



Participação e Controle Social para Equidade em Saúde da População Negra



CRIOLA

Av. Presidente Vargas, 482, sobreloja 203 – Centro Rio de Janeiro – RJ – CEP 20071-000 Telefax • 55(21)2518-7964 – 2518-6194 Endereço Eletrônico • criola@criola.org.br Página • www.criola.org.br

Expediente

Pesquisa e redação • Marta de Oliveira da Silva Coordenação Editorial • Lúcia Xavier e José Marmo Colaboradora • Nataly Damasceno de Figueiredo Revisão de texto • Claudio Ricardo Silva de Oliveira Projeto Gráfico • Luciana Costa Leite

Fotos • Luciana Kamel, arquivo de CRIOLA, da Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde e Uwe Ommer.

Tiragem • 10.000 exemplares CRIOLA. Rio de Janeiro, 2007.

O Manual *Participação e Controle Social para Eqüidade em Saúde da População Negra* faz parte do Projeto *Participação e Controle Social da População Negra em Saúde*, desenvolvido com o apoio financeiro do *Fundo Nacional de Saúde* do Ministério de Saúde, cujo objetivo foi o de ampliar a participação de organizações e de mulheres e homens negros, nos processo de delineamento, negociação, implementação e monitoramento de políticas públicas voltadas para a saúde da população negra.

Esta iniciativa também contou com o apoio da Articulação de Organizações de Mulheres Negras (AMNB), de ACMUN – Lai Lai Apejo, da Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde e do Programa de Combate ao Racismo Institucional do DFID.



APRESENTAÇÃO	4
INTRODUÇÃO	6
SAÚDE COMO DIREITO CONSTITUCIONAL	9
O que são Políticas PúblicasO SUS e sua estrutura	
FAZENDO O SUS FUNCIONAR	12
• As Normas Operacionais • Financiamento do Sistema Único de Saúde	
PACTO NACIONAL PELA SAÚDE	17
 Pacto pela Saúde 2006 O Pacto pela Saúde 2006 se divide em três dimenções 	
ATENÇÃO BÁSICA	23
CONTROLE SOCIAL	25
 Alguns Instrumentos de Controle Social Os Conselhos de Saúde como parte da estrutura do SUS 	

PLANO DE SAÚDE DAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO	28
INFORMAÇÃO E SAÚDE	31
• Implantação da coleta do quesito cor	31
INDICADORES DE SAÚDE	32
PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS	34
 Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão 	
do SUS	34
Assistência Farmacêutica	34
 Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial 	
e ao Diabetes Mellitus	35
Política Nacional de Atenção Integral a Pessoa	
com Doença Falciforme	36
Programa Nacional de Triagem Neonatal	
Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento	
 Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional Pela Redução 	37
da Mortalidade Materna e Neonatal	38
	30
• Programa Estratégico de Ações Afirmativas:	20
População Negra e Aids	
• Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	38
CARTA DOS USUÁRIOS DA SAÚDE	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	46
Algumas de nossas conquistas	46
• Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	

GLOSSÁRIO

ACS • Agentes Comunitários de Saúde

AIH • Autorização para Internação Hospitalar

AVC • Acidente Vascular Cerebral

CIB • Comissão Intergestores Bipartite

CIT • Comissão Intergestores Tripartite

CNS • Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS • Conselho Nacional de

Secretários Municipais de Saúde

CONASS • Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS • Conselho de Secretários Municipais de Saúde

CS • Conselho de Saúde

DM • Diabete Mellitus

ESF • Estratégia de Saúde da Família

GM • Gabinete do Ministro

HA • Hipertensão Arterial

HIV • Vírus da Imunodeficiência Humana

IDH • Índice de Desenvolvimento Humano

IDH-M • Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal

MS • Ministério da Saúde

NOAS • Normas Operacionais da Assistência à Saúde

NOB • Normas Operacionais Básicas

OMS • Organização Mundial de Saúde

ONG • Organização Não-Governamental

PAB • Piso da Atenção Básica

PACS • Programa de Agentes

Comunitários de Saúde

PHPN • Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PNM • Política Nacional de Medicamentos

PNSPN • Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNS • Plano Nacional de Saúde

PNTN • Programa Nacional de Triagem Neonatal

PNUD • Programa das Nações Unidas

para o Desenvolvimento

PPA • Plano Plurianual

PPI • Programação Pactuada Integrada

PS • Plano de Saúde

PSF • Programa de Saúde da Família

RENAME • Relação Nacional de Medicamentos

SUS • Sistema Único de Saúde

SGEP • Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa



APRESEN<mark>TA</mark>ÇÃO

Mobilização Negra e Controle Social

A luta política empreendida por negras e negros pela existência de um Estado justo e igualitário antecede a fundação do Brasil como nação. De fato, a mobilização negra percorre os vários séculos da história das Américas, uma vez que existem registros de ações realizadas ainda no período escravocrata. Naquela época, revoltas, aquilombamentos, ações judiciais, campanhas jornalísticas e micro ações do cotidiano, que envolviam a negociação e a conquista cotidiana da liberdade, fizeram parte do repertório de ações empreendidas. Tais movimentos de luta e negociação persistiram e persistem entre nós, desde a fundação da república até os nossos dias.

O Brasil é um país racista, todas e todos sabemos. O racismo, ideologia que organiza o pensamento social e o próprio Estado, tem fortes impactos sobre a vida de mulheres e homens negros, jovens, adultos, crianças e idosos. O resultado é a menor expectativa de vida, maiores taxas de mortalidade, maior risco de adoecer e morrer por doenças evitáveis. Tal situação requer enfrentamento cotidiano e a atuação incansável de todas e todos comprometidos com a luta anti-racista.

A luta por melhores condições de vida e saúde da população negra é, como dissemos, antiga. Ainda assim, novos elementos têm sido agregados nos últimos tempos.

Um dos principais foi a constituição de um campo de ação, pesquisa e de política pública denominado saúde da população negra.

A saúde da população negra refere-se, principalmente, a três elementos principais: o primeiro é o enfrentamento do racismo na sociedade como um todo, nas instituições (o racismo institucional) e no sistema de saúde. O segundo é a advocacia por respeito, diálogo e incorporação das formulações e práticas da cultura afro-brasileira às ações e políticas de saúde. Já o terceiro é a atenção aos agravos prevalentes na população negra, que inclui não apenas prevenção e assistência à saúde, mas fundamentalmente a defesa da implementação plena do Sistema Único de Saúde (SUS).

Um novo elemento incorpora-se a esta trajetória: a aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde da Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra. Esta política pretende fornecer a gestores das três esferas de governo, as ferramentas capazes de contribuir para a efetivação dos princípios de universalidade, integralidade, equidade, participação e descentralização do SUS, desenvolvendo estratégias e ações para a ampliação do acesso e da qualidade da atenção à saúde oferecida à população negra nas áreas urbanas e rurais de todo o país.

A aprovação desta política coloca para nós, ativistas e agentes de controle social, novas oportunidades e desafios. Atuar junto a gestores, profissionais de saúde, movimentos sociais e junto à população em geral é nossa responsabilidade. Mas o horizonte a nossa frente promete justiça, equidade e saúde.

O Manual aqui apresentado é oferecido como uma contribuição para seu trabalho.

Fernanda Lopes

Ex-integrante do Conselho Nacional de Saúde/CNS, representando o Movimento Negro

Jurema Werneck

Atual representante do Movimento Negro no CNS



Para falarmos sobre saúde da população negra temos que salientar que o conceito de saúde não se limita apenas ao aspecto biomédico, é um conceito mais amplo que traz em si elementos que são construídos socialmente, tais como qualidade de vida e bem estar.

As desigualdades na área da saúde, às quais a população negra está submetida, resultam do racismo estrutural presente na sociedade brasileira. O racismo, definido como um conjunto de idéias, crenças e práticas que se baseiam na superioridade de um grupo populacional em detrimento de outro, produz desvantagens raciais que geram um acúmulo de condições sociais desfavoráveis no que diz respeito ao acesso a bens materiais e culturais, ao trabalho, a educação e saúde, a condições de habitação dignas, entre outros. Além disso, expõe esta população, sistematicamente, a vários fatores de risco social que afetam diretamente o desempenho em saúde.

Lanto mais iniquidade produzir uma sociedade, mais os fatores sociais serão determinantes nas condições de saúde da população. Pensando o SUS do ponto de vista das relações raciais, "observamos que o esforço para criar um sistema de saúde equânime, universal e integral tem produzido resultados tais como a expansão do acesso à saúde, da cobertura dos serviços e da disponibilidade de procedimentos de média e alta complexidade. Porém, estes resultados têm impacto diferenciado sobre brancos e negros no Brasil, uma vez que foram mantidas as diferenças de desempenho em saúde destes dois grupos populacionais, permanecendo os negros com as maiores taxas de mortalidade infantil, mortalidade materna, mortes por causas externas, mortes por causas evitáveis e menor esperança de vida" (Oliveira, M; Figueiredo ND, 2005).

Em pesquisa realizada em 2003, o Ministério da Saúde analisou o perfil da população brasileira utilizando o quesito raça/cor. Tal pesquisa evidenciou, entre outros indicadores, que 62% das mulheres brancas referem sete ou mais consultas de prénatal, enquanto somente 37% das pardas obtiveram este número de consultas. Mostrou que a hipertensão arterial durante a gravidez estava entre as principais causas de morte materna, sendo mais freqüente entre as mulheres negras. Apontou que o risco de uma criança negra morrer antes dos cinco anos por causas infecciosas e parasitárias foi 60% maior que o risco de uma criança branca, e o risco de morte por desnutrição foi 90% maior entre crianças pretas e pardas que entre as brancas. Afirma também que o risco de um homem negro morrer por causas externas é 70% maior quando comparado com um homem branco (MS, 2005).

Inúmeras outras pesquisas publicadas recentemente demonstram disparidades da mesma magnitude entre o desempenho em saúde da população negra e da população branca. Estes dados colocam grandes questões a serem enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde, pois as iniquidades apontadas indicam a existência de racismo institucional operando no interior do Sistema. O racismo institucional, visto como a impossibilidade das instituições oferecerem serviços com equidade às pessoas em função de sua origem racial, produz falta de acesso, comportamentos discriminatórios e formulação de políticas que não atendem aos interesses da população negra, aumentando a situação de desvantagem deste grupo populacional.

iante deste quadro, as instâncias de controle social têm um importante papel a desempenhar na reorientação do SUS para efetivação dos seus princípios e a superação das desigualdades raciais em saúde.





