

PERSPECTIVAS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN) NA SECRETARIA NACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (SNAP)

Marcus V. B. Peixinho
Diretor do DAGEP

Maio de 2019

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL

SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social - DAGEP

Coordenação de Assessoria Técnica e Administrativa - COATA

Coordenação-Geral de Apoio ao Controle Social, à Educação Popular em Saúde e às Políticas de Equidade do SUS - CGASOC

O DAGEP é composto por 25 colaboradores:

- ☐ 22 servidores de carreira.
- ☐ 3 servidores não efetivos (DAS).
- ☐ 2 secretárias terceirizadas.

POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DE EQUIDADE

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA:

Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009.

III Plano Operativo (2017-2019): Resolução CIT nº 16, de 30 de março de 2017.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS:

Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011.

II Plano Operativo (2017-2019): Resolução CIT nº 26, de 27 de outubro de 2017.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS:

Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, alterada pela Portaria nº 2311, de 23 de outubro de 2014 (inclusão do termo águas).

II Plano Operativo (2017-2019): Resolução CIT nº 27, de 28 de setembro de 2017.

POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DE EQUIDADE

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA:

Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 – Presidência da República.

II Plano Operativo (2017-2019): Resolução CIT nº 31, de 30 de novembro de 2017.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO POVO CIGANO/ROMANI:

Portaria nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018, altera a Portaria de Consolidação nº 2 GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir, no âmbito do Sistema único de Saúde – SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani.

POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DE EQUIDADE

- Subsidiar o processo de formulação de políticas de gestão estratégica, democrática e participativa do SUS;
- Articulação intra e intersetorial com diversas áreas do MS e outras instâncias governamentais;
- Produção de materiais informativos;
- Capacitação de lideranças dos movimentos sociais por TEDs e Convênios;
- Apoio com emissão de passagens e diárias;
- Fomento a eventos, seminários e congressos;
- Acompanhamento das Políticas de Equidade no SUS;
- Gestão de contratos de bolsistas (OPAS, FIOTEC);
- Orçamento único para todas as Políticas de Equidade no SUS.



Alguns entraves do fomento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)

- A Coordenação e Fomento da PNSIPN - âmbito do DAGEP/SGEP;
- Os serviços de saúde da atenção básica para comunidades Quilombolas - âmbito do DAB/SAS;
- Povos de Matriz Africana (DAGEP/RENAFRO);
- Informações para subsidiar as Políticas de Equidade baseadas em Evidências científicas - âmbito da (SVS);
- Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação das Políticas de Equidade no SUS - âmbito do DEMAS/SE;
- População Albina – (Nenhuma ação desenvolvida no âmbito do SUS);
- Política de Doença Falciforme – âmbito do DAET/SAS;
- Garantia do quesito Raça/Cor (Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017) nos sistemas de informação do Ministério Saúde - âmbito do DATASUS/SE.



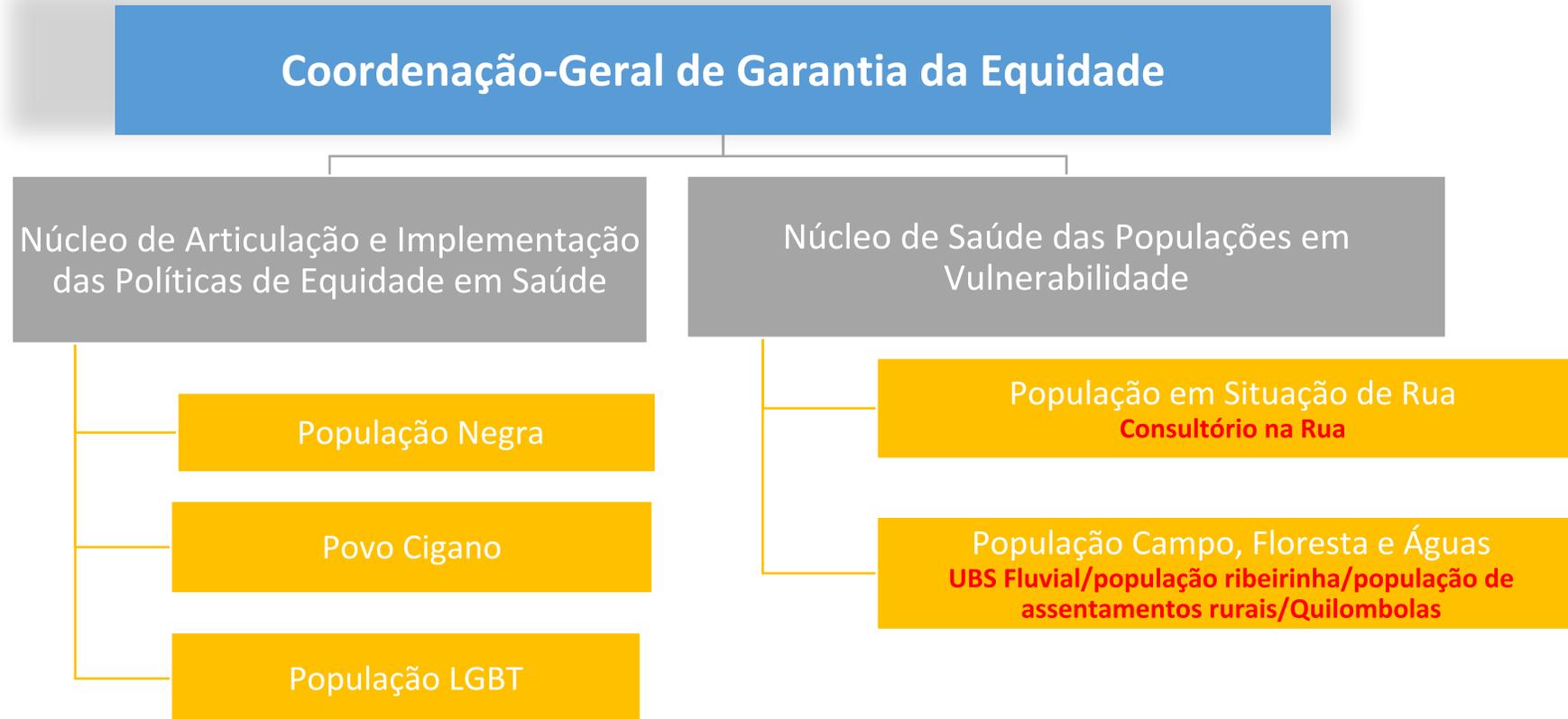
Relação dos sistemas de informação do Ministério da Saúde com o quesito Raça/Cor:

- **SIM – Sistema de Informações de Mortalidade;**
- **SINASC – Sistema de Nascidos Vivos;**
- **SIH – Sistema de Informações Hospitalares;**
- **SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais;**
- **SINAN – Sistema Nacional de Agravos Notificáveis;**
- **SI-CTA – Sistema de informações do Centros de Testagem e Aconselhamento;**
- **Formulário de Cadastro do Cartão SUS.**



Contexto da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) na Secretaria Nacional de Atenção Primária (SNAP)

DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA



*O DAGEP é composto por 25 servidores:

- ☐ 22 servidores de carreira.
- ☐ 3 servidores não efetivos (DAS).
- ☐ 2 secretárias terceirizadas.

SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA:

- *UBS Fluvial;
- *Consultório na Rua;
- *População Ribeirinha;
- *População de Assentamentos Rurais;
- *Quilombolas.

PROPOSTA DE REESTRUTURAÇÃO

- **Justificativa técnica para criação da Coordenação-Geral de Políticas de Equidade em Saúde:**

- Necessidade de manutenção de uma estrutura organizacional que seja referência para articulação e execução das ações de implementação das Políticas de Promoção de Equidade em Saúde;
- Fortalecimento da capacidade institucional do Ministério da Saúde no planejamento, execução, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações, programas e políticas voltadas à redução das iniquidades em saúde no SUS;
- Continuidade e aprimoramento das ações em desenvolvimento: TEDS; Convênios; PROADI SUS; Capacitações; Incentivo e apoio técnico aos estados e municípios; Produção, análise e disseminação de dados e informações em saúde, etc.
- Continuidade dos compromissos assumidos pelo Ministério da Saúde tanto nos Planos e programas de governo (Plano Nacional de Saúde 2016-2019; Plano Plurianual 2016-2019, Planos Operativos das Políticas de Promoção de Equidade, etc.), quanto nas instâncias de participação social (Conselhos e Conferências de Saúde, Conselhos de Direitos, etc.)

POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DE EQUIDADE

- A Coordenação Geral de Equidade vai ficar no Departamento de Saúde da Família;
- EFETIVAR os Planos Operativos das Políticas de Promoção de Equidade no SUS;
- Gestão dos Serviços da Atenção Básica no que tange as Políticas de Equidade no SUS (UBS Fluvial / População Ribeirinha / População de Assentamentos Rurais / Quilombolas e Consultório na Rua);
- Mais Médicos;
- TeleSSaúde;
- Orçamento prioritário e individualizado por Política de Equidade no SUS;
- Integração e Unicidade com a Política Nacional de Saúde Prisional; “Ministério Único da Saúde”;
- Edital de Chamamento Público para pesquisas em políticas de equidade no SUS (SNAP/SCTIE).



POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DE EQUIDADE

- Apoio a estados e municípios com incentivos financeiros (Selo de Garantia de Equidade no SUS);
- Produção de materiais da PNSIPN com Evidências Científicas;
- Integração e Unicidade com o DAPES (saúde mental, álcool e outras drogas, saúde dos adolescentes e jovens, saúde da criança e aleitamento materno, saúde das mulheres, saúde da pessoa com deficiência e saúde da pessoa idosa) – “Ministério Único da Saúde”;
- Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação das Políticas e Ações de Equidade no âmbito da Secretaria Nacional de Atenção Primária;
- Garantia do quesito Raça/Cor nos sistemas de informação da Atenção Básica no âmbito do Ministério Saúde (Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017);
- GT e Câmara Técnica de Saúde da População Negra;
- PROADI SUS – Políticas de Equidade no SUS;



POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DE EQUIDADE

- **Programa/Ação: “Acolhimento e Cuidado da População Albina”**, com o objetivo de mapear, avaliar e sistematizar informações fundamentais para o atendimento de saúde de pessoas com albinismo na Atenção Básica;
- **Programa/Ação: “Acolhimento e Cuidado dos Povos de Matriz Africana”** (Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde) utilizando o TeleSSaúde e a expertise da RENAFRO;
- **Portaria que institui o Programa Mais Saúde da Família: turno estendido (60h e 75h)**, na Política Nacional de Atenção Básica – SNAP/MS;
- **Portaria que dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio mensal aos municípios que aderirem ao Programa Mais Saúde da Família: turno estendido (60h e 75h)** – SNAP/MS.



PROGRAMA MAIS SAÚDE DA FAMÍLIA: TURNO ESTENDIDO (60H E 75H), SNAP/MS

Requisitos para aderir ao novo horário de funcionamento das UBS:

- ❑ Funcionamento ininterrupto no hora do almoço e funcionamento de segunda a sexta (por 12 ou 15 horas diárias), com a opção de abrir aos sábados ou domingos, completando as horas semanais;
- ❑ Utilizar prontuário eletrônico (Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017);
- ❑ Ter infraestrutura adequada para comportar as equipes;
- ❑ Ampliar a oferta de serviços durante todo o período de funcionamento;
- ❑ Organização de agenda que assegure mínimo de atendimentos para consultas não marcadas;
- ❑ Gestores não podem reduzir o número de equipes que já atuam no município.

