

A Comissão de Seguridade Social e Família analisou, recentemente, as doenças relacionadas à pobreza, a morte materna, a violência contra a mulher. Debates sobre a morte de jovens negros também ocupam espaço significativo nas preocupações do Legislativo.

A população negra sofre, de modo geral, com menor renda, menor escolaridade, menor acesso às condições ideais de moradia, saneamento, trabalho, transporte, saúde, e luta por direitos iguais. É muito importante trazer à tona essas questões. A despeito de a anemia falciforme e a morte materna terem ocupado o foco inicial da Subcomissão, muitos outros agravos despontaram como pontos importantes a acompanhar, entre eles glaucoma, diabetes, hipertensão e morte materna.

Submetemos, assim, nossa visão sobre algumas das inúmeras questões que continuarão a surgir a partir do aprofundamento da discussão, aguardando a indispensável contribuição da sociedade, dos gestores e de nossos Pares para que as propostas aqui alinhavadas constituam instrumento efetivo de progresso para o povo brasileiro e alicerce a consolidação da igualdade tão desejada.

AGRADECIMENTOS E HOMENAGEM

Em primeiro lugar, agradecemos aos Deputados membros da Subcomissão, cuja contribuição permitiu chegarmos às propostas apresentadas nesse Relatório que temos a convicção de que têm o potencial de representar avanços concretos.

Agradecemos à Câmara Municipal de Salvador e à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro por terem acolhido debates importantes para situar o problema e identificar linhas de ação que contribuam para aperfeiçoar as ações dirigidas à população negra do país.

Ao mesmo tempo, agradecemos aos que enriqueceram nossa visão das questões prementes de saúde e assistência social da população negra, aos convidados que abrilhantaram nossas discussões, à SEPPIR, aos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, acadêmicos, membros da sociedade civil organizada, bem como aos gestores estaduais e municipais, que nos forneceram informações precisas e dados atualizados.

Nessa oportunidade, queremos homenagear a Prefeita de São Francisco do Conde, Rilza Valentim, tantas vezes lembrada com respeito ao longo de diversas reuniões. Foi aguerrida e valorosa como professora, vereadora e vice-prefeita. Nos seis anos em que exerceu o mandato de Prefeita, iniciou projeto-piloto de diagnóstico, tratamento e acompanhamento da doença anemia falciforme na área sob sua responsabilidade. Implantou também mecanismos de assistência para os portadores. Paradoxalmente, ela, que conhecia a fundo o drama da doença, morreu em decorrência de complicações pulmonares, gravíssimas, como veremos adiante. Deixou o legado de iniciativas sólidas e o exemplo de dedicação insuperável à sua missão e a profunda saudade entre seus companheiros.

COMPOSIÇÃO

TITULARES

Deputado Adelmo Carneiro Leão

Deputado Antonio Brito

Deputada Benedita da Silva

Deputada Carmem Zanotto

Deputado Diego Garcia

Deputado Jean Wyllys

Deputado João Marcelo

Deputado Jorge Solla

Deputada Rosangela Gomes

Deputado Zeca Dirceu

PRESIDENTE: Deputada Benedita da Silva

RELATOR: Deputado Antônio Brito

CRIAÇÃO E PLANO DE TRABALHO

A Subcomissão foi criada em 16 de abril de 2015 e instalada no dia seguinte. A justificativa para sua criação e o Plano de Trabalho aprovado apoiam-se nas constatações transcritas a seguir.

O racismo institucional, bem como os caminhos necessários para a resolução do problema, adquire relevância com a **III Conferência Mundial contra o Racismo, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas/CMR**, ocorrida no ano de 2001, em Durban, na África do Sul. O Brasil teve atuação de destaque nesse fórum. O documento final da Conferência aponta o racismo como um importante fator de produção de iniquidades.

Neste sentido, a implantação de uma política dirigida à melhoria das condições de saúde da população negra e para eliminação das disparidades raciais em saúde contribui decisivamente para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o cumprimento pleno de sua missão, favorecendo a conquista do bem-estar e da qualidade de vida das cidadãs e cidadãos brasileiros.

Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006, oficializada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2009, por meio da Portaria n. 992/09, e inserida na Lei nº 12.288/2010 (Estatuto da Igualdade Racial), a **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)** tem por objetivo 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. Para tanto, a PNSIPN estabelece como procedimento indispensável 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*”.

Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) firmou com a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) um Protocolo de Intenções para implementação de um Programa de Combate ao Racismo Institucional no MS e no SUS e a institucionalização de uma estratégia para a Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Entre setembro de 2012 e julho de 2013 foi elaborado o segundo Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Em novembro de 2013, a partir de um trabalho conjunto com ativistas e especialistas do campo da Saúde da População Negra, a SEPPIR encaminhou ao Ministério da Saúde proposta de criação de uma Instância de Enfrentamento ao Racismo Institucional e Promoção da Igualdade Racial na Saúde, que teria como responsabilidade assegurar a criação, gestão, monitoramento e a avaliação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Entre o final de 2013 e o primeiro semestre de 2014, diversas mudanças vêm sendo anunciadas no Comitê Técnico de Saúde da População Negra. Porém, permanece a necessidade de qualificação na coleta, tratamento, divulgação e incorporação do quesito raça/cor nas políticas e programas de saúde, bem como a da situação gestacional.

O monitoramento da morbimortalidade por doenças e agravos prevalentes na população negra, e daqueles que a acometem com maior severidade e regularidade é ainda uma necessidade urgente para que se possam assegurar mudanças em políticas, práticas e procedimentos que orientam a atuação dos profissionais de saúde. Nesse contexto, destaca-se o inaceitável fenômeno da morte materna e da morbidade materna grave, que predominam entre a população negra.

Na última legislatura, a proposta de Subcomissão para avaliar a questão da saúde não se concretizou. Assim, na presente legislatura foi criada, no âmbito da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, **a Subcomissão Especial Destinada a Avaliar as Políticas de Assistência Social e Saúde da População Negra.**

O enfoque da Assistência Social é indispensável para compor o panorama de apoio a essa significativa parcela da população brasileira. No âmbito da assistência social, o objetivo que propomos à Subcomissão é mapear as situações de vulnerabilidade que afetam com maior incidência a população negra, bem como a adequação e abrangência da resposta que o Poder Público apresenta a esses problemas.

Outro objetivo é a discussão acerca da assistência à maternidade, cuja relevância se justifica em razão da maior vulnerabilidade social da mulher negra. A intenção é verificar se a assistência à maternidade, um dos objetivos da política de assistência social insculpido no art. 203, inciso I, da Constituição Federal de 1988, tem sido tratada como assunto específico

da política de saúde ou se há articulação desta política com a de assistência social.

Para alcançar os objetivos da Subcomissão, propomos o seguinte

PLANO DE TRABALHO

1. Coleta de informações por meio de questionários destinados aos Ministérios, Secretarias dos Estados e das capitais;

2. Seminários nos estados do Rio de Janeiro e Bahia com a participação de especialistas, representantes da sociedade civil e de órgãos estaduais e municipais de saúde e assistência social, com a finalidade de:

- Apresentação e discussão do panorama da Saúde e Assistência Social da População Negra (dados epidemiológicos);
- Apresentação e discussão da proposta de instância de gestão da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), com sugestões e recomendações para serem incorporadas ao relatório final desta Subcomissão;
- Apresentação e discussão sobre participação da política pública de assistência social em relação à atenção focalizada na população negra.

3. Elaboração de Relatório Final.

4. Audiência com os Ministros da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome para apresentação e entrega do Relatório Final.

CAPÍTULO I – POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL

Por volta de 3.000 a.C, enquanto os povos europeus mantinham tradições nômades e construíam megalitos como o de Stonehenge, na Inglaterra, na África, o Egito erigia pirâmides, templos, estátuas gigantescas e dispunha da escrita hieroglífica para o registro de temas sagrados. Ganhava no ouro uma riqueza abundante. Cartago desenvolveu vasto império militar e comercial. Dispunha de porto para centenas de embarcações. Civilizações, impérios e reinos da história africana precisam ser estudados e ter sua memória resgatada e reverenciada.

Até hoje é reconhecido o legado de grandes reis e rainhas como Aníbal, Hatsepsut, Cleópatra, mas o mundo precisa também ouvir falar de personagens como Shamba, um dos maiores monarcas do Congo, conhecido como Rei Africano da Paz. Do mesmo modo que é preciso honrar a história pouco difundida da Antiga África, é preciso também procurar entender os processos que levaram a que fosse, junto com afrodescendentes, relegada a situações de exclusão, arrasada pelo processo de colonialismo.

Na Europa, Estados Unidos e Américas, a escravidão durou até quatro séculos. No Brasil, o contato com os negros trouxe inovações e progresso para a mineração, trabalho com metais e criação de gado. Sob a influência africana, a alimentação pobre e carregada de gorduras dos colonizadores foi enriquecida pela introdução de vegetais.

Até hoje, não apenas no Brasil, as condições de vida e de saúde da população negra suscitam questionamentos inescapáveis. A recente epidemia de Ebola na África trouxe à luz algumas reflexões. Em primeiro lugar, sobre condições de vida propícias para o desenvolvimento da epidemia no continente africano de hoje, outrora berço da civilização.

A infecção tem relação com o contato com doentes ou mortos pela doença ou com animais da floresta, como morcegos, macacos, antílopes, roedores, também doentes ou mortos, inclusive por meio da ingestão. Observou-se o contraste entre a expansão assustadora da epidemia e a inatividade absoluta do restante do mundo, até que milhares de vidas estivessem em risco.

Ainda quanto à África, declara o Fundo de População das Nações Unidas¹:

As mulheres na África subsaariana são as que têm maior probabilidade de morrer durante a gravidez ou no parto, assim como as mulheres na Inglaterra do século XIX, descrito por Charles Dickens como “horrores” em seus romances “Oliver Twist” e “Um Conto de Natal”.

Para cada 100 mil bebês nascidos na África subsaariana, 510 mulheres morrem de causas maternas. Globalmente, cerca de 800 mulheres morrem diariamente por causas relacionadas com a gravidez.

Resta-nos constatar que, talvez, o comportamento discriminatório esteja se tornando uma tônica da sociedade contemporânea. Possivelmente será necessária ação mundial de conscientização e mudança de comportamento para que qualquer intolerância seja repudiada. Como afirma em seu livro *L'esclavage raconté à ma fille*, a Ministra da Justiça da França, Christiane Taubira, também negra, em tradução livre²:

Não se trata de se lastimar ou de se mortificar, mas de aprender a conhecer e respeitar a história forjada no sofrimento. De apreender as pulsões de vida que permitiram aos milhões de pessoas reduzidas ao estado de bestas de carga resistir ou simplesmente sobreviver.

.....

Esses acontecimentos devem ser ensinados, que se saiba que existiu, desde os primeiros tempos, resistência local e solidariedade transcontinental. Interroguemos essa história a fim de que as jovens gerações detectem os vínculos entre o racismo comum e suas origens no tempo, e que compreendam que a República precisa de sua vigilância e exigência. Optemos por uma educação que prepare para a alteridade e que leve a marca da verdade, justiça e fraternidade.

É interessante mencionar que em sua gestão foi lançado o site STOP-DISCRIMINATION.gouv.fr, que orienta sobre legislação, procedimentos, ações do Ministério e esclarece a respeito das diversas formas de discriminação.

¹ UNFPA. Lista elaborada pelo UNFPA reúne dez fatos pouco conhecidos sobre a população mundial. Disponível em <http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/noticias/ultimas/1057-conheca-10-fatos-pouco-conhecidos-sobre-a-populacao-mundial-listados-pelo-unfpa>. Consultado em 22.09.2015

² “Il ne s'agit pas de se morfondre ni de se mortifier, mais d'apprendre à connaître et respecter l'histoire forgée dans la souffrance. D'appréhender les pulsions de vie qui ont permis à ces millions de personnes réduites à l'état de bêtes de somme de résister ou simplement de survivre.

.....

Ces événements doivent être enseignés, que l'on sache qu'il y eut, dès les premiers temps, résistance sur place et solidarité transcontinentale. Interrogeons cette histoire afin que les jeunes générations détectent les liens entre le racisme ordinaire et ses sources dans le temps, et qu'elles comprennent que la République a besoin de leur vigilance et de leur exigence. Choisissons une éducation qui prépare à l'altérité et qui porte l'empreinte de la vérité, de la justice, de la fraternité.”

Em nosso país, a página do Ministério da Saúde caracteriza³

população negra, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, se configura em pessoas que se autodeclararam de cor de pele preta ou parda.

A população negra, segundo Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2013, divulgada pelo IBGE aponta que o contingente populacional negro é de 52,9% da população brasileira.

O Brasil é o segundo país do mundo com maior quantidade de pessoas negras; em primeiro lugar está a Nigéria.

A população negra brasileira se encontra nas cinco regiões nacionais e, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e totaliza cerca de 70% do público de usuário do SUS.

A população negra constitui 67% das pessoas atendidas na rede pública de saúde. A maior parte dos usuários tem renda de um quarto até meio salário mínimo. Dessa forma, segundo o IPEA, conclui-se que a população negra e a de mais baixa renda são SUS-dependentes⁴.

O Questionário Básico do Censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, incluiu, pela primeira vez, a investigação universal da cor ou raça, antes feita somente de modo amostral. Esse é um instrumento poderoso para aprofundar análises sobre a situação de cada grupo no território nacional e orientar a implementação de políticas.

Assim, a população do Brasil está composta por 47,7% de brancos, 43,1% pardos, 7,6% pretos, 1,1% amarelos e 0,4% indígenas, de acordo com auto declaração das pessoas. Pardos e pretos constituem a maioria de nosso povo e se concentram nas regiões Norte e Nordeste. Diz ainda o documento⁵:

O diferencial de rendimentos entre os grupos de cor ou raça é conhecido. Brancos apresentaram rendimentos médios mensais (R\$ 1 538) semelhantes a amarelos (R\$ 1 574), valores que chegam próximo do dobro do valor relativo aos grupos de pretos (R\$ 834), pardos (R\$ 845) ou indígenas (R\$ 735).

Mais adiante, constata que

Ao se analisarem as diferenças entre os grupos de cor ou raça com destaque para a diferença entre brancos e pretos e brancos e pardos (Gráfico 25) tanto pretos (14,4%) quanto pardos (13,0%) mostram um percentual de analfabetos quase três vezes maior do que o dos brancos (5,9%).

³ BRASIL. Portal da Saúde. Quem é a população negra? Disponível em http://portalsaudesaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=15580&Itemid=803 Consultado em 1.09.2015.

⁴ IPEA. Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_retratodesigualdade_ed4.pdf Consultado em 06.10.2015

⁵ BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociais Municipais. Uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv54598.pdf>. Consultado em 27/08/2015.

A magnitude da desigualdade social no país, evidenciada pela identificação das famílias em situação de pobreza extrema no país, foi contemplada na construção do Plano Brasil Sem Miséria. Destaca-se⁶

Segundo dados do Censo Demográfico 2010, no Brasil, os extremamente pobres apresentam o seguinte perfil:

- 59% estão concentrados na região Nordeste – 9,6 milhões de pessoas;
- do total de brasileiros residentes no campo, um em cada quatro se encontra em extrema pobreza (25,5%);
- 51% têm até 19 anos de idade;
- 40% têm até 14 anos de idade;
- 53% dos domicílios não estão ligados à rede geral de esgoto pluvial ou fossa séptica;
- 48% dos domicílios rurais em extrema pobreza não estão ligados à rede geral de distribuição de água e não têm poço ou nascente na propriedade;
- 71% são negros (pretos e pardos);
- 26% são analfabetos (15 anos ou mais).

Essas são apenas algumas das incontáveis e lamentáveis constatações das desigualdades enfrentadas pela população negra em nosso país. É urgente mudar esse panorama e permitir que cada cidadão brasileiro encontre modos de desenvolver suas potencialidades em toda a plenitude. Ao buscarmos caminhos para alcançar a equidade, é importante considerar aspectos levantados em recente estudo. A revista Lancet e a Universidade de Oslo elaboraram análise profunda sobre iniquidades em saúde e suas conclusões, reproduzidas a seguir, são aplicáveis a todo o mundo e, particularmente, ao nosso caso.⁷

Necessitamos urgentemente que os formuladores de políticas de todas as áreas, bem como as organizações internacionais e a sociedade civil, reconheçam como os determinantes políticos globais influenciam a iniquidade em saúde e promovam um debate público global sobre como estes determinantes devem ser enfrentados. A saúde é condição, consequência e indicador de uma sociedade sustentável e deve ser adotada como valor universal e objetivo social e político por todos.

⁶ BRASIL. IPEA. Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania. Brasília, 2013. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_bolsafamilia_10anos.pdf Consultado em 8.9.2015

⁷ Ottersen, OP et allii. As origens políticas das ineqüidades em saúde: perspectivas de mudança in The Lancet, Comissão The Lancet - Universidade de Oslo sobre Governança Global em Saúde, 2014. Disponível em <http://www.med.uio.no/helsam/english/research/global-governance-health/publications/the-lancet-uio-commission-report-portuguese.pdf> Consultado em 30.09.2015

CAPÍTULO II - ASSISTÊNCIA SOCIAL E À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

II a. – ASSISTÊNCIA SOCIAL

Conforme a Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004), a assistência social, conceitualmente, caracteriza-se por ser uma política não contributiva, destinada ao público que dela necessitar, destacando-se às famílias, crianças e adolescentes, idosos e pessoas com deficiência. Ressalte-se que as situações de vulnerabilidades e riscos podem ser várias, sendo a carência de renda apenas uma delas.

Dadas essas categorias estruturantes da assistência social, deve-se esperar que a população negra seja majoritária no público beneficiário da política, como resultado do entrelaçamento entre pobreza, exclusão social e raça. Apenas para ilustrar, segundo os dados da PNAD de 2012, enquanto 19,7% da população branca se encontravam residindo em domicílios cuja renda *per capita* estava abaixo de meio salário mínimo, na população negra esse número subia para 41,7%. Inúmeros outros indicadores sociais apontam para essa prevalência do negro nas situações de vulnerabilidades: cerca de 71% das vítimas de homicídio no Brasil são pessoas negras.

Por meio desses dados, mostra-se que o público, por excelência, das políticas de assistência social é a população negra. Como assinala Luciana Jaccoud⁸, os programas típicos de assistência social voltados para a erradicação do trabalho infantil (PETI), para a atenção integral às famílias (PAIF) ou ao enfrentamento da violência e da exploração sexual de crianças e adolescentes acolhem de forma predominante a população negra. Isso se dá sem que se preveja, na Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, aprovada pela Resolução CNAS nº 109/2009, serviços específicos para a população negra.

⁸ Enfrentando as Desigualdades Raciais: mais um desafio para as políticas sociais. Brasília, 2011. Disponível em [Consultado em 06.10.2015](#)

Assim, a aprovação da Política Nacional de Assistência Social, em 2004, bem como a institucionalização do Sistema Único de Assistência Social – SUAS – na sequência, aponta para um caminho em que a população negra em situação de vulnerabilidade passa a ser objeto de maior atenção por parte do Estado. A criação da SEPPIR, em 2003, com o papel, entre outros, de articular políticas transversais para a população negra, reforça a ligação existente entre a população negra e a Política Nacional de Assistência Social.

O fortalecimento da Política Nacional de Assistência Social a partir dessas iniciativas, associado a um desenho federativo cooperativo, traz ganhos para a melhoria da população negra em situação de vulnerabilidade. Conforme apontado em Subcomissão Especial que tive a honra de ser relator⁹, a adesão dos entes municipais e estaduais à Política Nacional de Assistência Social, em grande parte ocasionada pelos mecanismos de incentivo financeiro ofertados pelo governo federal, tem como efeito o desenho de uma rede socioassistencial centrada no território, que tem como eixo de articulação dos serviços o Centros de Referencia e Assistência Social – CRAS e o CREAS.

Tendo em vista que ocorreu uma significativa adesão dos entes subnacionais à política e, ainda, que o norte conceitual da política é a atenção a públicos marcados por vulnerabilidades, a hipótese adotada é que a população negra de um modo geral tem tido acesso aos programas socioassistenciais ofertados no âmbito da política. De fato, ainda que a rede de proteção social no Brasil seja articulada tendo como critério a insuficiência de renda – como é o caso, por exemplo, do benefício de prestação continuada, Bolsa-Família e vários outros programas sociais –, o entrelaçamento entre pobreza e a raça configura uma realidade indissociável, de modo que ainda que não haja critérios claros de focalização dirigidos para a população negra, indiretamente acaba sendo ela o principal beneficiário da política socioassistencial. Essa afirmação não afasta estratégias de intervenção desenhadas especificamente para a população negra, nem a responsabilidade de os gestores mapearem as demandas típicas dessa população. No âmbito do

⁹ Subcomissão Especial destinada a Acompanhar e Discutir o Sistema Único de Assistência Social - SUAS

controle social, também não afasta a necessidade de assegurar a representatividade das entidades que militam na defesa da população negra no âmbito dos conselhos gestores de políticas públicas. Conforme será analisado em outro tópico, foi objeto de levantamento feito junto aos entes subnacionais aferir de que forma essas questões vem sendo abordadas.

Seguindo-se esse raciocínio, no tópico a seguir, busca-se verificar se a população negra assume algum destaque no desenho dos programas, com base em dados quantitativos relativos ao público beneficiário. Além disso, antes de apresentar o público beneficiário dos programas pelo recorte raça/cor, também são apresentados indicadores sociais com base nesse mesmo recorte, de modo a verificar se a resposta do Estado a esses problemas sociais está direcionada ao público que realmente necessita.

Participação da população negra no público beneficiário dos Programas Sociais

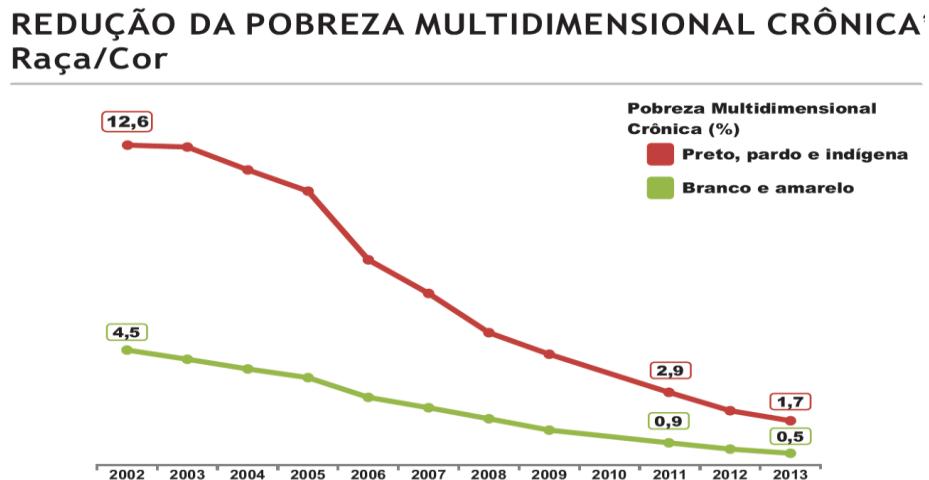
Transferência de renda

Como apontado na audiência pública realizada no dia 25 de agosto pela Senhora Ministra Tereza Campello, a população negra corresponde a 71% das pessoas em situação de extrema pobreza.

Em relação aos programas de transferência de renda, a redução da pobreza é uma realidade que se assiste desde unificação dos programas sociais por meio do programa Bolsa-Família, com a adoção do cadastro único. Relativamente à população negra, observa-se que 75% das famílias atendidas pelo programa se autodeclararam pretas e pardas, o que totaliza 10 milhões de famílias. Além disso, das 19 milhões de pessoas que saíram da extrema pobreza com a ação Brasil Carinhoso, entre 2012 e 2013, 77% são negras.

Em relação à inclusão produtiva, em torno de 53% das 1,75 milhão de matrículas do Pronatec são de pessoas negras. Além disso, na concessão de empréstimos para microempreendedores individuais, observa-se que 7,3 milhões das 11,3 milhões operações realizadas destinaram-se a pessoas negras.

O resultado desses programas tem se traduzido na redução da pobreza multidimensional crônica¹⁰ da população negra, conforme evidencia o gráfico a seguir:



Deve-se ressaltar que o fato de parte significativa do público do programa Bolsa-Família ser composto por população negra constitui um potencial a ser aproveitado para a articulação com outras políticas. Nesse sentido, o fato de o desenho do programa prever um protocolo de gestão integrada que assegura a referência para serviços socioassistenciais é uma medida muito bem vinda. Entre as ferramentas que ajudam a operacionalização do Protocolo, encontra-se o Sistema de Gestão de Condicionalidades do Programa Bolsa-Família - SICON, que reúne informações sobre famílias em descumprimento de condicionalidades do Programa e sobre o seu acompanhamento realizado pelos CRAS e CREAS. Outra ferramenta é o sistema do BPC-Escola, que reúne informações de cunho social, domiciliar, acesso a serviços e a identificação de barreiras para frequência escolar.

É importante que se tenha um amplo diagnóstico da implementação do protocolo integrado, para que, se for o caso, sejam adotadas medidas para o seu aperfeiçoamento.

¹⁰ Famílias pobres com três ou mais privações: Escolaridade, frequência escolar, saneamento, acesso à água, eletricidade, habitação e acesso à bens.
Fonte: PNAD/IBGE 2013

Acesso à Moradia

O problema do acesso à moradia pode ser desdobrado tanto em relação à aquisição de moradias, quanto à questão da regularização fundiária. Números do IPEA¹¹, no entanto, apontam que 77,1% dos brancos possuem moradia adequada, enquanto entre negros e pardos esse número era de apenas 60,9%, uma diferença de mais de 18 pontos percentuais. Isso se torna uma problemática porque as condições precárias de moradia refletem déficit de esgotamento sanitário, seguido do déficit de água canalizada por rede geral. Atento a isso, o Estatuto da Igualdade Racial preceitua que “... o direito à moradia adequada, para os efeitos desta Lei, inclui não apenas o provimento habitacional, mas também a garantia da infraestrutura urbana e dos equipamentos comunitários associados à função habitacional, bem como a assistência técnica e jurídica para a construção, a reforma ou a regularização fundiária da habitação em área urbana.”.

O programa Minha Casa, Minha Vida tem sido a principal estratégia adotada pelo governo federal. O programa propõe-se a subsidiar a aquisição da casa própria para famílias com renda até R\$ 1.600,00 e facilitar as condições de acesso ao imóvel para famílias com renda até R\$ 5 mil. Das 724 mil famílias já atendidas pelo Programa, cerca de 497 mil – 68% – são chefiadas por negros ou pardos.

Não obstante, o Brasil ainda apresenta um déficit habitacional em torno de 5,2 milhões de moradias, mais acentuado na faixa de renda de até três salários mínimos, preponderantemente composta por famílias negras. Por isso, são necessárias medidas que focalizem ainda mais na população negra. Ressalte-se que por imposição legal prevista no Estatuto da Igualdade Racial os programas, projetos e outras ações governamentais realizadas no âmbito do Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social (SNHIS), devem considerar as peculiaridades sociais, econômicas e culturais da população negra. Assim é oportuno que o Ministério das Cidades, juntamente com a SEPPIR, construa metodologia de análise de projetos de

¹¹ Situação social da população negra por estado, 2014;

financiamento de habitação de interesse social que beneficiem a população negra, atendendo ao disposto no Estatuto da Igualdade Racial.