O SUS desde sua origem foi marcado pela mobilização, surge da participação de setores da sociedade que, insatisfeitos com os descaminhos da saúde no Brasil, nos anos 70, fundam o Movimento pela Reforma Sanitária. Este movimento composto, em sua base por profissionais do campo da saúde, propôs mudanças radicais em vários aspectos que envolvem o fazer saúde.

A degradação das condições de saúde da população, assim como o modo como funcionavam a assistência e o modelo de saúde utilizado, foram duramente criticados e os reformistas trabalharam na construção de propostas que buscavam melhorar as condições de saúde da população. Ampliaram a discussão sobre saúde, falando sobre como os fatores sociais, políticos e econômicos influenciam nas condições de saúde e propuseram que o acesso à saúde fosse democratizado.

Houve uma intensa mobilização de amplos setores da sociedade ao longo dos anos 70 e 80, e em 1986 durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde foram lançadas as bases do SUS, tal como se definiu em 1988 na Constituição Federal:

"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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Constituição Federal, 1988).

Em 1990 as Leis Orgânicas da Saúde 8080/1990 e 8142/1990 regulamentaram o Sistema Único de Saúde e a participação do controle social respectivamente.

As Leis Orgânicas da saúde reconhecem o conceito saúde de forma ampliada e aponta como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros, de forma que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. Elas regulamentaram a saúde como Política Pública.

O que são Políticas Públicas?

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações do governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos (Lucchese, 2004).

Como se aplicam na área da saúde?

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social, consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade, de forma a garantir o direito à saúde ao qual todo cidadão tem direito.

As políticas públicas de saúde no Brasil, orientam-se desde 1988 pelos princípios básicos do Sistema Único de Saúde, conforme dispõe a Constituição Federal promulgada neste ano. Saúde se define não apenas como a ausência de doenças, mas como um estado de completo bem estar físico, mental e social.



O SUS e sua estrutura

Para garantir os direitos dos (as) cidadãos (ãs) no que diz respeito à saúde, o SUS é organizado de acordo com os seguintes princípios e diretrizes:

A Universalidade • A garantia de acesso a todos (as) os(as) cidadãos (ãs).

A Integralidade • Atendimento integral à saúde em todos os níveis (Promoção, proteção e recuperação). Todos têm direito ao acesso à saúde num conceito integral, ou seja, composto por ações sobre o indivíduo, sobre a coletividade e sobre o meio.

Eqüidade • A garantia de condições sem distinção ou qualquer discriminação. O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com a necessidade de cada um (a) (MS – SUS de A a Z, 2006).

Descentralização • Dividir com estados e municípios a responsabilidade de gestão do SUS, de forma a oferecer um planejamento mais regionalizado e resolutivo, respeitando as características e necessidades das diferentes regiões e municípios do país, com direção única em cada esfera de governo.

Participação da comunidade • A nova concepção do sistema de saúde prevê uma administração democrática e com a participação da sociedade organizada. A construção de estratégias efetivas para o desenvolvimento social tem como ponto de partida a ampliação da participação popular na formulação e monitoramento das políticas públicas. No campo da saúde, a lei 8142/1990 instituiu duas instâncias colegiadas para a participação da comunidade na gestão do SUS em cada esfera de governo; a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

O SUS tem direção única em cada esfera de governo, sendo elas:

Federal – Ministério da Saúde Estadual – Secretarias de Estado de Saúde Municipal – Secretarias Municipais de Saúde

É composto ainda por uma rede de serviços hierarquizada, ou seja, organizada segundo a ação que desempenha: atenção básica, média complexidade e alta complexidade. É descentralizada, isto é, todos os níveis de governo são responsáveis pelo SUS. Esta rede descentralizada e hierarquizada é formada por hospitais públicos, hospitais privados e filantrópicos conveniados ao SUS, módulos de saúde, unidades básicas de saúde, clínicas especializadas e laboratórios.



As Normas Operacionais

Para tornar realidade as leis que regem o SUS, sancionadas em 1990, e iniciar os processos de descentralização, universalização e organização das transferências de recursos para estados e município, o Ministério da Saúde publicou ao longo da década de 90 uma série de **Normas Operacionais Básicas** (NOB's), que redefiniram o papel das três esferas de governo no que diz respeito à gestão, financiamento e prestação de serviços em saúde.

NOB 91

Introduz a figura de "habilitação à municipalização", incentivando financeiramente estados e municípios que passassem a gerenciar respectivamente unidades federais e municipais. Os incentivos financeiros também eram destinados ao funcionamento de Conselhos de Saúde e implantação de sistemas de informação e vigilância epidemiológica. Porém a adesão a esta norma foi lenta e o envio dos incentivos se deu de forma inconstante.

NOB 93

Procurou melhorar os padrões de transferência de recursos, instituindo graus de habilitação para estados e municípios. Implantou a transferência fundo a fundo, ou seja, de conta bancária para conta bancária, e o volume de recursos transferidos era definido pelo grau de habilitação. O Ministério da Saúde pagava pelos procedimentos em saúde executados.

Nesta NOB, o tema financiamento do sistema tornou-se central e o investimento em qualidade da assistência passou a ser secundário.

NOB 96

Foram feitas mudanças nos critérios de habilitação para que os gestores se comprometessem mais com a população. Foram instituídos dois tipos de habilitações:

- Gestão Plena de Atenção Básica, na qual o município tornou-se responsável pelas ações básicas de saúde.
- Gestão Plena de Sistema, na qual estados e municípios tornaram-se responsáveis pela atenção básica, pela assistência de média e alta complexidade e pelas internações.

Durante o período desta NOB foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), na tentativa de estabelecer vínculos com a população local e melhorar a atenção.

Porém, os incentivos financeiros para atenção básica não foram vinculados a avaliações sobre as necessidades da população e as ações de média e alta complexidade não foram contempladas conforme deveriam, sobrecarregando os municípios que possuíam recursos humanos e capacidade técnica para execução destas ações.

NOAS 2001

Em 2001 foi publicada a **Norma Operacional de Assistência à Saúde**, visando maior racionalidade nos gastos e aplicação de recursos, de maneira que resultasse em mais equidade e promovessem acesso às ações e serviços de saúde. Esta Norma previa melhor qualificação da atenção básica e o mapeamento de redes de média e alta complexidade, com formação de compromissos (pactuação) entre gestores para utilização destas redes.

Uma das críticas que tem sido feita a NOAS/2001, é que sua construção foi feita pensando no sistema, nas ofertas de serviços, e pensar somente nos serviços não garante a **integralidade** da atenção, pois não leva em conta a diversidade nas condições de vida e situações epidemiológicas dos vários grupos populacionais nas distintas regiões do Brasil.

NOAS 2002

Foi uma revisão da NOAS 2001, com ênfase na regionalização e hierarquização dos serviços de saúde. Assim como a NOAS 2001, visou uma articulação entre a rede básica e as redes de média e alta complexidade, porém tal proposta não resultou em melhorias das condições de saúde e vida da população.

Financiamento do Sistema Único de Saúde

A criação do SUS rompe com o modelo anterior de financiamento do setor saúde, pois a origem dos recursos deixa de estar vinculada às contribuições individuais dos (as) trabalhadores (as) inscritos (as) no mercado formal de trabalho.

A Constituição Federal em seu Art. 198, parágrafo único define:

"O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes".

Porém, apesar de definição constitucional, o processo de regulamentação da alocação de recursos ainda não foi concluído, possibilitando que os investimentos sejam aquém das reais necessidades do setor e estejam sujeitos a cortes e uso indevido.

O Ministério da Saúde é o grande financiador do Sistema, o que permitiu direcionar prioridades que nem sempre atendiam as necessidades de saúde locais. Segue breve descrição sobre alocação de recursos no SUS:

1991 – Existiam quatro eixos de financiamento:

- Pagamento de internações hospitalares, via Autorização de Internação Hospitalar (AIH), feito pelo Ministério da Saúde a estados e municípios.
- Pagamento de atendimentos ambulatoriais, calculado com base na população.
- Pagamento destinado à aquisição de equipamentos e ampliação de unidades.
- Estímulo financeiro à municipalização calculada com base populacional.

1993 – Instituída nova forma de repasse que permanece até hoje

- Instituição dos repasses entre fundos de saúde, fundo a fundo, de conta bancária pra conta bancária, entre a União, estados e municípios.
- Estabelecimento de tetos financeiros e limites para pagamentos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

1996 – Introdução de estímulo financeiro à municipalização por níveis de ação

- Instituição do Piso de Atenção Básica (PAB), montante de recursos calculados com base populacional transferidos automaticamente, dividido em duas partes: fixa e variável
 - Fixa Quantia calculada com base populacional para execução de ações básicas de saúde. Variável Incentivos financeiros para implantação de ações e programas específicos.
- Alta e média complexidade Pagamento por procedimentos realizados, seja na modalidade fundo a fundo, por tetos financeiros de assistência estabelecidos e por pagamentos compensatórios, para ações e serviços ambulatoriais, hospitalares, de pesquisa e de vigilância sanitária.

2001/2002 – Foi mantido o mesmo padrão de transferência anterior, com ênfase na média e alta complexidade, voltadas somente para a montagem do sistema sem preservar a qualidade de atenção à saúde



A evolução destes gastos foi fortemente influenciada pelo cenário econômico nacional e internacional durante a década de 90. A idéia de enxugar/diminuir o papel do Estado produziu escassez de recursos e falta de compromisso com a implementação do SUS como política de Estado. Além da perspectiva econômica de redução do papel do Estado, a falta de regulamentação do financiamento do SUS ajudou a produzir inúmeros impasses e desvios. Do ponto de vista das necessidades em saúde, os gastos se mantiveram desvinculados das necessidades epidemiológicas da população.

Diante deste cenário o Conselho Nacional de Saúde convidou, em 2001, a Associação dos Tribunais de Contas, o Ministério Público Federal, Assessorias da Câmara e do Senado, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde para definirem a progressão dos investimentos em saúde, o que deveria ser considerado como ação e serviço público de saúde. Este esforço resultou no documento "Parâmetros consensuais para regulamentação e implementação da Emenda Constitucional 29".

A 12ª Conferência Nacional de Saúde aprovou que, a partir de 2005, o financiamento do SUS seria composto por 10% da receita corrente da União, 12% para os estados e 15% para os municípios oriundos da receita de impostos destes entes federados. Estes serão percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde, conforme define a **Emenda Constitucional 29**. Existe uma ampla movimentação para a aprovação da EC/29 no Congresso, pois possibilitará diminuir a instabilidade financeira do setor saúde e produzirá um avanço no que diz respeito à vinculação orçamentária.