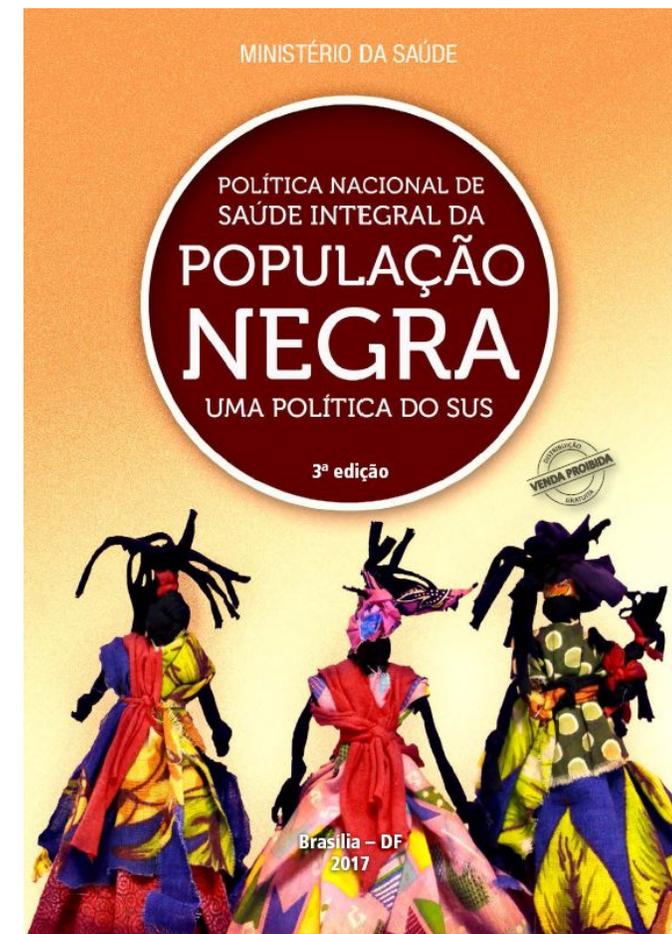
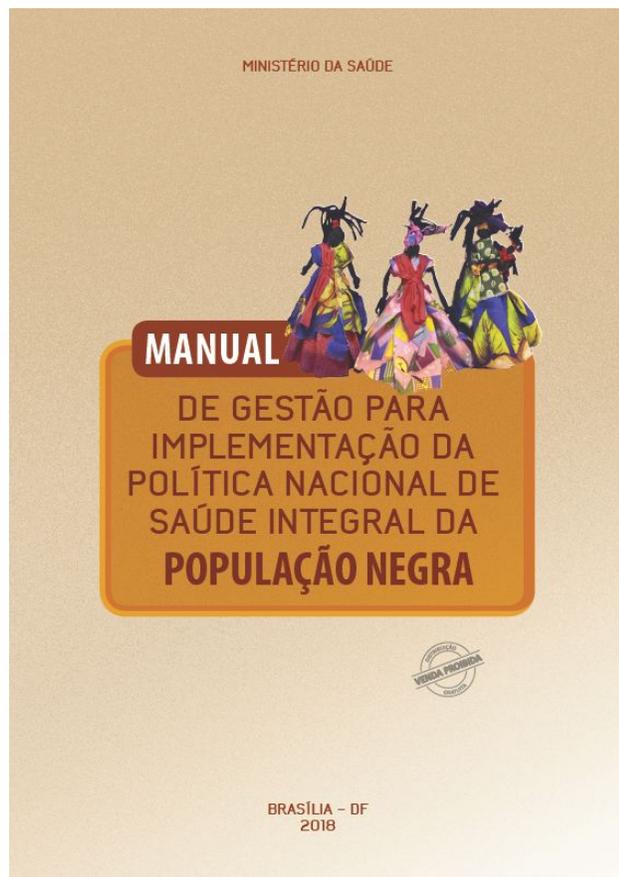


PROGRAMA MAIS SAÚDE DA FAMÍLIA: TURNO ESTENDIDO (60H E 75H), SNAP/MS

UBS que aderir terá que fornecer:

- ☐ **Acolhimento com classificação de risco;**
- ☐ **Fornecimento de medicamentos (obrigatório 75h, opcional 60h);**
- ☐ **Consultas médicas de enfermagem nos 3 turnos;**
- ☐ **Consultas de Pré-Natal;**
- ☐ **Ofertas de todas as vacinas previstas no calendário vacinal;**
- ☐ **Coleta de exames laboratoriais (obrigatório 75h, opcional 60h);**
- ☐ **Rastreamento: recém-nascidos, gestação, ISTs, etc.;**
- ☐ **Pequenos procedimentos injetáveis, curativos, pequenas cirurgias, sondagem, sutura, entre outros.**





População em situação de rua e violência – uma análise das notificações no Brasil de 2015 a 2017

Introdução

A definição da população de rua é complexa, sendo sintetizada principalmente pela ausência de moradia.¹ Todavia, o conceito de moradia vai além da estrutura física e inclui a identidade, a segurança e o pertencimento.² A expressão "pessoas em situação de rua" abrange a compreensão da transitoriedade da condição de viver/estar na rua.¹ De acordo com a Política Nacional para a População em Situação de Rua (Decreto nº 7.052/2009), esta população é caracterizada como "grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória".³

Em 2015, a estimativa das pessoas vivendo em situação de rua no Brasil foi de 101.854, sendo que a maioria (77,0%) delas vivia em municípios de grande porte e na região Sudeste (48,9%).⁴ As características majoritárias da população em situação de rua eram: sexo masculino, adultos jovens (25 e 44 anos), exerciam atividade remunerada, passavam a maior parte do tempo nas áreas comerciais das cidades. Os fatores que influenciam a vivência na rua são diversos, mas os principais foram: uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, desemprego e conflitos familiares.⁵

Os contextos vivenciados pela população em situação de rua apresentam múltiplas vulnerabilidades, sendo um desafio para as políticas públicas, em especial aquelas relacionadas à saúde.⁶ A situação de rua implica maior vulnerabilidade para o adoecimento por vários motivos, pelos riscos de estar na rua, pela dificuldade de aderir em tempo oportuno aos tratamentos adequados e de acessá-los, entre outros.^{6,7} A estigmatização da

população em situação de rua é outro fator que a vulnerabiliza e a torna mais exposta às diversas formas de violência.^{8,9}

A temática da violência no Sistema Único de Saúde (SUS) foi institucionalizada em 2001, com a publicação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Desde 1990, há obrigatoriedade de notificação das violências contra crianças e adolescentes e, em 2003, a notificação de violência passou a contemplar também mulheres e idosos.¹⁰ Em 25 de janeiro de 2011, foi publicada a Portaria GM/MS nº 104, posteriormente revogada pela Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que contempla a notificação de violências como parte da lista de notificação compulsória, universalizando-a em todos os serviços de saúde, quer públicos ou privados.¹¹ Em 2014, foi incluído o campo "motivação da violência" na ficha de notificação, o qual compreende se a violência foi provocada pela situação de rua da vítima, sexismo, homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia, racismo, intolerância religiosa, xenofobia, conflito geracional ou deficiência, incluindo campo para outras motivações não especificadas.¹²

A partir do exposto, o objetivo deste boletim foi descrever os casos notificados de violência envolvendo a população em situação de rua no Brasil, no período de 2015 a 2017.

Métodos

Foi realizado um estudo descritivo das notificações individuais de violência interpessoal/autoprovocada registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) nos anos de 2015, 2016 e 2017, no Brasil. Os casos de violência envolvendo a população em situação de rua foram selecionados do banco de dados por meio da variável "motivo da violência" (campo 55 da ficha de notificação individual de violência do Sinan).



Cursos de Especialização e Aperfeiçoamento – modalidade à distância, do Projeto de Capacitação para Profissionais da Saúde envolvidos com a População em Situação de Rua, com foco na População Negra.

- **O curso será a distância e as inscrições se encerram quando completar o número de 1800 inscritos. O curso é interdisciplinar e pretende propiciar um olhar intersetorial à questão, abordando temáticas relativas a saúde, educação, moradia, trabalho, lazer, comunicação e os direitos sociais e coletivos.**

- **O link para inscrição é:**
http://ceam.unb.br/index.php?option=com_content&view=article&id=337:edital-de-abertura-nestra-observatorio-juventude-ceam-2019&catid=2&Itemid=735.

Aplicativo Guia de Implementação do Quesito Raça/ Cor/Etnia

GUIA DE IMPLEMENTAÇÃO
DO QUESITO



MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

ENTRAR



Conteúdo



Objetivos do guia de
implementação: a declaração da
sua raça/cor/etnia



A saúde da população negra no
Distrito Federal



Iniquidades nos serviços de saúde



Decreto sobre o quesito raça/cor



Quais os benefícios do
preenchimento do quesito
raça/cor/etnia?



Discriminação racial e racismo:
denuncie!

Menu

Home

Apresentação

Prefácio

Sobre o guia

Referências

Créditos

Realização

IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE EQUIDADE EM SAÚDE

Dra. Silvânia Suely Caribé de Araújo Andrade
Epidemiologista
Tecnologista

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL

IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE EQUIDADE EM SAÚDE

Dra. Silvânia Suely Caribé de Araújo Andrade
Epidemiologista
Tecnologista

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL

Criação do Núcleo de Evidências para Políticas de Equidade em Saúde



Análise de dados dentro do DAGEP?

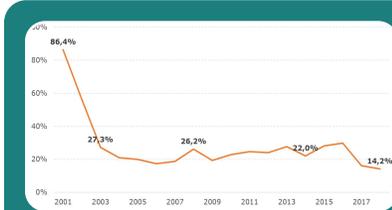
- Competência segundo o Regimento Interno (Portaria nº1.419/2017):

“viabilizar e coordenar estudos e pesquisas para a produção do conhecimento no campo da gestão participativa, do controle social e das políticas de promoção de equidade”

- Objetivo específico da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:

“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”

Principais atividades realizadas



Monitoramento da Portaria nº 344/2017



Elaboração da cartilha 'Óbitos por Suicídio entre Adolescentes e Jovens Negros – 2012 a 2016'

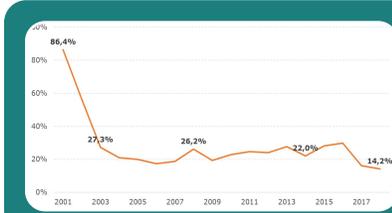


Elaboração do painel de indicadores da População Negra



Escrita do Vigitel 2018 População Negra

Principais atividades realizadas



Monitoramento da Portaria nº 344/2017



Elaboração da cartilha 'Óbitos por Suicídio entre Adolescentes e Jovens Negros – 2012 a 2016'



Elaboração do painel de indicadores da População Negra



Escrita do Vigitel 2018 População Negra

Monitoramento da Portaria nº 344/2017

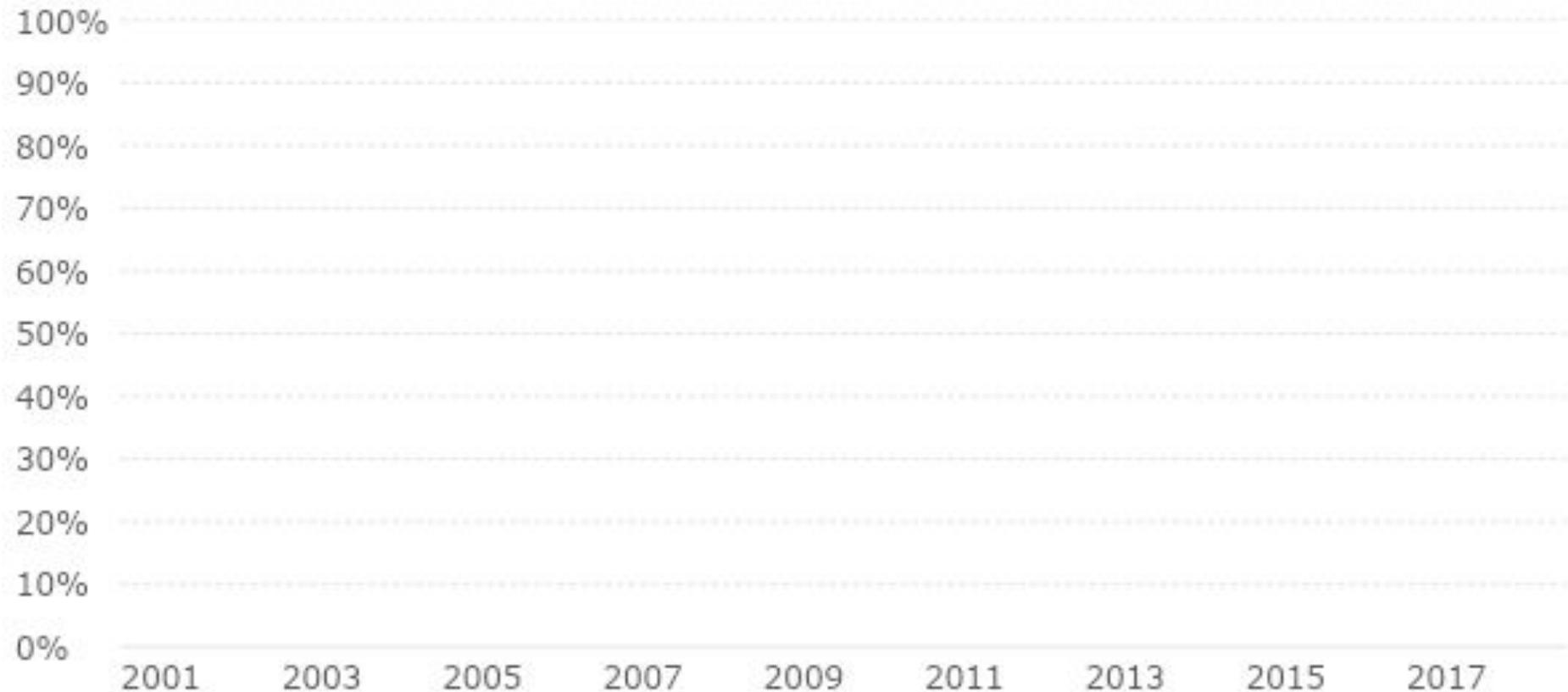
Portaria nº 344/2017

Categorias do campo raça/cor:

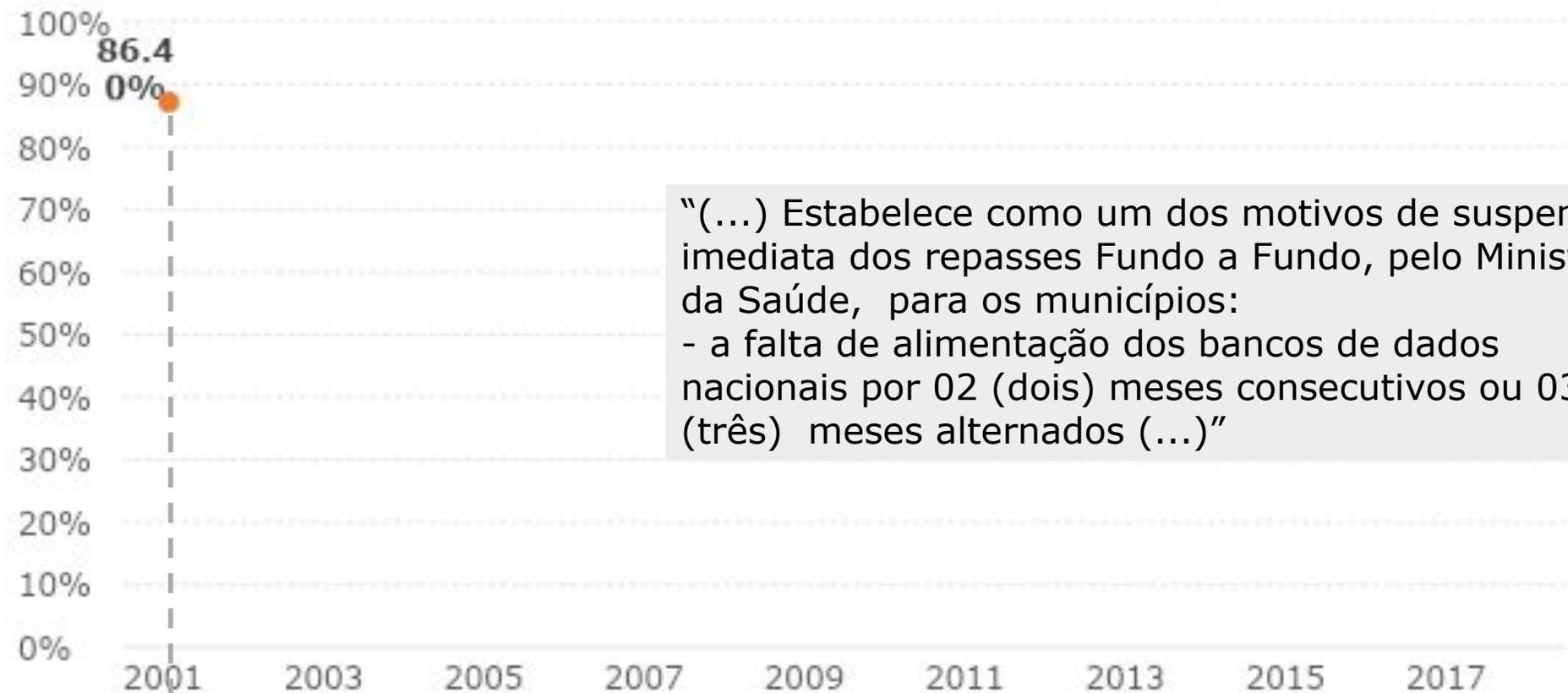
- Branca
- Preta
- Amarela
- Parda
- Indígena

Opções segundo
padrão utilizado pelo
IBGE para a
autodeclaração

Como estava a incompletitude do campo raça/cor no SINAN entre 2001 e 2018?



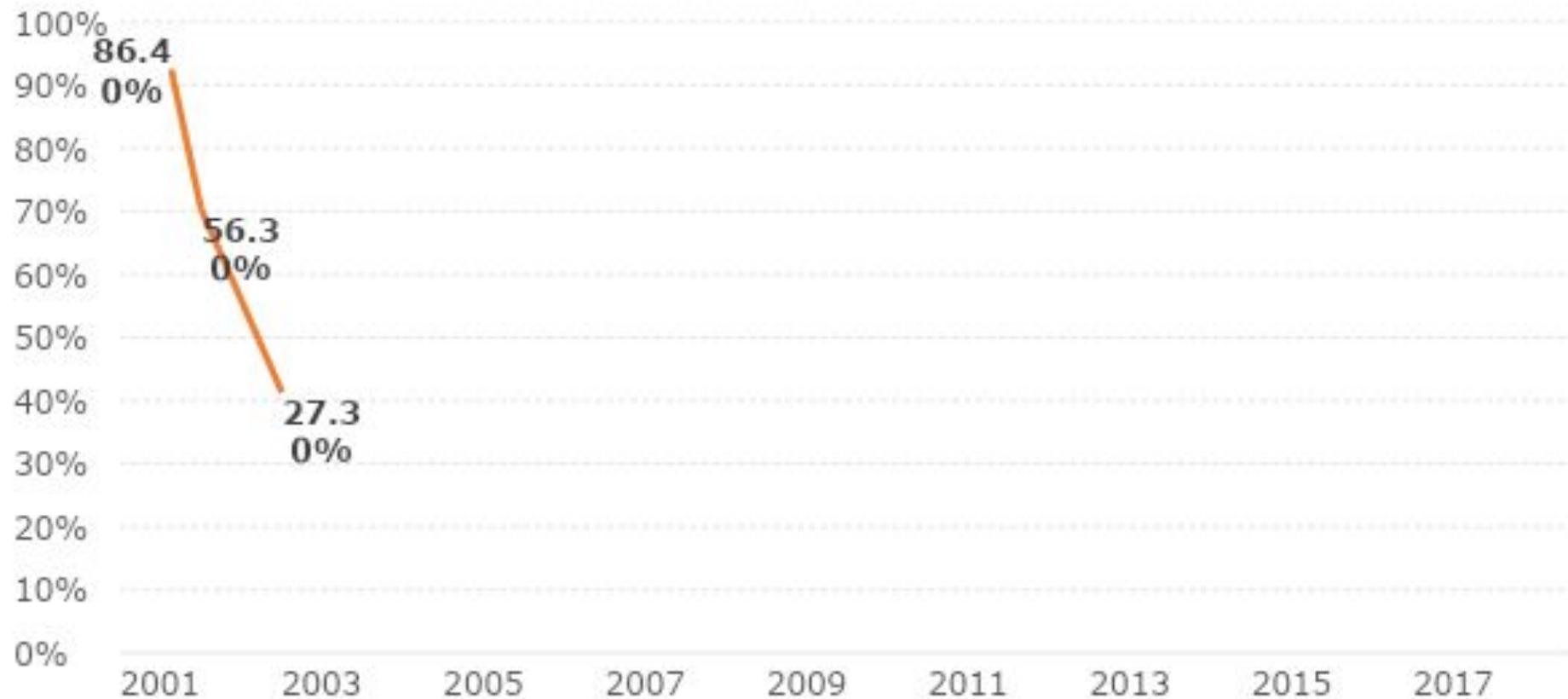
Como estava a incompletitude do campo raça/cor no SINAN entre 2001 e 2018?



“(...) Estabelece como um dos motivos de suspensão imediata dos repasses Fundo a Fundo, pelo Ministério da Saúde, para os municípios:
- a falta de alimentação dos bancos de dados nacionais por 02 (dois) meses consecutivos ou 03 (três) meses alternados (...)”

NOAS-SUS 01/2001

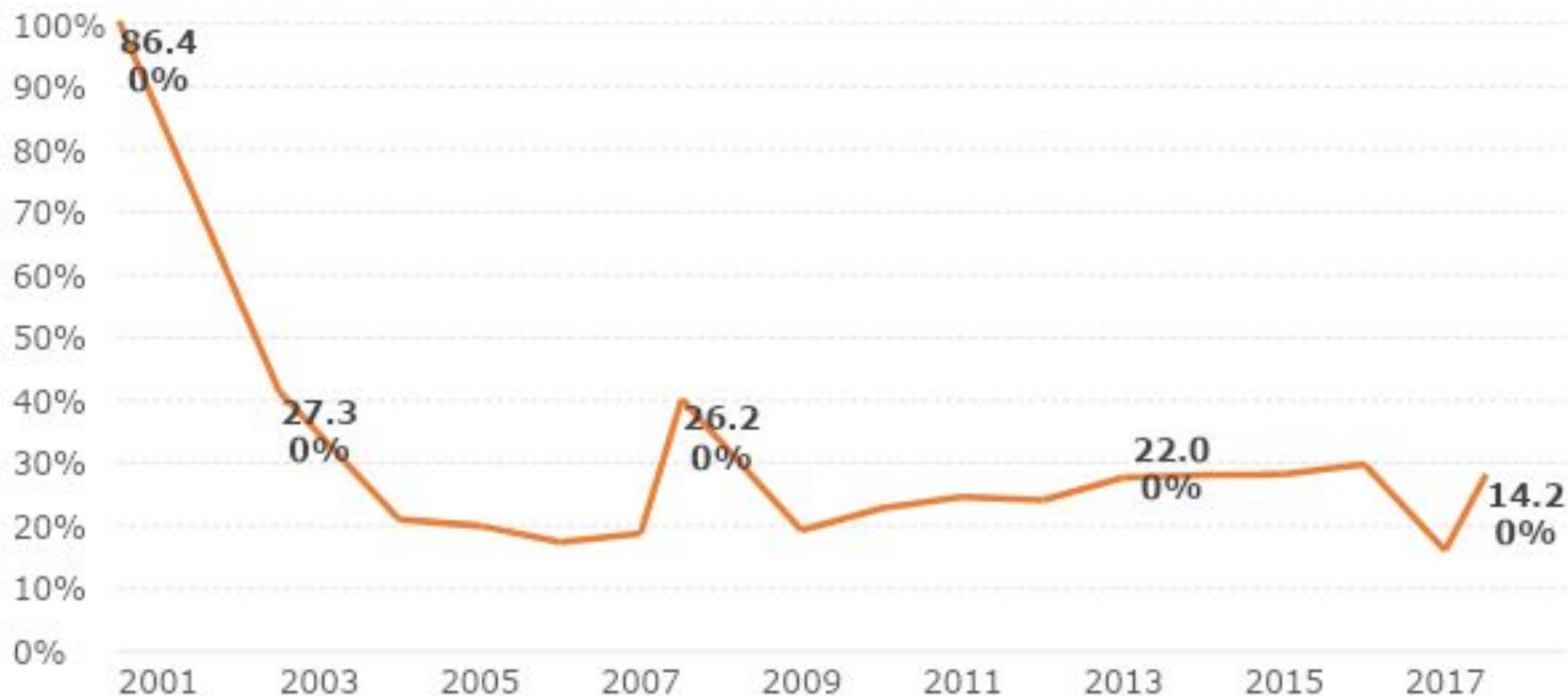
Como estava a incompletitude do campo raça/cor no SINAN entre 2001 e 2018?