Educação Infantil

A oferta de vagas em creche é uma das medidas não monetárias de redução da pobreza, uma vez que beneficia diretamente mães que podem desenvolver alguma atividade econômica. Contudo, segundo dados do IBGE¹², em torno de 72% das crianças de 0 a 3 anos de idade não estavam matriculadas em creches. Associado a esses números, tem-se ainda uma profunda iniquidade na distribuição das vagas: conforme apontado pelo Ministério do Desenvolvimento Social¹³, em 2012, 41,4% dos filhos dos 20% mais ricos da população tinham acesso à creche. No ano seguinte, esse percentual atingiu 42,5%. Por outro lado, apenas 12% dos filhos dos 20% mais pobres da população conseguiam vagas na educação infantil para suas crianças de até três anos. Em 2013, observou-se uma significativa aceleração no acesso das crianças das famílias mais pobres à creche, com o percentual atingindo 14%.

Destaque-se que a meta aprovada no Plano Nacional de Educação – PNE – é atingir 50% das crianças matriculadas nesta faixa etária até 2024.

Os dados divulgados pela SEPPIR apontam que, das 707 mil crianças de famílias atendidas pelo Programa Bolsa Família de 0 a 48 meses matriculadas em creches, 450 mil são negras, o que representa 63% das crianças. Isso é uma decorrência de 75% das famílias atendidas se declararem pretas e pardas. Considerando o impacto que o acesso à creche proporciona na redução da pobreza, convém estabelecer mecanismos que assegurem que o beneficiário do Programa Bolsa Família seja priorizado na oferta de vagas na educação infantil, o que pode ocorrer por meio do incentivo aos municípios para que adotem o cadastro único. Deve-se destacar que já há

¹² Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população de vida da população brasileira, 2012;

¹³ O eixo de acesso a serviços e a ação Brasil Carinhoso do plano Brasil sem Miséria. Disponível em: http://www.mds.gov.br/brasilsemmiseria/Livro/artigo_8.pdf.pagespeed.ce.3Voehuxm1z.pdf

incentivo financeiro, consistente no fato de o governo federal suplementar em 50% os recursos transferidos via Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (Fundeb) por aluno às prefeituras, a cada vaga ocupada por crianças do Bolsa-Família nas creches.

II b. – SAÚDE

De maneira diversa à da Assistência Social, as ações de saúde priorizaram num primeiro momento a prevenção de doenças e a intervenção sobre agravos determinados. Porém, a percepção da diferença do perfil de morbidade entre os vários segmentos do país foi se agudizando. As particularidades das demandas de grupos como idosos, crianças, adolescentes, mulheres, indígenas se destacaram e exigiram a elaboração de normas que os contemplassem, inclusive com a perspectiva de transversalidade. Ficou patente a necessidade de complementar a política originalmente universal do Sistema Único de Saúde. De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano de 2005,¹⁴

As políticas universais podem e devem ser complementadas por programas que atendam a públicos específicos, a fim de superar desvantagens e discriminações de natureza regional, racial, de gênero, de faixa etária, de nível de escolaridade ou outras situações especiais de vulnerabilidade.

Ocorreu o mesmo com a população negra. Desde a década de 70, inúmeros estudos epidemiológicos evidenciaram os discrepantes índices de mortalidade infantil entre brancos e negros e a diferença da esperança de vida entre as etnias. Chamavam a atenção outros indícios como maior número de mortes de mulheres por causas maternas e mortes prematuras e violentas entre jovens negros. Divulgaram-se exaustivamente estatísticas sobre a diferença de renda, de escolaridade e condições de habitação entre brancos e negros, com evidente perfil desfavorável dos últimos.

Em 5 de outubro de 1988, abrangendo as propostas da 8^a Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Brasileira estabeleceu que

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

¹⁴PNUD. Relatório de Desenvolvimento Humano – Brasil, 2005. Racismo, pobreza e violência. Disponível em http://www.pnud.org.br/arquivos/brazil_2005_po.pdf Consultado em 06.10.2015

Mais adiante, prevê a integralidade do atendimento à saúde, enfatizando que serão priorizadas “atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. A saúde é direito social, assim como educação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados.

A Lei 8.080, de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, aprofunda esses mandamentos. Novamente se reitera que

o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

O texto reconhece ainda a grande influência de fatores relacionados às condições de vida sobre a saúde das pessoas. Considera, assim, que são “determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”.

Em outubro de 2011, a Organização Mundial da Saúde promoveu, no Rio de Janeiro, a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. O documento final enfatiza:¹⁵

Reiteramos nossa determinação de agir sobre os determinantes sociais da saúde de forma coletiva — tal como acordado na Assembleia Mundial da Saúde e refletido na resolução WHA62.14 (“Reducir as desigualdades de saúde mediante ações sobre os determinantes sociais da saúde”), que, por sua vez, assinala as três recomendações gerais da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde: melhorar as condições de vida; combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; e medir a magnitude do problema, compreendê-lo e avaliar o impacto das intervenções.

As iniquidades em saúde são causadas pelas condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, as quais recebem a denominação de determinantes sociais da saúde. Esses determinantes incluem as experiências do indivíduo em seus primeiros anos de vida, educação, situação econômica, emprego e trabalho decente, habitação e meio ambiente, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças. Estamos convencidos de que as intervenções sobre esses determinantes — para os grupos vulneráveis e a população como um todo — são essenciais para que as sociedades sejam inclusivas, equitativas, economicamente produtivas e saudáveis. Considerar a saúde e o bem-estar como um dos aspectos principais do que constitui uma

¹⁵ Organização Mundial da Saúde. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde Rio de Janeiro, Brasil - 21 de outubro de 2011. Disponível em http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final_12-12-20112.pdf Consultado em 17.09.2015

sociedade bem-sucedida, inclusiva e justa no século 21 é coerente com o nosso compromisso em relação aos direitos humanos no âmbito nacional e internacional.

Como acabamos de constatar na análise da população negra, traçada sob o ponto de vista assistencial, esse grupo enfrenta adversidades que certamente redundam em maior vulnerabilidade, maior suscetibilidade a doenças e maior dificuldade de acesso à atenção e à terapêutica. Configura-se, assim, um grupo que merece intervenções específicas. As ações da esfera assistencial refletem-se em impacto positivo sobre a qualidade de vida, certamente leva à melhora do perfil de saúde. É importante ainda assinalar que as políticas assistenciais estimulam a busca por serviços que, evidentemente, incluem os de atenção à saúde, inclusive para cumprimento de condicionalidades.

As iniciativas adotadas no âmbito da seguridade social demonstram potencialização, o que ressalta a importância de serem realizadas cada vez em maior proximidade e sintonia.

Em 1995, a mobilização do movimento social negro culminou com a realização da “Marcha Zumbi dos Palmares”. Suas reivindicações levaram à criação de Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra, que identificou linhas de ação, como o registro de raça e cor, a priorização de doenças mais prevalentes, sem, no entanto, cogitar em propor uma política focalizada.

A questão de raça-saúde-etnia foi discutida na 12^a Conferência Nacional de Saúde, com participação significativa de representantes da população negra, e resultou em recomendações de incluir o quesito raça/cor nos documentos da vigilância em saúde, estabelecer a equidade de gênero e raça e adotar o recorte étnico em pesquisas de saúde. A criação da SEPPIR, em 2003, com vocação para a articulação e estabelecimento da transversalidade das políticas públicas, constituiu passo fundamental para a implementação da política de saúde voltada para a população negra.

O II Seminário Nacional de Saúde da População Negra, em 2006, onde se reconheceu a existência de racismo institucional, é outro marco importante. Foi editada a Portaria 992, de 13 de maio de 2009, que “institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra”, sendo um dos eixos essenciais à afirmação do princípio de equidade no âmbito do sistema de saúde. O texto, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde que, à época, já contava com representante da população negra, e pactuado na

Comissão Intergestores Tripartite, enfatiza a necessária reflexão sobre a efetivação da igualdade e sobre o conceito de equidade:¹⁶

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

A Política traz 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 Conselho Nacional de Saúde instituiu a Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra por meio da Resolução nº 395, de 22 de fevereiro de 2008. A proposta é de que ela apoie a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), fornecendo subsídios referentes à temática racial. Essa instância deve ser reproduzida em conselhos dos estados e municípios, incentivando a participação mais ampla da sociedade no monitoramento da PNSIPN. Como vimos em respostas recebidas, ainda é bastante incipiente essa representação.

Em 2006 foi editado o Pacto pela Saúde, composto por três vertentes, Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e em Defesa do SUS. Arrola uma série de ações prioritárias a serem desenvolvidas na rede de atenção à saúde, enfatizando a importância do compromisso de implementar a Política de Promoção da Saúde e o fortalecimento da Política Nacional de Atenção Básica, que, paralelamente à ampliação do acesso, tem a missão de acompanhar a saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família.¹⁷

Nesse contexto, é ainda importante mencionar a importância do PMAQ, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ-AB, iniciativa que busca a certificação da qualidade, padronização dos serviços em todo o país e ampliação do acesso às ações de saúde. Assim, incluiu o acompanhamento de condicionalidades de

¹⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Consultado em 21.09.2015

¹⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html IDEM Consultado em 21.09.2015

saúde em famílias que recebem o Bolsa-Família. Dentre os itens da avaliação estão incluídos “Proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do PBF”, “A equipe de atenção básica realiza a captação de gestantes no primeiro trimestre, com destaque para as gestantes beneficiárias do PBF” e “A equipe de atenção básica realiza busca ativa de famílias elegíveis para cadastramento no Programa Bolsa Família?”¹⁸.

Desta forma, o trabalho de busca ativa dos profissionais da atenção básica, em especial aqueles que compõem as equipes de saúde da família, é fundamental na identificação das famílias não acompanhadas e aquelas ainda invisíveis às políticas públicas, incluindo o PBF e o acesso adequado e oportuno ao SUS. O reforço da agenda nos instrumentos de pactuação interfederativa do SUS, como PMAQ e COAP, amplia e qualifica os compromissos do setor. Assim, tornam-se imperativos a realização de monitoramento contínuo das metas e o apoio institucional estreito a estados e municípios. É preciso investir em estudos e pesquisas que persistam em avaliar outros impactos do programa de transferência de renda nas condições de vida, saúde e nutrição das famílias beneficiárias.

Prossegue o documento, apontando os rumos para a ação do Sistema Único de Saúde da seguinte forma:

Do total de 11,8 milhões de famílias com perfil de acompanhamento na saúde, não se sabe se as 3,2 milhões de famílias que não são acompanhadas por meio da agenda das condicionalidades têm acesso às ações e serviços de atenção básica. Desta forma, o trabalho de busca ativa dos profissionais da atenção básica, em especial aqueles que compõem as equipes de saúde da família, é fundamental na identificação das famílias não acompanhadas e aquelas ainda invisíveis às políticas públicas, incluindo o PBF e o acesso adequado e oportuno ao SUS.

Vemos, dessa maneira, que a individualização das demandas da população negra foi se processando ao longo do tempo, impulsionado por demandas da sociedade e pela constatação cada vez mais concreta do peso das desigualdades sobre sua saúde. Seus problemas foram, paulatinamente, ganhando visibilidade.

Assim, a Lei 12.288, de 20 de julho de 2010, que “institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nºs 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003”, foi elaborada para ser um instrumento “destinado a 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”. Ela trata do direito à saúde da população negra e estabelece a política correspondente, que tem por objetivos:

¹⁸BRASIL. IPEA. O Papel do Setor Saúde no Programa Bolsa Família: histórico, resultados e desafios para o Sistema Único de Saúde in Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania. Brasília, 2013. Disponível online em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_bolsafamilia_10anos.pdf Consultado em 23.09.2015

I - a promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnicas e o combate à discriminação nas instituições e serviços do SUS;

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

III - o fomento à realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra;

IV - a inclusão do conteúdo da saúde da população negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde;

V - a inclusão da temática saúde da população negra nos processos de formação política das lideranças de movimentos sociais para o exercício da participação e controle social no SUS.

Parágrafo único. Os moradores das comunidades de remanescentes de quilombos serão beneficiários de incentivos específicos para a garantia do direito à saúde, incluindo melhorias nas condições ambientais, no saneamento básico, na segurança alimentar e nutricional e na atenção integral à saúde.

Continua a ser imprescindível avaliar o impacto das ações assistenciais, como visto, predominantemente dirigidas à população negra, sobre a saúde. Os dados disponíveis na esfera da saúde são ainda defasados e incompletos, muitos deles continuam sem desagregação por raça. Constitui preocupação a melhora dos sistemas de vigilância. No entanto, avaliações independentes demonstram que, por exemplo, em tradução livre¹⁹,

Intervenções sociais, como programas de transferência de renda com condicionalidades para os grupos mais pobres, melhora na atenção à saúde e progresso em determinantes sociais e ambientais são essenciais para o controle de doenças infecciosas relacionadas à pobreza e da hanseníase em particular.

O estudo da população abrangida pelo Programa Bolsa-Família mostra impactos bastante positivos sobre a saúde. Temos, por exemplo, que²⁰

crianças menores de 7 anos beneficiárias do Bolsa-Família utilizaram mais a unidade básica de saúde (UBS) da área de abrangência em comparação às aquelas que não recebiam o benefício. Isto evidencia avanços importantes no aumento do atendimento básico à saúde de grupos vulneráveis. Na região Nordeste, a realização de sete ou mais consultas de pré-natal na UBS do bairro foi maior em gestantes de domicílios que recebiam o Bolsa-Família, e 90% das gestantes receberam orientação para aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, independentemente da região. O esquema vacinal infantil em dia alcançou, no mínimo, 90% das crianças no Nordeste e 95% no Sul. No Nordeste, a realização de consulta de puericultura até os 15 dias de vida do bebê foi maior em beneficiários do PBF comparados aos não beneficiários. Tanto no Sul quanto no Nordeste,

¹⁹ Nery, JS et alii. Effect of the Brazilian Conditional Cash Transfer and Primary Health Care Programs on the New Case Detection Rate of Leprosy. PLOS Neglected Diseases. 2014. Disponível em <http://www.plosntds.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pntd.0003357&representation=PDF>

Consultado em 6.10.2015

²⁰ BRASIL. IPEA. Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania.

http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_bolsafamilia_10anos.pdf

as consultas de puericultura de 15 dias a 1 ano de vida foram mais frequentes entre os beneficiários do PBF. O estudo conclui que as condicionalidades do Bolsa-Família poderiam abordar uma cadeia completa do processo de cuidado, por exemplo, desde o pré-natal até o primeiro ano de vida das crianças, passando pelos cuidados do pós-parto.

Com base nessa afirmação, acreditamos ser importante estabelecer o acompanhamento das condicionalidades até os 17 anos, quando surge a necessidade de apoio para ações de saúde sexual e reprodutiva e prevenção do uso de drogas, álcool e fumo. Além disso, considera-se positivo que a triagem para diagnóstico tardio de doença falciforme fosse feita entre a população beneficiária, especialmente em áreas de população majoritariamente negra.

O Programa Mais Médicos, criado pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013²¹, que tem por objetivo “diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde” e “fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País”, atua em área abrangida pelo Programa Brasil sem Miséria. O mais recente informe sobre a Estratégia Saúde da Família mostra a cobertura de 134 milhões de pessoas. Em debates a respeito da tuberculose em outra Subcomissão, ficou evidente a importância da ação conjunta. Um quarto dos pacientes novos estava inscrito no Cadastro Único. Assim, as necessidades extrapolam o alcance da saúde e exigem a participação e parceria de outros setores.

PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra constata²²

No Brasil, existe um consenso entre os diversos estudiosos acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra, com destaque para aqueles que podem ser agrupados nas seguintes categorias:

- a) geneticamente determinados – doença falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite;
- b) adquiridos em condições desfavoráveis – desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas); e

²¹ BRASIL. Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm Consultado em 06.10.2015

²² BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS. Brasília, 2013. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf Consultado em 17.09.2015

c) de evolução agravada ou tratamento dificultado - hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatose.

Essas doenças e agravos necessitam de uma abordagem específica sob pena de se inviabilizar a promoção da equidade em saúde no País.

Assim, agravos de determinação genética, como a anemia falciforme, que veremos a seguir, ou os que têm evolução mais grave ou tratamento mais difícil entre a população negra chamam a atenção. Pesam ainda no perfil de morbimortalidade outras doenças adquiridas em virtude das condições desfavoráveis de vida e de trabalho. Mais uma vez, os determinantes sociais comprometem as condições de saúde da população negra, que também é a mais pobre do país.

A respeito das doenças mais importantes por razões étnicas na população negra brasileira, um grupo de trabalho desenvolveu um manual destinado aos profissionais de saúde, publicado em 2001, com identificação de problemas e a elaboração de sugestões.²³

As conclusões foram que “as ações de maior impacto sobre a saúde das populações afrodescendentes são aquelas que visam à melhoria das condições sociais e de saúde destas populações, reduzindo as doenças e as condições a elas ligadas e promovendo o acesso aos serviços de saúde”.

Chamam a atenção para as doenças associadas à pobreza e condições adversas de vida como desnutrição, verminoses, gastroenterites, tuberculose, alcoolismo, que têm pior prognóstico pelo acesso difícil e precário aos serviços de saúde. Na verdade, o panorama permanece bastante semelhante até os dias de hoje.

Mencionam como agravio relevante a anemia falciforme, reconhecendo a importância da triagem neonatal. Outra patologia é a hipertensão arterial, mais frequente entre os negros que, como exige controle constante e adesão ao tratamento, apresenta, nessa população, indicadores piores e grande incidência de complicações cerebrais, cardíacas, coronarianas, renais. Na gravidez, traz aumento de risco para a mãe e o feto, podendo desencadear quadros de pré-eclâmpsia, com possibilidade de levá-los a óbito. A mortalidade materna é maior entre negras, ainda que com número adequado de consultas de pré-natal e bom nível de escolaridade. A anemia falciforme também contribui para agravar essa ocorrência. Em mulheres negras, a mortalidade por câncer de colo de útero é maior que entre as brancas.

²³ BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente . Brasília, 2001. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd06_09.pdf . Consultado em 01.09.2015

Além desses, o diabetes mellitus também é um problema que, em vários países do mundo, afeta mais a população negra. Complicações mais frequentes no grupo são a retino e a nefropatia diabéticas e amputações, inclusive pela coexistência da hipertensão arterial como fator de risco. O agravamento dos quadros resulta de diagnósticos feitos tardivamente.

Hábitos de vida como o sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo, dieta e estresse concorrem para o agravamento das condições clínicas. É oportuno mencionar que a ocorrência de situações de discriminação, preconceito e racismo implicam sério impacto no surgimento de doenças mentais e alcoolismo no grupo.

A publicação conclui pela necessidade de expansão e qualificação da atenção básica para acompanhar essa população.

Existem referências sobre peculiaridades de saúde relacionadas à raça negra. Relata-se resposta diferenciada a alguns fármacos, pouco satisfatória com inibidores da enzima de conversão ou bloqueadores beta-adrenérgicos, inclusive os padronizados no SUS, ou com alguns agentes anestésicos. O aparecimento de câncer de pulmão em fumantes é maior em homens negros. De acordo com o INCA, o câncer de próstata em homens negros é duas vezes mais comum que em brancos. Estão sendo identificadas manifestações de câncer de pele que outrora se dizia não acometerem pessoas da raça negra.

No bojo do Plano Brasil sem Miséria, o Sistema Único de Saúde propõe a intensificação do controle de diversas doenças como tracoma, parasitoses, esquistossomose, tuberculose, hanseníase.

A Câmara dos Deputados, como dito na Apresentação, formou diversas Comissões que se dedicaram ao estudo de doenças relacionadas e perpetuadoras da pobreza, com ênfase na hanseníase e tuberculose, houve o estudo de violência contra jovens negros e contra a mulher e das mortes maternas. Reconhecemos que o aprofundamento das discussões permitiu propor iniciativas que contribuíram para o melhor alcance das políticas transversais. Reproduzimos a seguir conclusão da Subcomissão Especial Destinada a Analisar e Diagnosticar a Situação em que se Encontram as Políticas de Governo Relacionadas às Doenças Determinadas pela Pobreza, realizada em 2013 na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados. Ao enfocar principalmente a tuberculose, hanseníase, malária, doença de Chagas, HIV, leishmanioses, esquistossomose, helmintíases, tracoma, filariose e oncocercose, aponta que

tais moléstias são conceituadas como negligenciadas, também, em função de atingirem primordialmente populações excluídas em suas necessidades sanitárias. Caracterizam-se, assim, como doenças perpetuadoras da pobreza, tendo em vista que há uma relação mútua e interdependente entre sua manifestação e baixas condições de desenvolvimento econômico, social e humano.

No Brasil, assim como no restante do mundo, as doenças negligenciadas caracterizam-se pela endemicidade expressiva, tanto no meio rural, como urbano menos favorecido, ações de saúde descontínuas e insuficientes para seus controle e erradicação e baixo investimento em pesquisas para o desenvolvimento de novos fármacos e outros recursos tecnológicos.

Outra medida a ser trabalhada nesse campo é a do estabelecimento com o MDS de mecanismos para o pagamento de um benefício para as pessoas com Doenças Relacionadas à Pobreza, vinculado ao acompanhamento do tratamento e cura.

No debate com os órgãos de saúde e assistência social ficou patente que há a necessidade premente de pactuação política e articulação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do Sistema Único de Saúde (SUS) para o enfrentamento das doenças relacionadas à pobreza e a formulação de uma agenda conjunta.

Tal agenda permitiria estabelecer uma rotina de cruzamento e análise de bancos de dados socioeconômicos das pessoas com Tuberculose e Hanseníase, além das outras moléstias em foco pela Subcomissão, envolvendo a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Renda e Cidadania — SENARC, responsável pelo Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal e a Secretaria de Gestão da Informação — SAGI, ambas do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, a fim de produzir dados que possibilitem acompanhar o desenvolvimento das ações conjuntas e melhor estabelecer estratégias voltadas às pessoas em situação de vulnerabilidade social acometidas pelas doenças relacionadas à pobreza.

Espera-se, outrossim, que tal pactuação redunde na elaboração de Instruções Operacionais conjuntas entre MDS e MS relativas à Proteção Social Básica e à Proteção Especial, definindo claramente as responsabilidades de cada um dos níveis, tais como, fluxo de atendimento.

Assim, reconhecendo a importância dos agravos citados e sua relevância no quadro epidemiológico da população negra do Brasil, estabelecemos como foco principal de nosso trabalho a Anemia Falciforme, ainda não contemplada em análises mais profundas, sem deixar de recomendar que as propostas apresentadas pelos grupos que nos antecederam sejam efetivadas. Além disso, agravos como lúpus e infecção por HTLV, também de grande repercussão sobre a saúde da população negra, levantados não somente em Reuniões de Audiência Pública, mas em estudos da literatura, merecem ser estudados com profundidade e integrar com maior regularidade a pauta da Comissão de Seguridade Social e Família.

ANEMIA FALCIFORME

Por ser uma das principais doenças genéticas do mundo, a Assembleia-Geral das Nações Unidas determinou, em 2008, que 19 de junho seja o Dia Internacional da Conscientização sobre Doença Falciforme.

A anemia falciforme é uma das doenças hereditárias mais comuns entre a população brasileira. Ela resulta de alteração no gene que produz a hemoglobina A, surgindo a hemoglobina S. Heterozigotos AS são portadores assintomáticos. Os homozigotos SS são portadores de anemia falciforme. Quando ocorre a presença da hemoglobina alterada S com hemoglobinas que apresentam outra alteração genética, como a C ou D, E ou traço talassêmico alfa ou beta, tem-se a doença falciforme, que se manifesta de maneira semelhante à anemia falciforme.

Aventa-se que a mutação ocorreu há cerca de cem mil anos, em populações africanas. No entanto, apenas no século passado foi identificada e tornou-se foco de interesse da comunidade científica. E somente há dez anos é objeto de política pública. Nesse contexto, é importante lembrar o médico baiano Jessé Accioly, que identificou a doença no Brasil.

É assim bastante recente a caracterização da doença, de suas manifestações e maneiras de abordá-las. Mesmo entre o grupo com maior suscetibilidade, ainda há grande desconhecimento a respeito do quadro clínico.

O Movimento Negro reivindicou maior atenção à doença falciforme em virtude da sua gravidade e da grande prevalência entre a população negra. A associação de portadores de Anemia Falciforme nos estados e a formação da FENAFAL foram passos importantes para possibilitar o controle social, a ampliação do acesso e à informação sobre direitos sociais e sanitários.

No Brasil, o Ministério da Saúde estima a incidência geral da doença falciforme em 1:1000 nascidos vivos e do traço em 1:35. No entanto, observam-se marcadas diferenças na doença, como no estado da Bahia, 1:650 nascidos vivos, 1:1.300 no estado do Rio de Janeiro. O traço falciforme, por exemplo, surge em 1:17 nascidos vivos na Bahia e em 1:20 no Rio de Janeiro.²⁴

²⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica sobre Inserção da Eletroforese de Hemoglobina nos Exames de Pré-Natal – Rede Cegonha. 2013. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_eletroforese_hemoglobina_prenatal.pdf. Consultado em 9.9.2015

O Portal da Saúde informa²⁵

Doença falciforme - De 2000 para 2012, a taxa de mortalidade por esta doença dobrou no país, especialmente para a população negra (pretos e pardos). Em 2012, a taxa de mortalidade por doença falciforme na população em geral foi de 0,23 (por 100 mil hab.), na de cor preta, 0,73 (por 100 mil hab.), na parda de 0,28 (por 100 mil hab.), enquanto na branca foi de 0,08 (por 100 mil hab.). A doença falciforme é uma das doenças hereditárias mais comuns no Brasil e apresenta já nos primeiros anos de vida manifestações clínicas importantes, o que representa um sério problema de saúde pública no país.

As manifestações da doença resultam de alteração na hemoglobina e na membrana da hemácia. Em condições de baixa oxigenação, acidose ou desidratação, ocorre a perda da elasticidade e da forma arredondada. Nessas condições adversas, a hemácia torna-se rígida e assume forma semelhante à foice, o que impede sua circulação. Assim, formam-se coágulos, os vasos são ocluídos e isso pode acontecer em qualquer parte do corpo, tecidos, órgãos, ossos e articulações. Daí a grande variação das manifestações da doença, o que torna difícil o diagnóstico.

No decorrer dos trabalhos, chamou-se a atenção para a participação ainda não reconhecida do estresse como desencadeador de crises de falcização, especialmente durante procedimentos odontológicos. Outros fatores já conhecidos são tensão pré-menstrual, depressão, desidratação, gravidez, infecções.

A dor causada pela isquemia é o sintoma mais constante do quadro e constitui o maior motivo de busca por serviços de emergência e internações, pois chega a ser lancinante. Apenas um terço dos pacientes não sofrem episódios dolorosos severos. Transcrevemos texto que caracteriza bem o quadro²⁶

A dor somática, a mais frequente, parece muito intensa, localizada e severa, envolvendo estruturas como periosteio, medula óssea, articulações, músculos, tendões e ligamentos. A dor visceral é associada ao baço, fígado, pulmões e outros órgãos, sendo geralmente vaga, pouco localizada, difusa e monótona, muitas vezes associada a náuseas ou vômitos e sudorese. A dor neuropática, rara na doença falciforme, ocorre devido a lesões nos axomas sensoriais e/ou células nervosas, causando hipersensibilidade na área afetada (queimação ou choque). Responde mal aos opioides, sendo mais bem tratada com antidepressivos tricíclicos.

²⁵ BRASIL. Portal da Saúde. Indicadores de Saúde. Disponível em http://portalsaudesaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=15580&Itemid=803 Consultado em 1.09.2015.