Obter informação, acompanhar o quanto o gestor destina para os gastos em saúde e a origem das receitas é o primeiro passo para fiscalização do orçamento. Para saber se as prioridades em saúde da população negra estão sendo contempladas, é importante acompanhar a elaboração do **Plano de Saúde** e da **Programação Pactuada Integrada**, pois estes dois instrumentos definem onde os recursos serão empregados.

Programação Pactuada Integrada (PPI)

Processo de programação da atenção à saúde e alocação de recursos da assistência à saúde que deve ser realizado pelos estados e municípios brasileiros (Ministério da Saúde).

Plano de Saúde

Expressa as intenções do gestor para determinado período. Ele deve conter uma análise da situação epidemiológica, sócio-econômica e de gestão, os objetivos e metas que pretende cumprir no período de vigência do plano e informar como vai monitorar e avaliar o cumprimento do Plano de Saúde.

Emenda Constitucional 29 – EC 29

A Emenda Constitucional 29 surgiu para atender um dos principais problemas enfrentados pelo SUS desde sua criação, o seu processo de financiamento. A norma constitucional que previa a alocação de 30% do orçamento da seguridade social teve curta vigência, e não foi cumprida de acordo com a constituição de 1988.

Diante deste quadro de instabilidade no financiamento do setor saúde, foi proposto um projeto de emenda constitucional que, em 2000, obteve sua aprovação, tornando-se a Emenda Constitucional 29. Através desta emenda, fica estabelecida a vinculação entre arrecadação de receitas e sua aplicação no sistema de saúde nas três esferas de governo.

Além da importante conquista por estabelecer limites mínimos de financiamento da saúde, a EC 29 reforça o papel dos Conselhos de Saúde, no que diz respeito ao controle e fiscalização do financiamento e da aplicação de recursos do SUS (Conselho Nacional de Saúde).



As NOBs (Normas Operacionais Básicas) editadas ao longo da década de 90 e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001), foram instrumentos fundamentais para tornar o SUS uma realidade, pois pretendiam concretizar os princípios da Descentralização, Universalidade, Integralidade e Eqüidade. Porém, apesar dos avanços produzidos ainda não temos o SUS que gueremos.

Diante da insatisfação de usuários (as), e até mesmo gestores, em 2003 o Conselho Nacional de Secretários de Saúde começou um processo de discussão para revisão das normas que orientam o Sistema Único de Saúde, alegando que os mecanismos utilizados até agora não foram capazes de contemplar a diversidade e as diferenças existentes no Brasil. Um dos pontos desta discussão entre gestores e Ministério da Saúde, foi a necessidade de criação da responsabilidade sanitária, ou seja, os gestores passam a ser responsáveis pela melhoria da saúde da população em todos os níveis de cuidados em saúde.

A responsabilidade sanitária se expressa através dos "termos de compromisso de gestão", nos quais gestores da União, estados e municípios formalizam e estabelecem metas, objetivos e indicadores de saúde que devem ser avaliados anualmente. Esta avaliação, feita pelos conselhos de saúde, é um importante instrumento para o fortalecimento do dialogo entre gestores e o controle social.

Somando-se a discussão sobre responsabilidade sanitária, questões relativas ao fortalecimento dos mecanismos de financiamento do SUS, do controle social, do papel dos estados no sistema e vários outros temas complexos foram abordados, resultando na construção do PACTO PELA SAÚDE 2006.

Pacto pela Saúde 2006

Este Pacto substitui o modelo de habilitação dos estados e municípios proposto pela NOAS/2001. Contém metas e objetivos sanitários baseados nas necessidades de saúde da população, buscando maior participação da sociedade na defesa do SUS, mais qualidade na gestão pública, maior efetividade, maior eficiência e mais resolutividade.

O Pacto pela Saúde 2006 se divide em três dimensões

- Pacto em Defesa do SUS
- Pacto pela Vida
- Pacto de Gestão

A formalização do Pacto pela Saúde se dá através da assinatura do TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO. Este documento é um instrumento jurídico público e deve conter as prioridades em saúde expressas em termos de metas e objetivos a serem alcançados pelo três níveis de gestão: Ministério da Saúde, Estados e Municípios.

"Cada termo de compromisso será apreciado no respectivo conselho de saúde e na comissão intergestores tripartite ou bipartite conforme o caso" (Boletim Informativo – Conselho Nacional de Saúde – Brasília – jun/2006)

Comissão Intergestores Bipartite - CIB

Espaço de articulação e pactuação política em nível estadual. Tem os objetivos de orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. É constituída, paritariamente, por representantes do governo estadual, indicados pelo Secretário de Estado de Saúde, e representantes dos Secretários Municipais de Saúde, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

Comissão Intergestores Tripartite - CIT

Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS. É composta por gestores do SUS das três esferas de governo - União, estados, DF e municípios. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS.

Pacto em Defesa do SUS

Traz de volta a dimensão política que fez parte da origem do SUS, pois visa mobilização social de toda sociedade brasileira para a defesa do SUS como uma POLÍTICA DE ESTADO. Pretende mobilizar para:

- Defender a saúde como direito de cidadania.
- Regulamentar a Emenda Constitucional 29.
- Fortalecer o compromisso com o orçamento do SUS nas três esferas de gestão.
- Fomentar a Carta de Direitos dos Usuários.

Pacto pela Vida

Explicita o rompimento com a lógica anterior do Sistema, centrada nos processos operacionais da estrutura do SUS, e traz para o foco os resultados em saúde que o SUS deve produzir. Ele é composto por um conjunto de compromissos sanitários, articulados aos meios orçamentários e financeiros para que sejam alcançados os resultados em saúde pactuados.

"O Pacto pela Vida reforça, no SUS, o movimento da gestão pública por resultados". (CONASS, 2006).

As prioridades sanitárias definidas para 2006 são:

- Implantar a Política Nacional de Saúde do Idoso.
- Reduzir o número de mortes por câncer de colo de útero e de Mama.
- Reduzir a mortalidade materna e infantil.
- Aumentar a capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, como malária, dengue, tuberculose, hanseníase e influenza.
- Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção de Saúde, voltada para promoção de hábitos saudáveis pela população.
- Fortalecer a Atenção Básica, com ênfase na consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família, para que de fato cumpra o papel de porta de entrada e organizadora do sistema de saúde.

Pacto de Gestão

Este Pacto faz avançar a diretriz da descentralização do SUS, pois atribuições que são do Ministério da Saúde, passam a ser assumidas por Estados e Municípios. As habilitações expressas na NOAS/2001 serão substituídas por pactuações, onde cada ente federado estabelecerá seu conjunto de competências e responsabilidades. Avança também a diretriz da regionalização na medida em que tem como eixo a territorialização da saúde através da organização de sistemas e estruturação de regiões sanitárias. Os objetivos do Pacto de Gestão são:

"Definir a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS, superando a atual habilitação".
Estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização, Regionalização, Financiamento, PPI (Programação Pactuada Integrada), Regulação, Participação e Controle Social, Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde ". (MS, 2006)".

Algumas diretrizes devem ser sublinhadas, pois é importante que o CONTROLE SOCIAL se aproprie destas noções para dialogar/negociar com os gestores.



- **Descentralização** Estados e municípios irão definir seus modelos de atenção/saúde de acordo com suas realidades locais.
- **Regionalização** Os territórios serão mais sanitários que político-administrativos.
- **Financiamento** O Financiamento do Sistema será da responsabilidade das três esferas. Buscará critérios para redução das iniquidades regionais, reforçará os mecanismos de repasse fundo a fundo (nas contas dos estados e municípios). O financiamento federal, que hoje é disperso em várias fontes, passará a integrar cinco grandes blocos: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS.
- **Programação Pactuada Integrada** Os gestores terão maior autonomia na definição de suas prioridades em saúde.
- **Regulação** A regulação das referencias intermunicipais ficará a cargo do gestor estadual e serão negociadas na CIB (Comissão Intergestores Bipartite)

O Pacto de Gestão prevê que as ações de atenção básica devem ser assumidas por todos os municípios. As responsabilidades assumidas nos pactos é que irão diferenciar os gestores, e irão dizer se são gestores, por exemplo, de média e alta complexidade.

Dada a complexidade do Pacto Pela Saúde 2006, vários pontos ainda se encontram em discussão e foram definidas inicialmente três Portarias Ministeriais:

- **GM/MS n° 399 de fevereiro de 2006** Define as Diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde.
- **GM/MS n° 698 de março de 2006** Institui a nova forma de transferência dos recursos federais em blocos de financiamentos, para custear ações e serviços de saúde.
- **GM/MS n°699 de abril de 2006** Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.



Devemos ficar **atent@s** - Alguns tópicos sobre o **Pacto pela Saúde 2006**:

Pacto em Defesa do SUS

Este Pacto convoca todos os setores da sociedade a defender os princípios do SUS conforme foram expressos na Constituição Federal. O texto constitucional garante a saúde como direito da cidadania e a participação e controle social como parte integrante da estrutura do SUS. Porém, a participação de conselheiros representando as questões de saúde da população negra não tem expressado a presença dos (as) negros (as) como usuários (as) do SUS, assim como os graves problemas de eqüidade que os indicadores de saúde desagregados por cor apontam. Na verdade, demonstram a violação deste direito de cidadania. Devemos ficar atentos (as) também para o modo que nossa sociedade opera, pois tradicionalmente inclui os que já estão incluídos. Portanto, é importante que a população negra participe da convocação para a defesa do SUS, tanto nos conselhos de saúde como em outras instâncias de controle social, visando a efetivação do direito à saúde e a redução das graves questões em saúde que este grupo populacional enfrenta.

Pacto pela Vida

Este pacto expressa os compromissos sanitários prioritários para cada gestor. Implica em ações/serviços visando resultados, ou seja, implantação e implementação de políticas, melhoria de indicadores, fortalecimento de sistemas, entre outras ações. Mudar o foco dos processos em saúde para os resultados em saúde é extremamente importante para o monitoramento e avaliação dos resultados em saúde da população negra.

A criação do SUS possibilitou a melhoria das condições de saúde da população brasileira de modo geral, mas sabemos que a população negra foi a que menos se beneficiou dos avanços e conquistas. Estamos diante de novas propostas de fazer saúde e, para que a história não se repita precisamos participar da definição de prioridades contida no Pacto. Nos últimos anos a comunidade negra organizada produziu vários documentos que apontam as ações prioritárias em saúde para a população negra em todo o território nacional, negociar a inclusão destas demandas e propostas como compromisso de gestão é fundamental.