Como estava a incompletitude do campo raça/cor no SINAN entre 2001 e 2018?

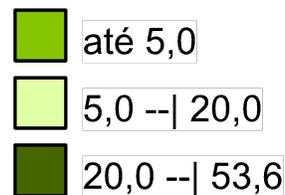
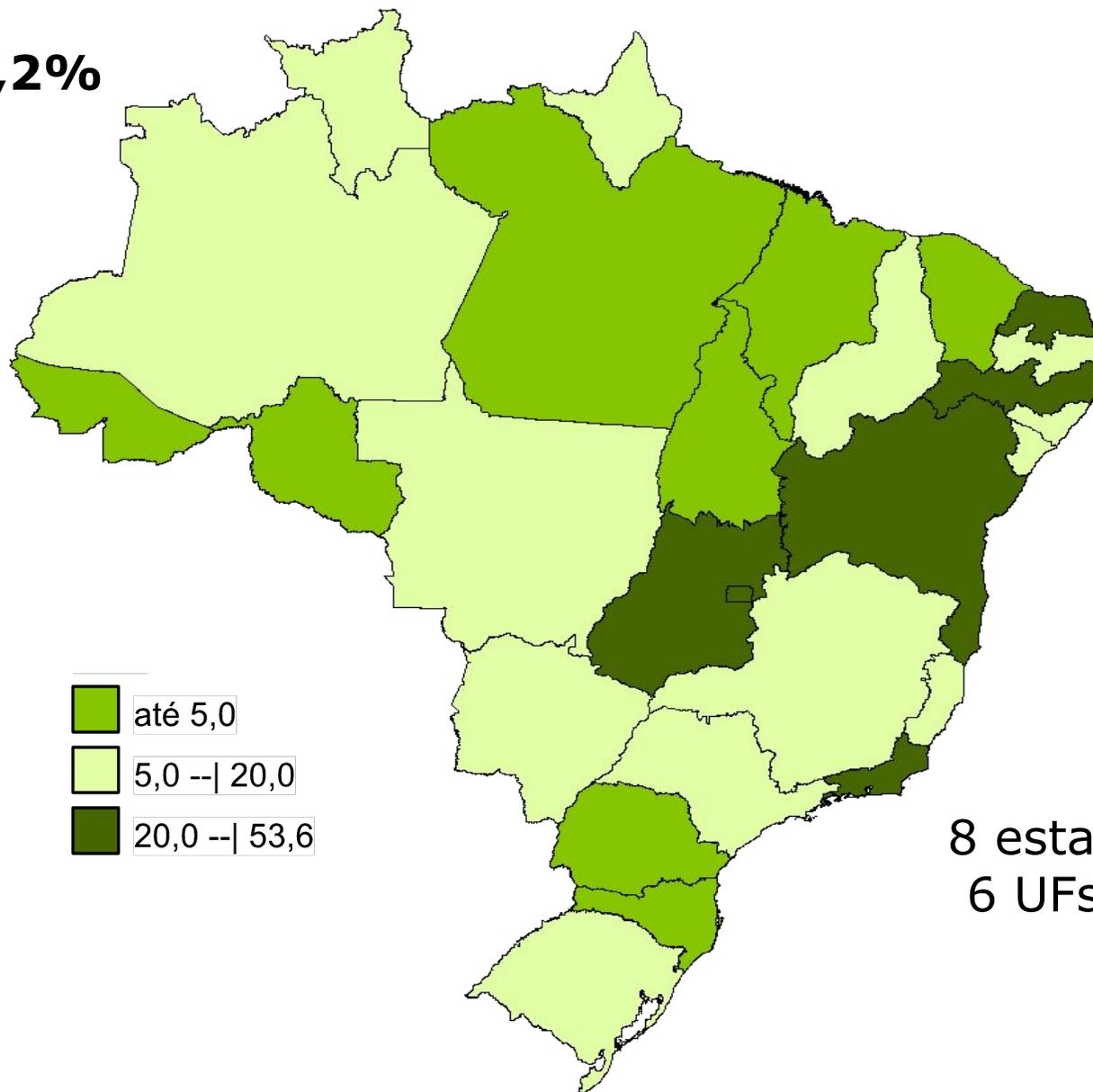


O percentual de incompletitude do campo raça/cor, no Brasil, caiu de 86,4% para 14,2% no período de 2001 a 2018



Percentual de incompletitude em 2018

Brasil: 14,2%

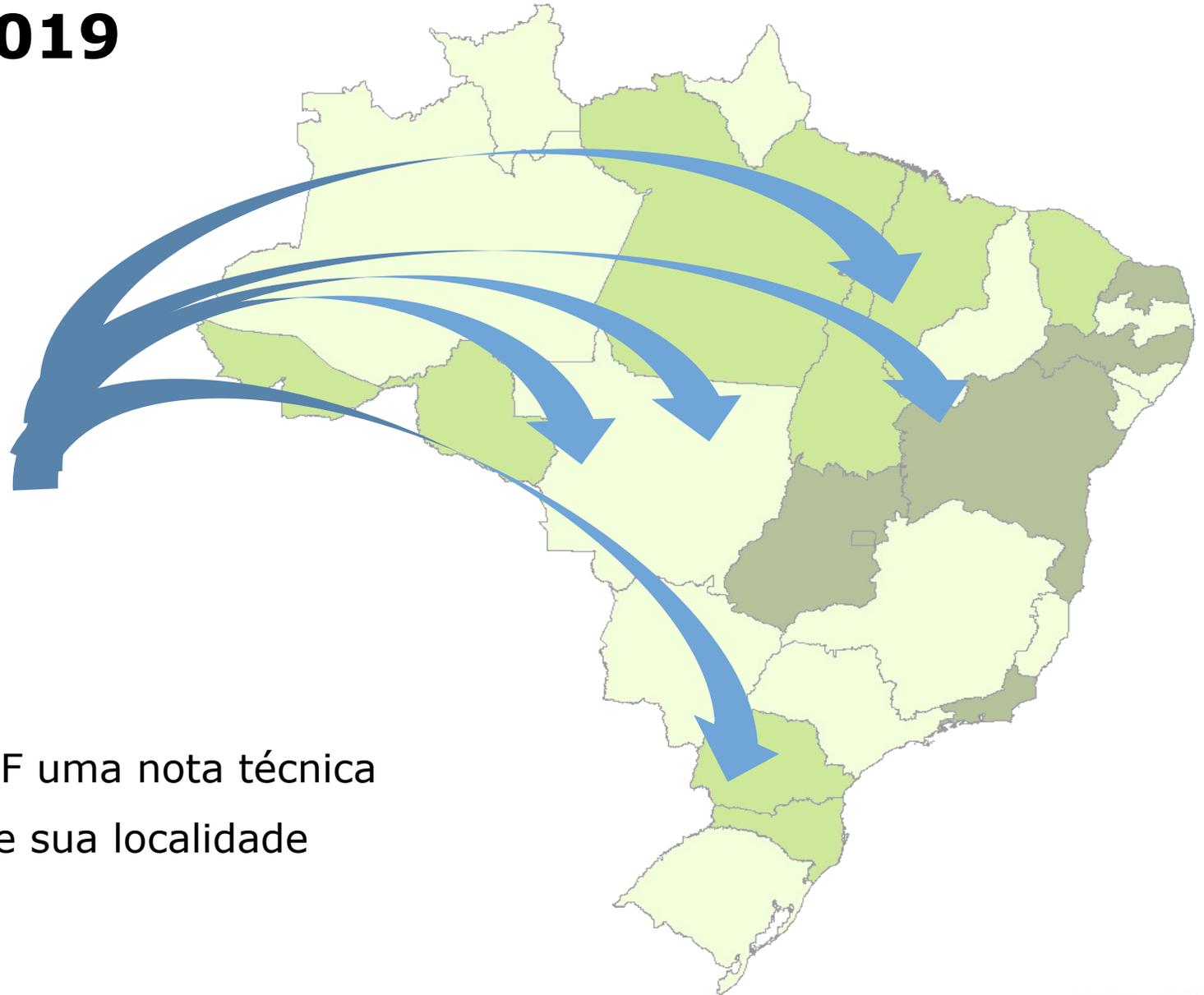


UFs

Valor mínimo 2,1%
Valor máximo 53,6%

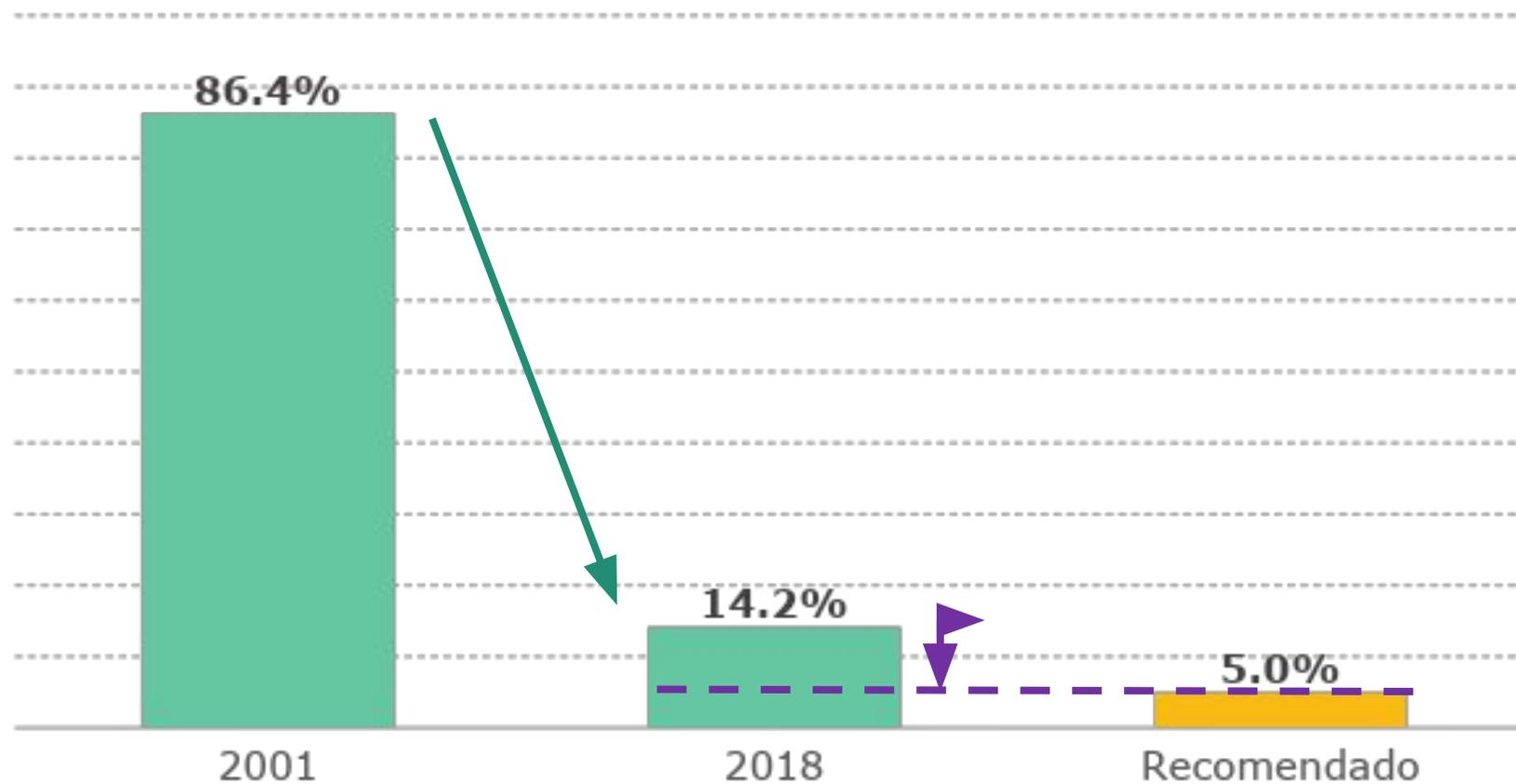
8 estados com percentual \leq 5%
6 UFs com percentual $>$ 20,0%

Fevereiro de 2019



Foi enviado a cada UF uma nota técnica
com a situação de sua localidade

A Portaria nº344/2017 já está efetivamente implantada?