²⁶ Tostes, M.A et al. Abordagem da crise dolorosa em crianças portadoras de doença falciforme. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 18(1):47-55, jan./fev., 2009. Disponível online em <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/653/633> Consultado em 22.09.2015

É compreensível, portanto, que sofrer sucessivas crises de dor cause séria repercussão de sobre o equilíbrio psicológico dos doentes. De acordo com os mesmos autores²⁷,

Após vários episódios dolorosos, alguns pacientes com DF falham nesse reajuste, tornando-se ansiosos e fixados na possibilidade de um novo evento doloroso ou de morte. A existência de um evento imprevisível, devastador e danificador para o corpo, de intensidade e duração variáveis (minutos a semanas, com uma média de cinco a sete dias) e frequente recorrência, podendo ocorrer sozinha ou ser sobreposta à dor crônica ou mascarada por esta, e associada ao medo de morrer, é angustiante para o portador de DF e sua família, aumentando o impacto da dor sobre o paciente.

Um quadro que surge mais precocemente na vida da criança é a dactilite, ou síndrome mão-pé, que cursa com edema e dor, por vezes acompanhados de sinais flogísticos em dorso de pés e mãos. Episódios graves ou recorrentes podem resultar em alteração do crescimento dos dedos. As áreas com lesão são propensas a infecções. Em crianças, elas respondem pelo maior número de mortes. Pneumococos e hemófilos representam risco aumentado, septicemias ou meningites têm ocorrência cerca de 600 vezes maior que no restante das crianças, o que faz ser indispensável o cuidado redobrado com a vacinação. Além disso, a penicilina oral deve ser administrada profilaticamente dos quatro meses aos cinco anos de idade.

Infecções por Salmonelas, estafilococos, *Klebsiella* e *E.coli* se manifestam com gravidade em adultos, em pulmões, ossos, feridas cirúrgicas, aparelho urinário. Vimos ainda, em Audiência Pública, a ocorrência de osteonecrose de cabeça de fêmur, que chega a requerer a reparação por meio de próteses, e é uma indicação para a terapia celular. A gravidez também representa risco aumentado para a mulher e a criança. O aconselhamento genético deve estar acessível para doentes e portadores do traço falciforme.

As hemácias doentes duram menos, uma vez que exigem que o baço as destrua em ritmo acelerado. Assim, se desenvolve o quadro anêmico e o hiperesplenismo, infarto e sequestro esplênico. A hemólise acentuada é responsável tanto pelo surgimento de icterícia como pelo desenvolvimento de cálculos biliares.

O tratamento é feito com medicamentos, como a hidroxiureia, incorporada ao arsenal do Sistema Único de Saúde, importante para reduzir a ocorrência de crises, mas é comum haver a indicação de transfusões sanguíneas, além de ferro e quelantes de ferro, ácido fólico, analgésicos, anti-inflamatórios. O tratamento das crises de dor e infecções

²⁷ Idem.

seguem protocolos específicos, e o acompanhamento da vacinação, além do cuidado com gestantes, são impositivos.

Algumas manifestações graves da doença são:

Síndrome Torácica Aguda – a maior causa de morte em adultos portadores de doença falciforme em países desenvolvidos. Acomete também crianças, porém com repercussões menos graves. Os sintomas gerais são dor no tórax, febre, falta de ar. Em crianças, aventa-se a maior probabilidade de causas infecciosas, enquanto, em adultos, predomina a hipótese de embolias.

Acidente Vascular Cerebral – a maioria dos episódios é do tipo isquêmico, mais comum em jovens até 20 anos. Pode ocorrer em crianças, trazendo grandes prejuízos ao desenvolvimento neurológico e cognitivo. O tipo hemorrágico implica grande letalidade. A chance de um episódio recorrer é bastante alta. Por vezes, é necessário instituir transfusões de sangue periódicas para evitar novas crises. Novamente, pode acometer tanto vasos maiores quanto menores, e em diversas topografias, o que contribui para a multiplicidade de manifestações e gravidade com que os casos se apresentam.

A introdução do exame de Doppler transcraniano para prevenção e rastreamento do AVC nesses pacientes é um avanço significativo no âmbito do Sistema Único de Saúde. A Portaria 473, de 26 de abril de 2013, estabelece os parâmetros para a realização do exame. Chama a atenção que os infartos cerebrais podem ser silenciosos, mas que a recorrência é comum, em cerca de 70% dos casos. Nessa circunstância, o risco de morte é muito alto. O tratamento recomendado são transfusões periódicas para o resto da vida.

Crise aplástica – outra complicação grave que atinge principalmente crianças. Resulta do surgimento insidioso de severa anemia pela destruição aumentada de glóbulos vermelhos e diminuição de sua produção pela medula. Associa-se também a infecções virais e bacterianas. Em geral, as crianças apresentam febre, sinais de anemia, fraqueza e palidez.

Priapismo – é uma ereção dolorosa e prolongada do pênis, ocorre principalmente na segunda década de vida. É manifestação comum e pode ser recorrente, com episódios autolimitados com duração inferior a três horas que, por vezes, não chamam a atenção. Desencadeiam o priapismo a ingestão de bebidas alcoólicas, relação sexual e ereção noturna espontânea. Acredita-se que o problema resida na dificuldade da drenagem venosa dos corpos penianos pelas hemárias falcizadas. Casos de duração

prolongada (geralmente mais de 24 horas) são acompanhados de dor, exigem internação hospitalar, por vezes procedimentos cirúrgicos e podem levar a disfunções性 ou impotência. É importante salientar que essa manifestação é muitas vezes desconhecida ou negada pelo paciente, inclusive por inibição.

Retinopatia falciforme – decorrente de oclusão de vasos periféricos da retina, é mais comum em portadores de doença falciforme, ao passo que na anemia falciforme acomete em torno de 3% dos pacientes. No entanto, relata-se que, quando em tratamento com hidroxiureia, doentes com anemia falciforme apresentam aumento de incidência. O quadro pode resultar de hemorragias ou hiperpigmentações, sempre como resposta a distúrbios oclusivos vasculares locais. Os quadros proliferativos têm gravidade, pois a sucessão de microenfartos pode levar a hemorragia no vítreo, descolamento da retina e cegueira. É recomendado o acompanhamento frequente. Intervenções com raios laser podem ser tentadas em alguns casos de descolamento de retina. Muitos outros, bem como hemorragias do vítreo, são abordados por métodos cirúrgicos. Alterações da conjuntiva são frequentes em pacientes com anemia falciforme.

Úlceras de Pele - o surgimento de ulcerações em membros inferiores é muito frequente em portadores de anemia falciforme do sexo masculino acima de 10 anos de idade. Ocorrem preferencialmente em locais de pele fina e com menor tecido subcutâneo, como maléolos, porção anterior da tíbia e calcanhar. Desenvolvem-se a partir de traumatismos locais, picadas de insetos ou podem surgir espontaneamente. São muito dolorosas e têm cicatrização imensamente lenta, de meses a anos, e podem sofrer recorrências.

Essas lesões exigem cuidados especiais e podem se beneficiar da terapia com células-tronco.

Infarto ósseo - resulta igualmente da vaso-oclusão, acomete principalmente a epífise e medula óssea. Da mesma forma que muitas das manifestações da anemia falciforme, pode não apresentar sintomatologia alguma, sendo achado incidental em exames radiológicos. No entanto, pode ser acompanhado de dor, edema e sinais inflamatórios locais, com possibilidade de evoluir para necrose. A maior suscetibilidade às infecções torna os pacientes potenciais vítimas de osteomielite ou artrite séptica. A osteonecrose de quadril é complicação bastante comum, inclusive em pacientes com menos de 35 anos. Em virtude da fragilidade óssea desses pacientes, a duração média das próteses implantadas é extremamente

reduzida, e as reoperações se revestem de gravidade crescente. Essas situações também demandam a terapia celular.

Risco para Gravidez - lesões em vasos sanguíneos da placenta são responsáveis pelo aumento do risco de aborto, prematuridade e retardo de crescimento do feto. Em mulheres falcêmicas, a toxemia gravídica é cinco vezes mais grave, de acordo com informações da Organização Mundial da Saúde. As crises de dor podem aparecer com maior frequência. As infecções são muito comuns, especialmente do trato urinário e de vias aéreas, e devem ser identificadas precocemente e receber tratamento adequado. Tendo em vista a existência de condições que afetam tanto a criança como a mãe, é essencial que as gestantes sejam acompanhadas por serviços de alto risco, com consultas mais frequentes no pré-natal. A introdução da obrigatoriedade de realizar a eletroforese de hemoglobina no pré-natal representa decisão importante para a correta condução do acompanhamento.

A despeito das determinações do Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias de implantar cadastro e sistema de informações a respeito da anemia falciforme, o conhecimento sobre sua prevalência ainda é incipiente. Em resposta à solicitação de informações feita pelo Centro de Informações e Documentação da Câmara dos Deputados, a Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde encaminhou a resposta transcrita abaixo:

Dada à invisibilidade doença falciforme e a ausência de um cadastro sistematizado, ainda não há um número preciso. Entretanto, em 2010, foi feito um levantamento junto aos serviços. Estamos concluindo um Sistema Web para cadastramento das pessoas com doença falciforme, agora em fase de implantação e com necessidade de alguns ajustes, acreditamos que a partir de 2016 tenhamos dados mais fidedignos.

Em anexo, foi incluída a seguinte tabela:

27 UFs	Doença Falciforme
AC	100
AL	440
AM	272
AP	160
BA	8000
CE	300
DF	1500
ES	600
GO	400
MA	1017
MG	6000
MS	95

MT	429
PA	260
PB	300
PE	2000
PI	615
PR	80
RN	250
RO	100
RR	20
SE	95
SC	25
TO	450
RJ	4500
RS	490
SP	3 000
Total	28498

Em 2001, O Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria 822, de 6 de junho, o Programa Nacional de Triagem Neonatal, que

Considerando a diversidade das doenças existentes e a necessidade de definir critérios de eleição daquelas que devam ser inseridas num programa de triagem neonatal de características nacionais, como o fato de não apresentarem manifestações clínicas precoces, permitirem a detecção precoce por meio de testes seguros e confiáveis, serem amenizáveis mediante tratamento, serem passíveis de administração em programas com logística definida de acompanhamento dos casos – da detecção precoce, diagnóstico definitivo, acompanhamento clínico e tratamento e, por fim, terem uma relação custo-benefício economicamente viável e socialmente aceitável,

apontou como alvos prioritários a fenilcetonúria, o hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras Hemoglobinopatias e fibrose cística. As doenças falciformes foram incluídas na fase II, que demanda

a detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamentos dos casos identificados. Os estados e o Distrito Federal deverão garantir a execução de todas as etapas do processo, devendo, para tanto, utilizar a rede de coleta organizada/definida na Fase I e organizar/cadastrar o(s) Serviço(s) Tipo II de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas que garantam a realização da triagem, a confirmação diagnóstica e ainda o adequado acompanhamento e tratamento dos pacientes triados.

Na esfera da saúde, quanto ao enfrentamento de agravos predominantes, embora não exclusivos, na população negra, chama a atenção o Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme

e outras Hemoglobinopatias, criado por meio da Portaria 1.108, de 1º de julho de 2005.²⁸ Entre outras medidas, o texto prevê que o Ministério da Saúde deve

criar o cadastro nacional de doentes falciformes e outras hemoglobinopatias, tendo como instrumento o Software Hemovida Ambulatorial, desenvolvido em conjunto pela Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados – CPNSH e o Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

Por sua vez, gestores municipais devem “promover o conhecimento da atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias na Equipe de Saúde da Família (ESF) e demais ações básicas”.

Quanto à triagem neonatal, não se conseguiu identificar a cronologia da implantação da fase II nos estados. De acordo com depoimentos em Audiência Pública, apenas em 2014 todos os estados haviam incluído a Anemia Falciforme na triagem neonatal. Assim, muitas crianças e adolescentes de hoje permanecem sem ser diagnosticados, o que nos leva a considerar importante buscar firmar o diagnóstico, ainda que tardio, por meio de rastreamento, em especial em áreas de maior concentração de população negra.

Reforça essa percepção o fato de que, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde,

O teste do pezinho tem como objetivo detectar precocemente doenças metabólicas, genéticas ou infecciosas. Ele é realizado por meio da análise de amostras de sangue coletadas do calcanhar do bebê. No Brasil, 70,8% das crianças com menos de 2 anos de idade realizaram o teste do pezinho na primeira semana de vida. As maiores proporções desse indicador foram estimadas para as Regiões Sul (83,5%) e Sudeste (84,7%), enquanto as Regiões Nordeste (53,8%), Norte (56,4%) e Centro-Oeste (69,1%) apresentaram proporções inferiores à média nacional. A área urbana (73,2%) registrou proporção superior à da área rural (58,4%).²⁹

Quanto aos demais testes de triagem, incluídos recentemente, como o do reflexo vermelho “do olhinho” e o das emissões acústicas evocadas, “da orelhinha” e a oximetria de pulso, “do coraçãozinho”, as regiões Norte e Nordeste apresentam resultados igualmente inferiores.

²⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.018, de 1º de julho de 2005. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Integral as Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1018_01_07_2005.html Consultado em 21.09.2015

²⁹ BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Ciclos de vida. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf> Consultado em 6.10.15.

GLAUCOMA

O glaucoma, uma das maiores causas de cegueira, pode ser desencadeado por uma diversidade de fatores. Resulta do aumento da pressão intraocular, que leva ao dano do nervo óptico. Os negros têm risco maior de desenvolver a doença, agravado ainda pela coexistência de diabetes, hipertensão, antecedentes familiares ou miopia. Está descrita ainda maior sensibilidade ao aumento da pressão intraocular, o que resulta na perda precoce e irreversível do nervo óptico.

Os sintomas são discretos, pode haver manifestações dolorosas nos olhos ou na cabeça. Pela pobreza de sintomas, é comum que seja detectado quando os danos são irreversíveis. Ocorre perda paulatina da visão periférica. Por isso, também é conhecido como “ladrão silencioso da visão”, como vimos em Audiência Pública. Em casos agudos pode haver dor e a pessoa pode ver as imagens com borrões ou surgem halos ou arco-íris em torno das luzes.

Quando o diagnóstico é oportunizado, o tratamento costuma ser bastante simples. No entanto, a dificuldade de acesso aos serviços de oftalmologia, aliada à sintomatologia pobre, fazem com que quadros irrecuperáveis se instalem, a despeito de serem facilmente evitáveis, inclusive por meio de colírios.

A Política Nacional de Atenção em Oftalmologia foi instituída pela Portaria 957, de 15 de maio de 2008. Esse documento define a organização de redes e a instituição de sistemas de informação, protocolos de conduta, acesso a recursos terapêuticos, entre outros.

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Apresenta-se com maior frequência e maior gravidade em pessoas da raça negra. O envelhecimento e fatores familiares influem no surgimento do problema. Caracteriza-se pela manutenção de níveis pressóricos superiores a 140mmHg por 90mmHg. Mais uma vez, pode não haver sintoma, apesar de lesões vasculares se desenvolverem como resposta. Afetam, assim, cérebro, coração, olhos, rins e pés. As causas da elevação dos níveis tensionais não são identificadas, e geralmente se fala em hipertensão primária ou essencial.

No entanto, fatores como dieta rica em gorduras ou sódio, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, obesidade e sedentarismo, além de diabetes, agravam a hipertensão. Ela pode seguir com complicações como encefalopatia hipertensiva, que se manifesta com cefaleia, epistaxe, parestesias e convulsões e surgem também isquemias cerebrais. O coração pode apresentar insuficiência, hipertrofia do ventrículo esquerdo, angina. Rins e retina são afetados, podendo surgir nefro e retinopatia.

DIABETES

Eis aqui mais um agravo que pode se desenvolver silenciosamente. Os sintomas mais referidos são conhecidos como “quatro P”. São eles a poliúria (micções frequentes), polidipsia (sede aumentada), polifagia (apetite aumentado) e perda de peso. Outros indicadores são infecções recorrentes, como ginecológicas, balanopostite, prurido vulvar e cutâneo, cansaço, letargia, fraqueza. O Ministério da Saúde informa, a respeito do diabetes³⁰:

De maior prevalência na população negra, a tendência da mortalidade por diabetes mellitus aumentou entre 2000 e 2012. Nas populações preta, parda e indígena foi registrado aumento por essa causa morte, enquanto que, nas cor/raça amarela e branca houve diminuição da mortalidade. Em 2012, a taxa de mortalidade registrada na população preta foi de 34,1 (por 100mil hab.), na população parda 29,1 (por 100 mil hab.) e 22,7 (por 100 mil hab.) na branca. Ou seja, as maiores taxas de mortalidade por diabetes ocorrem na população negra (pretas e pardas).

Existem dois tipos, 1 e 2. O tipo 1 é menos frequente e é resultado da destruição das células produtoras de insulina. Para esses pacientes, a administração de insulina é o tratamento indicado. Concorrem para o desenvolvimento tipo 2, que se traduz por deficiência parcial da insulina, a idade maior de 45 anos, sobrepeso ou obesidade central, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, doença vascular periférica, cardíaca ou cerebral. São modos de intervenção mudanças de hábitos de vida, como adoção de atividade física e de dieta saudável, com maior teor de fibras, perda de peso, redução ou eliminação da ingestão de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo. Podem ainda ser usados medicamentos. Durante a gravidez pode surgir alteração de tolerância à glicose, a diabetes gestacional.

As complicações mais graves incidem sobre portadores de diabetes tipo 1, a forma mais rara. No entanto, é importante chamar a

³⁰ BRASIL. Portal da Saúde. Indicadores de Saúde. Disponível em http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=15580&Itemid=803 Consultado em 06.10.2015

atenção para o fato de que todos os diabéticos têm risco aumentado de doenças cardiovasculares. Em virtude de alterações neurais, por vezes os infartos agudos do miocárdio ocorrem com sintomatologia pobre. A retinopatia diabética é outra causa de cegueira irreversível. Ela responde bem ao controle da glicemia e da pressão arterial, mas deve ser acompanhada com periodicidade.

A nefropatia diabética também deve ser objeto de atenção. O início é marcado por aumento discreto na excreção de proteínas, mas que, deixada de lado, progride até síndrome nefrótica e insuficiência renal. Novamente, o controle da glicemia e pressão arterial é indispensável para interromper a progressão.

A neuropatia diabética, segundo o Ministério da Saúde³¹

É a complicação mais comum do diabetes, compreendendo um conjunto de síndromes clínicas que afetam o sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autonômico, de forma isolada ou difusa, nos segmentos proximal ou distal, de instalação aguda ou crônica, de caráter reversível ou irreversível, manifestando-se silenciosamente ou com quadros sintomáticos dramáticos. A forma mais comum é a neuropatia simétrica sensitivomotora distal. Pode se manifestar por sensação de queimação, choques, agulhadas, formigamentos, dor a estímulos não dolorosos, cãibras, fraqueza ou alteração de percepção da temperatura, pode ser em repouso, com exacerbação à noite e melhora com movimentos.

Essa lesão neural, associada a problemas vasculares, propicia o desenvolvimento do pé diabético, que, em virtude de sua vulnerabilidade e pela diminuição de sensibilidade, pode sofrer traumas sem que sejam percebidos. Podem surgir deformidades. A predisposição a infecções concorre para o aparecimento de úlceras que podem não responder ao tratamento, e o desfecho pode ser a amputação. Costumam ser recomendados cuidados específicos com os pés, corte de unhas, hidratação, higiene, fazer inspeções diárias, uso de calçados adequados sempre com meias, nunca andar descalço. É bom ter em mente que até simples calosidades podem evoluir para lesões importantes.

MORTE MATERNA

A morte materna resulta de fatores evitáveis em mais de 90% dos casos, é um evento sentinelas que demonstra a má qualidade da assistência à saúde. Ela é atribuível a hipertensão arterial, doenças

³¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília, 2006. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF Consultado em 22.09.2015

cardiovasculares, hemorragias, infecções puererais ou abortamentos. A despeito de ter sido constatado um decréscimo em sua ocorrência, continua acometendo diferentemente mulheres brancas e negras. Elas constituem 60% do total das vítimas. Esse percentual é atribuível à falta de acesso aos serviços e da inadequada e desigual atenção à saúde. Como visto em diversas apresentações, mesmo com a redução dos índices, a situação das mulheres negras quanto à morte devida a causas maternas preveníveis não apresenta redução proporcional. Esse excesso de mortes de mulheres negras, apontado por estudos epidemiológicos, é a demonstração inegável da existência do racismo institucional.

O risco aumentado da gestação para mulheres negras é bem ilustrado pelo Ministério da Saúde quando afirma que³²

Os cuidados e procedimentos vistos anteriormente se dão também para as gestantes negras. Porém, estas mulheres requerem maiores cuidados devido à maior incidência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e morte materna na população negra. Por tal especificidade, as equipes de atenção básica devem conhecer e estar sensibilizadas com os agravos e riscos que incidem de forma mais intensa no referido grupo étnico. Para o atendimento às gestantes negras, a equipe de saúde necessita reforçar as orientações quanto à alimentação balanceada e saudável e verificar a possibilidade real de que tal dieta seja implementada, além de respeitar suas particularidades étnicas e culturais, no sentido de reduzir as desigualdades no perfil de morbimortalidade. No Brasil, não há muitos dados de mortalidade que considerem a variável raça/cor. No entanto, um dado trazido pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão em relação ao gênero e à cor demonstrou o predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas. Além disso, informou que não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil. Outros dados existentes revelam que a taxa de mortalidade das mulheres negras é quase seis vezes maior do que a taxa de mortalidade relativa às mulheres brancas. A mortalidade materna da mulher negra relega à orfandade e à miséria absoluta um número significativo de crianças, já que, em sua grande maioria, as mulheres negras são chefes de família, sem cônjuges e com filhos. As causas podem estar relacionadas à predisposição biológica das negras para doenças como hipertensão arterial e diabetes, mas também aos fatores relacionados à dificuldade de acesso, à baixa qualidade do atendimento (por razões sociais ou de discriminação) e à falta de ações e de capacitação dos profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas. As mulheres negras apresentam maior risco do que as mulheres brancas de contrair e morrer de determinadas doenças cujas causas são evitáveis.

As razões da morte trazem o inconformismo por evidenciarem circunstâncias claramente preveníveis ou evitáveis com medidas

³² BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos da Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. 2012. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf Consultado em 06.10.2015

simples. O pré-natal, no momento, não é avaliado pela qualidade e pelos resultados. O indicador que se divulga é o de número de consultas, o que, na falta de qualidade, não acrescenta muito. O agravamento de condições preexistentes, a intervenção tardia, a não valorização das queixas, o abuso ou recusa de parto cirúrgico, a falta de acesso ao planejamento familiar, a violência obstétrica, todos esses fatores contribuem para o desfecho revoltante. A morte de mulheres no momento de dar à luz é um anticlímax que não se pode aceitar.

Por outro lado, relata-se que a cada morte materna conhecida, ocorrem outros 23 casos de morbidade materna grave, conhecidos também por near miss. Esses acontecimentos afetam enormemente a saúde da mulher. São infecções graves ou septicemias, insuficiência renal, hemorragias, eclâmpsia e podem deixar sequelas como infertilidade, traumas psicológicos, danos neurológicos, exigindo por vezes internação em terapias intensivas e transfusões de sangue.

O Sistema Único de Saúde tem reiteradamente editado normas a respeito da humanização de atendimentos, do acompanhamento no parto, da vinculação da gestante à unidade em que se realizará o parto. Recentemente, instituiu-se a Rede Cegonha, que objetiva consolidar rede de cuidados que assegure "às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis".

Em relação às mulheres de 18 a 49 anos de idade que tiveram aborto provocado na vida, este percentual foi 2,1%, variando de 1,0%, na Região Sul, a 3,0%, na Região Nordeste. As mulheres sem instrução ou com fundamental incompleto (2,8%), assim como aquelas com fundamental completo ou médio incompleto (3,0%), apresentaram maiores percentuais desse indicador se comparadas com as mulheres com instrução mais elevada. No que se refere à cor ou raça, a proporção de mulheres pretas (3,5%) que declararam ter tido algum aborto provocado foi maior que a observada para as brancas (1,7%).³³

No entanto, as diferenças apontadas tanto pelas autoridades sanitárias quanto por membros da sociedade organizada e da academia evidenciam inequívocas manifestações do racismo institucional.

³³ BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 – Ciclos de vida. Op.cit.

RACISMO INSTITUCIONAL

É relevante conceituar o termo racismo institucional por sua abrangência, pois este se refere ao racismo invisível que se concretiza nas políticas públicas e nas instituições. Carmichael e Hamilton (1967, apud Santos 2015) distinguem o racismo individual, racismo estrutural e discriminação racial nos Estados Unidos. Para os autores o racismo apresenta-se de uma forma aberta e associada aos indivíduos, e, de outra forma, não declarada e institucional. Essa distinção pode se moldar à realidade brasileira, visto que o mito da democracia racial nos deu a falsa sensação de que as tensões raciais eram inexistentes e, portanto, o racismo se camuflou em ações veladas e institucionalizadas.

Esse fenômeno, enquanto problema social, se revela à medida que o relacionamos com os dados referentes à população negra. Segundo o Mapa da Violência de 2015, a taxa de homicídios entre os brancos caiu em 18,7%, já a taxa de homicídios dos negros cresceu em 14,1%. Ao transformos a análise para o Parlamento brasileiro, identificou-se que 10% dos parlamentares eleitos são negros, sendo que, no Censo de 2010, os negros representavam mais de 50% da população.

A partir dos dados supracitados pode-se aferir a diferença que os números expressam em relação à saúde da população negra em contraponto aos dados apresentados das diferenças de atendimento. Acompanhando este prisma, Santos (2015) nos ajuda a ilustrar os meandros do quadro quando diz:

As causas do racismo são camufladas, não detectáveis aparentemente, enquanto seus efeitos são tangíveis. A força da ideia do racismo institucional está em denunciar a discriminação racial dissimulada, e em levar à consciência de que não é possível esperar que, espontaneamente e de maneira voluntária, ocorram mudanças nas condições sociais da população negra; é preciso investimento nas instituições.

O autor prossegue e afirma: a proposta do racismo institucional sugere que ele atravessa as estruturas sociais – como, por exemplo, o sistema de justiça – sem ter necessidade de uma forte estruturação ideológica ou doutrinária, e pode ainda depender de mecanismos que funcionam sem atores sociais (Santos, 2015:26).

Os sintomas deste fato se denunciam por meio de mecanismos e processos que estão presentes nas instituições estatais, de forma explícita ou sutil que tolhem a representatividade de negros e negras em espaços de poder, ou ainda, limitam os espaços que essas pessoas estão destinadas a ocupar. O ingresso é impedido ou apenas dificultado não por diretrizes óbvias e sim por dificuldades formais que se apresentam nas relações sociais retratadas nos espaços públicos.

Recentemente, divulgou-se amplamente a campanha SUS sem Racismo. A iniciativa é baseada em constatações de indicações de diferentes resultados em saúde baseados na etnia como³⁴

É o caso do diabetes mellitus (tipo II), cuja taxa de mortalidade, a cada 100 mil habitantes, afeta na população preta 34,1 habitantes, na população parda atinge 29,1 e, entre a branca, 22,7.

.....

Dados do Ministério da Saúde demonstram que uma mulher negra recebe menos tempo de atendimento médico do que uma mulher branca. Enquanto 46,2% das mulheres brancas tiveram acompanhantes no parto, apenas 27% das negras utilizaram esse direito. Também 77,7% das mulheres brancas foram orientadas para a importância do aleitamento materno e apenas 62,5% das mulheres negras receberam essa informação.

As taxas de mortalidade materna e infantil na população negra são muito acima das registradas entre mulheres e crianças brancas. Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde revelam que 60% das mortes maternas ocorrem entre mulheres negras e 34% entre as brancas. E, na primeira semana de vida, acontecem, em maioria, entre crianças negras (47% dos casos). Entre as brancas, representam 36%.