Outra atuação fundamental junto ao Pacto pela Vida é acompanhar a formulação dos indicadores que medirão os resultados, para que estes contemplem a desagregação por cor. A desagregação facilita verificar o impacto das ações de saúde para a população negra e ainda possibilita analisar se a diferença entre negros e brancos está diminuindo. Devemos ter em mente que a melhoria das condições de saúde da população negra é um dos melhores indicadores de resultado de uma gestão.

Pacto de Gestão

Este Pacto prevê que os gestores definam e assumam suas responsabilidades com relação ao funcionamento e financiamento de vários aspectos do sistema de saúde em seu território sanitário.

É importante lembrar que o financiamento deverá ter como critério a redução das iniquidades. O Pacto de Gestão enfatiza as iniquidades regionais, mas devem ser incluídas na agenda dos gestores as iniquidades raciais em saúde.

Tem sido uma realidade em todo o Brasil o deslocamento autônomo de usuários do SUS em busca de atendimento, ter conhecimento dos compromissos assumidos pelo gestor no Pacto de Gestão possibilita:

- Avaliar se os (as) usuários (as) estão tendo acesso à atenção a saúde de qualidade, na medida em que os serviços de saúde sobre a responsabilidade de cada gestor estarão explicitados.
- Monitorar o volume de recursos que dispõem cada território sanitário, sabendo a origem das verbas, e para quais necessidades são destinadas.
- Controlar as ações de qualificação e oferta de atenção básica, lembrando que a qualificação dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) deve incorporar aspectos multiculturais e pluriétnicos para eliminar a presença de comportamentos e idéias racistas nas ações de saúde. Observar se os projetos de ampliação da oferta da ESF Estratégia Saúde da Família irão atender comunidades com forte presença de população negra.
- Cobrar que a gestão local apóie o processo de mobilização social em defesa do SUS, promova condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho de Saúde, estimule o processo de discussão e controle social, promova a capacitação de conselheiros (as), divulgue informações e conhecimentos sobre o SUS para a população e implemente ouvidorias para o fortalecimento do sistema de saúde e da gestão.

A efetivação de todos estes aspectos do Pacto pela Saúde é um desafio para gestores, controle social e sociedade de um modo geral. Estas propostas de mudanças surgem como resposta ao desgaste do modelo de gestão anterior. Este novo modelo encontra-se em sua fase de construção inicial, portanto sujeito a equívocos, acertos, aceitações e resistências. Porém, é hora de ampliarmos a presença das questões relativas à saúde da população negra na agenda do SUS, como forma de reparar a desassistência que negros e negras têm sido submetidos e contribuir para que o SUS cumpra seus princípios constitucionais.

O Pacto pela Saúde foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e o entendimento é que os pactos servirão para melhorar as negociações e debates dos conselheiros nacionais, estaduais e municipais com seus respectivos gestores.

Estava previsto para os gestores firmarem seus Pactos até janeiro de 2007. Os casos omissos serão avaliados pelas comissões de gestores.



Com a criação do Pacto Nacional pela Saúde em 2006 algumas mudanças foram feitas nas normas da Atenção Básica através da Portaria 648, publicada em março deste mesmo ano, tendo como objetivo revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento de desenvolvimento da Atenção Básica do Brasil.

É bom lembrar que a atenção básica é a porta de entrada para os serviços de saúde, se caracteriza por ações de saúde que visam promover e proteger a saúde através da prevenção de agravos, do diagnóstico de doenças, do seu tratamento e reabilitação e manutenção da saúde. Estas ações são voltadas para o indivíduo e para a coletividade.

A atenção básica é de responsabilidade do gestor municipal, cabendo a ele a organização e execução destas ações de acordo com as principais necessidades da população local e de acordo com os princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Dentre estas mudanças destacam-se:

- O financiamento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sofre mudanças, serão classificadas em duas modalidades que receberão recursos diferenciados. A modalidade que receberá mais recursos deverá contemplar os seguintes critérios:
 - ESF que estiverem implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH indicador que avalia a qualidade de vida de determinada população) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos estados da Amazônia legal e até 30 mil habitantes nos demais estados do país.
 - ESF que atendam populações quilombolas ou moradores de assentamentos de no mínimo 70 pessoas.
- Além deste recurso da ESF, outros recursos de Compensação de Especificidades Regionais poderão ser definidos periodicamente pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) de acordo com especificidades regionais como, por exemplo: sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados, educação permanente, formação de Agentes Comunitários de Saúde.
- Com as definições desta portaria, muitos pontos ficam em aberto devendo ser discutidos e pactuados nas CIB's. Ao controle social fica um papel fundamental em brigar por estratégias bem organizadas localmente e que atendam efetivamente as necessidades da população negra.

Chamamos atenção para estas mudanças, pois o Índice de Desenvolvimento Humano é uma ferramenta importante para tornar visível as iniquidades. Este índice é composto de várias dimensões, com destaque para a longevidade, que agrega vários indicadores de saúde, a educação, que diz respeito ao acesso a conhecimento e renda, que informa sobre as condições materiais de vida. Em 2003, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) lançou uma edição do Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil contendo vários indicadores. Entre eles está o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) separado por raça/cor. Frente o novo critério de implantação da Estratégia Saúde da Família, o Atlas será um instrumento importante nas negociações com gestores, pois ajudará a mostrar que entre as populações negras e brancas de um mesmo

Outro aspecto que devemos monitorar diz respeito às populações quilombolas. Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano (PNUD, 2005), das 2.228 comunidades quilombolas existentes no Brasil, apenas 119 estavam regularizadas até meados de 2005. A falta de regulamentação não pode servir como argumento para que ações e serviços de saúde estejam presentes nestas comunidades de modo geral.

município os Índices de Desenvolvimento são diferentes e, tradicionalmente, as comunidades negras

residem em localidades onde o IDH é mais baixo.



CONTROLE SOCIAL

O Controle Social se define pela capacidade que uma sociedade organizada possui de influenciar nas políticas públicas, indicando caminhos, propondo idéias, definindo prioridades, elaborando planos de ações e fiscalizando as atividades do governo federal dos governos estaduais e municipais.

Nas últimas décadas, surgiram e cresceram no Brasil várias organizações e movimentos sociais que têm atuado como formuladores de propostas e como grupos de pressão e controle. Dentre eles estão os movimentos de mulheres e os movimentos negro, que trabalham articulando seus interesses aos interesses e direitos de cidadania de toda a sociedade brasileira.

Embora os Conselhos de Saúde tenham um papel diferenciado no SUS, existem outros espaços/instrumentos que podem ser acionados para o exercício do controle social.

Alguns Instrumentos de Controle Social

- **Conselhos Gestores de Políticas Públicas** Foram definidos pela Constituição Federal e visam a participação comunitária, criando espaços de co-gestão entre Estado e sociedade. Eles fazem parte das áreas da Saúde, Educação, Assistência Social, Direitos Humanos, entre outras.
- **Ministério Público** Tem como função zelar para que os poderes públicos respeitem os direitos assegurados pela Constituição Federal aos cidadãos. Sendo a Saúde definida como um serviço de relevância pública, cabe ao Ministério Público zelar pela garantia da prestação de serviços em saúde.
- **Defensoria Pública** Oferece assistência jurídica gratuita, para que cidadãos com poucos recursos possam fazer valer os seus direitos.
- **Poder Legislativo** Conselhos de Saúde ou entidades associativas podem se articular ao Poder Legislativo para que este fiscalize as ações do Poder Executivo. O Poder Legislativo pode instituir Comissões Parlamentares de Inquérito visando investigar e apurar omissões ou desrespeito no cumprimento da legislação.
- **Ouvidorias** Podem ser implantadas em órgãos públicos, estabelecendo um canal direto de contato com a população ou podem ser instaladas pela sociedade de forma independente, possibilitando uma ligação entre população e órgãos do Poder Público.
- **ONG's** Muitas ONG's têm como objetivo articular o Estado e a sociedade. São canais com capacidade instalada para mover ações junto ao Ministério Público e outras instâncias, que pressionam o Estado a cumprir suas funções e garantir direitos definidos constitucionalmente.

Os Conselhos de Saúde como parte da estrutura do SUS

Os Conselhos de Saúde são espaços privilegiados para o exercício do controle social e tem como atribuição legal atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas e trabalhar ao lado do governo definindo políticas, orçamento e ações" (CNS - DF, 2003; Antônio Ivo, 1995).

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados deliberativos e permanentes do Sistema Único de Saúde, existem em cada esfera de governo e integram a estrutura básica do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Existindo assim os Conselhos Municipais de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde.

Composição dos Conselhos

Com o papel principal de orientar o desenvolvimento e avaliar o desempenho do SUS, o CNS é composto por representantes de grupos da área social, dos governos estaduais e municipais e das entidades civis de caráter nacional, como partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares. (Antonio Ivo, 1995).

A composição dos Conselhos de Saúde, tanto nacional quanto estaduais e municipais, está estabelecida na lei 8.142/1990, devendo incluir representantes do governo, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e usuários. A representação dos usuários deve ser paritária em relação aos demais segmentos. Sendo assim 50% usuários, 25% gestores e prestadores de serviço e 25% profissionais de saúde. A escolha dos representantes deve ser feita pelos próprios segmentos e uma vez escolhidos terão direito a voz e voto.

Em nível local, municipal, regional e estadual a composição dos conselhos se dá através de eleição, onde a comunidade elege seus representantes (usuários e prestadores de serviço), de forma a garantir a representatividade dos diferentes grupos da sociedade (Antonio Ivo, 1995)

Para que os diferentes grupos possam estar realmente representados nos conselhos, a representação de órgãos ou entidades utiliza como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, de acordo com as especificidades locais, aplicando-se o conceito de paridade, ou seja, para que o grupo ganhe espaço no conselho, deve ser realmente representativo na sua região, município ou estado (Resolução 333).

Havendo esta representatividade, os representantes no Conselho de Saúde são indicados por escrito, pelos seus respectivos segmentos, de acordo com sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes. (Antonio Ivo, 1995). Portanto, são entidades e movimentos sociais que se candidatam a eleitor/candidato nas vagas dos conselhos.

O que fazem os membros do conselho?

Os conselheiros trabalham junto ao gestor de saúde na identificação das necessidades em saúde da população ou de grupos populacionais, na definição das prioridades em saúde, na formulação de estratégias e diretrizes, no acompanhamento e avaliação da execução dos planos de Saúde, orçamento e cumprimento da metas estabelecidas.

Lembre-se!!!

- Os gestores devem submeter anualmente ao Conselho de Saúde o **Plano de Saúde**, a **Programação Pactuada Integrada** e o **Relatório de Gestão**. Estes três instrumentos devem ser discutidos pelos conselheiros.
- As reuniões do Conselho são abertas para toda a população, com direito à voz. Elas acontecem com uma periodicidade mensal e se houver necessidade ocorrem reuniões extraordinárias.