O que você, profissional de saúde deve saber?

Usuário dos serviços de saúde:

- É direito do usuário responder sobre sua raça/cor no momento do atendimento*.

*** Em caso de recém-nascidos, óbitos ou outra impossibilidade da própria pessoa responder, os familiares ou responsáveis deverão fazê-lo.**

Profissional dos serviços de saúde:

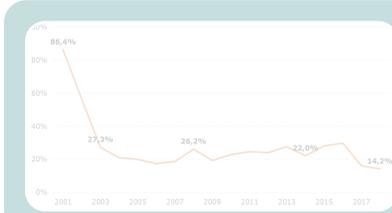
- O preenchimento passa a ser obrigatório.
- Pergunte! A resposta é autodeclarada.

Mas... em último caso, você, como profissional responsável pelo atendimento, deve responder o campo raça/cor.

O **preenchimento** do quesito **raça/cor** nos sistemas de informação possibilita **reconhecer as diferenças** populacionais nos **indicadores de saúde** e, assim, **planejar** estratégias que **reduzam** as **DESIGUALDADES**.

Planejar **de acordo** com a situação de saúde de sua população é promover a **EQUIDADE** e a justiça!

Principais atividades realizadas



Monitoramento da Portaria nº 344/2017



Elaboração da cartilha 'Óbitos por Suicídio entre Adolescentes e Jovens Negros – 2012 a 2016'



Elaboração do painel de indicadores da População Negra



Escrita do Vigitel 2018 População Negra

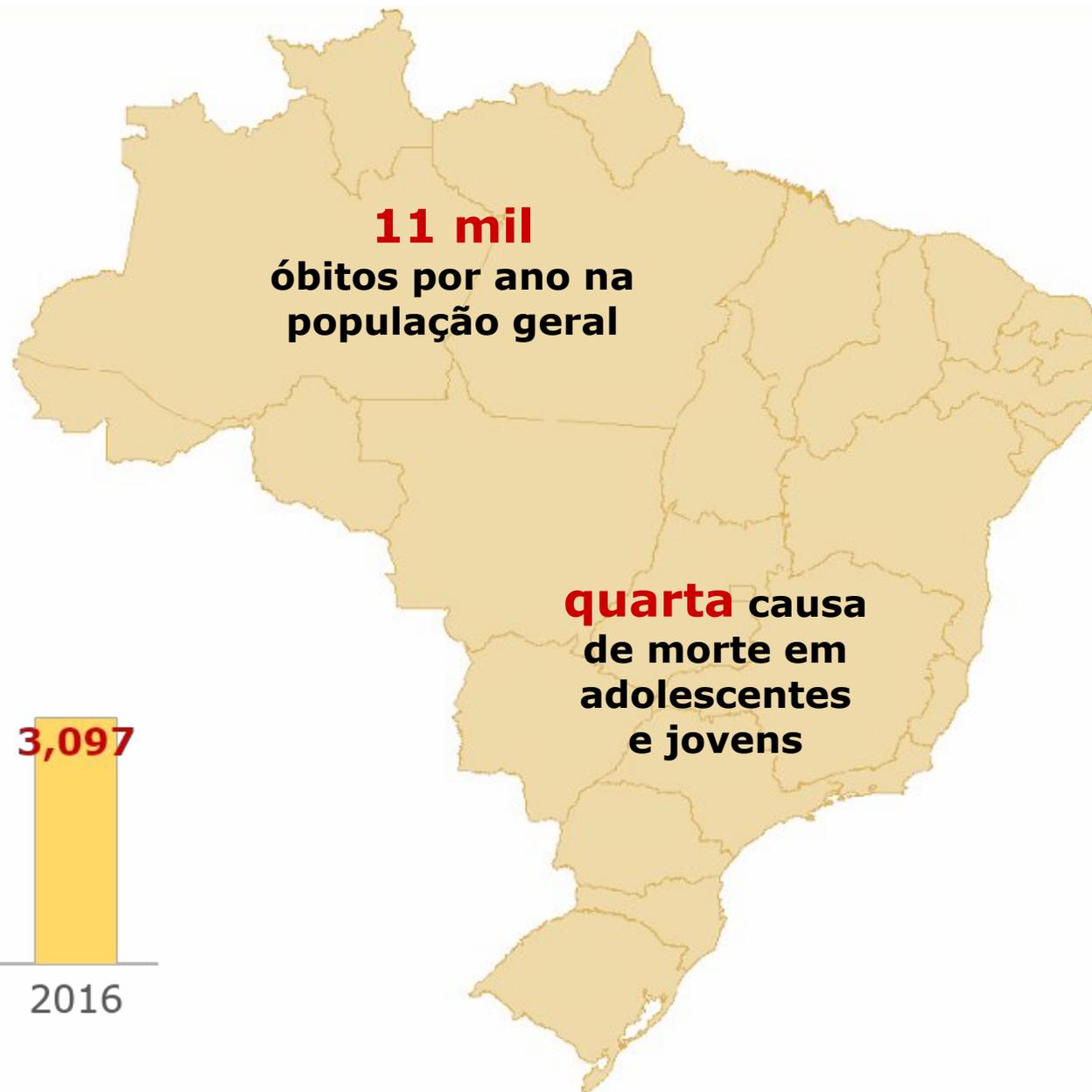
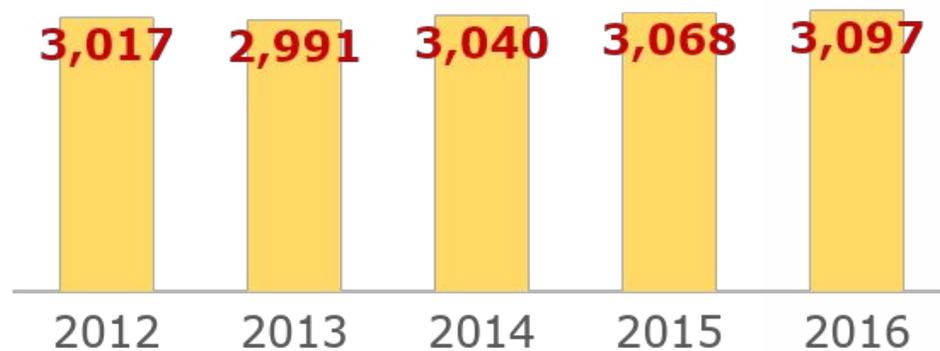
**MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS**

**Óbitos por suicídio entre
adolescentes e jovens negros
2012 a 2016**

**BRASÍLIA - DF
2018**

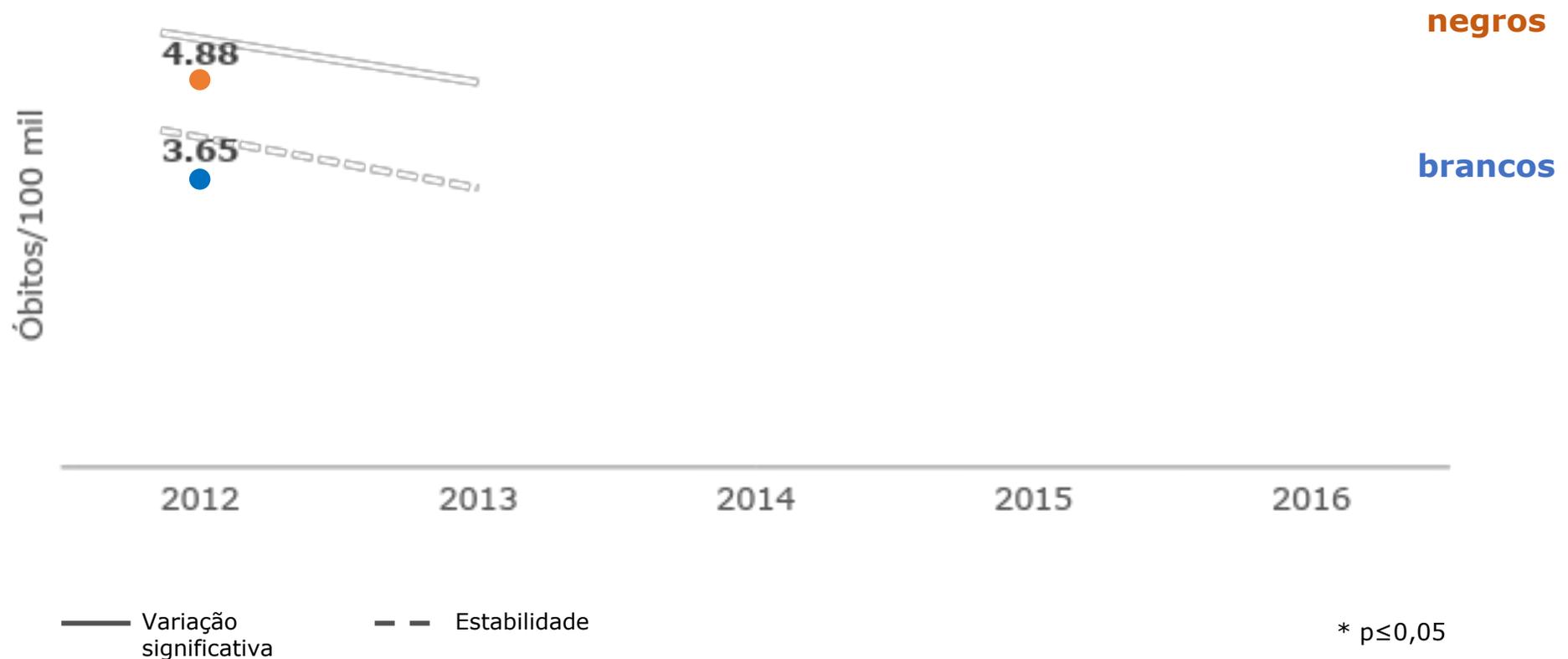


Números do suicídio no Brasil



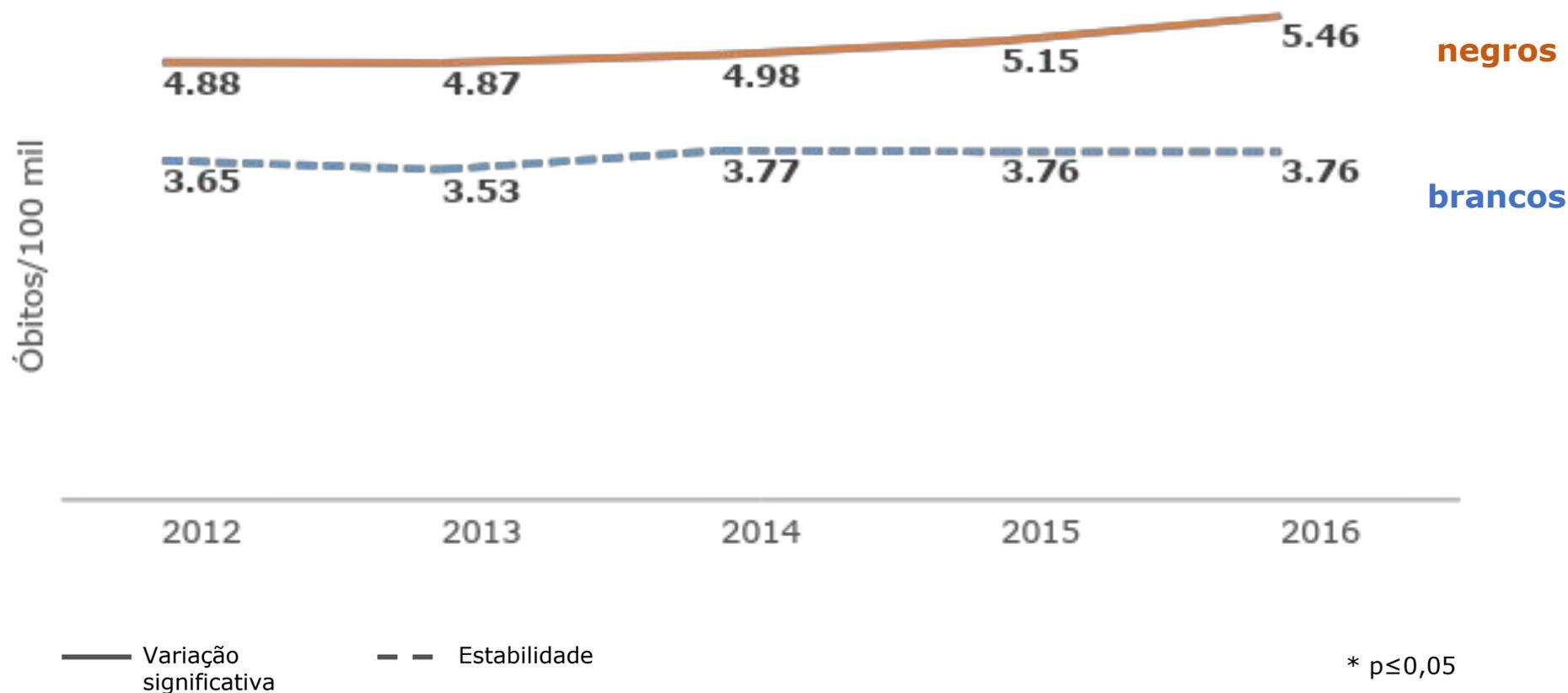
Fonte: Cartilha "Óbitos por Suicídio entre Adolescentes e Jovens Negros – 2012 a 2016"

Taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens negros e brancos



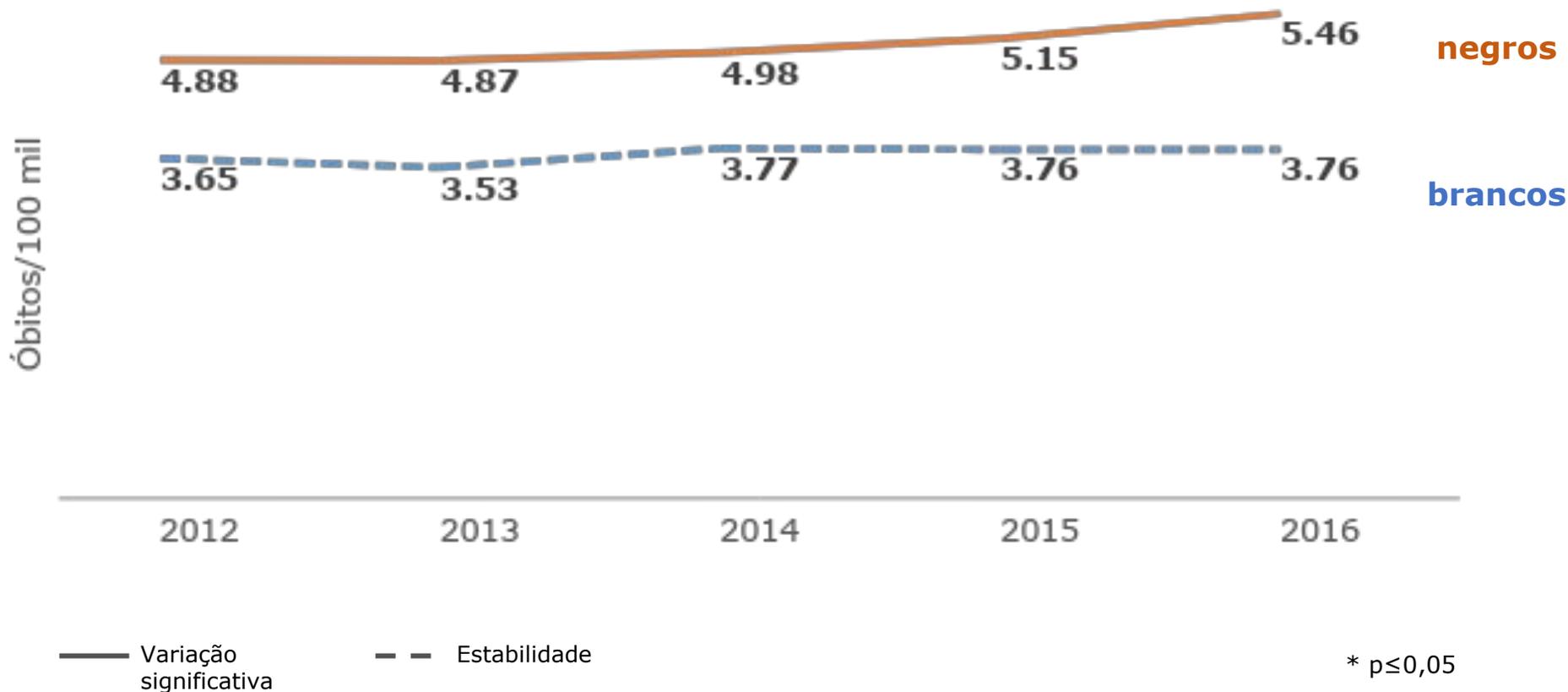
Fonte: Análise do Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (DAGEP/SGEP/MS) utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS/MS).

Taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens negros e brancos



Fonte: Análise do Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (DAGEP/SGEP/MS) utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS/MS).

A tendência da taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens negros **crece*** no período, e foi estável entre os brancos



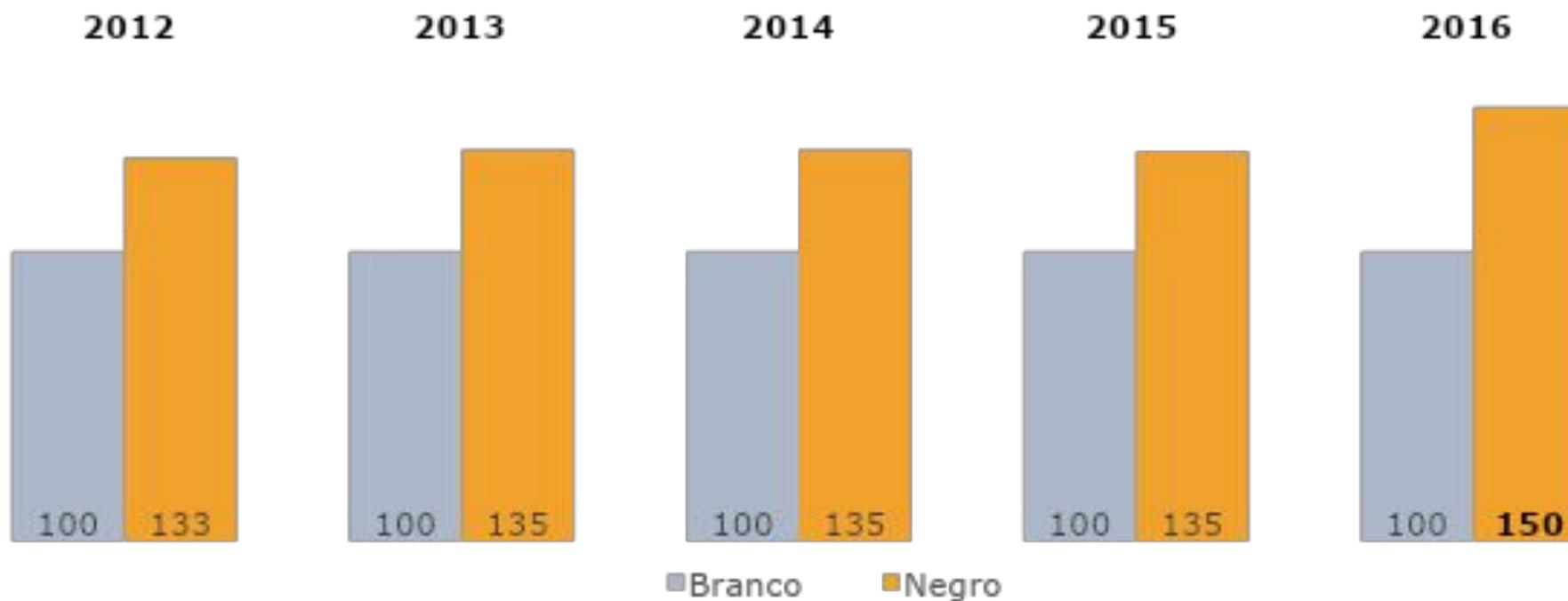
Fonte: Análise do Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (DAGEP/SGEP/MS) utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS/MS).

Em 2016, a cada 10 suicídios em adolescentes e jovens **seis** ocorreram em negros



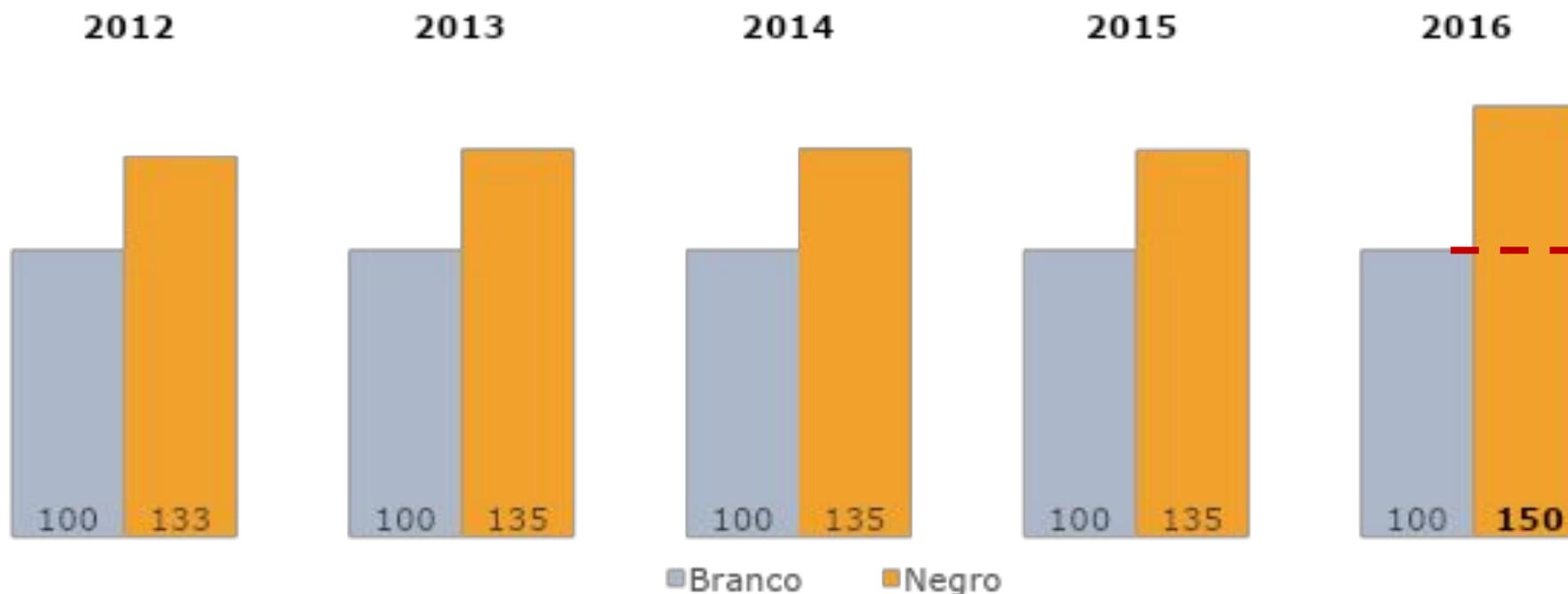
Fonte: Análise do Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (DAGEP/SGEP/MS) utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS/MS).