Além dessa questão, existem situações em que pessoas se recusam a ser atendidas por profissionais de saúde negros. Por sua vez, o Conselho Federal de Medicina pontuou que a desarticulação e as precárias condições de trabalho do setor saúde são os verdadeiros responsáveis pela baixa qualidade da assistência prestada. A polêmica resultou na concordância do gestor nacional e dos profissionais de saúde em reprovar qualquer manifestação de racismo.

³⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. Campanha mobiliza a população contra o racismo no SUS. Disponível em <http://www.blog.saude.gov.br/34777-campanha-mobiliza-a-populacao-contra-o-racismo-no-sus> (Consultado em 9.9.2015).

CAPÍTULO III – ATIVIDADES DA SUBCOMISSÃO

REUNIÕES DE AUDIÊNCIA PÚBLICA

III .a Data: 6/5/2015

A reunião destinou-se à instalação da Subcomissão Especial para Avaliar as políticas de Assistência Social e Saúde da População Negra. A Deputada Benedita da Silva, presidente da Subcomissão, designou como relator o Deputado Antônio Brito, a quem teceu elogios.

A Deputada Benedita ressaltou que, desde a legislatura passada, havia o compromisso com a comunidade negra de debater doenças relativas à população negra, a partir da constatação de que a tuberculose, a anemia falciforme e outras doenças acometem com maior frequência essa parcela da população. Assim, na presidência do Deputado Antônio Brito, surgiu a possibilidade de incluir esses temas na agenda da Comissão. O Deputado Antônio Brito, por sua vez, afirmou que o objetivo não é só tratar da desigualdade racial, mas, sim, das principais doenças que afetam a população negra, sendo que três estados se destacam na questão da anemia falciforme: Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia.

Em primeiro lugar, fez uso da palavra Dalila Rodrigues, da SEPPIR, que salientou a necessidade de avaliação das políticas com o objetivo de alcançar a equidade. A seguir, o Deputado Jorge Solla salientou preocupação com saúde da população negra como tema que ganhou importância a partir do governo Lula. Considera essencial ponderar a diferente prevalência de agravos entre as raças. O Deputado João Marcelo relata sua experiência em áreas quilombolas, que necessitam de olhar especial. O Maranhão tem quase 500 quilombos.

O Deputado Carlos Gomes faz referência a notícia do Correio do Povo do Rio Grande do Sul que relata a interrupção de atendimento de hospitais do SUS, 70% dos quais são filantrópicos e Santas Casas. Os municípios abraçarão hospitais como manifestação de apoio. Relata ainda a dificuldade do estado de repassar recursos, sugerindo aprofundar o debate do pacto federativo e distribuição de recursos arrecadados. Indaga a respeito do retorno de impostos pagos pela população. Em resposta às indagações e ao estranhamento do Relator, informa que a situação financeira do estado impede

o governador de repassar recursos para investimento ou custeio do SUS. Diz que o momento é muito grave.

Por sua vez, o Deputado Dr. João manifesta tristeza pela situação do Rio de Janeiro, inclusive pela crise do hospital do INCA, referência não apenas para o Brasil.

A Ministra Nilma Lino Gomes, da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR, enfatizou o objetivo de implantar e consolidar o Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial - SINAPIR. Além disso, uma das ações que a SEPPIR tem realizado é a Caravana Pátria Educadora, que criará sinergias entre o governo federal, entes subnacionais e demais atores sociais. A Ministra esclareceu que a pauta da denúncia do racismo sempre será necessária, mas é importante dar um passo a mais na superação desse fenômeno. Por isso, a orientação para essa gestão é envidar esforços para que a sociedade seja engajada nesta luta.

Acerca da saúde da população negra, a Ministra apresentou o contexto para o surgimento da Política Integral de Saúde da População Negra, enfatizando que o racismo é um fenômeno ideológico, fator de violação de direitos e produção de iniquidades, especialmente no campo da saúde. O racismo tem relação com as condições em que a pessoa nasce, com a sua trajetória familiar, com as condições de trabalho e o acesso a bens. O racismo também é visível na qualidade do cuidado e da assistência prestada, o que é evidenciado nos indicadores de morbimortalidade. Assim, a Política Integral de Saúde da População Negra surge em 2006. Entretanto, essa Política só foi pactuada com os gestores em 2008 e publicada a portaria em 2009. Entre seus objetivos, destaca-se: aprimorar o sistema de informação em saúde, incluindo o quesito raça/cor nas estatísticas; desenvolver ações para reduzir a anemia falciforme, hanseníase, câncer de colo uterino, entre outras; garantir e ampliar o acesso da população do campo e das florestas, bem como das áreas quilombolas, aos serviços de saúde. Para executar a política, prevê-se a criação de comitês técnicos de saúde nos estados e municípios.

Relativamente aos desafios colocados na agenda da SEPPIR, a Ministra elencou: definir o padrão raça/cor nos formulários e sistemas da saúde, tal como é feito pelo IBGE; e promover a educação e reeducação das relações raciais no Brasil, o que se relaciona com o papel da SEPPIR de promover políticas transversais, dialogando com os outros ministérios. No âmbito da saúde, as ações da SEPPIR têm consistido no mapeamento dos pesquisadores e gestores em saúde da população negra e

construção de banco de dados; a distribuição de exemplares da publicação que esclarece o racismo como determinante da saúde; o acompanhamento permanente da Rede Cegonha e a criação de uma instância para acompanhar a Política de Nacional de Saúde Integral da População Negra; protocolo de intenções entre o Ministério da Saúde e a SEPPIR, para a criação de um grupo de trabalho para discutir o racismo e a saúde mental, em se que reconhece o racismo como fator de desequilíbrio psíquico; publicação sobre dados epidemiológicos sobre a população negra; e o combate ao racismo institucional na saúde.

A Deputada Rosângela Gomes afirmou que as mulheres provedoras são estigmatizadas pelo fato de serem negras. Declara que sua mãe também era provedora, guerreira, mas estigmatizada por ser negra. Cita casos pessoais e constata ser possível superar diferenças, acredita que pelo trabalho e estudo é possível mudar realidade. Salienta a importância de intensificar avanços no Brasil e disseminar o exemplo pela América Latina.

A Deputada Conceição Sampaio ressaltou a importância de combater o racismo. Lembra que grande parte de lares amazonenses é administrado por mulheres provedoras, discriminadas veladamente, sem emprego, sem atendimento em postos de saúde. Clama pela maior participação de mulheres, inclusive no Parlamento, para estimular a redução do preconceito. Pronunciou-se em seguida o Deputado Jean Wyllys, que relata história de vida semelhante à da Deputada Rosângela Gomes, enfrentando a desigualdade material e existencial. Pondera que, se o Estado tem como objetivo promover o bem de todos, ele precisa intervir para eliminar a desigualdade. Chama ainda a atenção para a resistência à paridade de gênero no Congresso. O Deputado Adelmo Leão cita a importância de orientação familiar para portadores do traço falciforme a respeito da transmissão da doença para os filhos.

O Deputado João Marcelo menciona tradições maranhenses como o reggae, bumba-meу-boi, culinária maranhense que refletem intensa influência negra. Menciona a sugestão de criar Museu do Negro no Maranhão. O Deputado Odorico Monteiro relata que foi titular da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde chama a atenção para o papel dos terreiros como espaços terapêuticos, precisam ser tirados da clandestinidade.

A Deputada Benedita da Silva considera que o debate é uma das maiores contribuições para a Casa e a que a informação é essencial para instrumentalizar o Parlamento. Manifesta o desejo de resgatar o respeito na sociedade e o amor ao próximo.

III. b Data: 20/05/2015

A Ministra do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Tereza Campello, compareceu à Audiência Pública da Comissão de Seguridade Social e Família realizada no dia 20.5.2015.

Em sua explanação, segundo a Ministra, como política pública elaborada, a assistência social é uma das mais novas. Contudo, em menos de dez anos, já se tem um marco legal constituído, uma rede de equipamentos por meio dos CRAS e CREAS já formada e mais de 600 mil profissionais atuando na área. Ressaltou que a agenda do MDS ancora todas as outras políticas de combate à pobreza, como é o caso do programa Bolsa-Família e Brasil sem Miséria. Assim, não existiria Bolsa-Família se a assistência social não estivesse como suporte.

Sobre o combate à pobreza, esclareceu que o núcleo duro da pobreza, antes de iniciar o Brasil Sem Miséria, era composto por 71% de negros; 60% do público estava na região Nordeste e 40% era de criança e adolescente. Para atacar esse problema social, o Brasil sem Miséria reuniu um conjunto de ações de inclusão produtiva e de acesso a serviços públicos, que se juntaram às estratégias de transferências de renda, como o Bolsa-Família. Um dos paradigmas do Brasil sem Miséria é a busca ativa, que exige uma mudança de postura do estado, fazendo com que ele vá ao encontro da pessoa extremamente pobre. Isso permitiu incluir 1,4 milhões de pessoas no cadastro único de programas sociais do governo.

Para a Ministra, o maior benefício do Bolsa-Família foi garantir as crianças nas escolas, bem como o acesso a serviços de saúde. A frequência escolar abaixo de 85% desencadeia ações de assistência social com vistas a verificar a situação da família. Em relação aos jovens, o percentual dos que estão na faixa adequada de ensino aos 15 anos passou de 32% para 54%, no período 2002 a 2013. Alguns estudos mostram que o Bolsa-

Família, junto com ações de saúde, tem apresentado redução na incidência de doenças como hanseníase. Mostram, também, resultados nos aspectos de saúde da criança, como, por exemplo, o aumento da estatura em mais de 1,0 cm por conta do combate à fome.

Na sequência da apresentação, a Ministra mostrou o balanço dos programas sociais e o efeito sobre as condições de vida da população mais pobre.

A Deputada Geovania de Sá afirmou que é necessário garantir recursos para a assistência. Além disso, ressaltou que há um atraso no repasse de recursos, principalmente no IGD. A ministra respondeu que existe R\$ 1,4 bilhão em conta, sendo que a suspensão ocorreu para aqueles municípios que tinham recursos em conta parados há mais de seis meses. O Deputado Eduardo Barbosa informou que existe PEC de sua autoria para vincular orçamento para a assistência social e que é importante posicionamento do Ministério para sensibilizar a base. A ministra respondeu que, antes de vincular o orçamento, tem-se que verificar as razões pelas quais os municípios não executam os recursos que são repassados. Além disso, é preciso dimensionar o quanto de recursos é demandado pela rede de assistência.

A Deputada Carmen Zanotto perguntou sobre a mortalidade materna e infantil, que afeta de forma mais acentuada mulheres e crianças negras desfavorecidas. A mortalidade por desnutrição reduziu-se em 46% no Bolsa-Família. Além disso, conseguiu-se antecipar em 60% as consultas do pré-natal de grávidas atendidas pelo Bolsa-Família.

III.c Data: 09/06/2015

Reunião de Audiência Pública em conjunto com a Secretaria da Mulher da Câmara dos Deputados sobre “Mortalidade Materna e o Impacto sobre a Vida das Mulheres Negras.”.

Em primeiro lugar, usou da palavra Rurany Ester, representante da Secretaria de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República. Abordou o tema da saúde mulher negra e morte materna. Ressalta

as características de maior fecundidade de 20 a 24 anos na zona rural, Norte e Nordeste. Há dificuldade de acesso desse grupo populacional à atenção à saúde. Por exemplo, 53,8% pardas nunca fizeram mamografia nem exames para detecção de câncer de colo uterino. Ressalta a importância do acompanhamento à saúde reprodutiva para bom prognóstico da gravidez e parto.

Cita a PNAD de 2008, que aponta como doenças crônicas prevalentes entre mulheres pardas e pretas o câncer, diabetes, hipertensão arterial. Mulheres negras são a maioria dos portadores de Insuficiência Renal Crônica.

A maior mortalidade entre mulheres negras se deve a doenças do aparelho circulatório. Causas externas chamam atenção, de 1 a 39 anos. Aparecem ainda neoplasias, causas endócrinas, inclusive diabetes.

Quanto à morte materna, ressalta que a razão baixou de 1990 a 2012 em 57%, declinando ano a ano. A investigação melhorou muito entre mulheres em idade fértil e trouxe informações sobre casos não informados, mas identificados a partir de uma morte. Em 2013, 83% dos óbitos de mulheres em idade fértil e mortes maternas foram investigados.

Aponta ainda o aumento de morte por causas maternas em serviços privados e conveniados, especialmente entre mulheres negras. Quanto ao setor público, relata haver redução.

As principais causas de morte materna são hipertensão, hemorragia, infecção puerperal, doença cardiovascular, aborto. No grupo de mulheres negras, são mais frequentes a hipertensão, hemorragia e aborto. Chama ainda atenção para o fato de que no Amapá e em Brasília, a primeira causa de morte materna é aborto. 60% das mortes maternas ocorrem em mulheres negras.

Considera um grande desafio qualificar assistência do profissional de saúde, o que inclui formação e educação continuadas e permanentes, incluir temas de gênero e racismo na formação. Por outro lado, considera importante que o Ministério Público atue mais incisivamente em casos de mortes maternas, propondo ações civis e penais. Conclui afirmando ser indispensável eliminar o racismo institucional.

A seguir, Maria Ester de Albuquerque Vilela, Coordenadora Geral da Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde, fez sua exposição. Afirma estar irmanada à luta por país mais equânime e justo e sabe

dos desafios. O Ministério da Saúde tem fortalecido estratégias para acelerar a redução da morte materna, especialmente entre mulheres negras. A ocorrência é um indicador de qualidade da atenção e da condição de cidadania. Lembra o compromisso quanto às Metas do Milênio, uma vez que o Objetivo 5 é de reduzir em $\frac{3}{4}$ a morte materna. Constatou a existência de desigualdades. Estão sendo feitos esforços para qualificar cuidado no pré-natal. 98% dos partos são hospitalares, 88% feitos por médicos e ocorrem mais cesáreas que partos normais. O abuso de cesarianas implica risco obstétrico, causa mais danos que benefícios. O SUS realiza 2/3 dos partos do país, 40% são cirúrgicos. No setor privado, as cesarianas chegam a 84%. É importante mudar o modelo de atenção ao parto e nascimento. A Pesquisa Nascer no Brasil demonstra que a violência verbal, física e psicológica predomina em pretas e pardas de 20-34 anos, do Nordeste, com pouca escolaridade, sem acompanhante.

Têm sido envidados esforços para qualificar a vigilância do óbito materno. Antes de 2010, os Comitês de Morte Materna eram núcleos de investigação, nos quais participavam profissionais leigos. A partir de então, houve movimento para qualificar e reforçá-los, normatizar e ampliar a vigilância, fortalecer e agilizar o fluxo de investigação. O processo foi expandido para incluir a morte de mulheres em idade fértil, além das mortes maternas declaradas. As informações de raça/cor estão mais acuradas. Acredita que os dados agora estão mais próximos da realidade. Menciona o exemplo do Rio de Janeiro que “achou” 50 óbitos em virtude da investigação de mulheres em idade fértil.

Informa que deve haver reunião em julho da Comissão Nacional de Morte Materna junto aos representantes estaduais para aprofundar a identificação de gargalos, desafios e para traçar estratégias. Quanto a intervenções para abordar a evitabilidade dos óbitos, apresenta o modelo das três demoras para identificar os determinantes da morte de mulheres por causas maternas. São elas:

- Identificar o próprio risco e procurar assistência unidade de saúde;
- Busca e chegada à unidade para o cuidado efetivo;
- Tempo despendido dentro do estabelecimento de saúde até a instalação do cuidado efetivo.

Influenciam as mortes fatores de gênero, étnico-raciais, socioeconômicos, chama a atenção para a existência da violência institucional

e de gênero e racismo institucional. Há necessidade de mudança de cultura das instituições.

Como conquistas alcançadas pela implantação do SUS, cita a Estratégia Saúde da Família, Comissão de Morte Materna, Atenção a Mulheres em Situação de Violência, Pactos Nacionais, classificação de risco e normas editadas, inclusive sobre o abortamento, vigilância do óbito obstétrico, Rede Cegonha, com vinculação à maternidade, Vaga Sempre. Acolhimento, boas práticas para o parto e nascimento, lei da presença do acompanhante, aquisição de métodos contraceptivos, referência para alto risco no SAMU, fóruns Perinatais e Comitês de Morte Materna representam avanços. Os pactos com gestores e construção de planos regionais têm como desafio eliminar a peregrinação e a não valorização das queixas das mulheres.

Refere-se ao sistema de informação SIS Parto e Nascimento, que monitorará a qualidade do parto e nascimento, incluindo o módulo near miss, já aprovado. Outros avanços são implantação da eletroforese de hemoglobina no pré-natal do SUS, a capacitação de parteiras quilombolas e a sensibilização de profissionais para questões étnicas.

Quanto à violência obstétrica, estão sendo capacitadas as atendentes do Ligue 180. Normas de atenção ao parto ou abortamento são discutidas nos Fóruns da Rede Cegonha. Considera metas a atingir reduzir morbimortalidade, número de cesarianas e gravidez não desejada, alcançar maior satisfação das mulheres com parto, além do incentivo à paternidade responsável.

A próxima palestrante foi Larissa Amorim Borges, Diretora de Programas da Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas da SEPPIR (Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial). Inicialmente, ressaltou a importância do diálogo para aprimorar o trabalho para reduzir a mortalidade materna. A SEPPIR colabora nas políticas do governo federal, estados e municípios, em esforço conjunto inclusive com organizações internacionais para viabilizar essa redução. Um terço da população brasileira é composta por mulheres negras. A mortalidade materna no Brasil tem a ver com raça e a persistência do racismo institucional como elemento estruturante dos atendimentos. Existe a desumanização dos negros. Critica a atuação dos médicos, a falta de diálogo, a realização de procedimentos desnecessários.

É urgente implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, bem como promover a visibilização da mulher negra nas políticas públicas como fator de sensibilização.

A representante da Articulação Nacional de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (ANMB), Alaerte Leandro Martins, fez uso da palavra em seguida. Relembra que há 10 ou 15 anos, se negava a ocorrência da morte materna, mas havia falta de dados nacionais. Reafirma a diferença entre mortalidade materna entre negras e brancas, e que o Ministério da Saúde tem conhecimento de quais estados têm melhor captação de dados. Quanto melhor a qualidade do dado, mais se destaca o excesso de mortes maternas entre as negras. Ressalta a influência dos determinantes sociais, as pessoas são diferentes e vivem e adoecem desigualmente.

Os dados disponíveis mostram que, até 2013, o impacto do Rede Cegonha foi pequeno, uma vez que a Razão de Morte Materna continua em 55/100.000. A atuação dos últimos anos continua insuficiente. No entanto, ações como o PAISM E PNAISM conseguiram reduzi-la consideravelmente.

Denuncia o fato de que as crianças brasileiras nascem de 2^a a 6^a feira em horário comercial, fato revelado pela Pesquisa Nascer no Brasil. Considera um equívoco hospitalizar o parto, diante da tendência crescente de realizar o parto domiciliar em todo o mundo. Acredita que a melhor opção é a desospitalização e que o nascimento ocorra em casa, com parteira da família. Por outro lado, as mulheres negras SUS dependentes, também morrem por falta de cesárea depois de atingida a cota máximo de 35% estabelecida em Portaria do Ministério da Saúde. Em mulheres brancas, os óbitos são também atribuíveis ao excesso de cesarianas.

As causas de morte materna continuam as mesmas: hipertensão, hemorragia, infecção e aborto – assim, a mulher só morreu porque estava grávida, estes são os óbitos diretos. Em outros países, ocorrem mortes maternas indiretas, por doenças preexistentes. Ressalta que não é para nenhuma mulher morrer, branca ou negra.

Salientou que é evidente a necessidade de aprofundar os estudos sobre near miss, diversificando os parâmetros de análise, incluindo reinternações. Apresenta algumas sugestões, como

- Cuidar das mulheres de maior risco, classificar o risco e cuidar da morbidade materna grave. Estudos detectam que para cada óbito materno existem 23 casos de morbidade materna grave: mesmo sem morrer, as mulheres exibem sequelas, podem ficar acamadas e ir a óbito anos depois.

- Mortes por violência não entram nas estatísticas, suicídio, homicídio, arma de fogo. Como não há investigação caso a caso, a vigilância epidemiológica descarta o dado e não considera essas circunstâncias.

- É importante que o Rede Cegonha apresente muito melhor desempenho, foi necessário travar uma luta para incluir eletroforese de hemoglobina, importante para mulheres negras. O número absoluto de mortes por doença falciforme é pequena, a maioria das mulheres morre de hemorragia e hipertensão, mas é preciso capacitar profissionais de saúde a tratar diferentemente as mulheres negras e, evidentemente, evitar mortes que são evitáveis.

- Existem falhas no SIS Prenatal novo. A seu ver ele não é adequado, pois perdeu o monitoramento individual de gestantes (o anterior tinha 32 relatórios). Há 4 anos, alguns municípios alimentam o sistema para não perder recursos, mas fazem planilhas separadas em Excel para continuar acompanhando cada uma. Enfatiza que o Ministério não atende às reclamações dos gestores.

- A política governamental da Rede Cegonha precisa melhorar muito o atendimento ambulatorial pré-natal, uma vez que continuam a ocorrer mortes por Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG). A maioria dos hospitais que atende o SUS é privado e recebe muitos recursos, mas é essencial investir no atendimento ambulatorial e em capacitação.

Chama a atenção para o fato de que o estado do Paraná foi o primeiro a fazer classificação de risco, colocando como primeiro item negra e indígena. Cada profissional de saúde deve passar por duas horas de videoconferência para orientar cuidados específicos com mulheres negras. A infecção puerperal surge não por parteiras, mas por infecção hospitalar. Assim, é preciso melhorar a formação médica em parto normal e de enfermagem em esterilização de material.

Por fim, celebra a realização anunciada pelo Ministério da Saúde da Reunião Nacional do Comitê de Mortalidade Materna, interrompida há cerca de cinco anos e que deve ter periodicidade menor. O Fórum de Especialistas da Rede Cegonha não substitui os Comitês, que devem ser estimulados e coexistir.

Pronunciou-se a seguir a doutora Isabel Cruz, representante do Núcleo de Estudos sobre Saúde e Etnia Negra da

Universidade Federal Fluminense. Ela salienta a disparidade de morte materna em mulheres negras, nascer deve ser ato natural e feliz. Lembra a data de 28 de maio como dia da denúncia da mortalidade materna. Considera a morte materna como “indecência para qualquer etnia”.

Participa do Comitê Técnico Saúde População Negra. Atribui ao racismo institucional a maior mortalidade materna entre negras. Reforça a disparidade da ocorrência da morte materna em mulheres negras e brancas. Analisando-se faixas de escolaridade semelhante, mesmo nos maiores níveis se observa a disparidade com predominância de negras.

Aponta indícios de discriminação institucional e iniquidade. Nos mesmos serviços, registram-se resultados diversos para pretos e brancos.

O Ministério da Saúde não consegue reduzir a meta para 35/100.000, proposta pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que não é tão ambiciosa. A iniquidade continua a crescer. Questiona a atuação do Ministério da Saúde e cobra a fiscalização da PNSIPN. Quanto ao impacto da morte materna, cita a Organização Mundial da Saúde, que estima que cada morte materna em região rural representaria impacto de 4 mil dólares, enquanto o parto normal custaria cerca de 370.

A Assistência Social precisa trabalhar a orfandade, a pobreza pela perda de renda, dissolução da família, impacto, mais custos para a Seguridade Social e prováveis indenizações obtidas por meio judicial. Há custos diretos e indiretos. Afirma que os protocolos do Ministério são antigos, e que a solução é eliminar o racismo, atuar sobre a questão ético/moral/ideológica.

É indispensável a fiscalização por parte do Legislativo sobre a execução PNSIPN em base regular e sistemática, já que se trata de uma lei, e não mera política. Não pode ser “lei que não pega”. Explicar disparidade na mortalidade.

O Ministério Público deve se empenhar em favor das famílias de mulheres que morrem e efetuar a responsabilização.

A solução é empoderar a mulher, informar sobre sinais a considerar na gestação. Não tem esperança na qualificação do profissional de saúde, mesmo sendo professora.

Sugere que sejam criados indicadores para estimar a taxa de sucesso, não basta número bruto, com nível de corte alto por ser população vulnerável, o racismo aparece no contraste.

Devem ser traçadas metas ambiciosas, o 2º plano operativo da PSIPN sugere apenas 5% de redução, insiste em estabelecimento de metas diferenciadas para estratégias diferenciadas de acordo com o perfil.

A seguir, a doutora Jurema Werneck, representante da ONG CRIOLA – Na Luta pela Mulher Negra, inicia sua exposição saudando a presença de Michele Ribeiro, Conselheira Nacional de Saúde, representante da População Negra. Aproveita para sugerir o maior envolvimento do Conselho Nacional de Saúde (especialmente das Comissões da População Negra e da Saúde da Mulher) nos debates da Subcomissão. Traz dados da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro que mostram que 70% das mulheres fazem 7 consultas de pré-natal e, em 2013, 99% dos partos foram hospitalares, 62% cesarianas. A cada dois dias morre uma mulher de parto.

Cita a ocorrência de óbitos por aborto, infecção, hemorragia. 40% dos casos são atribuíveis à negligência por racismo, uma vez que o desfecho de pretas/brancas e mesmo entre pretas e pardas nas mesmas unidades é muito diverso. Dessa maneira, enfatiza que um importante indicador de risco é a cor.

Não se cuida nem investiga a morte materna como se deve, e ressalta a necessidade de intervenção do Ministério Público. Esses óbitos retratam falhas em diferentes níveis, de assistência, cidadania, qualidade de vida. Indaga que, se o SUS considera a morte materna uma tragédia evitável, por que não consegue evitá-la?

Chama a atenção para o fato de que o Orçamento da Saúde é dos maiores do país. Não é suficiente, mas o investimento da sociedade é considerável.

Cita o caso de Alyne Pimentel, de 28 anos que, em 2002, seguiu os passos do caminho de desassistência. Na esfera internacional, o caso foi levado à apreciação do Comitê para a Eliminação de todo o Tipo de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), das Nações Unidas, condenou o Brasil por insuficiência, negligência, discriminação contra a mulher e racismo. Condenou o país a indenizar a família e fez uma série de recomendações para o SUS em todas as instâncias. Até o momento, o maior passo foi a inauguração de placa na parede, em 2014. Nada parece ter evoluído muito, pois em abril deste ano morreu Rafaela Sousa, negra, pobre, de 15 anos, em maternidade humanizada do SUS, que não pode significar ter apenas boa técnica. Fez pré-natal “direitinho”, segundo a mãe, não faltou nem uma vez. A gravidez é de risco, negra, jovem e pobre. O pré-natal ignorou seus riscos. Negligência é a primeira causa da morte e sua causa é racismo.

Faz referência ainda ao caso de Cláudia Pereira da Silva, arrastada pela Polícia, morta pela mão do Estado e vítima de racismo. Salienta que as mortes mulheres negras sempre têm o peso de agentes públicos.

Existem Políticas, protocolos e leis relativas ao racismo e população negra, mas a PNSIPN está inserida no Estatuto da Igualdade Racial desde 2010, porque o Congresso entendeu que a Portaria 992 do Ministério da Saúde era insuficiente para assegurar direitos para o grupo.

Lembra o papel fiscalizador da Câmara dos Deputados. É preciso fiscalizar e trazer o Ministro da Saúde para cobrar declarações sobre sua responsabilidade de conscientizar gestores, assumida quando lançou o Rede Cegonha.