Assim como outros espaços de disputas e de definições de políticas, a população negra ainda se encontra sub-representada nos conselhos de saúde. É importante que tenhamos representantes do movimento negro nos conselhos de saúde, atuando como porta-vozes das necessidades em saúde já identificadas pela comunidade negra organizada.

Em 2006 organizações do movimento negro passaram a compor o Conselho Nacional de Saúde.

Conferências de Saúde

Acontecem com o objetivo de avaliar o cumprimento das diretrizes contidas no respectivo Plano de Saúde e produzir diretrizes que orientem novas políticas e programas no seu âmbito de atuação (MS, SUS de A a Z). Assim como os conselhos, as conferências de saúde são garantidos nas três esferas de gestão do SUS.

A Conferência é o exercício, na arena Estatal da participação institucional de representações da sociedade civil no processo de concentração de interesses e pactuação de políticas de saúde (Antonio Ivo, 1995).

A Conferência se caracteriza como um encontro dos representantes dos conselhos onde são organizados em grupos separados em diversos temas. Estes grupos discutem e sugerem propostas, que são transcritas por um relator. Ao final das discussões, os relatórios gerados pelos reatores dos grupos são consolidados e levados para votação. As propostas votadas compõem um relatório final que terá suas propostas formalizadas como parte constitutiva do sistema. As deliberações produzidas nas Conferências de Saúde compõem o conjunto dos compromissos que as instâncias de controle social devem lutar pela sua implementação junto aos gestores.



É atribuição comum as três esferas de gestão do SUS a elaboração e a utilização periódica do Plano de Saúde (PS). O PS deve servir como um instrumento de referência indispensável à atuação das esferas de direção do SUS.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é elaborado pelo Ministério da Saúde e deve ser submetido ao Conselho Nacional de Saúde. Assim como na esfera federal, os Planos Estaduais e Municipais de saúde também devem ser submetidos aos respectivos conselhos a cada quatro anos.

O PS é um documento que apresenta o diagnóstico da situação atual, as intenções políticas, as estratégias, prioridades, servirão de base para a proposta orçamentária do SUS. Ou seja, este documento resultará da interação entre a percepção do governo sobre a situação de saúde da população e os interesses da sociedade e será a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS sempre buscando soluções para os problemas da população.

Como o Plano de Saúde se aplica:

Na redução das desigualdades em saúde?

Conhecendo a situação de saúde da população, são pactuadas metas estratégicas para melhoria dos principais problemas de saúde e maior resolutividade do SUS. Por exemplo: morte materna.

Na participação do controle social?

A partir do PNS e do PS do seu estado e município, o cidadão pode tomar conhecimento do que as três esferas de gestão do SUS se propõe a fazer, quais são as metas a serem atingidas para, a partir daí, cobrar a efetiva realização destas propostas.

Na monitoração do orçamento?

Como o PS serve de base para a proposta orçamentária do SUS, funciona também como um importante instrumento de monitoração do orçamento das três esferas de gestão do SUS.



Fique de Olho!!!

O PNS atual busca apresentar objetivamente as intenções e os resultados a serem buscados no período de 2004 a 2007.

- No que diz respeito à **condições de saúde da população negra**, o PNS se propõe a buscar a promoção da eqüidade na atenção à saúde deste grupo, considerando um dos grupos populacionais mais vulneráveis, através das seguintes metas nacionais:
- **1.** Capacitar, em 50% dos municípios, os profissionais de saúde no atendimento adequado da população negra.
- **2•** Implementar, em 50% dos municípios, serviços de diagnóstico e tratamento das hemoglobinopatias (anemia falciforme doença com maior prevalência na população negra).
- **3.** Implantar o programa de controle da anemia falciforme em todos os estados.
- No que diz respeito à participação social o PNS apresenta como objetivo:

"Fortalecer a gestão democrática do SUS, reforçando as instâncias formais, ampliando a participação e a capacitação dos diversos segmentos da sociedade para o exercício do controle social e implantando mecanismos de defesa dos direitos da população no sistema".

O Objetivo principal do PNS é:

"Promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando a redução do risco de agravos e o acesso universal e igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a eqüidade na atuação, aprimorando os mecanismos de financiamento, diminuindo as desigualdades regionais e provendo serviços de qualidade oportunos e humanizados" (MS – PNS).

Para conhecer o Plano Nacional de Saúde com todos os seus objetivos, diretrizes e metas, acesse a página: **www.saude.gov.br/pns**

Lembre-se que para exigir seus direitos você deve conhecê-los!!!





Implantação da Coleta do Quesito Cor

A disponibilidade de informações sobre as condições gerais de vida das populações é um importante instrumento para a produção de políticas sociais e para o planejamento das ações e intervenções na área da saúde. Isto porque as doenças acontecem de maneira diferente entre os grupos populacionais, o sexo, a classe social, o grupo etário e outros, sendo necessário identificar estas diversidades e suas implicações na saúde.

O reconhecimento deste fenômeno fez com que a atenção à saúde fosse direcionada de maneira diferenciada e específica às mulheres, crianças e adolescentes e idosos. Porém alguns grupos ainda permanecem pouco beneficiados por esta visão, como é o caso dos negros.

Exemplos de diversidades:

- A taxa de mortalidade das mulheres negras de 10 a 40 anos, por complicações de gravidez e parto, foi 2,9 vezes maior que a apresentada para as mulheres brancas no Paraná, especificamente, o risco por morte materna é 7,4 vezes maior para negras (Cadernos Criola nº 2).
- Os filhos de mães negras no nordeste têm um risco de morte antes de completar um ano de vida 44% maior do que os filhos de mães negras residentes no sul. Se comparados aos filhos de mães brancas residentes na região sul, os filhos de mães negras residentes no nordeste têm um risco 63% maior de morrer antes de completar um ano (Cadernos Criola nº 2).
- Mulheres negras soropositivas, quando comparadas com mulheres brancas com o mesmo status sorológico, têm maiores dificuldades de acesso ao teste diagnóstico, mais dificuldades de acesso às informações sobre terapia anti-retroviral para o recém nascido, maiores dificuldades de adoção de comportamentos de proteção à sua saúde, a exemplo do uso de preservativos (Cadernos Criola nº 2).

Assim como a identificação por sexo e grupo etário é importante ferramenta na formulação de diagnóstico e políticas públicas de saúde, a identificação por cor é fundamental para conhecermos os processos de adoecimento e as causas de morte a que estão submetidas a população negra.

A utilização de categorias do IBGE nos sistemas de informação em saúde permite intervir de forma mais precisa na promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Categorias definidas pelo IBGE

Pardos Amarelos Indígenas Brancos Pretos

O ideal preconizado pelo IBGE é que o preenchimento desta informação seja feito através da auto declaração da cor, para não haver dúvidas sobre o pertencimento racial.

Para se conhecer esta realidade, se faz necessário a implantação do quesito cor nos protocolos de atendimento dos serviços de saúde para a alimentação dos sistemas de informação existentes. Este fato foi reconhecido pelo Ministério da saúde e no relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde. No que diz respeito à **Informação e Informática em Saúde**, temos como diretriz:

"Divulgar informações e implantar banco de dados epidemiológicos e estatísticos sócioeconômicos, por etnia, tais como moradia, condições de vida e saúde, com identificação do número de pessoas atingidas pelas patologias, utilizando o índice de Desenvolvimento Humano (IDH) desagregado por sexo e cor e os índices de exclusão social como parâmetros para monitorar as doenças prevalecentes entre as populações negras e indígenas" (grifo nosso).

O Plano Nacional de Saúde também estabelece como diretriz a "inclusão do quesito raça/cor entre as informações essenciais dos atendimentos realizados no SUS e na rede suplementar de serviços, e determina a utilização da raça/cor como categoria analítica dos perfis de morbimortalidade, de carga de doença e de condições ambientais".

Ainda é muito baixo o preenchimento do quesito cor nas informações em saúde. Sensibilizar gestores para a importância deste preenchimento é tarefa de primeira ordem. Estes dados possibilitarão ver com maior precisão a situação de saúde da população negra, os entraves e os avanços.







Para conseguir medir ou avaliar o estado de saúde da população, os profissionais de saúde pública utilizam a informação existente, ou seja, os dados que são gerados a partir dos registros de informações sobre mortalidade, nascimento, morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais. Estes dados são capazes de traduzir as condições de saúde da população e apontar seus possíveis determinantes. São chamados de indicadores de saúde e traduzem informações relevantes para a quantificação e a avaliação em saúde.

Alguns indicadores

- Taxa de Mortalidade Infantil Indicador utilizado para medir a mortalidade em crianças menores de um ano de idade. Cálculos feitos em 2000 indicavam que a Taxa de Mortalidade Infantil das crianças negras era cerca de 66% maior que a Taxa de Mortalidade das crianças brancas.
- Taxa de Mortalidade Materna Reflete o número de óbitos femininos ocorridos por causas relacionadas à gravidez. Este indicador é muito importante, pois mostra a qualidade de cuidado em saúde recebido pela gestante e também as condições de vida da população.
- Proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal Utilizado para analisar a cobertura dos serviços de pré-natal, detectando variações entre regiões, períodos de tempo e entre grupos sociais, contribuindo para o planejamento e avaliação das políticas de saúde voltadas para o atendimento pré-natal.
- Taxa de Internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC) Este indicador avalia, de forma indireta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento e educação para a saúde) da doença hipertensiva.
- Proporção de portadores de Hipertensão Arterial cadastrados Avalia de forma indireta o acesso aos serviços de saúde, pois mostra o percentual de hipertensos que estão cadastrados nas Unidades de Saúde em relação ao número provável de hipertensos que pode existir. Este indicador é capaz de subsidiar o planejamento a curto prazo por meio da utilização dos dados do sistema de cadastro dos portadores norteando novas ações de atenção aos portadores de Hipertensão Arterial.
- Proporção de Internações por complicações do Diabetes Mellitus objetiva avaliar, de forma indireta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento e educação para a saúde) das doenças crônico-degenerativas não transmissíveis. Através do cálculo do percentual de internações por complicações do Diabetes Mellitus em relação ao total de internações no SUS.
- **Proporção de portadores de Diabetes Mellitus cadastrados** Avalia de forma indireta o acesso aos serviços de saúde, pois mostra o percentual de diabéticos que estão cadastrados nas Unidades de Saúde em relação ao número provável de diabéticos que pode existir. Este indicador é capaz de subsidiar o planejamento a curto prazo por meio da utilização dos dados do sistema de cadastro dos portadores, norteando novas ações de atenção aos portadores de Diabetes Mellitus.