Sexo masculino



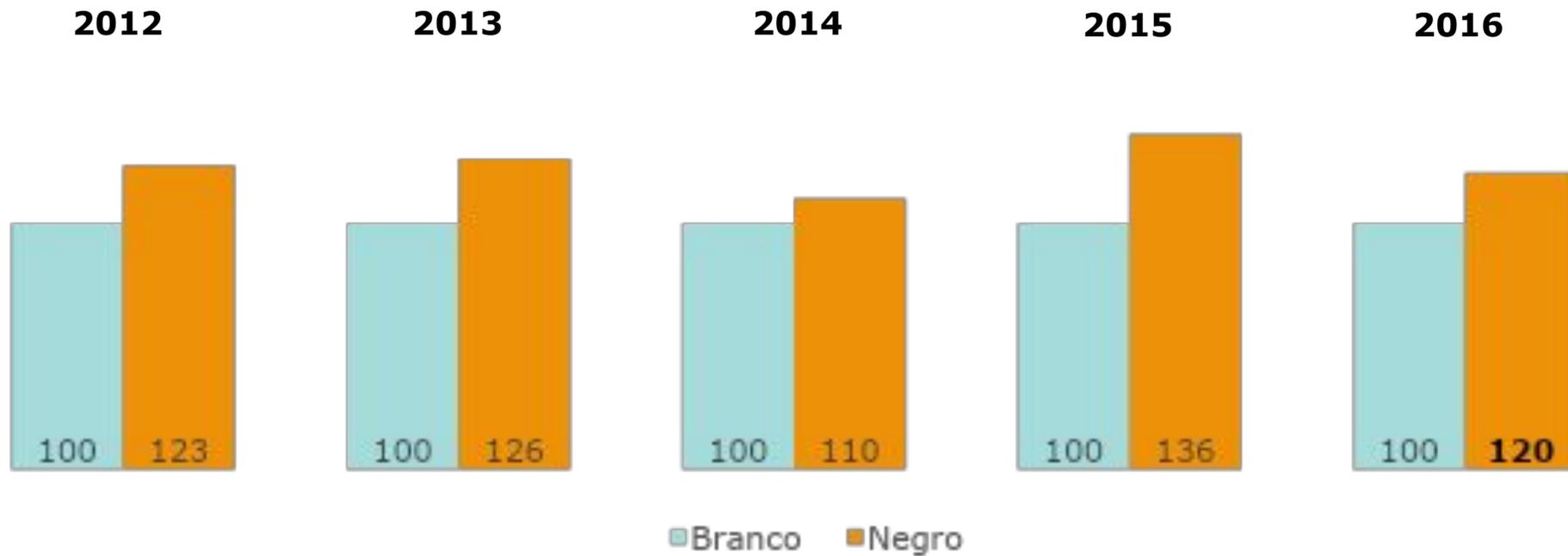
Fonte: Análise do Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (DAGEP/SGEP/MS) utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS/MS).

Em adolescentes e jovens negros do sexo masculino o risco de suicídio foi **50% maior** que entre brancos, em 2016



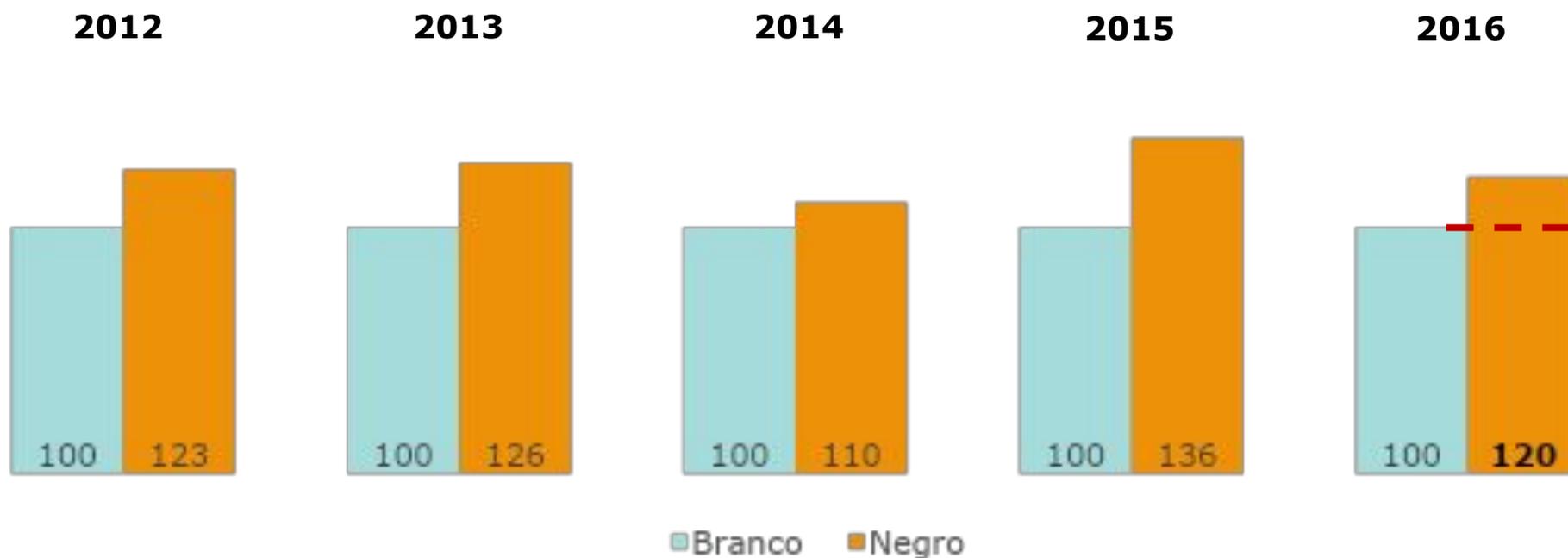
Fonte: Análise do Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (DAGEP/SGEP/MS) utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS/MS).

Sexo feminino



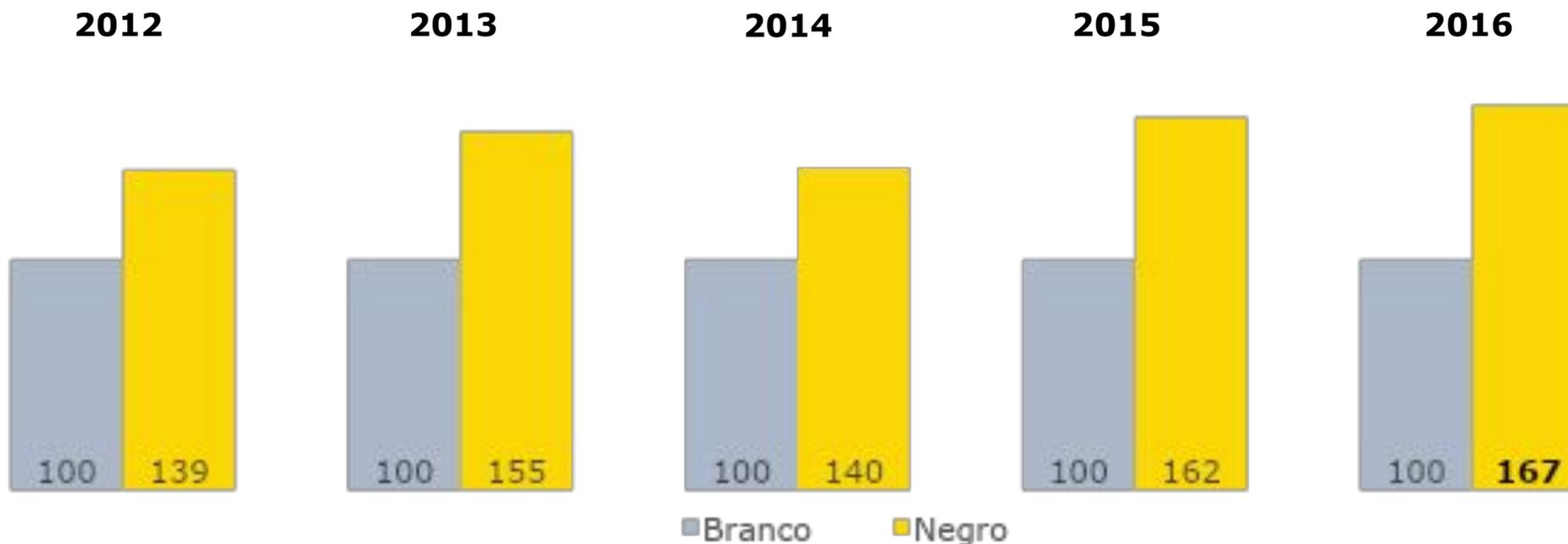
Em 2016, a cada 100 suicídios em adolescentes e jovens brancas, ocorreram 120 suicídios em negras.

Em adolescentes e jovens e negras o risco de suicídio foi **20% maior** que entre brancas, em 2016



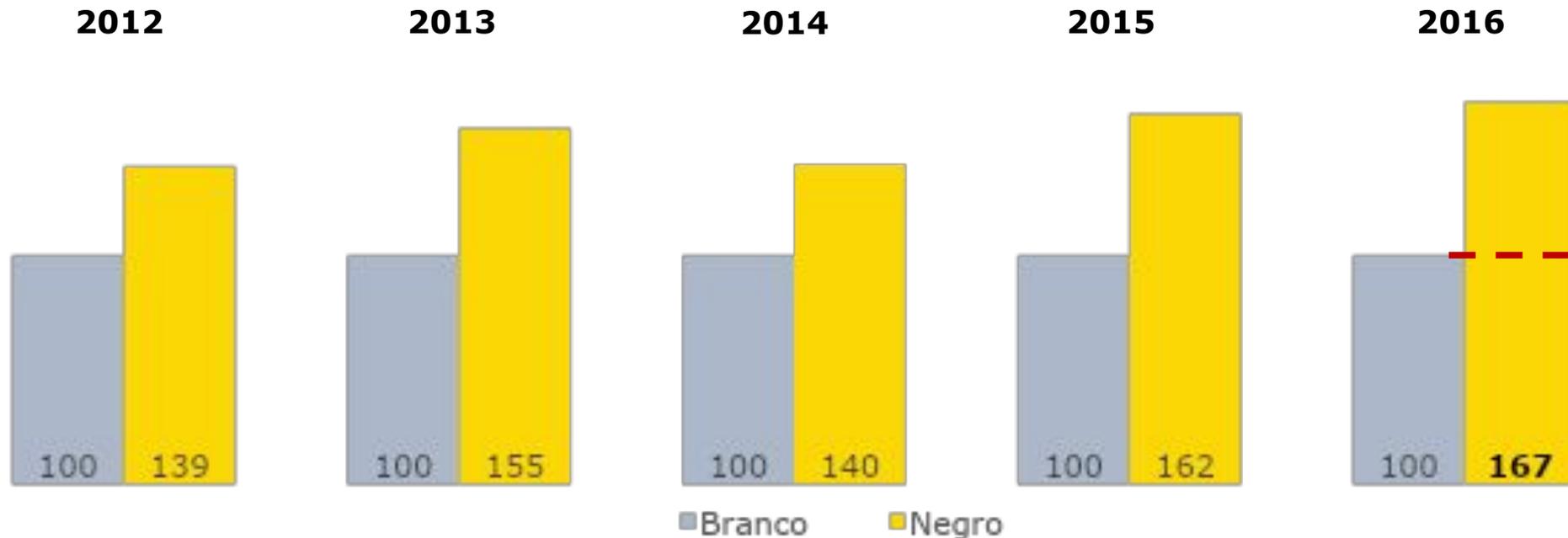
Em 2016, a cada 100 suicídios em adolescentes e jovens brancas, ocorreram 120 suicídios em negras.