O Ministério da Saúde publica série de relatórios, boletins, lançou edital de pesquisa científica este ano, mas os termos da chamada não incluem raça, cor ou negro. Interroga o analfabetismo epidemiológico para o dado. Cobra explicação para a exclusão do item, acredita que não é esquecimento, é negligência, racismo. O dado é crucial para subsidiar políticas. Portarias obrigam coleta de raça/cor desde 2003, mas isso ainda não acontece. Lembra que o racismo é crime de acordo com a Constituição Federal e há lei definindo penas para racismo institucional e pessoal.

Constata que o SUS é racista. O racismo está enraizado na cultura institucional e há resistência em mudar. Há uma cultura de privilégios, maior orçamento, mas não há decisão política para enfrentar o racismo. Todo dia 27 de outubro, há quase dez anos, a sociedade civil se mobiliza. Neste ano, virão ao Congresso esperando boas notícias.

Na fase de debates, fizeram uso da palavra diversos parlamentares.

Deputada Janete Capiberibe – salienta perda do direito à terra, inclusive quilombola. Manifesta sua preocupação com mulheres de regiões remotas da Amazônia. Apresentou projeto sobre reconhecimento da atividade das parteiras tradicionais, preservadoras da vida, essenciais em comunidades remotas, indígenas, quilombolas, povos da floresta e das águas e é importante reconhecer sua importância sobre a mortalidade materna. Enfatiza a mudança de enfoque do mundo a respeito da ação de parteiras. Lembra a subnotificação da morte materna e infantil, da mesma forma que nascimentos. Acha importante visibilizar parto humanizado.

Deputada Carmen Zanotto – convidadas trouxeram outro olhar. Mesmo com redução substancial, o país não conseguirá atingir meta do milênio de redução de mortes maternas. Comenta que o Relatório Anual Socioeconômico da Mulher Negra aponta 62,8% de morte materna contra 35% de brancas. Fica assustada com dados de que as mesmas unidades hospitalares e equipes exibirem resultados tão desiguais, uma vez que foi professora. Quer enfatizar currículo de formação de enfermeiras obstétricas incluindo conteúdo específico de racismo institucional, ambulatorial e hospitalar. Violência contra a mulher. Os índices só mudarão se forem rediscutidos itens como conjuntura social, econômica, financiamento. Requerimento de dados por estado. É necessário empoderar as mulheres. Faz reflexão sobre os órfãos, que vão viver com avós ou tios, são abandonados ou vão para as ruas. Informa que apresentará proposição a respeito da capacitação profissional.

É preciso conhecer os dados de cada estado para formar imagem mais acurada da situação. Salienta o perigo de cortes do Orçamento, uma vez que a saúde é investimento e não gasto. Sugere que o Ministério da Saúde se preocupe mais com a qualidade dos serviços que com o dimensionamento dos locais. Sugere revisão dos critérios para realização de cesarianas e planejamento familiar, inclusive a esterilização, considerar o número de filhos.

Critica o hábito de avaliar o desempenho parlamentar pelo número de projetos e não pelo acompanhamento e execução de orçamento e de leis já existentes. Não se pode aceitar morte de mulheres por causas maternas ou violência.

Deputada Erika Kokay – a CPI do Extermínio de Jovens Negros evidencia racismo institucional. Naturaliza desumanização, ocorre no campo simbólico. Traz marcas na alma. Quer eliminar a população, forçar a volta para a senzala.

O tema precisa ser discutido em todas as unidades da Federação, dói muito a morte evitável. Não pode se tornar natural. O racismo deve ser publicizado e ser reconhecido pelo Brasil: não se pode ignorar a realidade. Sugere constituir Observatório da Saúde da População Negra com recorte de gênero. Não se aceita que existam mulheres que morrem porque são negras, ou jovens mortos ou encarcerados por serem negros.

Deputado Adelmo Leão - É responsabilidade dos homens do Congresso, que são em maior número, tratar a questão da equidade, no

intuito de construir sociedade digna. É preciso avançar para um tratamento do problema, não apenas na esfera do Ministério da Saúde, mas de Estado. O parto é celebração de vida, e deve ser assim encarado. A cultura precisa ser mudada. As leis são aplicadas para punir pobres e poupar poderosos. Elas devem ser aplicadas com igualdade para todos, sem privilégios. Exalta a promoção da vida desde a concepção, sem violência, planejamento e desejado. Recursos são jogados no ralo por falta de planejamento. Comenta a questão das cesarianas, considera lesão ao Código de Ética realizar operação sem indicação, sobre a mãe e a criança, há custo maior, não só operacional, mas tempo de internação, infecção, UTI para a criança. Ao mesmo tempo, morrem mães por falta de cesarianas. Acredita que o Ministério da Saúde deve ser mais rigoroso e acompanhar mortes, inclusive por falta de cesarianas.

Nas Considerações Finais, Maria Ester Vilela constata que é dever da sociedade pautar ações para preencher lacunas nas políticas públicas, construir estratégias de monitoramento. O racismo é um problema amplo, profundo da sociedade brasileira e impregna a micropolítica, o cuidado, as instituições. O SUS é um lócus privilegiado para construção de cidadania. O novo sistema de monitoramento da Rede Cegonha inclui raça e cor em todos os indicadores e permitirá avaliar cada procedimento por raça.

Rurany Ester reforça a importância de identificar estratégias para reduzir as morte maternas, a Secretaria de Políticas para as Mulheres insistiu para incluir raça/cor no Painel de Monitoramento da Morte Materna do Ministério da Saúde. A política pública deve ter esse olhar. Larissa Borges salienta a importância da DAGEP, do Ministério da Saúde, na implementação das estratégias e reafirma a disposição da SEPPIR de enfrentar o racismo em todas as políticas públicas e estabelecer metas específicas para a população negra, inclusive evidenciando em termos de orçamento. Devem ser propostas metas específicas para redução mortalidade e morbidade de mulheres negras. É essencial adotar a educação permanente e sistemática de profissionais da saúde para enfrentamento do racismo institucional. Alaerte Martins enfatiza que apoia atuação de parteiras em região metropolitana e que Curitiba tem política nesse sentido, que deve ser estendida a todo o país. Os profissionais de saúde em formação devem ter visão da intersetorialidade, o Ministério da Educação e a Comissão do Ensino Médico do Conselho Nacional de Saúde devem insistir em que tenham conhecimento de que existe política específica para a saúde da população negra. A morte materna é questão de gênero e visibilidade.

O Parlamento deve ser propulsor de mudanças, inclusive com participação dos Deputados homens, conscientizados a respeito da morte de mulheres e do paradoxo do abuso e falta de cesarianas. Isabel Cruz salienta o corporativismo muito forte em saúde. Por dinheiro se avulta a saúde por indicação desnecessária de cesárea, prótese e stents, diálise peritoneal ao invés de transplante. Lamenta a falta de pudor que está se generalizando.

A gestão se faz com viés corporativo e não em benefício dos usuários, os clientes. A época é de crise moral. A morte de mulheres negras é multidisciplinar e multissetorial, sugere investigar a Educação e a Assistência Social, o ensino a respeito de pré-natal e planejamento familiar.

Pede a retirada da categoria “ignorada” nos sistemas de informação. A desconstrução do racismo do SUS precisa de fiscalização do Poder Legislativo regular e em todos os níveis de governo.

Em seguida, Jurema Werneck ressalta a responsabilidade do Ministro da Saúde, assumida quando do lançamento da Rede Cegonha. Deve-se analisar as individualidades, responsabilidades e coletividades envolvidas na morte materna. Há uma cadeia de responsabilidades estabelecida, que chega ao Ministro. Reforça a necessidade de expandir o quadro de parteiras, que têm demonstrado competência e humanização ao longo do tempo. A exacerbação do papel do médico em se imiscuir no parto tem sido danosa. Trata-se de briga de corporação, como visto nos debates do Ato Médico.

A vida deve ser valorizada inclusive a da mulher, a discussão sobre abortamento deve ser enfrentada pelo Congresso. O aborto fica entre a 3^a ou 5^a causa de morte materna. Indaga se quem deve decidir é a mulher ou os homens do Congresso. O momento é delicado entre o Congresso e o povo brasileiro, pois estão sendo tomados rumos na contramão do que a sociedade espera.

A Deputada Rosângela Gomes teceu comentários a respeito da ocorrência revoltante de morte materna e do racismo institucional, agradeceu a todos os que participaram e encerrou a sessão.

III.d Data: 10/08/2015

A Reunião de Audiência Pública na Câmara Municipal de Salvador foi aberta pelo seu Presidente, Vereador Paulo Câmara, que saudou a todos e ressaltou a importância de discutir a anemia falciforme, uma vez que 80% da população de Salvador é negra. Na Mesa de Abertura, houve

pronunciamentos diversos. O Vereador Edvaldo Brito ressaltou que a sessão é pleito antigo da Frente Parlamentar de Hospitais Filantrópicos e Santas Casas e agradece sua realização. Presta homenagem à Deputada Benedita da Silva. Caracteriza a importância de educação e da disponibilidade de creches para população negra. Cita a passagem bíblica de Jó, que induz à resignação e à fé.

A Vice-Prefeita de Salvador, Célia Sacramento, agradece aos deuses e orixás a força para a luta pelas causas sociais das minorias. Anemia falciforme atinge a maioria de pessoas em Salvador, a maior parte sofre problemas como mal estar e fraqueza, convive com as manifestações sem saber o diagnóstico. A Audiência Pública é um marco para a saúde de Salvador, inaugura nova era para a população portadora da anemia falciforme, pela correção de injustiças sociais e da falta de acesso a direitos.

O Deputado Antônio Brito ressalta a relevância da pauta adotada pela Assembleia Legislativa de Salvador, pontua seu papel de caixa de ressonância dos temas relevantes para a população, tanto que criou a Subcomissão de Assistência Social e Saúde à População Negra. Fala a respeito das atividades da Comissão de Seguridade Social e Família, que foi subdividida em três áreas para estudar a saúde, assistência e previdência social. A criação da presente Subcomissão é resposta a compromisso de buscar subsídios para atuar em relação aos relevantes problemas de saúde da população negra.

Em seguida, passou-se à segunda etapa, a exposição dos convidados, sob a presidência da Deputada Benedita da Silva. Ela menciona a representação da SEPPIR na Audiência. Ressalta a importância da Bahia para o Brasil como Nação pelas lutas históricas travadas em seu solo. Além disso, simboliza o coração da África, onde existe sincretismo religioso e o exemplo de tolerância religiosa, de liberdade para todos exercerem democraticamente suas escolhas. Cumprimenta as diversas autoridades locais presentes ao evento. Fala da importância da anemia falciforme e doenças vinculadas à raça. Quer identificar propostas legislativas e de políticas públicas para aperfeiçoar ações destinadas à saúde da população negra. Usou da palavra o Deputado Jorge Solla, que fez homenagem à prefeita de São Francisco do Conde, Rilza Valentim, brilhante militante social, morta em decorrência de complicações de anemia falciforme. Saúda as organizações parceiras em projetos de prevalência na população negra. Crianças da Comunidade do Calabar prestam homenagem à Deputada Benedita da Silva,

que relata a luta contra a derrubada das favelas e a criação de associações e federações de moradores.

O Dr. Gildásio Daltro indigna-se com o sofrimento de inúmeros pacientes em cadeiras de rodas em virtude de osteonecrose de quadril. Comenta o emprego de células-tronco para terapia da anemia falciforme. Mencionou trabalhos publicados e apresentados em congressos. Portadores de anemia falciforme de 18 a 40 anos têm 41% de chances de desenvolver osteonecrose de quadril. Informa que a dor intensa permite firmar diagnóstico precoce. A complicação implica grande gasto social, principalmente pelo afastamento das atividades laborais e afeta brutalmente a econometria da família.

A terapia celular é o uso da célula-tronco para regenerar o tecido. Precisa ter pessoal treinado e apoio das políticas públicas. A vida útil da prótese em paciente falciforme é de apenas 5 a 10 anos, pela menor resistência do osso. A resposta é também muito ruim ao implante de osso estranho. A cirurgia é de alta complexidade, ocorre soltura frequente dos componentes, qualquer revisão tem o dobro de complexidade. Assim, é preciso recorrer ao enxerto ósseo, necessita banco de pele e osso, inclusive por úlceras de pele dos pacientes. Defende a prevenção dos agravos por meio de protocolos e cuidados que incorporem terapias de ponta e inovações, disseminando conhecimento para o país. São Paulo e Ribeirão Preto já realizam transplante de células-tronco para anemia falciforme. Pretende implantar grande centro de Medicina Regenerativa na Bahia, pois é um polo de referência e dispõe de laboratório. Pede apoio para a iniciativa.

A Secretária Olívia Santana, depois de saudar componentes da mesa e autoridades, ressalta a importância de a anemia falciforme sair da invisibilidade, para o que muitas lutas foram empreendidas. Como um grave problema de saúde pública, necessita de políticas estruturantes para dar visibilidade àqueles que vivenciam o problema. O debate é estimulado por meio de Audiências como a presente, que traz o foco para o estado com maioria negra.

Relata que no Recôncavo existem grupos organizados para desenvolver trabalhos a respeito. Pede que o trabalho seja dedicado a Rilza Valentim, que vinha desenvolvendo ações importantes para a comunidade. As mulheres com anemia falciforme sacrificam a saúde e a vida para cuidar da família e precisam ser objeto de intervenções específicas.

O orador seguinte, Dr. Fernando Araújo, é hematologista e trabalha em ambulatório específico para anemia falciforme. Chama a atenção para o fato de que a doença abrange inúmeras especialidades, é um processo inflamatório crônico com repercussão em todo o corpo e resulta da mutação de um único aminoácido. Comenta a sobrecarga social da doença. Estágios avançados da doença têm indicação de terapia celular. É preciso evitar a ocorrência de infartos, inclusive em crianças.

Explana a respeito do processo de formação de trombos e tromboembolismo, como isquemias silenciosas em regiões cerebrais, que reduzem a capacidade cognitiva. Pode haver infarto renal, lesão hepática grave, a criança faz autoesplenectomia, reduzindo a resistência a infecções, resultando em pequena sobrevida. Os cuidados incluem diminuir infecções, usar antibioticoterapia profilática, vacinação, hidratação, dar vida digna com apoio a jovens e adultos jovens, usar a hidroxiureia, ferro oral e terapia celular para casos avançados.

O Vereador Sílvio Humberto relata fazer parte da Comissão de Reparação e refere ter aprendido que políticas são eleitas e dirigidas para temas que têm visibilidade. É indispensável garantir recursos e orçamento para desenvolver iniciativas. Se não há visibilidade, as demandas não são incluídas na pauta. É preciso que as discussões alcancem a sociedade civil. Manifesta a preocupação de pouca prioridade orçamentária da Política Integral à Saúde da População Negra, cuja dotação é irrisória. Há desarticulação e falta de prioridade na Secretaria local. É preciso enfrentar o racismo institucional e focalizar as políticas para universalizar e garantir sua efetividade. A aliança entre academia, sociedade civil e gestores deve levar ao sucesso das ações implantadas.

A Vereadora Aladilce Souza é membro das Comissões da Mulher, da Saúde e do Orçamento e Fiscalização. Assim, é possível trazer contribuições. 80% dos cidadãos de Salvador são negros e dependem do SUS. A situação das políticas de saúde é muito difícil. A crise do SUS é uma luta incessante. É essencial conseguir união para defendê-lo como a maior política de Estado. O contingenciamento nacional de recursos foi da ordem de R\$11 bilhões. O município destina 15% do orçamento para a saúde, mas a qualidade do gasto não prioriza a atenção básica. A Secretaria das Mulheres tem também restrição de financiamento.

Há o avanço da ciência e a possibilidade de evitar adoecimento e custos maiores para a sociedade. Convoca à articulação para

defender o SUS. Lembra a realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde neste ano.

Antônio Carlos Lemos, superintendente do Complexo Hospitalar Professor Edgard Santos, reforça a diferença entre a solidariedade com a causa e o fato de ser falcêmico. Sendo pneumologista, relata a gravidade da síndrome torácica aguda por infarto de costela ou pulmão e hipertensão arterial pulmonar, com poucas opções de tratamento e de difícil acesso para usuários do SUS.

O sistema tem poucos recursos e é mal gerido, os diferentes níveis não se entendem. A atenção básica tem dificuldade de absorver doentes oriundos de serviços especializados, o acesso é difícil. Criou Policlínica especializada em 1990, agora política em andamento no SUS. Falta integração na política assistencial, principalmente na esfera municipal.

O médico oftalmologista Bruno Castelo Branco tratou do glaucoma, quatro vezes mais frequente em pessoas da raça negra. O perigo é que, em virtude de maior sensibilidade da raça negra ao aumento da pressão intraocular, a perda do nervo óptico é mais rápida. Não há recurso para a cegueira por glaucoma, e pacientes acreditam que se trata de catarata, potencialmente curável. O glaucoma pode provocar cegueira irreversível e onera o Estado, considerando que o tratamento implica dispêndio de um salário-mínimo ao ano por paciente e o cego demanda esse valor ao mês. A questão é, além de social, econômica. O diagnóstico oportuno pode permitir a interrupção dos danos com uso de colírios.

Estima a existência de 1.200.000 portadores de glaucoma no Brasil, um terço atendido pelo SUS e os 2/3 restantes fora das políticas públicas. Em Salvador são estimados 100.000 portadores. Apenas 25% têm acesso ao atendimento. Faz referência à Portaria 957, de 15 de maio de 2008, do Ministério da Saúde, que “institui a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia”. Divulga a associação de portadores de glaucoma que lembra que o glaucoma rouba a visão e não permite reabilitação após a cegueira.

Altair Lira aponta membros da ABADFAL que exibem cartazes a respeito de viver com a doença. Afirma ser preciso retirar a anemia falciforme da invisibilidade. Salienta que a Deputada Benedita da Silva, no governo do Rio de Janeiro, criou o Programa de Anemia Falciforme, que constitui exemplo e se encontra a anos-luz de distância do HEMOBA.

Ao mesmo tempo, denuncia o racismo institucional como negligência com portadores de anemia falciforme. Já existe programa de hipertensão e diabetes, ainda que sem viés étnico. A anemia falciforme foi identificada como doença há 105 anos, não é uma doença desconhecida, ao contrário, dispõe-se de vasto conhecimento a seu respeito. No entanto a política pública de atenção só foi instituída há dez anos.

A Comissão de Seguridade Social e Família está estendendo a visão sobre a pessoa e não isoladamente sobre doenças, com enfoque do impacto social. Pede apoio a duas proposições que tramitam no Congresso Nacional relativas ao saque do FGTS e a cotas no mercado de trabalho. Aponta ainda a falta de acesso a direitos sociais e trabalhistas e chama a atenção para a mortalidade da população negra, na qual sobressaem os assassinatos de jovens, dez vezes mais frequentes que entre os brancos.

A anemia falciforme também traz maior risco para a gravidez, metade tem problemas sem assistência adequada, levando a abortamento e morte. Relata existir apenas uma maternidade para 417 municípios e comenta a diferença entre o que é possível e o ideal, enfatizando que o necessário precisa ser reivindicado.

Chama ainda a atenção para pessoas presentes que enfrentam problemas como o albinismo, mais um problema genético que pode acometer pessoas da raça negra e o lúpus, que é mais comum em mulheres negras. Lembra ainda a luta da comunidade LGBT.

É preciso avançar. Exorta a atuação da Dra. Maria Cândida na condução do Programa de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme, com a visão de raça e de gênero.

Ela, por sua vez, relata sua trajetória, tendo atuado como fundadora da ABADFAL e gestora em Salvador por dez anos. Afirma que os estados de maior prevalência de anemia falciforme são Bahia, Rio de Janeiro, Pernambuco, Maranhão. Ressalta a importância do trabalho da Deputada Benedita da Silva na implantação do programa de anemia falciforme do Rio de Janeiro. Apresenta quadro que indica que 80% das crianças falcêmicas de até 5 anos morrem se não receberem cuidado, e a vida média gira em torno de 45 anos, com 1,8% de óbitos. Já as gestantes, sem cuidados durante o parto, apresentam 50% de mortalidade, enquanto persistem 2% de mortes entre as que recebem atenção adequada.

A anemia falciforme mascara a causa da morte e demanda acompanhamento de alto risco por equipe multidisciplinar. É possível cuidar da anemia falciforme a despeito de sua complexidade. É indispensável incluir todos os níveis de atenção e estruturar a rede. O diagnóstico neonatal foi implantado em 2001, mas apenas em 2014 a triagem neonatal para anemia falciforme atingiu todo o país. Depois do resultado positivo, o fluxo no Sistema Único de Saúde deve permitir o acesso à atenção especializada de alta complexidade, por médicos hematologistas.

Faz referência à Portaria 1.391, de 16 de agosto de 2005, que “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”. Apresenta inúmeras Portarias que representam progresso, como a que disponibiliza o Doppler transcraniano no SUS, exame indicado para crianças de 2 a 17 anos.

Estão colocados dois objetivos: cuidar de quem tem anemia falciforme, mudar a história natural diminuindo a morbimortalidade melhor qualidade de vida e, para portadores do traço falciforme, devem ser asseguradas a orientação e informação.

Além da triagem neonatal, está disponível a eletroforese de hemoglobina a partir de 4 meses. A Rede Cegonha preconiza que toda gestante faça a eletroforese de hemoglobina. No entanto, persiste grande número de diagnósticos tardios, feitos, por exemplo, em bancos de sangue para candidatos a doação, em casos de morte de gestante ou abortos de repetição. É importante fazer a busca ativa de portadores e que a atenção básica, bem como os serviços de emergência, fiquem alerta para a possibilidade diagnóstica de anemia falciforme em crises de dor aguda. Considera um problema a desatualização de profissionais de saúde, mesmo hematologistas.

O Ministério apoia técnica e financeiramente a formação de profissionais da atenção básica e é necessário promover integração regional. Como recursos terapêuticos, refere a disponibilidade de medicamentos na Farmácia Básica, como a penicilina oral, ministrada em crianças de 4 meses a 5 anos, ácido fólico, analgésicos e anti-inflamatórios. A hidroxiureia, um quimioterápico, é oferecida em hemocentros, pelo alto custo bancado pelo Estado e Governo Federal.

Outros métodos de tratamento oferecidos são quelantes de ferro oral ou injetável, eritropoietina e alfa-poiétina, terapia celular e de

tecidos. O transplante de medula óssea, indicado de acordo com critérios estabelecidos pelo SUS, é uma grande conquista. No entanto, ocorre frequente falta de medicamentos.

Cita como obstáculo a falta de informatização dos dados da anemia falciforme, pois somente sete hemocentros coordenadores têm cadastro informatizado. A atenção multiprofissional é precária, desde a atenção básica até serviços de urgência e emergência.

Rogério Gomes, Coordenador do Instituto Baiano de Reabilitação, chama a atenção para o problema do HTLV, preocupante entre a população negra, em Salvador, onde estima haver 270.000 contaminados. A infecção tira a autonomia e as funções da pessoa. Na Bahia, acomete 9 pessoas em cada mil habitantes. Passa a palavra para a Dra. Kátia, que discorre sobre o vírus, que tem tropismo para células T humanas, as que proporcionam a defesa. Muito agressivo, estimula processo reacional em resposta que, em vez de barrar o vírus, traduz-se em processo inflamatório extenso, afetando principalmente a medula espinhal.

O HTLV tem a mesma forma de transmissão do vírus da AIDS, provoca a mielopatia progressiva tropical, descoberta em 1980. Como o nome indica, traz sintomas insidiosos, lentos de danos à medula, com paralisia nas pernas com sinais extrapiramidais, hiperreflexia. Os exames para detecção devem ser estendidos a todas as pessoas, mas especialmente ginecologistas/obstetras, para evitar a transmissão para o filho por meio da amamentação, e pediatras. O Japão realiza o teste em parturientes e reduziu em 80% a transmissão pela amamentação. Sugere fazer o mesmo no Brasil. Por ter transmissão sanguínea, sexual e perinatal, sua prevenção é facilmente exequível. A transmissão sanguínea foi reduzida pela testagem do sangue.

O tratamento deve ser conduzido por neurologistas, infectologistas e oftalmologistas, pois podem se desenvolver linfomas, leucemias e uveítis bastante agressivas.

Em seguida, Flávia Citônio, presidente do Conselho Municipal de Saúde de Maceió, menciona doenças prevalentes na população negra como lúpus, albinismo, HTLV, além de tuberculose, hipertensão, diabetes. Discutem mensalmente cada uma dessas patologias e as políticas a elas referentes. Chama a atenção para o glaucoma. Preocupa-se com promoção e prevenção da saúde. Sugere incorporar diagnóstico e tratamento de glaucoma para toda pessoa negra a partir de 40 anos. Trouxe faixa chamando a atenção do problema, exibida por pacientes.

Quanto à Conferência de Saúde, o tópico de garantia de acesso ainda é prioritário. O problema não é nem qualidade, continua a ser a falta de acesso.

Maurício Dias, representante das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas da Bahia, relata ter passado grande parte da vida em Santo Amaro da Purificação, no Recôncavo Baiano, talvez a maior população com anemia falciforme da Bahia. Espera que o Relatório possa sensibilizar a equipe econômica para a universalidade das políticas. Há falta de portas de entrada, poucos hospitais e dois ambulatórios. Isso não é suficiente. Quase mil municípios possuem apenas um hospital filantrópico como porta de entrada. Não há rede para referenciar casos de maior complexidade. Constata que a reabilitação não funciona. As instituições filantrópicas estão fora do Programa, há uma infinidade de leitos desativados pelo subfinanciamento dos 26 anos do SUS, com inflação acumulada, os procedimentos receberam reajuste insuficiente. Deve haver financiamento para assegurar a continuidade das políticas para tirá-las do papel. A anemia falciforme, em negros chega a 6 a 12%. A população negra é maioria, em especial na Bahia, e a Política é indispensável.

Mara, 23 anos, da ABADFAL, portadora de doença falciforme, pede que seja implantada unidade de referência. Relata graves dificuldades de atendimento em urgência e emergência, profissionais de saúde que nunca ouviram falar de doença falciforme e não sabem tratar adequadamente. Quer sair da invisibilidade, sugere a disponibilização de mais informações nos serviços de saúde.

O Relator afirma que Relatórios de Subcomissões afetam positivamente as condições do país. A cooperação e os dados trazidos vão ser extremamente valiosos, envolvendo pontos de vista do usuário, do setor filantrópico e da academia. Surgiram, além do tema proposto da anemia falciforme, preocupações a respeito de glaucoma, HTLV, doenças pulmonares. O Relatório será um retrato das Audiências Públicas. Ressalta a importância histórica da realização pela primeira vez de reunião de Comissão da Câmara dos Deputados no Plenário Cosme de Freitas

A Deputada Benedita da Silva apresenta seus agradecimentos, salientando o companheirismo e seriedade em trabalhos realizados com o Relator que, como atual Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família, tem conseguido pautar temas de interesse da população brasileira. É necessário focalizar o caso de mulheres com lúpus e

albinos. Repete que a questão vai além da militância racial, cada passo representa cuidado com a maioria da população brasileira, uma grande responsabilidade. Não é apenas um problema de negros e negros, mas de todos, que demandam Políticas Públicas permanentes, para que, qualquer que seja o governo, elas permaneçam para qualquer segmento da sociedade. É essencial dar sustentação ao SUS e garantir o atendimento universal, uma das batalhas enfrentadas no Congresso. Questiona as deliberações de que 25% do pré-sal seriam destinados para a saúde e o restante para a educação. Deseja garantir que os recursos reforcem o SUS e as Santas Casas, a maior rede de atendimento e parceiras de séculos. Elas devem ser a rede preferencial para implementação das políticas, com capacitação, se necessário. É importante contar com parceria da sociedade pela luta de sustentação e fortalecimento do SUS.