O Ministério da Saúde mantém o Sistema de Informação em Saúde, que é formado por uma série de bancos de dados que são mantidos disponíveis para os profissionais de saúde trabalharem estes dados, para os gestores se planejarem e para a população conhecer estas informações. Para ter acesso basta entrar no site do Datasus (**www.datasus.gov.br**).



Vários documentos produzidos por pesquisadores negros e ativistas do movimento negro a aliados na luta anti-racismo, têm apontado de forma consistente quais os principais agravos em saúde que demandam respostas mais resolutivas por parte do SUS. Apontam também as questões cruciais relativas a atitudes discriminatórias, dificuldade de acesso e baixa qualidade da atenção. Para quase todos estes problemas existem políticas e programas formulados, porém estas orientações ainda não se tornaram realidade. Listamos alguns programas e políticas para que possamos verificar como estão sendo implementados:

Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS

Visa uma nova relação entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Pretende atuar em todos os níveis de atenção e de gestão com o objetivo de produzir mudanças nas relações de trabalho e nos modos de atender. Um dos seus princípios é a:

"Valorização de dimensão subjetiva e social em todas as práticas da atenção e gestão do SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhas, assentados, etc)" (Ministério da Saúde).

Assistência Farmacêutica

A lei orgânica da saúde (8080/1990) estabelece como campo de atuação do SUS, em seu artigo 6°, "a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica". O que significa dizer que todo cidadão tem direito ao acesso aos medicamentos essenciais à prevenção e tratamento de doenças. E para isto, estabelece como competência do SUS "a formulação da Política de Medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção".

Apesar disto, atualmente cerca de 51,7% dos brasileiros interrompem o tratamento devido à falta de dinheiro para comprar remédios. Famílias de menor renda chegam a destinar 2/3 dos gastos com saúde para a compra de remédios (OMS, 2002).

Partindo-se desta grande dificuldade que a maioria da população tem em ter acesso aos medicamentos necessários ao tratamento principalmente no tratamento de doenças crônicas, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) em vigor atualmente tem como propósito "garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do uso racional de medicamentos e o acesso da população àqueles considerados essenciais". Suas diretrizes são:

O estabelecimento da Relação Nacional de Medicamentos essenciais (RENAME)

Objetivos • esta relação inclui os produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde prevalentes na população e que devem estar continuamente disponíveis aos seguimentos da sociedade que deles necessitem nas formas farmacêuticas apropriadas. Esta relação nacional serve como base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico, devendo ser continuamente atualizada. Os estados e municípios devem, com o apoio do gestor federal, com base na RENAME e de acordo com a situação epidemiológica local, definir suas próprias listas de medicamentos essenciais de acordo com o princípio de descentralização do SUS, respeitando as diferenças regionais do país. Sendo estas instâncias também responsáveis pelo suprimento de suas redes de serviços.

Esta lista é editada pelo Ministério da Saúde e encontra-se disponível no endereço **www.saude.gov.br**

Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus

Sendo a hipertensão arterial e o diabetes mellitus importantes fatores de risco para a morbimortalidade cardiovascular, o Ministério da Saúde implantou, no ano 2000, o **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus** no Brasil (Ministério da Saúde, 2001).

Objetivo • redução da morbimortalidade cardiovascular e a melhoria da qualidade de vida da população, através de:

- Capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais da rede básica na atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus.
- Cadastramento a acompanhamento dos casos confirmados de hipertensão arterial e de diabetes mellitus.
- A partir do cadastramento, garantir o fornecimento contínuo de medicamentos para a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus.

Programa de Atenção Integral aos Pacientes com Doença Falciforme

Este Programa Nacional tem como objetivo a atenção integral às pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. Seu principal público alvo é a população afro-descendente.

A política visa:

- Atingir não só os pacientes triados a partir do PNTN Programa Nacional de Triagem Neonatal, mas também os pacientes com diagnóstico tardio da doença, que serão identificados por meio da criação de uma rede pública de serviços de hemoterapia e hematologia (Hemorrede).
- A Hemorrede deve oferecer atendimento integral aos (as) pacientes estando articulada com as políticas de trabalho e emprego, assistência social, educação e outros setores sociais compondo uma assistência completa à saúde.
- Garantia de medicamentos e insumos.
- Disponibilizar profissionais capacitados para atuar no tratamento dos (as) portadores (as) de doenças falciformes, de forma a prestar e aconselhar os familiares e as pessoas diagnosticadas com a doença ou com alteração parcial da enfermidade.

Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN

A triagem neonatal é um exame, conhecido como "Teste do Pezinho" e permite fazer o diagnóstico de quatro doenças: Hipotireoidismo Congênito, Fenilcetonúria, Hemoglobinopatias e Fibrose Cística. Este diagnóstico precoce é importante para que a equipe de saúde possa interferir no curso da doença, permitindo, desta forma, a instituição do tratamento precoce específico, a diminuição ou eliminação das seqüelas associadas à cada doença.

- As gestantes devem ser orientadas, ao final de sua gestação, sobre a importância do teste do pezinho e procurar um posto de coleta ou um laboratório indicado pelo pediatra.
- Toda criança nascida em território nacional tem o direito à triagem neonatal.



Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)

Objetivo • Garantir atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada.

Além de uma série de determinações para as unidades e profissionais, o PHPN esclarece quais os direitos da gestante para garantir o alcance do objetivo do programa.

- Toda gestante será cadastrada no registro do programa, recebendo um cartão da gestante no qual constará o seu número de registro.
 - A equipe da unidade deve estar sensibilizada e capacitada, de forma a sempre buscar uma maior adesão ao pré-natal através de uma assistência de qualidade, resultando em melhores resultados para a gestante e recémnascido.
- A unidade de saúde deve se organizar de forma a oferecer rotineiramente ações educativas para as gestantes, oferta do teste anti HIV, de exames de urina, glicemia e sífilis no 1º trimestre.

• Na primeira consulta e nas subseqüentes, deve ser

feita a classificação do risco gestacional. Sendo considerada gravidez de risco, a gestante deve ser encaminhada para o ambulatório de alto risco. No ambulatório, onde a gestante for atendida, o nome do hospital de referência deverá ser anotado na ficha de atendimento, evitando que a gestante seja obrigada a procurar vaga na maternidade na hora do parto.

- A gestante deve ter acesso a no mínimo seis consultas de pré-natal durante a gravidez, com um intervalo superior a 15 dias.
- O retorno da puérpera à unidade que deve se dar em até 42 dias após o parto.

Perspectiva da Eqüidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

A área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde formulou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, nele o MS afirma que a redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda um desfio para os serviços e a sociedade, se configurando em um grave problema de saúde pública. Afirma ainda, que este problema atinge de maneira desigual as regiões brasileiras e aponta uma maior prevalência de mortalidade materna e neonatal entre mulheres e crianças pertencentes às classes sociais mais desfavorecidas.

Entendendo que o Pacto geral não possuía instrumentos para reduzir ou eliminar as desigualdades do período gestacional entre mulheres brancas e negras, o MS lançou em 2005 o documento - Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Atenção à Saúde das Mulheres Negras.

Este documento alerta os profissionais de saúde sobre a evolução diferenciada e a prevalência de algumas doenças na população negra, enfatizando os cuidados que os profissionais devem ter com as mulheres negras durante a gravidez.

Indica como o SUS pode melhorar a qualidade do acolhimento e atendimento às gestantes e recém nascidos (as) negros (as).

Programa Estratégico de Ações afirmativas: População Negra e AIDS

Este Programa objetiva promover ações que subsidiem o desenvolvimento de políticas de enfrentamento da epidemia direcionadas à população negra. Nele O Ministério da Saúde assume o compromisso de combater a discriminação racial e étnica, e pesquisar as relações entre o racismo e vulnerabilidade ao HIV/AIDS.

É importante salientar que o Ministério da Saúde não encontrou nehuma relação entre raça e o risco biológico, suas associações seriam mais no sentido de avidenciar que condições sociais e econômicas desfavoráveis e o racismo são fatores que podem agravar a vulnerabilidade ao HIV/AIDS.

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, reúne e define princípios, marcas, diretrizes, objetivos e estratégias de gestão que

buscam a melhoria das condições de saúde da população negra.

Foi formulada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) com a assessoria do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), ambos do Ministério da Saúde. De natureza transversal, a política perpassa vários órgãos, secretarias, programas e ações vinculados ao Ministério da Saúde e deve ser implementada em todos os níveis do SUS, ou seja, federal, estaduais e municipais.

"Ela se insere na nova dinâmica do SUS e objetiva garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção e tratamento às doenças e aos agravos transmissíveis e não-transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional" (SGEP/MS/2006).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra reconhece os processos históricos de luta e resistência desta população desde o período colonial, até os dias de hoje. Reconhece, que as condições sociais nas quais os (as) negros (as) vivem, e o racismo a que estão submetidos (as) são determinantes da sua situação de saúde. E, ainda, reconhece o racismo institucional como produtor e reprodutor de práticas discriminatórias que resultam na oferta de serviços de baixa qualidade aos grupos raciais discriminados.

Seguem alguns pontos que compõem os princípios, a marca, as diretrizes, os objetivos e as estratégias de gestão da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:

Princípios

- Repudia o racismo.
- Reafirma os princípios da equidade, da universalidade e da integralidade do SUS.
- Enfatiza a participação popular e o controle social.

Marca

• "Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde".

Diretrizes

- Inclusão dos temas saúde da população e racismo nos processos de educação permanente dos trabalhadores da saúde e do controle social na saúde.
- Estabelecimento de metas específicas para a redução da mortalidade materna e mortalidade infantil.
- Desenvolvimento de ações para reduzir as disparidades raciais presentes nas condições de saúde e nos agravos.

- Ampliação da participação do Movimento Negro nas instâncias de controle social.
- Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas preservados pelas religiões de matrizes africanas.

Objetivo Geral

• Promover a saúde integral da população negra e combater o racismo e a discriminação no SUS.

Objetivos Específicos

- Ampliar o acesso à saúde das populações negras de áreas urbanas, da periferia, de áreas rurais e, em especial, das comunidades quilombolas.
- Melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que diz respeito à coleta e utilização do quesito cor.
- Definir e pactuar indicadores junto aos gestores para promover a equidade racial em saúde.

Estratégias de Gestão

- Implementação do combate ao racismo institucional.
- Inclusão do quesito cor nos sistemas de informação do Ministério da Saúde.
- Fortalecimento da atenção à saúde integral da população negra em todas as fases da vida.
- Qualificação e humanização da assistência à mulher negra na gravidez, no parto, no pós-parto, no climatério e nas situações de abortamento.
- Fortalecimento das ações voltadas para as pessoas com doença falciforme.
- Apoio técnico e financeiro para implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Cabe lembrar que o texto integral da Política contempla ainda inúmeras outras questões. Deve-se salientar que todos os níveis de gestão têm responsabilidades com relação à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Os gestores federal, estaduais e municipais devem definir recursos para implantar e implementar a Política. Ela deve estar articulada ao Pacto pela Vida, ao Pacto em Defesa do SUS e ao Pacto de Gestão e constar no Termo de Compromisso assinado pelos gestores. Deve fazer parte também do Plano Nacional e dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde e do Plano Plurianual (PPA), em consonância com as realidades locais e regionais.

O PPA é um instrumento de planejamento e programação orçamentária





Este é um importante instrumento criado **em consenso pelos governos federal, estaduais e municipais e Conselho Nacional de Saúde** para que o usuário do SUS, ou seja, todo cidadão brasileiro conheça seus direitos e deveres e assim possa ajudar na construção de um SUS com mais qualidade. Esta carta baseia-se em seis princípios básicos de cidadania:

- Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
- 2 Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
- **3** Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
- 4 Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
- **5** Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
- **6** Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

De acordo com estes princípios, a carta descreve os direitos e deveres dos cidadãos no que diz respeito ao sistema único de saúde. Dentre os direitos, no que diz respeito à assistência, destacam-se:

O acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento.





- O As receitas e prescrições terapêuticas devem ser claras e conter o nome genérico das substâncias prescritas, caligrafia legível, o nome legível do profissional e seu número de registro juntamente com sua assinatura e data.
- É direito dos cidadãos atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência.
- ① Ter acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões, reclamações e denúncias aos gestores e às gerências das unidades prestadoras de serviços de saúde e às ouvidorias, sendo respeitada a privacidade, o sigilo e a confidencialidade.
- Participar dos processos de indicação e/ou eleição de seus representantes nas conferências, nos conselhos nacional, estadual, do Distrito Federal, municipal e regional ou distrital de saúde e conselhos gestores de serviços.

*Texto retirado em parte da Carta dos Usuários do SUS

Fique atento aos seus direitos e deveres!!!

Você pode ter acesso à "Carta do usuário do SUS" na secretaria de saúde do seu município, ou pelo site:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha%20Integra.pdf



Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. Editora: Saraiva, São Paulo, 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Editora: Ministério da Saúde – Brasília, 2006. Sp (série e legislação de saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS**. 1ª ed., 7ª reimpressão. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Pacto pela saúde 2006. www.saude.gov.br (acessado em junho de 2006).

Brasil. Ministério da Saúde. **Perspectiva da equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: atenção à saúde das mulheres negras**. Maria Auxiliadora Benevides et al. Ed. Ministério da Saúde – Brasília. 2005.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa – SGEP. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília – DF, outubro de 2006.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas. **Plano de Reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Rev Saúde Pública 2001; 35(6): 585-8 585.

Brasil. PNUD. **Relatório de Desenvolvimento Humano – Brasil 2005. Racismo Pobreza e Violência**. Carlos Lopes; Diva Moreira (editores). Editora: Prima Página. São Paulo – SP. 2005.

Conferência Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde, Relatório Final**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília. 2004.

Conselho Nacional de Saúde. **Regulamentação da EC 29: agora é a hora**. Informativo eletrônico do CNS aos Conselhos de Saúde. Brasília, janeiro de 2006. www.conselho.saude.gov.br (acessado em junho de 2006).

Conselho Nacional de Saúde. **O papel dos Conselhos na afirmação do Pacto pela Saúde**. Informativo eletrônico do CNS aos Conselhos de Saúde. Brasília, junho. 2006. www.conselho.saude.gov.br (acessado em junho de 2006).

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota técnica nº6/2006**. Brasília, maio de 2006.

Criola. Cadernos Criola nº 1. Saúde da Mulher Negra. Rio de Janeiro, 2000.

Criola. **Cadernos Criola nº 2**. Saúde da Mulher Negra para gestores e profissionais de saúde. Rio de Janeiro, 2004.

Cunha, SS. **O controle social e seus instrumentos**. Salvador, 2003. www.adm.ufba.Br/capitalsocial/documentos%20para20%download/contrlo%20social%20e%20seus%20i

www.adm.ufba.Br/capitalsocial/documentos%20para20%download/contrlo%20social%20e%20seus%20instrumentos.pdf (acessado em maio de 2006).

Lima, NT (organizadora). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Editora: Fiocruz. Rio de Janeiro, 2005.

Luchese, PTR. Políticas Públicas em Saúde. 2004. www.itd.bus.br. Capturado em 1º de julho de 2006.

Oliveira, M; Figueiredo ND. **Crítica sobre Políticas, Ações e Programas de Saúde implementados no Brasil.** In: Saúde da população Negra no Brasil: Contribuições para promoção da equidade. FUNASA. Brasília, 2005.

Rede Feminista de Saúde. **Controle Social uma questão de cidadania - saúde é assunto para mulheres**. Hamburgo gráfica e editora. São Paulo, 1998.

www.datasus.gov.br www.saude.gov.br/susdeaz



Algumas de nossas conquistas

- 1 Criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra - 1995.
- Realização da Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra abril de 1996.
- Pré-Conferência Cultura & Saúde da População Negra Fundação Cultural Palmares e Ministério da Saúde setembro de 2000 Brasília.
- Lançamento do Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente - Ministério da Saúde - 2000.
- Programa Nacional de Triagem Neo-natal inclui doenças falciformes e hemoglobinopatias - junho de 2001.
- Documento Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade PNUD e OPAS/dezembro de 2001.
- ▼ Publicação do livro Saúde da População Negra OPAS 2002.
- Participação de pesquisadores negros e ativistas no Congresso da ABRASCO/ Brasília.
- Participação de ativistas do movimento de mulheres negras, movimento negro, lideranças da tradição religiosa afro-brasileira e pesquisadores/as negros/as na XII Conferência Nacional de Saúde garantindo no relatório final itens relacionadas as questões de raça/cor, religiões de matrizes africanas, população quilombola, mulher negra, etc.
- Instalação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra no Ministério da Saúde com representantes do movimento negro e pesquisadores negros agosto de 2004.

- Realização do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra agosto de 2004 - Ministério da Saúde e SEPPIR
- Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil inclui o recorte racial 13 de dezembro de 2004
- Comissão de Determinantes Sociais em Saúde prioriza três linhas de pesquisa: (1) desigualdades sociais, regionais, étnico-raciais e de gênero da morbimortalidade e dos fatores de risco; (2) desigualdade no acesso e qualidade dos serviços de saúde e intervenções sociais; e (3) aspectos metodológicos dos estudos sobre os determinantes sociais da saúde.
- Participação do movimento negro na CAMS/Comissão de Articulação de Movimentos Sociais do Programa Nacional de DST/Aids.
- Programa Estratégico População Negra e Aids/PN-DST-Aids.
- Projeto Afro-Atitude PN-DST-Aids.
- Implantação de Comitês Técnicos Estaduais Saúde da População Negra.
- Lançamento do livro: Saúde da População Negra no Brasil FUNASA Brasília 2005.
- Edital de pesquisas pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) do MS e do Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com o tema "Saúde da População Negra" 2006.
- Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial.
- Desagregação dos dados cor/raça nos sistemas de informação em saúde do MS.
- Inclusão da redução das desigualdades raciais e de gênero no PPA do MS (Plano Plurianual 2004-2007).
- Vaga para o movimento negro no Conselho Nacional de Saúde/CNS.
- Eleição de representantes do movimento negro no CNS-2006.
- Aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra pelo Conselho Nacional de Saúde (novembro de 2006).



MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Brasília – DF Fevereiro de 2007

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	51
A POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL E A LUTA PELA CIDADANIA	52
A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL E SEUS DETERMINANTES SOCIAIS	54
PRINCÍPIOS	57
MARCA	58
DIRETRIZES	58
OBJETIVO GERAL	59
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	59
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO	60
RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO	63
• Gestor Federal	
Gestor Estadual Gestor Municipal	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

INTRODUÇÃO

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

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

Esta Política abrange ações e programas de diversas secretarias e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde (MS). Trata-se, portanto, de uma política transversal, com formulação, gestão e operação compartilhadas entre as três esferas de governo, seja no campo restrito da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, seja em áreas correlatas.

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

Ela se insere na dinâmica do SUS, por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, que incluem: utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial.

A POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL E A LUTA PELA CIDADANIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ainda em agosto de 2004, considerando o interesse em subsidiar a promoção da equidade e com vistas a cumprir o acordo feito por ocasião da assinatura do já referido termo de compromisso, no que diz respeito à promoção da igualdade racial no âmbito do SUS, o MS instituiu o CTSPN, por meio da Portaria n.º 1.678, de 16 de agosto de 2004 (BRASIL, 2004e).

O comitê é coordenado pela SGEP e composto por representantes de diversas áreas técnicas do MS, da SEPPIR, pesquisadores e ativistas da luta anti-racista na área da saúde da população negra. Seu

funcionamento é regido pela Portaria n.º 2.632, de 15 de dezembro de 2004, e dentre as suas realizações destacam-se as contribuições para a construção desta Política (BRASIL, 2004f).

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

A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL E SEUS DETERMINANTES SOCIAIS

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

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

No que se refere à pobreza, outros estudos revelam que os negros correspondem a cerca de 65% da população pobre e 70% da população extremamente pobre, embora representem 45% da população brasileira. Os brancos, por sua vez, são 54% da população total, mas somente 35% dos pobres e 30% dos extremamente pobres (HENRIQUES, 2003 *apud* OLIVEIRA & FIGUEIREDO, 2005).

O baixo nível de renda, tanto individual quanto domiciliar *per capita*, restringe as liberdades individuais e sociais dos sujeitos, fazendo com que todo o seu entorno seja deficiente, desgastante e gerador de doença. Em 2001, mais de 32 milhões de negros com renda de até ½ salário mínimo eram potencialmente demandantes de serviços de assistência social e viviam, em sua maioria, em lugares com características indesejáveis ² de habitação (IBGE, 2000; IPEA 2002).

O relatório *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde* apresenta informações e análises discriminadas segundo raça, cor e etnia, enfocando assistência pré-natal, tipo de parto, baixo peso ao

nascer e análise dos dados referentes ao nascimento, incluindo morbimortalidade materno-infantil, em âmbito nacional e regional.