O Vereador Edvaldo Brito agradece as presenças e manifestações e reafirma a importância da Câmara Municipal de Salvador como caixa de ressonância das demandas sociais. Refere-se ao problema de recursos. Como exemplo, não havia previsão orçamentária para os temas discutidos, a despeito de incluídas na última LDO, não foram liberados recursos. No ano atual, persiste a mesma situação. Pede apoio da população para dar força para os que estão comprometidos com essas políticas. A LDO será a primeira luta a enfrentar. Comenta que ficou extremamente preocupado diante do caráter socioeconômico que retroalimenta a doença, que por sua vez, pode camuflar outras tantas. Deve ser incluída Sessão Temática de interesse da comunidade no novo Regimento Interno, do qual é o Relator, e a primeira Sessão tratará da anemia falciforme. Encerra, assim, a Sessão.

III.e Data: 24/08/2015

A Audiência Pública foi realizada na Assembleia Legislativa do estado do Rio de Janeiro, no dia 24.8.2015, e teve por objetivo a realização de um Seminário Políticas Públicas de Assistência Social e Saúde da População Negra. A audiência contou com a presença da Senhora Tereza Campello, Ministra de estado do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Deputados Federais Benedita da Silva e Antônio Brito; Deputados Estaduais Jair Bittencourt e Zaqueu Teixeira; Nelma Azeredo, Subsecretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Descentralização da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos; Arnoldo

Campos, Secretário Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Jurema Werneck, da ONG CRIOLA – Na Luta pela Mulher Negra; Artur Custódio, do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase; Márcia Alvez, do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da UFRJ; e Luiz Felipe Pietro, do Instituto Nacional do Câncer.

A Ministra Tereza Campello apresentou um balanço dos programas sociais do governo sob a condução do MDS. Segundo a ministra, as ações afirmativas são necessárias tendo em vista o passado de exclusão a que foi submetida a população negra. No entanto, algumas políticas implementadas recentemente, mesmo não sendo propriamente políticas afirmativas, têm chegado à população negra.

Destacou que antes de iniciar o programa Brasil Sem Miséria, o perfil da população extremamente pobre retratado pelo censo de 2010 era o seguinte: 71% era população negra; 60% morava na região nordeste e 40% era criança e adolescente. Para enfrentar esse quadro, não bastam apenas políticas que atacam a insuficiência de renda, sendo necessário conjugar essas ações com o acesso a serviços públicos. O Programa Brasil Sem Miséria articula-se em três eixos: a renda, acesso à inclusão produtiva e o acesso a serviços públicos. A ministra apresentou os dados do programa.

No eixo de inclusão produtiva, a ministra destacou o Pronatec. Havia o receio de o programa não chegar às pessoas extremamente pobres, mas, em articulação com a rede do SUAS, conseguiu-se atingir esse público. As vagas do Pronatec foram ofertadas a 1,75 milhão de famílias. A maioria é de pessoas negras – 53%, muitas delas mulheres negras. Em geral, negros, mulheres e jovens são os que possuem empregos menos qualificados. Em relação à formalização do microempreendedor, muitas mulheres pobres já tinham sua estratégia de desenvolvimento, mas não estavam formalizadas. Atualmente, mais de cinco milhões de microempreendedores se formalizaram, sendo 500 mil atendidos pelo Bolsa-Família e negros. Quanto ao microcrédito, a ministra destacou que a grande maioria são empreendedores do cadastro único, do Bolsa-Família, e que, portanto alcança a população negra.

Os demais programas sociais também mostram resultados em que os maiores beneficiários são a população negra. No Bolsa-Verde, das 73 mil famílias beneficiadas, mais de 90% se autodeclararam negras e pardas. Além disso, no acesso à creche, tem-se que 65% das crianças na idade de 0 a 3 anos do Bolsa-Família estão matriculadas em creches. Esses números impactaram na redução das condições de pobreza a que estão submetidas parcela significativa da população negra. Analisando-se a pobreza multidimensional, verifica-se que esta se reduziu de 8,0% para 1,0%, sendo que a redução ocorreu de forma mais acentuada na população negra que na população branca.

O Deputado Antônio Brito, por sua vez, ressaltou que, ao assumir a presidência da Comissão de Seguridade Social e Família, foram criadas seis subcomissões, sendo três permanentes e três especiais. A Subcomissão para Avaliar as Políticas de Assistência Social e Saúde da População Negra é uma das mais atuantes na Câmara dos Deputados, tendo recebido em audiência pública duas ministras de estado e realizado audiência pública em Salvador e no Rio de Janeiro. Na Bahia, por ocasião da audiência pública da Subcomissão, o Governador anunciou o compromisso de construir o Centro de Anemia Falciforme Rilza Valentim. Trata-se de uma homenagem à prefeita de São Francisco do Conde que faleceu em virtude dessa doença em 2014.

A senhora Nelma Azeredo, da Subsecretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Descentralização da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos do Rio de Janeiro, destacou o privilégio de ser uma das responsáveis pela condução da política no Rio de Janeiro. No início, não estava claro o papel da assistência em um debate sobre anemia falciforme, mas na medida em que se trabalha com o diagnóstico da população assistida nos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS, pode-se contribuir para as estratégias de intervenção.

A doutora Jurema Werneck, da ONG CRIOLA – Na Luta pela Mulher Negra, afirmou que o debate sobre saúde da população negra vem ocorrendo há mais de 20 anos, e continua na agenda de discussão porque o racismo e a iniquidade no acesso à saúde ainda é um problema. Além disso,

questiona-se por que deve haver uma política específica de saúde para a população negra. Essa pergunta, por si só, revela um estranhamento e ignorância. O estranhamento é posto pelas lentes do racismo; já a ignorância decorre da falta de engajamento dos organismos oficiais de produção do conhecimento. Assim sendo, as escolas de saúde devem fomentar a produção de conhecimento sobre a saúde da população negra, para dar visibilidade ao tema, ao problema da iniquidade no acesso aos serviços de saúde.

Esclareceu, ainda, que não faltam dados oficiais sobre a saúde da população negra. Tanto o IBGE quanto o SUS fornecem dados, que, no entanto, despertam pouco interesse. O Boletim Epidemiológico do SUS, por exemplo, feito pelo Ministério da Saúde, só circula entre as entidades que militam na área. O governo foi condenado na Comissão Internacional Sobre a Convenção contra a Discriminação da Mulher, no caso Alyne Pimentel, a reparar e enfrentar o racismo institucional. No entanto, após essa condenação, ainda houve a morte da Rafaela Cristina de Souza. Desde o ano de 2006, tem-se a Política Integral de Saúde da População Negra. Trata-se da única política de saúde que tem previsão legal, mas, no entanto, não consegue ser implementada. É preciso trazer o Ministério Público para essas discussões. O Congresso Nacional tem feito sua parte, e a criação da subcomissão é um exemplo disso. Falta a atuação das assembleias legislativas e câmaras de vereadores.

O doutor Luiz Felipe, do Instituto Nacional do Câncer, mostrou os problemas da obesidade para a saúde da população, sendo ela um fator de risco para várias doenças, tais como, diabetes, vários tipos de cânceres e doenças cardiovasculares. Destacou que o país vem passando por uma transição demográfica e epidemiológica rápida, com prevalência das doenças crônicas. Isso é explicado pela importação de hábitos alimentares. É preciso se preocupar com o marketing dos produtos que causam mal à saúde. Outro fator importante é o sedentarismo, que afeta particularmente as regiões mais pobres, que não tem espaços e equipamentos para a prática esportiva.

Márcia Alves, do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da UFRJ, mostrou a correlação entre anemia falciforme e saúde bucal. Com base em estudo científico de que participou, foi possível constatar

que não há recomendações para a abordagem odontológica sobre a anemia falciforme, o que leva ao questionamento de como tem sido feito os procedimentos. Além disso, não se sabe quais as doenças prevalentes em saúde bucal. Destacou a necessidade de criar sistema de informações sobre a anemia falciforme; ampliar e capacitar a rede de atendimento, especialmente a rede de saúde bucal; elaborar protocolo clínico; e promover a educação não científica, isto é, aquela de cunho mais didático.

O senhor Artur Custódio, do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase, destacou que o Morhan, criado em 1981, integra diversos conselhos de defesa de direitos em prol da luta pela integração da pessoa atingida pela hanseníase. Ressaltou que se trata de uma doença associada à qualidade de vida. O Brasil é o único país que não atingiu a meta de redução, sendo que no ano passado houve 31 mil novos casos. Houve uma melhora na população assistida pelos programas sociais, mas é preciso avançar no esclarecimento da população. Afirmou que a articulação junto ao governo tem se dado junto à Secretaria de Direitos Humanos e que há dificuldade de interlocução com o Ministério da Saúde.

CAPÍTULO IV - RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS ENVIADOS AOS ESTADOS E CAPITAIS

POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIAL SOCIAL PARA A POPULAÇÃO NEGRA

A fim de mapear a situação dos programas no âmbito da assistência social implementados pelos entes subnacionais, foi enviado ofício aos estados e capitais para fornecer subsídio a essa Subcomissão. Ao todo, 11 estados e sete capitais apresentaram respostas ao Ofício, que seguem sintetizadas abaixo. As perguntas elaboradas foram as seguintes:

- A- Existe diagnóstico das situações de vulnerabilidade, no âmbito da proteção da assistência social básica e especial, de maior incidência na população negra?
- B- Descrição de programas ou ações específicas para a população negra no âmbito da assistência social, inclusive em articulação com órgãos do governo federal.
- C- Descreva, se houver, dificuldades para adesão e implementação de programas federais relacionados à população negra.
- D- Os demais programas sociais possuem critérios de seleção que levem em consideração a condição de negro ou pardo?
- E- Qual a representatividade de negros e pardos nos conselhos gestores de políticas públicas?

SECRETARIAS ESTADUAIS

Ceará

Informa que, em 2011, foi realizado diagnóstico situacional junto aos municípios que aderiram ao Fórum Intergovernamental da Promoção de Igualdade Racial sobre a política nos municípios e as etnias atendidas. Em 2013, foi implantada a Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para a Promoção da Igualdade Racial – CEPPIR. Em relação aos programas específicos para a população negra, salienta que há um projeto em estudo, sob análise da governadoria. A principal dificuldade em relação aos programas federais diz respeito à liberação de recursos. Além disso, nos conselhos gestores de políticas públicas, não há recorte racial.

Paraná

Informa que existem 36 comunidades quilombolas situadas em 18 municípios, sendo que, em todos eles, há um Centro de Referência da Assistência Social – CRAS. Além disso, das 26 mil famílias atendidas pelo Programa Estadual Família Paranaense, 16.540 são compostas por negros e pardos. Sobre a existência de programas específicos para a população negra, destaca que a assistência social não prioriza apenas um segmento, mas volta-se para o atendimento de todas as situações de vulnerabilidade e risco social. Em relação à representatividade do negro nos conselhos gestores de políticas, informa que, no Conselho da Mulher, atua a Rede de Mulheres Negras e o Grupo Dignidade.

Minas Gerais

Utiliza o Cadastro Único adotado pelo governo federal para definição do público alvo de seus programas. Estima-se, com base em alguns estudos, que no Estado de Minas Gerais vivem de 110 a 115 mil quilombolas. Registra que, no âmbito da assistência social, não há programas específicos para a população negra. No entanto, atualmente no Estado estão inscritos no cadastro único 9.768 famílias, sendo que 7.347 são beneficiárias do Programa Bolsa-Família. Além disso, estão implantados no estado 1.129 CRAS, dos quais 110 informaram que atendem população quilombola.

Rio de Janeiro

Informa que não dispõe de dados específicos de incidência da população negra nos programas de proteção básica e especial, assim como dos programas e ações específicas para essa população na área da Assistência Social no estado do Rio de Janeiro, uma vez que o público alvo desta Política Pública prioritariamente são famílias em situação de vulnerabilidade e a quem dela necessitar.

Rio Grande do Norte

Firmou convênio com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte para a elaboração de um diagnóstico, o qual ainda não foi concluído. Além disso, não há programas específicos no âmbito da assistência social para a população negra.

São Paulo

Informa que foi realizada pesquisa na base de dados, em três programas estaduais, quando foram constatados que: 39,68% dos atendidos no Programa Ação Jovem; 47,53% no Programa Renda Cidadã e 29,48% no Programa São Paulo Amigo do Idoso, se declararam negros e pardos. No Cadastro Único, do Governo Federal, em um universo de 10.645.731 atendimentos, 41,1% de pessoas se declararam de cor parda e 6,2% de auto declarações de pessoas na cor preta.

Mato Grosso

Salienta que, no estado, há 1,39 milhão de pessoas assistidas, sendo que 71% delas se declaram da cor parda ou negra. As ações socioassistenciais são desenvolvidas no âmbito do Programa Brasil Quilombola e Inclusão Produtiva Rural e do Pronatec. Esclarece que a Secretaria está desenvolvendo uma estratégia de ocupação produtiva – emprega rede – especialmente desenhada para atender o público em situação de vulnerabilidade, o que inclui as pardas e negras.

Bahia

Informa que o público atendido pela Assistência Social é composto majoritariamente por negros e pardos. Não desenvolve programas e projetos específicos. Registra que os dados de atendimento quantificados mensalmente nos serviços socioassistenciais de Proteção e Atendimento Integral à Família/PAIF, de Proteção e Atendimento Especializado à Família e Indivíduos/PAEFI e do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua não fazem o recorte raça/cor. Informa, ainda, não existem programas ou ações específicas no âmbito da Assistência Social a nível federal. Sobre a participação da população negra nos conselhos, afirma não dispor de dados.

Pernambuco

O diagnóstico das situações de vulnerabilidades é feito para a população como um todo, mas em 2007 foi feito mapeamento etnográfico das comunidades quilombolas do sertão de Pernambuco. Não há programas específicos no âmbito da assistência social para a população negra. Informa que a representação do Conselho Estadual de Assistência Social é paritária, mas não há dados sobre a representação de negros e pardos.

Mato Grosso do Sul

Não há diagnóstico específico para a população negra. Quanto à existência de programas especiais, respondeu que está em vigor Lei que estabelece 10% das vagas em concurso público para a população negra. Em relação à representação, os novos conselheiros ainda não tomaram posse.

Roraima

Apresentou levantamento demográfico que indica a participação da população negra sobre o total da população, mas não apresentou diagnóstico prévio das principais vulnerabilidades que atingem a população negra. Informa, também, que não há programas específicos para a população negra. Além disso, no Conselho Estadual de Assistência Social, inexiste representação por raça/cor.

SECRETARIAS MUNICIPAIS (CAPITAIS)

Cuiabá

Informa que não há diagnóstico prévio e que não há programas específicos voltados para a população negra. Quanto aos conselhos, esclarece que a secretaria de Assistência é responsável por seis conselhos de direitos, sendo que em todos há representação de conselheiros negros. Acrescenta que está em fase de reativação o Conselho de Promoção da Igualdade Racial.

Curitiba

Apresentou dados sobre a população negra, mas indica não haver diagnóstico prévio. Informa que existe o programa “Curitiba mais humana”, que tem ação referente à promoção e defesa dos direitos humanos e da igualdade racial. Não apresentou informações sobre a participação da população negra nos conselhos.

Goiânia

Após a reforma administrativa, as políticas de saúde passaram a ser de competência da Secretaria Municipal de Direitos Humanos.

Teresina

Informa que 78,6% da população em situação de extrema pobreza compõem-se de negros e pardos. Essa população vem sendo assistida no âmbito da proteção básica e especial da assistência social. Ressalta que realizou a I Conferência Municipal de Promoção da Igualdade Racial (I COMPIR), com o intuito de estabelecer diálogo entre o poder público e a sociedade civil. Destaque-se que, entre as deliberações dessa Conferência, consta a inserção na Política Municipal de Assistência Social as ações de proteção básica e especial, conforme as diretrizes do Plano Nacional de Igualdade Racial.

São Luís

Em 2013, foi elaborado plano operativo, em que se previu “desenvolver ações de Promoção da Igualdade Racial no âmbito da Política Municipal de Assistência Social”. Apresentou várias ações realizadas junto aos CRAS relativas à promoção da igualdade racial. Afirmou que a fragilidade do Conselho Municipal de Populações Afrodescendentes, somada à ausência de um organismo gestor instituído, impossibilitam o avanço de uma política pública concreta.

Florianópolis

Afirma que não existe diagnóstico prévio acerca das vulnerabilidades de maior incidência da população negra. Também não existem programas e ações específicas voltadas para esse público.

Fortaleza

Informa que não existem ações voltadas exclusivamente para a população negra no âmbito dos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS, sendo que a população negra é público da política de assistência social, pois esta se destina à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza. Não apresentou informações sobre a participação da população negra nos conselhos gestores.

Síntese das similaridades e desafios identificados nos roteiros de questões enviados às instâncias estaduais e municipais

De modo geral, as respostas aos ofícios apontam que não há programas específicos para a população negra no âmbito da assistência social. A justificativa apresentada é que a assistência destina-se a públicos vulneráveis, o que alcançaria inevitavelmente a população negra. Outra hipótese que pode ser levantada refere-se à possibilidade de os programas de igualdade racial estarem sob a responsabilidade de instância decisória diversa da Secretaria de Assistência Social.

Sobre a existência de diagnóstico, as respostas que apresentaram dados de prevalência da população negra basearam-se nos sistemas de informação de apoio aos programas, mas não indicaram haver um documento ou rotina de ação de planejamento que retratasse, de forma específica, a população negra. É salutar o fato de que alguns estados têm se utilizado do cadastro único do governo federal para a focalização de seus serviços assistenciais, pois isso potencializa os resultados dos diversos programas.

Em relação aos Conselhos Gestores, o estado do Rio Grande do Norte possui representação racial no Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional. O estado do Ceará, por sua vez, tem representatividade por entidade no Conselho da Mulher. Os demais estados não informaram ou não têm representação das entidades que atuam na defesa da população negra em seus conselhos gestores de políticas. Apesar de os dados apresentados indicarem uma representação incipiente da população negra nos conselhos, tal afirmação carece de maiores evidências, pelo fato de que as respostas podem ter se baseado apenas no Conselho da Assistência Social. Isto é, aqueles estados que não adotam recorte racial poderão ter outros conselhos em cuja composição estão presentes entidades que representam a população negra.

Unidade da federação	Diagnóstico sobre a população negra	Programas específicos	Representatividade nos Conselhos Gestores de Políticas Públicas
Ceará	Sim (realizado em 2011)	Em análise	Sem recorte racial
Paraná	Não houve diagnóstico prévio, mas apresentou dados sobre população negra como beneficiário dos programas sociais	Não	Conselho da Mulher
Rio de Janeiro	Não	Não	Não

Minas Gerais	Não houve diagnóstico prévio, mas apresentou dados sobre população negra como beneficiário dos programas sociais	Não	Não informou
Rio Grande do Norte	Não	Não	Conselho Estadual de Segurança Alimentar e nutricional
São Paulo	Não houve diagnóstico prévio, mas apresentou dados sobre população negra	Não	Sem recorte racial
Mato Grosso	Não houve diagnóstico prévio, mas apresentou dados sobre população negra como beneficiário dos programas sociais	Não	Não informou
Bahia	Não houve diagnóstico prévio, mas apresentou dados sobre população negra como beneficiário dos programas sociais	Não	Não informou
Pernambuco	Sim (mapeamento etnográfico, feito em 2007)	Não	Não informou
Mato Grosso do Sul	Não	Não Observação: informa haver política de cota em concursos	Não informou
Roraima	Não houve diagnóstico prévio, mas apresentou dados demográficos sobre a população negra	Não	Não
Cuiabá	Não	Não	Sim (Conselho de promoção da Igualdade Racial está em fase de reativação)
Curitiba	Não houve diagnóstico prévio, mas apresentou dados sobre população negra como beneficiário dos programas sociais	Sim (Programa “Curitiba mais Humana”, com ação de promoção e defesa dos direitos humanos e igualdade	Não informou

		racial).	
Goiânia	Não informou	Não informou	Não informou
São Luís	Sim (Plano operativo que contém ações de promoção da igualdade Racial no âmbito das Políticas de Assistência Social)	Sim	Não informou
Florianópolis	Não	Não	Não
Fortaleza	Não	Não	Não
Teresina	Não houve diagnóstico prévio, mas apresentou dados sobre população negra como beneficiário dos programas sociais	Não	Sem recorte racial

POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO NEGRA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), do Ministério da Saúde, foca sua atuação em políticas de promoção da equidade em saúde da população negra. A preocupação é incluir temas de racismo e saúde da população negra na formação de trabalhadores de saúde, gestores e para a sociedade.

A redução das desigualdades constitui também objetivo do Pacto pela Saúde. A população negra é mais vulnerável por sua desvantagem no acesso a fatores determinantes e condicionantes de saúde, como modo de vida, trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, bens e serviços essenciais. Reconhece ser essencial combater o racismo institucional.

Salienta a importância de apoiar a constituição de Comitês Técnicos de Promoção da Equidade em Saúde nos estados e municípios. Menciona a importância da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), antiga reivindicação do Movimento Negro, que está em seu segundo plano operativo.

Ressalta seus eixos de atuação, que são³⁵:

- 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.

Quanto ao acesso às redes de atenção, eixo I, a preocupação é universalizar o diagnóstico e atenção à anemia falciforme, melhorar a atenção à gravidez, parto e puerpério, garantir acesso à mamografia e evidenciar as questões de racismo institucional.

Outros pontos a salientar são “fomentar o papel social das comunidades tradicionais de terreiro enquanto espaço privilegiado de promoção da saúde”; “incluir a análise do recorte raça/cor nas informações epidemiológicas divulgadas pelos gestores do SUS, especialmente nas doenças e agravos de notificação compulsória”. O eixo de Fortalecimento da Participação e do Controle Social tem como estratégias:

³⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 2, de 2 de setembro de 2014. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2014/res0002_02_09_2014.html. Consultado em 1.09.2015

- I - fomentar a implementação e o fortalecimento dos comitês técnicos estaduais de saúde da população negra e/ou de promoção da equidade, áreas técnicas, grupos de trabalho, entre outras instâncias de saúde da população negra;
- II - apoiar a participação dos movimentos sociais negros nos espaços de controle social e gestão participativa da saúde; e
- III - apoiar a formação dos movimentos negros referente ao exercício da cidadania, a saúde e defesa do SUS por meio de cursos, oficinas, encontros e formações.

Outra iniciativa relevante é a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (PARTICIPASUS), que objetiva promover a inclusão social de populações específicas para proporcionar a equidade no exercício do direito à saúde. Assim, está prevista a implantação de Comitês Técnicos de Saúde da População Negra em todas as esferas. No nível nacional, foi redefinido em novembro de 2014. Estão implementados Comitês Técnicos em dez estados e no Distrito Federal.

Muito importante ainda foi a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais para Graduação em Medicina, Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014, que inclui³⁶

Art. 5º Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar:

I - acesso universal e equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, observado o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS);

II - integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde.

Mencionam-se ainda “educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira” e a “investigação de práticas culturais de cura em saúde, de matriz afroindígena-brasileira”. Estão sendo realizadas atividades em parceria com comunidades tradicionais de terreiro como visitas técnicas, filmagem de material didático, realização de feiras de saúde e seminários para o enfrentamento do racismo e intolerância religiosa nos espaços institucionais do SUS.

Relata ainda o financiamento de projetos em chamadas sobre Determinantes Sociais de Saúde, Saúde da População com Deficiência, Saúde da População Negra, Saúde da População Masculina.

Quanto à participação social, é evidente o enorme esforço que demandará sua efetivação, tendo em vista as seguintes informações encaminhadas pela Pasta:

³⁶ BRASIL. Ministério da Educação. Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014. Disponível em file:///C:/Users/P_5695/Downloads/rces003_14.pdf Consultado em 1.9.2015.

	Estados	Comissões ou Câmaras Temáticas de Saúde da População Negra	Observações
1	DF	Não	
2	GO	Não	
3	MS	Não	Tem grupo de promoção da equidade
4	MT	Está autorizada, mas ainda não foi instituída	
5	AL	Não	
6	BA	Não	
7	CE	Não	Tem comissão da diversidade
8	MA	Não	
9	PB	Sim	
10	P1	Não	
11	PE	Não	http://www.ces.saude.pe.gov.br
12	RN	Sim, mas não está ativa.	
13	SE	Não	
14	AC	Não	
15	AM	Não	
16	AP	s/ contato	
17	PA	Não	
18	RO	Não	
19	RR	Não	
20	TO		
21	ES	Sim	Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra - CISPN do Conselho Estadual de Saúde do ES-CES/ES foi criada em 20 de novembro de 2014 e os representantes foram eleitos em 19 de março de 2015.
22	MG	Não	
23	RJ	Não	
24	SP	Não	
25	PR	Não	
26	RS	Tem comissão de etnias	
27	SC	Não	

	Municípios	Comissões ou Câmaras Temáticas de Saúde da População Negra	Observações
1	Brasília	Não	
2	Goiânia	Sim	
3	Campo Grande	Não	
4	Cuiabá	s/ contato	
5	Maceió	Não	

6	Salvador	Não	
7	Fortaleza	Sim	Tem, mas não está funcionando.
8	São Luís	s/ contato	
9	João Pessoa	Não	Tem a Comissão Interna e Permanente de Acompanhamento da Atenção à Saúde da População em Desigualdade Social (CAASPDS).
10	Teresina	Não	
11	Recife	Não	
12	Natal	Não	
13	Aracaju	Não	
14	Rio Branco	Não	
15	Manaus	s/ contato	
16	Macapá	s/ contato	
17	Belém	s/ contato	
18	Porto Velho	s/ contato	
19	Boa Vista	Não	
20	Palmas	s/ contato	
21	Vitória	Não	
22	Belo Horizonte	Não	
23	Rio de Janeiro	Não	Tem Comissão de Gênero, Raça e Etnia.
24	São Paulo	Sim	É uma comissão permanente.
25	Curitiba	Não	
26	Porto Alegre	Sim	
27	Florianópolis	s/ contato	

Os principais desafios apontados pelo Ministério da Saúde são:

- Racismo institucional, desconhecimento da PNSIPN
- Dificuldade de implantar comitês técnicos, inclusive por falta de infraestrutura e apoio técnico.
 - Qualificação do preenchimento do quesito raça/cor, tanto para subsidiar a formulação de políticas como para acompanhar a concretização do princípio da equidade no SUS.

SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

Alagoas

A redução da mortalidade materna, infantil e fetal é prioritária. A rede materno-infantil está bem estabelecida de acordo com parâmetros da Rede Cegonha. Adota a classificação de risco. O Fórum Perinatal mantém encontros mensais. O estado está habilitado na Fase IV da triagem neonatal, diagnostica e trata fenilcetonúria, hipotireoidismo, anemia falciforme, fibrose cística, hiperplasia adrenal e deficiência de biotinidase. Após confirmação diagnóstica, portadores de anemia falciforme são encaminhados ao Serviço de Referência em Triagem Neonatal.

Bahia

Refere prevalência de glaucoma de 2 a 3% na população maior de 40 anos, predominando entre os negros. Houve redução do número absoluto de óbitos maternos em mulheres negras em 4,6% entre 2013 e 2014.

Não há estimativa de demanda reprimida e constata a sub-informação do quesito raça/cor. Dados divulgados em 2006 apontam a incidência de doença falciforme em 1:650 nascidos vivos, o que a caracteriza como questão de saúde pública. Existe equipe multidisciplinar que oferece suporte médico e laboratorial contínua aos pacientes confirmados.

O estado instituiu a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra, contando com combate ao racismo institucional, atenção integral à doença falciforme e linha de cuidado às pessoas com albinismo. É necessário realizar a pactuação com os municípios para expandir a rede de atenção de todos os níveis para esse grupo. Foi também criado o Comitê Técnico Estadual de Saúde da População Negra.

O Comitê Estadual de Estudo da Mortalidade Materna é interinstitucional, com atuação técnico-científica, sigilosa e não coercitiva ou punitiva. É necessário reforçar as equipes e a investigação dos óbitos. Existem dois representantes de movimentos negros no Conselho Estadual de Saúde.

A partir de demanda de líderes de religiões de matriz africana, foi editada Portaria que regulamenta a assistência religiosa na rede própria da Secretaria de Saúde.

A Secretaria de Saúde participa de fóruns intersetoriais para implementar ações transversais de saúde como o combate ao racismo institucional, saúde bucal para quilombolas, produção de material instrucional. Conteúdos sobre patologias mais prevalentes na população negra são incluídas nas atividades da Escola de Formação Técnica em Saúde do Estado e em concursos públicos para o serviço de saúde. Foi publicada a Política de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS Bahia, tendo como princípio o respeito às singularidades, dentre eles, os étnico-raciais. As denúncias são encaminhadas à Ouvidoria. A maioria das manifestações são solicitações de atendimento ou acesso a ações e serviços. Cerca de 72% se referiam ao glaucoma, 21% à hipertensão arterial e 7% à anemia falciforme. O serviço “Perfil do Cidadão” permite conhecer os manifestantes, sendo que 62% são negros, 15%, brancos, 0,7% amarelos, 0,1% indígenas e 23% não declararam etnia.

A Secretaria participa do Conselho do Desenvolvimento da Comunidade Negra; Grupo Intersetorial Quilombola; Comissão Estadual para a Sustentabilidade dos Povos e Comunidades Tradicionais; Conselho Estadual dos Direitos da Mulher; Conselho Estadual dos Direitos das Pessoas com Deficiência; Conselho Estadual de Assistência Social; Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas; Comitê Gestor do Pacto Um Mundo para Crianças e Adolescentes do Semiárido; Conselho Estadual da Juventude; Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente; Conselho Estadual de Direitos da População LGBT; Comitê de Saúde da População de Rua.

Paraná

Integra o Plano Estadual de Saúde 2012-2015 a diretriz “melhoria do acesso e do cuidado das comunidades vulneráveis (população negra, indígena, populações privadas de liberdade)”, onde se insere a implantação e fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, inclusive pela educação permanente de profissionais de saúde das regionais e municípios.

Foram realizados cinco encontros macrorregionais abordando os temas de equidade e saúde; racismo institucional; divulgação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; saúde do homem, da mulher e da criança e boas práticas de acompanhamento das equipes de Saúde da Família junto a comunidades quilombolas.

A Secretaria promove videoconferências a respeito do racismo institucional como determinante social da saúde, enfocando a prática do racismo na educação, segurança pública e saúde; e acolhimento da população negra; doença falciforme na atenção básica, atendimento a crises nos diversos níveis de atenção e saúde bucal na doença falciforme.

A implantação da Rede Mãe Paranaense permite a classificação de risco das gestantes e crianças, assegurando atendimento especializado para as de risco. O parto é realizado em hospital vinculado conforme o risco gestacional. Os testes do pezinho, da orelhinha e do olhinho são feitos na totalidade das crianças nascidas no estado.

A taxa de mortalidade materna teve redução de 33,3% entre 2010 e 2014 e a de mortalidade infantil, 7,9% no mesmo período.

Foi constituído Grupo de Trabalho Executivo de Saúde da População Negra no Paraná para colaborar na implantação, acompanhamento e monitoramento de ações para a promoção da igualdade racial na saúde. A Rede de Mulheres Negras do Paraná tem assento no Conselho Estadual de Saúde.

Existe Ouvidoria na Secretaria, em 19 hospitais estaduais e 25 consórcios intermunicipais. Em 242 municípios existe Ouvidoria Municipal.

O estado repassa como incentivo estadual para Comunidades Quilombolas o valor de seiscentos reais mensais por comunidade para dezessete municípios que fizeram adesão. Há também a realização de eventos em conjunto com movimentos sociais para discutir temas ligados às religiões de matriz africana.

O Comitê de Prevenção da Mortalidade infantil foi criado em 1994 e investiga 90% das mortes de crianças menores de um ano no Paraná.

A Secretaria trabalha para o fortalecimento das redes de atenção e tem implantadas a Rede Mãe Paranaense, Rede Paraná Urgência, Rede de Saúde Bucal e Rede de Saúde Mental.

Espírito Santo

Vêm sendo implementadas estratégias da Política da Promoção da Equidade com criação de área técnica em 2012. Aponta as populações mais vulneráveis: negros, comunidades de matriz africana e quilombolas.

O Plano Estadual de Saúde aponta 60% da população auto definida como negra ou parda. Tem mapeadas as comunidades quilombolas e são propostas metas para ampliar a política de enfrentamento da Doença Falciforme.

Após o diagnóstico confirmado, a gestante é referida ao serviço de pré-natal de alto risco e tem parto operatório em maternidade de alto risco no 8º mês de gestação. O acompanhamento é feito no HEMOES. Crianças, adolescentes e adultos são encaminhados para o HEMOES, inseridos em acompanhamento ambulatorial especializado no serviço de referência mais próximo e parentes são orientados para acompanhamento em Unidade Básica de Saúde. Em caso de intercorrências, os pacientes são orientados a respeito de quais unidades procurar.

Foi criado, em 2013, o Comitê Estadual da Promoção da Equidade com a participação de áreas técnicas e movimentos sociais organizados. Abrange ciganos, comunidades de matrizes africanas, indígenas, pescadores artesanais, pomeranos, campo e floresta, quilombolas, movimento LGBT, movimento da População em Situação de Rua, População Negra Organizada. Em 2014 realizou-se o Primeiro Seminário da Saúde Integral da População Negra.

A Secretaria Estadual de Saúde destaca, dentre as ações planejadas “o apoio aos municípios que possuem comunidades específicas e com contingentes significativos da população negra; apoio e sensibilização junto aos movimentos sociais e de profissionais de saúde e de gestores a partir da realização de seminários/oficinas estaduais e/ou regionais com foco na Promoção da Equidade”.

O Fórum Perinatal e os Comitês de Morte Materna estão sendo implementados por região de saúde.

Não há representação da população negra no Conselho Estadual de Saúde. Trava-se luta constante contra o racismo institucional, discutido no Seminário de 2014. Não estão disponíveis informações sobre agravos à saúde prevalentes entre a população negra.

Minas Gerais

Existe o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal desde 2013. Alguns municípios implantaram o Fórum Perinatal da Rede Cegonha.

Há focalização da política de saúde direcionada à população quilombola em virtude da concessão de incentivo financeiro para equipes que atendam populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos. Para trabalho com casas religiosas de matriz africana é usado o material do Ministério da Saúde. Da mesma forma foram distribuídos cartazes e se utiliza material a respeito do combate ao racismo.

Está na Fase IV do Programa de Triagem Neonatal.

As reclamações podem ser encaminhadas por diversas formas, por email para a Ouvidoria-Geral do Estado, teleatendimento, rede social, correio ou ainda presencialmente. As denúncias são apuradas e a resposta é encaminhada ao cidadão.

Paraíba

Maior prevalência entre a população negra do estado: doenças falciformes, doenças sexualmente transmissíveis, mortes maternas, obesidade, mortes violentas, mortalidade infantil. Em populações quilombolas, cegueira noturna e anemia ferropriva. Pacientes com teste de triagem positiva para anemia falciforme e Hemoglobinopatias são retestados e encaminhados para acompanhamento no Hemocentro e para atendimento a urgências em unidade de referência (Arlinda Marques). Existem 124 pessoas cadastradas em tratamento de doença falciforme.

Em 2012 foi constituído o Comitê Técnico de Saúde da População Negra. O Plano Estadual de Saúde 2012-2015 contempla a implementação das políticas de atenção à saúde, promoção e vigilância da população negra, quilombola, comunidade de terreiro e outras.

Aponta como dificuldade a falta da informação raça/cor em bases de dados de sistemas de informação do Ministério da Saúde, sanada por meio do Decreto 33.486, de 19 de novembro de 2012, que trata da “inclusão do quesito raça/cor nos sistemas de informações, prontuários e correlatos dos serviços de saúde da Paraíba”.

As denúncias são encaminhadas para as Ouvidorias e Conselhos de Saúde, Comitê de Saúde da População Negra, Gerência Executiva de Igualdade Racial.

Tocantins

O estado do Tocantins encaminhou diversas tabelas e dados sobre agravos por raça. De 2010 a 2014, predominam na raça negra os óbitos por doenças do aparelho circulatório, causas externas e neoplasias. Relata que, em 2014, dos casos novos da infecção por HIV, 75% acometeram a população negra. O mesmo perfil é identificado quanto à sífilis, que cresceu significativamente em 2013. 88% dos casos são identificados entre pretos e pardos. Da mesma forma, cresce a sífilis em gestantes e a congênita.

SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CAPITAIS)

Cuiabá

Não estão disponíveis informações sobre demanda reprimida. Está em implementação a Política de Saúde da População Negra de acordo com normas do Ministério da Saúde. Muitas das ações preconizadas serão desenvolvidas a seguir.

Existem os Fóruns Perinatais e o Comitê de Mortalidade Materna, enfrentando dificuldades como adesão das instituições, falta de sede própria, falha de registros de prontuários, rotatividade de profissionais nas unidades de saúde.

Ainda não há representante negro no Conselho de Saúde local. As denúncias são encaminhadas à Ouvidoria Municipal, órgão do Conselho Municipal de Saúde. Em 2014 houve 1.789 atendimentos, a maioria sobre medicamentos e material hospitalar, consultas especializadas, exames, recursos humanos e cirurgias. Incluem-se diversas tabelas ilustrando o perfil epidemiológico da população negra em Cuiabá.

Porto Velho

Está em andamento um projeto para atender à demanda emergente da população negra, sendo que, segundo os princípios de universalidade, equidade e integralidade, ela já é atendida no SUS.

As doenças de maior prevalência são diabetes, hipertensão arterial, doença falciforme e miomas.

O programa de Triagem Neonatal é de competência estadual. O Comitê de Mortalidade Materna, incluindo especificidades da

população negra e comunidades quilombolas, está sendo estruturado. Encaminha tabelas com número de óbitos por raça, por grandes áreas da Classificação Internacional de Doenças.

Rio Branco

Encaminha tabelas contendo o número de mortes por raça e cor, morbidade e mortalidade. Está em andamento o diagnóstico epidemiológico para identificar as necessidades referentes à anemia falciforme. Quanto ao glaucoma, o diagnóstico e o tratamento se realizam em unidades de média e alta complexidade. Os pacientes suspeitos são encaminhados pela Atenção Primária para o Hospital das Clínicas.

O Programa de Triagem Neonatal está na fase IV e inclui a toxoplasmose congênita. Faz uso dos serviços de empresa terceirizada para triar, diagnosticar, tratar e dar orientações sobre a doença. O tratamento de crianças com alterações detectadas é feito por equipe disciplinar, com orientação genética familiar.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra vem sendo implementada por meio de ações das diversas áreas técnicas e por meio de visitas técnicas de apoio institucional. Nessa ocasião são planejadas ações específicas de cada área. São realizadas ações transversais e extramuros em escolas, repartições e outras localidades.

Em datas pontuais são realizadas atividades dirigidas à população negra, como dia 27 de outubro, Dia Nacional Pró-Saúde da População Negra e dia 20 de novembro, Dia da Consciência Negra.

Refere dificuldade de conseguir que os profissionais de saúde preencham adequadamente os instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS. Constatou que, ao mesmo tempo em que pessoas não reconhecem a existência do racismo nas próprias instituições, outras são literalmente racistas. Assim, foi realizado trabalho com apresentação de dados do Ministério da Saúde que demonstram racismo institucional, levando às equipes de saúde os princípios de humanização e a importância de reduzir iniquidades de saúde e sociais. Existe a Área Técnica de Saúde da População Negra, que acompanha equipes de atenção primária e as demais ações no município.

Existe Comitê de Mortalidade Materna que investiga casos e o Fórum Perinatal. São realizadas reuniões mensais da Área Técnica de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente o encontro com enfermeiros para

orientação, informação e atualização. São realizadas capacitações e acompanhamento inclusive de grupos de grávidas.

Há um representante da população negra no Conselho Municipal de Saúde. As políticas social, de saúde e educação não são focalizadas. Realizam-se dois seminários por ano com a equipe de saúde e a comunidade para discutir assuntos relacionados à população negra como racismo e discriminação nas instituições do SUS, doenças prevalentes, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Ocorreram ainda dois seminários sobre anemia falciforme. O primeiro trouxe técnicos do Ministério da Saúde para tratar de anemia falciforme e hemoglobinopatias com profissionais de saúde. O segundo foi iniciativa municipal, transmitindo esses conhecimentos a profissionais da atenção básica.

As equipes de Saúde da Família foram capacitadas a respeito de especificidades da população negra.

Para o combate ao racismo, são realizadas campanhas específicas como paradas no semáforo, atendimento na comunidade, palestras em escolas e mobilização com apresentação de filmes e discussão, entrevistas em meios de comunicação, divulgação no site da Prefeitura e o desenvolvimento com a Secretaria de Promoção da Igualdade Racial.

A Ouvidoria recebe as denúncias e encaminha para áreas responsáveis. A maioria é de falhas no acolhimento. São realizadas oficinas, qualificações quanto ao atendimento, acolhimento e humanização.

A Área Técnica de Saúde da População Negra tem parceria com Programa Saúde na Escola e realizam-se palestras, oficinas e acompanhamento em escolas estaduais e municipais. Trabalha com a Promoção da Cultura de Paz e Prevenção da Violência. O Programa Saúde na Escola abrange 54 escolas, de creches até o ensino médio. Enfatiza ainda a abordagem da sexualidade, prevenção das DST/AIDS, uso de drogas, segurança alimentar.

Manaus

Para coleta de dados, o sistema adotado é o e-SUS, ainda em fase de implantação e aguardando ajustes pelo Ministério da Saúde para emitir relatórios para subsidiar a adoção de iniciativas.

Comenta que, entre pessoas da raça negra no município, predominam causas mal definidas e não especificadas, seguidas por Diabetes Mellitus, Infarto Agudo do Miocárdio, AIDS, hemorragia intracerebral,

pneumonia e outras poucas sem maiores informações. As principais causas de morte materna são infecção puerperal, doença hipertensiva específica da gravidez e hemorragias. Manaus realiza as fases I e II da Triagem Neonatal, com cobertura de 64,61% em Unidades Básicas de Saúde e 100% nas maternidades públicas.

Crianças com teste sugestivo para anemia falciforme são retestadas e encaminhadas para tratamento. Os pais de casos positivos recebem aconselhamento genético.

A Política de Atenção Integral para a População Negra se integra de forma transversal às demais políticas de saúde instituídas no município. Ressalta a Rede Cegonha, Núcleos de Saúde da Criança e do Adolescente e Saúde da Mulher. Realizam eletroforese de hemoglobina em gestantes e para diagnóstico tardio.

Estão sendo realizados qualificação de serviços por ciclos de capacitação de profissionais de saúde sobre Racismo Institucional e Quesito Raça/Cor, treinamentos no idioma Criole, campanhas e seminário sobre Saúde da População Negra e treinamento em Doença Falciforme. Está em construção do fluxo de atendimento em Doença Falciforme na atenção básica, são fomentadas ações integradas com o Movimento Social Afrodescendente do Município de Manaus.

Constitui dificuldade a invisibilidade da Doença Falciforme para a sociedade com um todo. Sugere que o Ministério da Educação traga o foco para as peculiaridades da população negra. Acredita que a melhor divulgação e comunicação de massa poderiam melhorar a saúde desse segmento.

Em Manaus são realizadas reuniões quadrimestrais do Fórum Perinatal da Rede Cegonha e bimestrais do Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal. Os resultados desses encontros são pontuações para a melhoria da qualidade da atenção obstétrica e perinatal.

As populações remanescentes de quilombos são atendidas nas Unidades Básicas de Saúde e são realizadas rodas de conversa, palestras, orientações e atendimentos. Nessas ocasiões e nos atendimentos individuais são transmitidas orientações a respeito de agravos mais prevalentes.

Ocorrem capacitações e educação permanente de trabalhadores da saúde sobre especificidades da população negra, integradas às outras áreas da saúde.

O combate ao racismo institucional é realizado por meio de campanhas, palestras em unidades de saúde, movimentos sociais em escolas. O combate à violência obstétrica é focalizado em reuniões do Comitê Municipal do Óbito Materno e são realizados fóruns distritais com unidades de saúde e maternidades públicas.

As denúncias de falhas no atendimento são encaminhadas à Ouvidoria Municipal do SUS e do Conselho Municipal de Saúde. O maior número de queixas se refere à demora na marcação de consultas e exames especializados. A Secretaria averigua os motivos e repassa os encaminhamentos para o usuário.

No âmbito da educação, são realizadas as ações do Programa Saúde na Escola.

Vitória

A primeira causa de morte entre a população negra são as doenças do aparelho circulatório, com destaque para a hipertensão arterial, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Causas externas ocupam o segundo lugar, com 22,14% e predominam disparo de arma de fogo, atropelamentos e quedas. Neoplasias, como de esôfago, estômago e cólon, pulmão e brônquios ocupam o terceiro lugar.

Refere que grande parte das internações, especialmente as relacionadas à hipertensão arterial são sensíveis a ações de atenção básica e podem melhorar quando esse nível de atenção desempenhar em plenitude suas funções.

Há um conselheiro municipal e seu suplente a representar o movimento negro.

As capacitações são oferecidas com vistas ao trabalho em equipes e tratam das especificidades de cada ciclo de vida norteadas pelo perfil epidemiológico do município. Aborda de forma transversal temas como raça/cor, religião e opção sexual. É disponibilizado o acesso à segunda opinião por meio do Telessaúde para todos os profissionais das unidades Básicas de Saúde. Desenvolve ações afirmativas em conjunto com as Secretarias Municipais de Turismo, Trabalho e Geração de Renda, Educação e Assistência Social.

O Programa de Triagem Neonatal inclui os testes da orelhinha e do olhinho. Há a triagem expandida para maiores de 11 anos por meio de eletroforese de hemoglobina.

O Comitê de Mortalidade Materno-Infantil está constituído desde 2002. O município aderiu ao Rede Cegonha em 2011. Não se constatam diferenças no padrão de mortes maternas por etnia. As causas predominantes foram Doença Hipertensiva Específica da Gravidez e infecção puerperal, relacionadas à assistência pré-natal e parto. Entre causas indiretas, predominaram cardiopatias maternas.

O contato com a Ouvidoria se faz pelos números 156 ou 136, entre outras formas, cartas, email, WhatsApp. Seu papel é relevante na identificação de necessidades e demandas coletivas e individuais, complementando a ação dos Conselhos de Saúde.

Encaminha em anexo o Relatório do Grupo de Trabalho sobre Política Municipal de Saúde Integral da População Negra, com revisão e atualização da Conferência Municipal de Saúde Integral da População Negra, realizada em 2010.

Refere que o estado do Espírito Santo era a segunda província com maior proporção de escravos no Brasil, sendo que em 1872, 46% dos homens livres eram pretos ou pardos e 45%, brancos. No Censo de 2010, 48,6% da população capixaba se declarou de cor parda e 8,4% de cor preta. Na capital, 42,43% se declararam pardos e 9,25% pretos.

Nos registros de raça e cor, por não serem obrigatórios, há alta frequência de não informados ou ignorados, o que leva à dificuldade de análise sistemática ou comparativa de dados e informações.

Entre as diversas tabelas que apresenta, surge a informação de que as taxas de suicídio entre a população negra superam em muito as das outras etnias. Por exemplo, em 2013 foi de 4.45/100.000, enquanto a de outras etnias situa-se em 2.38. Os homicídios entre negros estão concentrados entre 15 e 29 anos. De 2009 a 2013, as maiores causas de mortalidade entre menores de um ano de raça negra foram afecções perinatais afetadas por fatores maternos e complicações da gravidez, trabalho de parto e parto. Em seguida, ocorreram transtornos respiratórios e cardiovasculares e malformações. Houve aumento por causas externas nos últimos anos.

Quanto à anemia falciforme, apresenta dados bastante ilustrativos. Em Vitória, de 2004 a 2014 ocorreram 12 óbitos por transtornos falciformes, dos quais sete em menores de 29 anos. Chama a atenção para a importância do diagnóstico precoce, orientação à família sobre condutas diante dos primeiros sinais de complicações, acesso a medidas contra infecções, acesso regular a medicamentos e atendimento médico eficaz como medidas para evitar o óbito, especialmente em gestantes e crianças jovens.

Verifica que, dentre as 61 pessoas com doença falciforme acompanhadas, 33% não têm a identificação da raça. Assim, deve ser realizada sensibilização de profissionais de saúde a respeito da completude da informação. O município oferece atenção integral à doença falciforme desde 1999.

São Luís

Ainda não dispõe de informações por raça/cor, mas o sistema de informações que as contempla, e-SUS AB, está sendo gradativamente implantado.

Ressalta a cobertura ainda insuficiente da Estratégia Saúde da Família. Existe demanda reprimida de todos os segmentos da população, havendo acúmulo em hospitais da capital.

Representam a população negra no Conselho Municipal de Saúde membros do Centro de Cultura Negra e da Rede de Religião Afrodescendente e Saúde. A implantação da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra está em andamento, adaptada à realidade local.

A Coordenação da Saúde do Adulto enfoca a saúde da população negra no bojo do cuidado com as doenças crônicas não transmissíveis. Existem diversas iniciativas junto a casas religiosas de matriz africana, envolvendo hipertensão arterial, diabetes, obesidade. São ainda realizadas palestras a respeito de doenças mais importantes na população negra.

Existe treinamento para profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a equidade e ações para combate ao racismo institucional por meio de distribuição de material educativo e ações para profissionais de saúde.

O telefone da Ouvidoria para encaminhamento de denúncias de falha de atendimento é divulgado nos materiais educativos distribuídos.

São desenvolvidas iniciativas com a Secretaria Municipal da Criança e Assistência Social, Secretaria Municipal de Educação, Coordenação Municipal da Mulher, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal do Idoso e Programa de Consultórios na Rua.

Maceió

Não há representação da população negra no Conselho Municipal de Saúde. A Diretoria de Atenção à Saúde de Maceió não possui grupo técnico específico para tratar da saúde da população negra, mas suas ações envolvem grupos com base no perfil de morbidade e mortalidade, reconhecendo desigualdades sociais como fatores que interferem no processo saúde/doença. Reconhece a relevância de políticas para combater iniquidades.

Relata a escassez de dados epidemiológicos informando cor e raça pelo baixo preenchimento, o que considera como problema nacional.

Recém-nascidos com diagnóstico de anemia falciforme são encaminhados pelo laboratório ao serviço de referência e ao centro especializado. Estão sendo acompanhadas 24 crianças com a doença.

Salienta a redução das cesarianas. Estão funcionando o Fórum Perinatal e Colegiado de Maternidades para garantir a humanização e qualificação do atendimento às mulheres, independente de raça e cor, durante a gravidez, parto e puerpério. Denúncias são recebidas pela Ouvidoria Municipal de Saúde de Maceió, que analisa e encaminha para as áreas responsáveis.

Aracaju

Informa que a Política preconizada pelo Ministério da Saúde não estratifica os problemas por população negra.

Fortaleza

As mortes maternas afetam predominantemente mulheres da cor parda. A principal causa direta é a pré-eclâmpsia e, entre as indiretas, as relacionadas ao aparelho circulatório.

Realiza a triagem neonatal e os testes da orelhinha, coraçãozinho e do olhinho. Crianças com resultados alterados na triagem são imediatamente retestadas e casos confirmados são encaminhados para a unidade de referência estadual. O Comitê Estadual de Prevenção à Mortalidade Materna tem reuniões bimestrais e funciona há mais de dez anos. Existem ainda os Fóruns Estaduais da Rede Cegonha e o Comitê Estadual de Prevenção à Mortalidade Materna, que se reúne semanalmente e faz recomendações para os diferentes níveis de atenção. Os problemas principais

estão relacionados à peregrinação e à qualidade do pré-natal. As maternidades trabalham as boas práticas de atenção ao parto e nascimento no intuito de minimizar a violência obstétrica, com capacitação para estratificação de risco da gravidez. Realiza eletroforese de hemoglobina.

O Plano Municipal de Saúde (2014-2017) contempla a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Assim, desenvolve ações intra e inter setoriais de Educação Permanente relativas à Saúde, Educação, Assistência Social, Direitos Humanos e Segurança, focalizando a compreensão dos fluxos de acesso a bens e serviços, políticas públicas, redes de atenção, proteção social e defesa. A Coordenadoria Municipal da Política de Igualdade Racial tem assento no Núcleo Municipal de Prevenção à Violência e Estímulo à Cultura de Paz. A representação da população negra no Conselho Municipal de Saúde é relevante e refere ativa participação do movimento social no território.

As denúncias são encaminhadas para a Ouvidoria Municipal, que informa que são mais frequentes solicitações de acesso célere a serviços da atenção especializada em relação a consultas, exames e cirurgias.

São Paulo

No município, inquérito de 2008 apontou que a população preta tem maior prevalência de hipertensão arterial e diabetes. Em 2013, a incidência de AIDS a partir de 13 de anos de idade foi maior entre a população preta, tanto masculina quanto feminina. A mortalidade por AIDS em 2012 foi o dobro entre os pretos que entre os brancos. Menciona agravos que afetam predominantemente a população preta ou parda. Entre pretos, doença hipertensiva, doença cerebrovascular, tuberculose, doenças relacionadas ao uso de álcool. As doenças isquêmicas do coração são mais frequentes na população preta menor de 60 anos de idade. Quanto aos pardos, predominam os homicídios e doenças da gravidez, parto e puerpério.

O Programa de Triagem Neonatal conta com as quatro fases e oito centros de referência para portadores de Hemoglobinopatias.

O atendimento a portadores de glaucoma é feito por meio de encaminhamento informatizado da Unidade Básica de Saúde para serviços especializados.

Existe Área Técnica da Saúde da População Negra, criada em 2003 em cumprimento a proposta da I Conferência Municipal da Saúde da População Negra. A área tem 31 interlocuções regionais, atua de

forma transversal, intersetorial e intersecretarial e tem metas no Plano Municipal de Saúde. O Conselho Municipal de Saúde tem uma Comissão da Saúde da População Negra. Não há adesão significativa da sociedade para integrar o Comitê Técnico de Saúde da População Negra.

Quanto a dificuldades, aponta a necessidade de superar determinantes sociais como pouca escolaridade e pior condição socioeconômica.

Existem 25 Comitês de Morte Materna regionais e um central. A aderência ao pré-natal e a dificuldade de captação da gestante constituem as principais dificuldades. São desenvolvidas atividades educativas em escolas e rodas de samba, feiras de saúde e bailes funk.

As capacitações de profissionais de saúde incluem especificidades de saúde da população negra e o documento norteador da Linha de Cuidados às Pessoas em Situação de Violência inclui capítulo sobre racismo institucional.

CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES

Na parte relativa à assistência social, coube a esta Subcomissão avaliar se as políticas de assistência social têm alcançado a população negra. Partiu-se da hipótese de que existe uma forte correlação entre a pobreza e as questões raciais, que estão imbricadas de tal forma que o público majoritário dos programas sociais seria a população negra. Assim, embora as estratégias de intervenção não sejam concebidas com base em um recorte racial, o público beneficiário seria majoritariamente composto por pretos e pardos. De um lado, os indicadores sociais mostraram a iniquidade no acesso a serviços públicos, bem como na distribuição de renda, revelando-se um forte viés racial. De outro, no entanto, conforme as informações apresentadas em audiência pública e dados disponíveis sobre os programas, pode-se afirmar que os programas têm, de fato, alcançado a população negra.