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

Entre os nascidos vivos negros, a proporção de nascimentos provenientes de mães adolescentes de 15 a 19 anos foi de 29%, portanto 1,7 vez maior que os nascidos vivos brancos. Verificou-se ainda que 62% das mães de nascidos brancos referiram ter passado por sete ou mais consultas de pré-natal. Para as mães de nascidos indígenas, o percentual foi de 27% e para as mães de nascidos pardos, 37% (BRASIL, 2005).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A dimensão político-programática do racismo institucional é caracterizada pela produção e disseminação de informações sobre as experiências diferentes e/ou desiguais em nascer, viver, adoecer e morrer; pela capacidade em reconhecer o racismo como um dos determinantes das desigualdades no processo de ampliação das potencialidades individuais; pelo investimento em ações e programas específicos para a identificação de práticas discriminatórias; pelas possibilidades de elaboração e implementação de mecanismos e estratégias de não-discriminação, combate e prevenção do racismo e intolerâncias correlatas – incluindo a sensibilização e capacitação de profissionais; pelo compromisso em priorizar a formulação e implementação de mecanismos e estratégias de redução das disparidades e promoção da eqüidade (PNUD/DFID, 2005).

PRINCÍPIOS

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

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

Reafirma os princípios do SUS, constantes da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, tais como: a) a universalidade do acesso, compreendido como o "acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie"; b) a integralidade da atenção, "entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema"; c) a igualdade da atenção à saúde; e d) descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990a, art. 7.º, inc. I, II, IV IX).

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

Igualmente importante é o princípio da equidade. A iniquidade racial, como fenômeno social amplo, vem sendo combatida pelas políticas de promoção da igualdade racial, regidas pela Lei n.º 10.678/03, que criou a SEPPIR. Coerente com isso, o princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental

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

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

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

MARCA

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

DIRETRIZES GERAIS

- Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde.
- Ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde.
- Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra.
- Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas.
- Promoção de ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnicoraciais no campo da saúde.

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

OBJETIVO GERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde.

 Garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde.
- Incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social.
- Identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho.
- Aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS.
- Melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia.
- Identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades.
- Definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde.
- Monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais.
 Incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar.

- Monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios antiracistas e não-discriminatórios.
- Fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO³

- Implementação das ações de combate ao racismo institucional e redução das iniquidades raciais, com a definição de metas específicas no Plano Nacional de Saúde e nos Termos de Compromisso de Gestão.
- Desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades locorregionais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas; doença falciforme; DST/HIV/aids; tuberculose; hanseníase; câncer de colo uterino e de mama; transtornos mentais.
- Fortalecimento da atenção à saúde integral da população negra em todas as fases do ciclo da vida, considerando as necessidades específicas de jovens, adolescentes e adultos em conflito com a lei.
- Estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas.
- Fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social.
- Fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.
- Qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos estados e municípios.
- Articulação e fortalecimento das ações de atenção às pessoas com doença falciforme, incluindo a reorganização, qualificação e humanização do processo de acolhimento, do serviço de dispensação na assistência farmacêutica, contemplando a atenção diferenciada na internação.

- Inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS.
- Incentivo técnico e financeiro à organização de redes integradas de atenção às mulheres negras em situação de violência sexual, doméstica e intrafamiliar.
- Implantação e implementação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, nos estados e municípios, conforme a Portaria MS/GM n.º 936, de 19 de maio de 2004, como meio de reduzir a vulnerabilidade de jovens negros à morte, traumas ou incapacitação por causas externas (BRASIL, 2004b).
- Elaboração de materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População Negra, respeitando os diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas.
- Fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o acesso da referida população aos serviços e ações de saúde.
- Garantia da implementação da Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM n.º 1.426, de 14 de julho de 2004, que aprovou as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, no que diz respeito à promoção da equidade (BRASIL, 2004c).
- Articulação desta Política com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial MS/MJ n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003b).
- Articulação desta Política com as demais políticas de saúde, nas questões pertinentes às condições, características e especificidades da população negra.
- Apoio técnico e financeiro para a implementação desta Política, incluindo as condições para: realização de seminários, oficinas, fóruns de sensibilização dos gestores de saúde; implantação e implementação de comitês técnicos de saúde da população negra ou instâncias similares, nos estados e municípios; e formação de lideranças negras para o exercício do controle social.
- Estabelecimento de acordos e processos de cooperação nacional e internacional, visando à promoção da saúde integral da população negra nos campos da atenção, educação permanente e pesquisa.
- Implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações desta Política nas distintas esferas de gestão.



RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO

Gestor Federal

- Implementação desta Política em âmbito nacional.
- Definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
- Garantia da inclusão desta Política no Plano Nacional de Saúde e no PPA setorial 2008-2011.
- Coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde.
- Garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS.
- Identificação das necessidades de saúde da população negra e cooperação técnica e financeira com os estados, Distrito Federal e municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e recursos.
- Apoio técnico e financeiro para implantação e implementação de comitês técnicos de saúde da população negra ou instâncias similares no Distrito Federal, estados e municípios.
- Garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004a).
- Adoção do processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas de promoção da saúde integral da população negra, garantindo tecnologias adequadas.
- Estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política.
- Fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social.
- Definição de ações intersetoriais e pluriinstitucionais de promoção da saúde integral da população negra, visando à melhoria dos indicadores de saúde da população negra.
- Apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra.

- Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra.
- Estabelecimento de parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde integral da população negra no âmbito do SUS.
- Estabelecimento e revisão de normas, processos e procedimentos, visando à implementação dos princípios da equidade e humanização da atenção e das relações de trabalho.
- Instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

Gestor Estadual

- Apoio à implementação desta Política em âmbito nacional.
- Definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).
- Coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde, em âmbito estadual.
- Garantia da inclusão desta Política no Plano Estadual de Saúde e no PPA setorial estadual 2008-2011, em consonância com as realidades locais e regionais.
- Garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS.
- Identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito estadual e cooperação técnica e financeira com os municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e recursos.
- Implantação e implementação do comitê técnico estadual de saúde da população negra ou instância similar.
- Apoio à implantação e implementação dos comitês técnicos municipais de saúde da população negra ou instâncias similares.
- Garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004a).

- Estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política.
- Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra.
- Apoio aos processos de educação popular em saúde, referentes às ações de promoção da saúde integral da população negra.
- Fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social.
- Articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e nãogovernamentais, com vistas a contribuir no processo de efetivação desta Política.
- Instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

Gestor Municipal

- Implementação desta Política em âmbito municipal.
- Definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).
- Coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde.
- Garantia da inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial 2008-2011, em consonância com as realidades e necessidades locais.
- Garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS.
- Identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e recursos.
- Implantação e implementação de comitê técnico municipal de saúde da população negra ou instância similar.
- Estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política.

- Garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004a).
- Articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e nãogovernamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação desta Política.
- Fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social.
- Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra.
- Apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra.
 Instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988. **Diário** Oficial da União, Brasília, DF, 05 out., 1988. Disponível em URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil 03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm (1990a). Lei 8.142/9, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 de dez., 1990. Disponível em URL: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142 281290.htm (1990b). Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de set., 1990. Disponível em URL: http://conselho.saude.gov.br/legislacaolei8080 190990.htm (2003a). Lei n.º 10.678, de 23 de maio de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 mai., 2003. Disponível em URL: http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10678.htm (2003b). Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial MS/MJ n.º 1777, de 9 de setembro de 2003. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 set., 2003. Disponível em URL: http://www.mj.gov.br/Depen/legislacao/2003Portaria1777.pdf (2004a). Ministério da Saúde. Portaria n.º 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 fev., 2004. Disponível em URL: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm (2004b). Ministério da Saúde. Portaria n.º 936/GM, de 18 de maio de 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 mai., 2004. Disponível em URL: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria936.pdf (2004c). Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM n.º 1.426, de 14 de julho de 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jul., 2004. Disponível em URL: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1426.htm (2004d). Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Ministério da Saúde. Caderno de Textos Básicos. Brasília: I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, 2004.

(2004e). Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.678/GM, de 13 de agosto de 2004. Diário Oficial
da União, Brasília, DF, 16 ago., 2004.
Disponível em URL: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1678.htm
(2004f). Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.632/GM, de 15 de dezembro de 2004. Diário
Oficial da União, Brasília, DF, 16 dez., 2004. Disponível em URL:
http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/Gm/GM-2632.htm
Ministration de Cortale Commente de Visitan de em Cortale Demonte de Aurille e de
Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de
Situação de Saúde. Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde no Brasil . Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
Jaude, 2005.
Miller Local Date Constitution
Brasília, DF, 23 fev., 2006. Disponível em URL:
http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm
IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Indicadores sociais mínimos. In: Censo 2000 .
Disponível em URL:
http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos
IPEA. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da
intervenção governamental. Brasília: IPEA, 2002.
OLIVEIRA, M.; FIGUEIREDO, ND. Crítica sobre políticas, ações e programas de saúde implementados no
Brasil. In: LOPES, F. (Org.). Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da
eqüidade/Fundação Nacional de Saúde. Brasília : Funasa/MS, 2005, pp 387-435.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. DFID. Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional. Programa de Combate ao Racismo Institucional. **Relatório revisão anual**. Brasília: PNUD/DFID, 2005.

PNUD et al. **Política nacional de saúde da população negra: uma questão de eqüidade.**Documento resultante do Workshop Interagencial de Saúde da População Negra, 6, 7 dez., 2001.
Brasília: PNUD/OPAS/DFID/UNFPA/UNICEF/UNESCO/UNDCP/UNAIDS/UNIFEM.





CRIOLA é uma instituição da sociedade civil sem fins lucrativos, criada em 2 de setembro de 1992. Foi fundada e é conduzida por mulheres negras de diferentes formações, voltadas para o trabalho com mulheres, adolescentes e meninas negras, principalmente no Estado do Rio de Janeiro.

Sua missão institucional é instrumentalizar mulheres, adolescentes e meninas negras para o desenvolvimento de ações para o combate ao racismo, ao sexismo, à homofobia e para a melhoria das condições de vida da população negra. CRIOLA dedica-se ativamente à inserção de mulheres negras como agentes de transformação para uma sociedade fundada em valores de justiça, equidade e solidariedade. Onde a presença e contribuição das mulheres negras sejam acolhidas como um bem da humanidade.

Para a implementação da missão institucional nosso trabalho está organizado em 6 linhas de ação:

- Economia, trabalho e renda.
- Saúde da mulher negra.
- Defesa e garantia de direitos humanos.
- Ação política e articulação com instituições e movimentos sociais.
- Publicações, difusão de informações e documentação.
- Desenvolvimento institucional.