O fato de tais programas assumirem que a pobreza é um fenômeno multifacetário que não se resume à insuficiência de renda constitui uma estratégia de intervenção com potencial de romper os mecanismos de reprodução da pobreza. A inserção produtiva por meio do acesso ao microcrédito, à formalização de microempreendedores e à qualificação para o trabalho são exemplos de ações que trabalham a dimensão não monetária da miséria. Os dados apresentados acerca da participação da população negra no público beneficiário dessas políticas indicam que o país está na direção de reduzir as iniquidades de renda e de acesso a serviços públicos. Evidentemente, ainda são muitos os desafios que se colocam na agenda, sobretudo no que se refere à superação do racismo institucional. Contudo, é preciso enaltecer que as estratégias desenhadas lograram atingir a população negra.

No âmbito dos Estados, a pesquisa realizada por meio de questionários mostrou que a assistência social reconhece a população negra como público preferencial da política, dada a vulnerabilidade historicamente associada a esse público. Por isso, quanto à pergunta acerca da existência de programas específicos para a população negra, a resposta mais frequente foi no sentido de ressaltar o arcabouço conceitual da assistência, como

decorrência de naturalidade na associação entre população negra e vulnerabilidade. Acrescente-se que, quanto à questão acerca da existência de diagnóstico elaborado sobre as principais vulnerabilidades que acometem a população negra, as respostas dos estados e municípios foram no sentido de não haver tal diagnóstico, de forma prévia, ou de apresentar indicadores extraídos do sistema de informação.

Com base nisso, é importante chamar atenção para o fato de que a percepção de que não há uma distinção da população negra no que se refere à concepção da política de assistência social – por ser historicamente o público mais vulnerável – não impede o desenho de estratégias específicas para esse público, sobretudo no que se refere ao diagnóstico e conhecimento das principais demandas no âmbito da proteção básica e especial. Por isso, salientamos a necessidade de o governo federal orientar e induzir os entes subnacionais a construir metodologias de planejamento que contemplam diagnóstico situacional da população negra.

A questão da representatividade da população negra nos conselhos gestores de políticas merece aprofundamento por parte da Comissão de Seguridade Social e Família, em outra oportunidade. Isso porque as respostas apresentadas ao ofício encaminhado aos estados aponta haver baixa representatividade nos conselhos, mas, por razões metodológicas da pesquisa, não há base para afirmar que se trata de uma constatação. Por isso, além de a Comissão ter de se debruçar sobre essa questão novamente, cabe a recomendação para que o agora Ministério da Cidadania proceda a um diagnóstico da representatividade das entidades da população negra nos conselhos gestores de políticas públicas, nos entes subnacionais.

Nas Audiências Públicas, tanto na explanação das Ministras, quanto na fala dos expositores, restou clara a necessidade de integrar programas e ações de superação da pobreza com o acesso a bens e serviços públicos, sendo que a assistência social é estratégica para fazer essa articulação. Nesse sentido, registre-se a fala da Ministra Tereza Campello no sentido de que foi por meio da busca ativa realizada na assistência social que se conseguiu que o Pronatec chegasse à população extremamente pobre, além da importância do cadastro único. Dessa forma, em vista da necessidade

de integrar os programas e ações, cabe a recomendação de se fazer um diagnóstico acerca da efetividade das ferramentas que compõem o Protocolo Integrado de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social, devendo-se ainda integrar as ações e serviços de saúde. A capilaridade do SUAS, do Programa Bolsa-Família, bem como do Programa Saúde da Família, constitui um importante potencial para oferta de seus integrados à população mais pobre.

Em relação às políticas habitacionais, é meritório o fato de 68% dos beneficiários do Programa Minha Casa, Minha Vida ser composto por pessoas que se autodeclararam pretos e pardos. Contudo, em razão de ainda ser significativo o déficit habitacional e, ainda, na linha do que preceitua o Estatuto da Igualdade Racial, sugere-se a elaboração de metodologia de análise de projetos de financiamento habitacional de interesse social que contemple a população negra.

Quanto à educação infantil, também chama a atenção o número de crianças de famílias que estão no programa Bolsa-Família e que têm acesso à creche – em torno de 63%. No entanto, cabe incentivar os municípios para que adotem o cadastro único como critério de focalização das vagas nas unidades de educação infantil, de forma a potencializar o impacto do acesso à educação infantil na redução da pobreza. Além disso, estudar a possibilidade de antecipar a meta prevista no PNE de matricular 50% das crianças em idade de 0 a 3 anos na educação infantil.

No que se refere à saúde, vemos que existe uma infinidade de disciplinamentos que estimulam a equidade, o acesso universal, a humanização do atendimento, em harmonia com princípios que vêm desde a Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra fez, há seis anos, diagnóstico abrangente da situação e apontou eixos de atuação para que o racismo no SUS fosse eliminado, incentivando a participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social, a produção de conhecimento científico e tecnológico, respeito ao saber popular, inclusive religioso. Pode-se constatar que ainda resta muito a ser feito, especialmente quanto à formação dos Comitês Técnicos em todos os níveis.

A despeito de ter sido determinado o aprimoramento da qualidade dos sistemas de informação do SUS, de modo a possibilitar a análise de dados desagregados por raça, cor e etnia, constata-se pelas respostas recebidas que o monitoramento desses indicadores permanece muito aquém do esperado. É importante assinalar que essa é uma determinação legal, todas as políticas de promoção de saúde, controle de agravos, atenção e cuidado em saúde devem assimilar as especificidades da raça negra. É urgente que se disponha de métodos de avaliação sistemática de impacto e qualidade das ações desenvolvidas, inclusive por sexo, raça, faixa etária para orientar o desenvolvimento das políticas de saúde.

Da mesma forma, a interconexão com outros sistemas de informação da Seguridade Social proporcionará uma visão bem mais concreta das repercussões de agravos de saúde sobre a previdência e a assistência social. Por exemplo, permitiria a avaliação do impacto social da morte materna sobre as demandas da família e dos órfãos, ou ainda o peso previdenciário das morbidades maternas graves.

A expansão marcante da Estratégia Saúde da Família se dá no intuito de possibilitar o acesso mais amplo às ações de saúde. Porém, são relatadas dificuldades mesmo quanto ao acesso à atenção básica. Permanecem profundas disparidades, em especial nas condições de vida que determinam a saúde. A priorização de áreas de pobreza para a alocação de profissionais do Programa Mais Médicos é bastante favorável. Estratégias de redução de desigualdade, como o Programa Bolsa-Família e Brasil sem Miséria certamente afetam positivamente as condições de vida importantes para determinar o estado de saúde das populações atendidas. Chamar a atenção para grupos como quilombolas e priorizá-los é iniciativa louvável, mas os progressos alcançados ainda não são identificados com facilidade.

Quanto à triagem de anemia falciforme, avalia-se que flui bastante bem, entre todas as instâncias que responderam, a comunicação entre unidades onde se dá o parto, laboratórios e centros de referência. O Programa aparenta estar bem estruturado. Outra constatação é a presença generalizada de Ouvidoria e, por vezes, mais de uma forma de encaminhar denúncias e reclamações. É frequente ainda a realização de atividades educativas e de capacitação voltadas às especificidades da população negra.

Justifica-se a adoção de medidas diferenciadas para essa população por se constatar a insuficiência do alcance de iniciativas de cunho universal. Se, como vemos, 60% das mortes maternas acometem essa

população, por hipertensão (mais severa em negros), por anemia falciforme (que agrava o quadro), por abortamento (por falta de acesso ao planejamento familiar), por infecção e por falta de qualidade no atendimento pré-natal, é importante assinalar o cuidado maior requerido em razão do aumento do risco. O raciocínio é aplicável ao glaucoma, por exemplo, que atinge os negros com mais severidade, à anemia falciforme, predominante na raça negra, ainda subdiagnosticada, especialmente em serviços de emergência.

Constatamos que em nosso país existe uma profusão de direitos legislados e não efetivados, como pontua depoimento apresentado. É essencial que as leis já aprovadas entrem efetivamente em força, que sejam apoiadas política e financeiramente.

As contribuições recebidas pela Subcomissão Especial Destinada a Avaliar as Políticas de Assistência e Saúde da População Negra foram muito ricas e parece impossível abordar apropriadamente cada uma delas no prazo definido para seu funcionamento. Procuramos sistematizar as demandas mais prementes em proposições legislativas apresentadas a seguir. Todavia, é essencial a colaboração de toda a sociedade para aperfeiçoar, burilar, aprofundar os rumos que identificamos como importantes para impulsionar a definitiva incorporação da equidade no Sistema Único de Saúde.

Vemos a partir da análise das iniciativas destinadas à saúde e assistência social da população negra que um papel primordial da Comissão de Seguridade Social e Família é defender a todo custo a continuidade do SUS e do SUAS e a garantia de seu financiamento.

Ao mesmo tempo, desejamos que nossa atividade se reflita em contribuição para os debates da próxima 15ª Conferência Nacional de Saúde neste primeiro ano da Década Internacional dos Afrodescendentes, instituída pela Organização das Nações Unidas, com a tônica “Povos afrodescendentes: reconhecimento, justiça e desenvolvimento”.

As questões que afligem a saúde da população negra são questões que atingem a humanidade como um todo. Assim, mais do que tentar dar destaque a uma situação ou agravo particular, o objetivo maior de nossa luta deve ser alcançar a harmonia, a justiça social, a equidade, a cultura de paz no convívio das pessoas. Esperando que represente mais um passo na consolidação do direito universal à saúde, os termos de nosso Relatório foram submetidos aos membros da Subcomissão.

Assim, em reunião no dia 13 de outubro de 2015, os membros da Subcomissão Especial Destinada a Avaliar as Políticas de Assistência Social e Saúde da População Negra apreciaram o presente Relatório e sugeriram alguns aperfeiçoamentos às proposições apresentadas, que foram acatados por esta Relatoria e incluídos no texto final.

As alterações incorporadas resultam das seguintes sugestões:

- Da Deputada Benedita da Silva – incluir a menção ao câncer no item 27 da Indicação ao Ministério da Saúde;

- incluir na Indicação ao Ministério da Saúde novo item 34, com a sugestão de formalizar instância gestora da saúde da população negra na estrutura organizacional, de acordo com compromissos assumidos pelo governo.

- Da Deputada Carmen Zanotto – incluir no Projeto de Lei que altera a Lei 10.836, de 2004 o termo “parto” nos itens que compõem o acompanhamento em saúde para beneficiários do programa Bolsa-Família, no novo parágrafo proposto;

- explicitar a relevância de treinamento de parteiras em áreas onde não existirem enfermeiras obstétricas ou médicos obstetras acessíveis.

- explicitar a competência da área de saúde para realizar o acompanhamento da pressão arterial sugerida no item 4 da Indicação ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

- Do Deputado Diego Garcia – incluir, na Indicação ao Ministério da Saúde, novo item 21 sugerindo a maior atenção à orientação e ao acompanhamento do processo de amamentação.

Aperfeiçoamos ainda a redação do item 38 da Indicação ao Ministério da Saúde, no sentido de tornar mais clara a intenção de ampliar a parceria e a interlocução com as casas religiosas de matriz africana na abordagem de agravos à saúde.

Atualizamos ainda o título do Ministério das Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos, para encaminhamento de Indicação a respeito de ações para aperfeiçoar as políticas para a população negra.

Por fim, reforçamos o teor do requerimento de prioridade para a apreciação do Projeto de Lei 7.103, de 2014, da Deputada Benedita da Silva.

Tendo em vista a incorporação das sugestões dos Parlamentares, a Subcomissão Especial Destinada a Avaliar as Políticas de Assistência Social e Saúde da População Negra aprovou o texto do Relatório.

Sala da Comissão, em _____ de 2015

Deputada Benedita da Silva
Presidente da Subcomissão

Deputado Antonio Brito
Relator da Subcomissão

CAPÍTULO VI – PROPOSIÇÕES

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

PROJETO DE LEI N° , DE 2015

(Da Subcomissão Especial Destinada a Avaliar as Políticas de Assistência Social e Saúde da População Negra)

Acrescenta parágrafo único ao art.3º da Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que “cria o Programa Bolsa Família”, para estender o acompanhamento da saúde de crianças e jovens até dezessete anos.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 3º da Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, renumerando-se o parágrafo único:

“Art.3º

.....
§ 2º. O acompanhamento da saúde a que se refere o caput abrangerá o crescimento e desenvolvimento infantil, a assistência ao pré-natal, parto e ao puerpério, a vacinação, bem como a vigilância alimentar e nutricional de crianças e adolescentes até dezessete anos.”(NR)

JUSTIFICAÇÃO

O programa Bolsa-Família, constituído a partir da unificação dos programas de transferência de renda do governo federal, tem se revelado uma importante estratégia de superação das situações de pobreza e de extrema pobreza.

Os dados da execução do programa apontam que, atualmente, em torno de 14 milhões de famílias são atendidas pelo Programa, o que denota sua abrangência e importância social. Além da dimensão e capilaridade, o

programa tem como lado inovador o estabelecimento de condicionalidades, relativas à saúde e educação, que são contrapartidas para o recebimento dos benefícios. A lógica desse mecanismo baseia-se no fato de que a insuficiência de renda é perpetuada pela falta de acesso a serviços públicos, de modo que, ao assegurar o acesso de crianças e adolescentes a esses serviços, evita-se a reprodução intergeracional das condições de pobreza.

Como demonstrado nas Audiências Públicas realizadas pela Subcomissão Destinada a Avaliar as Políticas de Assistência Social e Saúde da População Negra, diversas doenças acometem com maior frequência a população extremamente pobre. Isto é, a insuficiência de renda é um fator de risco para o surgimento de certas doenças. Em relação ao programa Bolsa-Família, digno de nota foi o relato do representante do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase, segundo o qual no público atendido pelo programa observou-se uma redução da incidência. Nesse sentido, os programas sociais adquirem importância estratégica no combate a doenças sensíveis à qualidade de vida, o que justifica a proposição ora apresentada de que o acompanhamento de saúde como condicionalidade do programa Bolsa-Família se estenda até a idade de 17 anos, faixa ainda atendida pelo programa. Chamamos a atenção para as necessidades específicas dos adolescentes, em especial para a demanda de ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva.

Contamos com o apoio dos nobres Pares para a aprovação da proposta.

Sala das Sessões, em _____ de _____ de 2015.

*Deputado Antônio Brito
Relator*

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

REQUERIMENTO

**(Da Subcomissão Especial Destinada a Avaliar as Políticas de Assistência Social e
Saúde da População Negra)**

Requer o envio de Indicação ao Poder Executivo, relativa à sugestão de ações no âmbito da Assistência Social relativas à população negra.

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 113, inciso I e § 1º, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro a V. Ex^a. seja encaminhada ao Poder Executivo a Indicação em anexo, sugerindo ações no âmbito da Assistência Social relativas à população negra.

Sala das Sessões, em _____ de _____ de 2015.

Deputado Antônio Brito
Relator

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

INDICAÇÃO Nº , DE 2015

(Da Subcomissão Especial Destinada a Avaliar as Políticas de Assistência Social e Saúde da População Negra)

Sugere a realização de ações no âmbito da Assistência Social relativas à população negra.

Excelentíssima Senhora Ministra de Estado de Desenvolvimento Social e Combate à Fome:

Ao finalizar os trabalhos da Subcomissão Especial Destinada a Avaliar as Políticas de Assistência Social e Saúde da População Negra, agradecemos a colaboração dessa Pasta, bem como o comparecimento às Audiências Públicas realizadas pela Subcomissão. Como conclusão dos trabalhos, apresentamos a Vossa Excelênci as seguintes sugestões:

1. Que, reconhecendo-se a importância do *Protocolo Integrado de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda como mecanismo de gestão que promove a articulação do Bolsa-Família com os programas da assistência, seja feito um diagnóstico amplo junto aos municípios, no sentido de verificar a implementação do protocolo e, conforme o caso, sejam tomadas medidas para aperfeiçoá-lo ou reduzir possíveis obstáculos de operacionalização pelos Municípios. Também se sugere a realização de estudo para integrar, junto ao protocolo, serviços e ações de saúde realizadas no âmbito da atenção básica, como o Programa Saúde da Família.*
2. Que, quando da formulação e revisão das respectivas políticas e programas da assistência social, realizar diagnóstico das situações de vulnerabilidade, no âmbito da proteção social básica e especial, de maior incidência na população negra;

3. Que seja estudada a possibilidade de incluir o teste para rastreamento da anemia falciforme por ocasião da inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais – CadÚnico, em especial em áreas de população predominantemente negra;
4. Que seja estudada a possibilidade de incluir o acompanhamento pela área da saúde da pressão arterial para adultos membros das famílias beneficiárias como condicionalidade do programa Bolsa-Família;
5. Que seja empreendida a integração dos sistemas de informação da assistência social com os da área da saúde e previdência.

Sala das Sessões, em _____ de _____ de 2015.

Deputado Antônio Brito
Relator

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

REQUERIMENTO

**(Da Subcomissão Especial Destinada a Avaliar as Políticas de Assistência Social e
Saúde da População Negra)**

Requer o envio de Indicação ao Poder Executivo, relativa a ações no âmbito da promoção de Políticas de Igualdade Racial.

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 113, inciso I e § 1o, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro a V. Ex^a. seja encaminhada ao Poder Executivo a Indicação em anexo, sugerindo ações no âmbito da promoção de Políticas de Igualdade Racial.

Sala das Sessões, em de de 2015.

Deputado Antônio Brito
Relator

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

INDICAÇÃO Nº , DE 2015

(Da Subcomissão Especial Destinada a Avaliar as Políticas de Assistência Social e Saúde da População Negra)

Sugere envio de Indicação ao Poder Executivo, relativa a ações no âmbito da promoção de Políticas de Igualdade Racial.

Excelentíssima Senhora Ministra das Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos:

Ao finalizar os trabalhos da Subcomissão Especial Destinada a Avaliar as Políticas de Assistência Social e Saúde da População Negra, agradecemos a colaboração dessa Pasta, bem como o comparecimento às audiências públicas realizadas pela Subcomissão. Como conclusão dos trabalhos, apresentamos a Vossa Excelência as seguintes sugestões:

1. Que, em articulação com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, os entes subnacionais sejam orientados e capacitados a incluir, quando da formulação e revisão das políticas e programas da assistência social, diagnóstico situacional das principais vulnerabilidades e violações de direitos que atingem a população negra no âmbito da proteção social básica e especial.
2. Que seja elaborada, em conjunto com o Ministério das Cidades, metodologia de análise de projetos de financiamento habitacional de interesse social que contemple a população negra, em cumprimento ao disposto no Estatuto da Igualdade.
3. Que seja estudada, junto ao MEC, a possibilidade de planejar suas ações de forma a antecipar o

atingimento da meta prevista no PNE, para antes de 2024, relativa à inclusão de crianças de 0 a 3 anos de idade em creches, beneficiando-se mulheres e crianças negras, que têm no acesso à creche uma importante medida não só de desenvolvimento da criança, mas também de facilitação do exercício de atividade econômica.

4. *Que, também em conjunto com o MEC, os municípios sejam incentivados a adotar critérios de focalização das vagas nas unidades de educação infantil que beneficiem mulheres que exerçam atividade econômica, bem como para que seja adotado o cadastro único como critério de focalização das vagas nas unidades de educação infantil, de forma a potencializar o impacto do acesso à educação infantil na redução da pobreza.*

Sala das Sessões, em _____ de _____ de 2015.

Deputado Antônio Brito
Relator

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

REQUERIMENTO

**(Da Subcomissão Especial Destinada a Avaliar as Políticas de Assistência Social e
Saúde da População Negra)**

Requer o envio de Indicação ao Poder Executivo, relativa ao aperfeiçoamento de ações de atenção à saúde da população negra.

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 113, inciso I e § 1º, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro a V. Exª. seja encaminhada ao Poder Executivo a Indicação em anexo, sugerindo o aperfeiçoamento de ações de atenção à saúde da população negra.

Sala das Sessões, em _____ de _____ de 2015.

*Deputado Antônio Brito
Relator*

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

INDICAÇÃO Nº , DE 2015

(Da Subcomissão Especial Destinada a Avaliar as Políticas de Assistência Social e Saúde da População Negra)

Sugere medidas para o aperfeiçoamento de ações de atenção à saúde da população negra.

Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde:

Louvamos os esforços envidados por essa Pasta para implantar ações propostas nas Políticas que garantem a equidade e asseguram a humanização no Sistema Único de Saúde. Ao encerrarmos os trabalhos da Subcomissão Especial Destinada a Avaliar a Assistência Social e Saúde da População Negra, da Comissão de Seguridade Social e Família, da Câmara dos Deputados, apresentamos sugestões colhidas ao longo dos debates, no intuito de colaborar para o aperfeiçoamento da atenção à saúde prestada à população negra em nosso país. Dessa maneira, sugerimos:

1. *Promover, junto ao Conselho Nacional de Saúde, a inclusão do recorte raça/cor nos indicadores de saúde da população incluídos no Relatório quadrimestral elaborado pelos gestores de saúde em seu âmbito de atuação, nos termos da Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012.*
2. *Implantar e exigir o preenchimento do quesito raça/cor em todos os documentos da base de dados relativa a agravos e ações do Sistema Único de Saúde, eliminando a opção “ignorada”.*
3. *Aprimorar mecanismos para monitoramento constante, avaliação de desempenho e impacto das ações realizadas na esfera da saúde com divulgação ampla e periódica, contemplando a dimensão étnico-racial.*
4. *Expandir ações sobre determinantes sociais da saúde em conjunto com outros setores ou Pastas, observando o Cadastro Único de Programas Sociais.*

5. Assegurar, nos termos do *Estatuto da Igualdade Racial*, “incentivos específicos para a garantia do direito à saúde, incluindo melhorias nas condições ambientais, no saneamento básico, na segurança alimentar e nutricional e na atenção integral à saúde” para a população quilombola.
6. Assegurar a interoperabilidade dos sistemas de informação de saúde com os da assistência e previdência social.
7. Garantir o fornecimento ininterrupto de medicamentos para os usuários do SUS.
8. Intensificar ações destinadas à anemia falciforme na atenção básica.
9. Assegurar acesso à eletroforese de hemoglobina e aconselhamento genético para pais de crianças diagnosticadas com anemia falciforme.
10. Assegurar imunização adequada a portadores de anemia falciforme, inclusive adultos.
11. Garantir a referência e contrarreferência de portadores de anemia falciforme, assegurando a continuidade da linha de cuidado.
12. Agilizar a implantação do sistema de informação para vigilância de doenças falciformes.
13. Realizar trabalho amplo de esclarecimento aos profissionais de saúde, especialmente em áreas atendidas pelo Programa Mais Médicos e Brasil sem Miséria, inclusive em unidades de pronto-atendimento, para o diagnóstico e manifestações da anemia falciforme e especificidades de saúde da população negra.
14. Avaliar a possibilidade de realizar inquérito em adolescentes, jovens e adultos para identificação de anemia falciforme em áreas do Programa Mais Médicos e Brasil sem Miséria.

15. *Estimular o estudo de fatores desencadeadores de crises de falcização, entre eles o estresse de intervenções odontológicas, inclusive pela frequência de maloclusão, periodontite e cárie nos doentes e disseminar amplamente os resultados para profissionais de saúde.*
16. *Incluir nas ações da área de Saúde Bucal, como o Brasil Soridente, recomendações para procedimentos em portadores de anemia falciforme.*
17. *Acompanhar o desempenho do atendimento pré-natal, definindo parâmetros qualitativos e não quantitativos para avaliação da qualidade.*
18. *Aperfeiçoar o módulo de acompanhamento individual das gestantes no novo sistema de informações para gravidez e parto, de acordo com pedidos dos gestores.*
19. *Aprimorar a investigação de mortes de mulheres por violência, inclusive suicídio, dando especial atenção à condição de gestação ou puerpério.*
20. *Estimular a integração de parteiras à esfera do SUS em áreas desprovidas de profissionais de saúde como enfermeiras obstétricas ou médicos obstetras e intensificar os treinamentos direcionados a elas.*
21. *Incentivar a orientação às gestantes e puérperas sobre técnicas de aleitamento materno e promover seu acompanhamento efetivo.*
22. *Rever as normas relacionadas ao parto cirúrgico no sentido de coibir a realização de cesarianas desnecessárias nas esferas pública e privada.*
23. *Rever as normas relacionadas ao parto cirúrgico no SUS, estabelecendo parâmetros para permitir a realização do parto cirúrgico apesar de ultrapassado o limite percentual máximo da instituição, impedindo que esse motivo ampare a negação de cesarianas com indicação correta.*

24. *Disciplinar o acompanhamento da pressão arterial dos membros das famílias beneficiárias como condicionalidade do PBF/BSM.*
25. *Incluir como condicionalidade de gestantes do PBF a comprovação de aferição da pressão arterial e da realização dos exames preconizados no pré-natal.*
26. *Instituir ações integrais de Saúde Ocular dirigidas à população negra, com foco em glaucoma.*
27. *Dimensionar a ocorrência de lúpus, câncer e HTLV na população negra e adotar ações correspondentes.*
28. *Ampliar o incentivo à pesquisa científica sobre a saúde da população negra, inclusive sobre especificidades étnicas na manifestação e desenvolvimento de patologias e resposta a fármacos oferecidos pelo SUS.*
29. *Expandir a conscientização sobre manifestações de racismo institucional, encaminhar denúncias, promover a efetiva responsabilização e informar os denunciantes sobre procedimentos adotados.*
30. *Promover capacitação e educação continuada para profissionais de saúde a respeito do preenchimento do quesito raça/cor.*
31. *Promover ampla capacitação, educação continuada e treinamento dos profissionais de saúde em consonância com diretrizes de equidade e humanização do SUS.*
32. *Promover atividades educativas amplas e permanentes para profissionais e público a respeito do racismo institucional, com conteúdo concreto, acessível e objetivo.*
33. *Promover ampla capacitação, educação continuada e treinamento de profissionais de saúde na prevenção da infecção hospitalar.*

34. Formalizar na estrutura organizacional do Ministério da Saúde instância gestora da Saúde da População Negra.
 35. Garantir o funcionamento pleno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra.
 36. Promover a constituição de Comitês Técnicos de Saúde da População Negra nos estados e municípios.
 37. Apoiar a implementação e o funcionamento de Comissões ou Câmaras Temáticas de Saúde da População Negra e da participação em Conselhos de Saúde.
 38. Estreitar a parceria e interlocução com as casas religiosas de matriz africana na abordagem de agravos à saúde.
 39. Intensificar ações de orientação nutricional a beneficiários do Programa Bolsa-Família com vistas a interromper a progressão da obesidade.
 40. Intensificar ações de promoção de saúde em áreas englobadas pelos programas Brasil sem Miséria, Bolsa-Família e Mais Médicos, ampliando o acesso a Academias de Saúde e Orientação Nutricional.

Sala das Sessões, em _____ de _____ de 2015.

*Deputado Antônio Brito
Relator*

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

REQUERIMENTO

*(Da Subcomissão Especial Destinada a Avaliar as Políticas de Assistência Social e
Saúde da População Negra)*

*Requer prioridade para apreciação
do Projeto de Lei 7.103, de 2014.*

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 117, inciso XVII e 158, § 2º, II, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro a V. Ex^a. a prioridade para apreciação do Projeto de Lei nº 7.103, de 2014, da Deputada Benedita da Silva, que “modifica a Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010 (Estatuto da Igualdade Racial), para incluir o quesito cor ou raça nos prontuários, registros e cadastramentos do Sistema de Informação em Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Sala das Sessões, em _____ de _____ de 2015.

*Deputado Antônio Brito
Relator*