Adolescentes



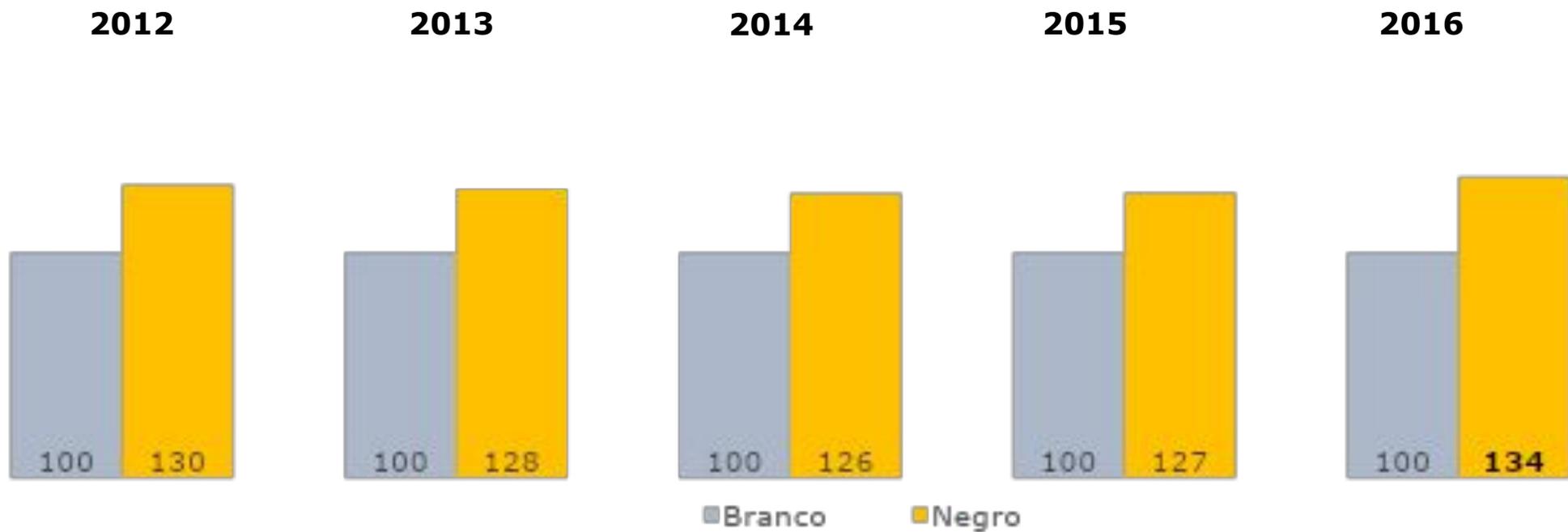
Em 2016, a cada 100 suicídios em adolescentes brancos, ocorreram 167 suicídios em adolescentes negros.

Em 2016, adolescentes (10 a 19 anos) negros apresentaram um risco **67% maior** de suicídio



Em 2016, a cada 100 suicídios em adolescentes brancos, ocorreram 167 suicídios em adolescentes negros.

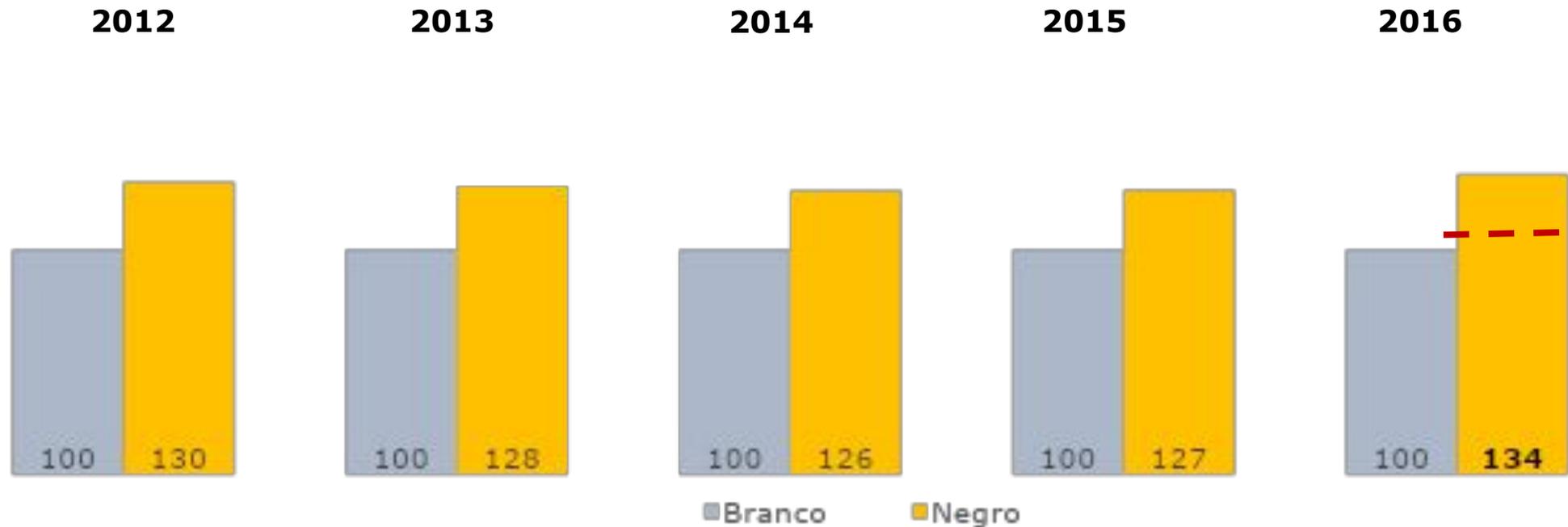
Jovens



Em 2016, a cada 100 suicídios em jovens brancos, ocorreram 134 suicídios em jovens negros.

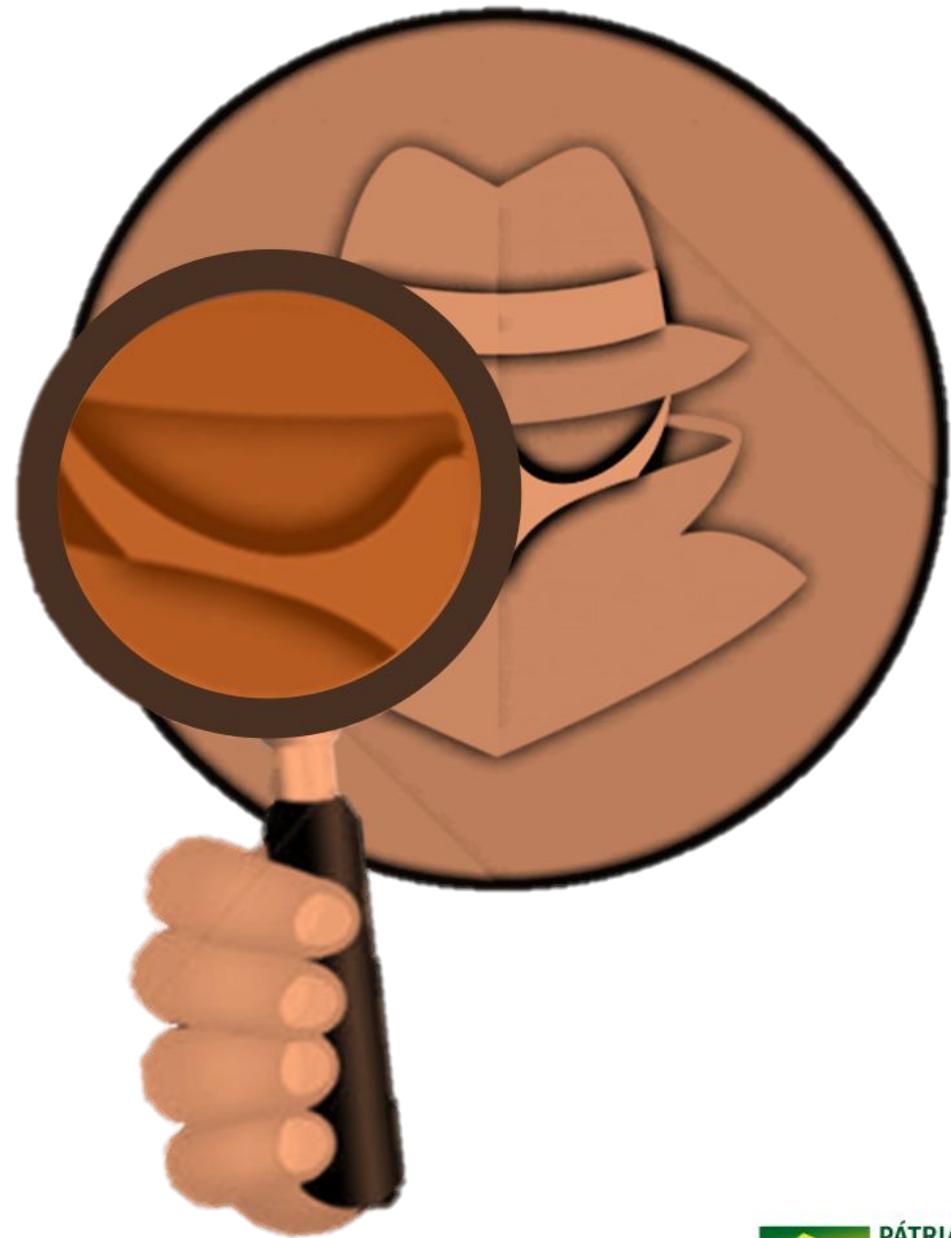
Fonte: Análise do Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (DAGEP/SGEP/MS) utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS/MS).

Em 2016, jovens (20 a 29 anos) negros apresentaram um risco até 34% maior de suicídio

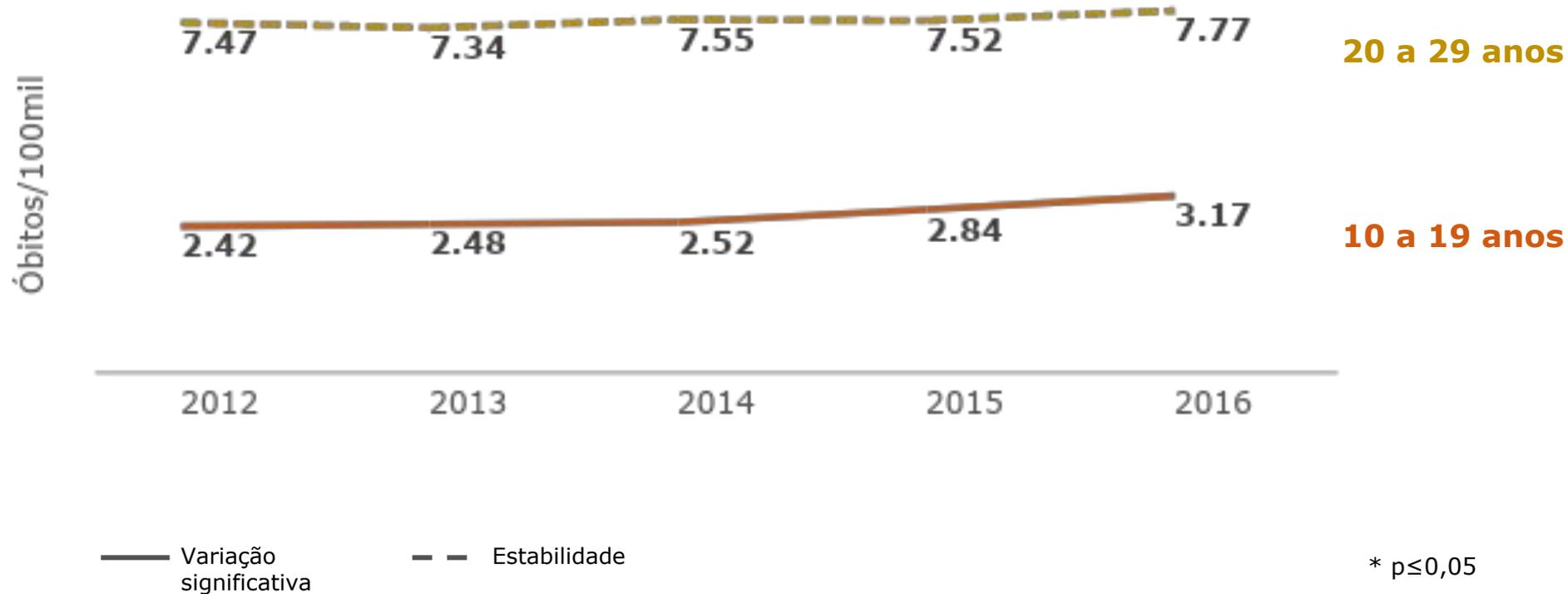


Em 2016, a cada 100 suicídios em jovens brancos, ocorreram 134 suicídios em jovens negros.

**E entre os negros?
Como está a situação?**

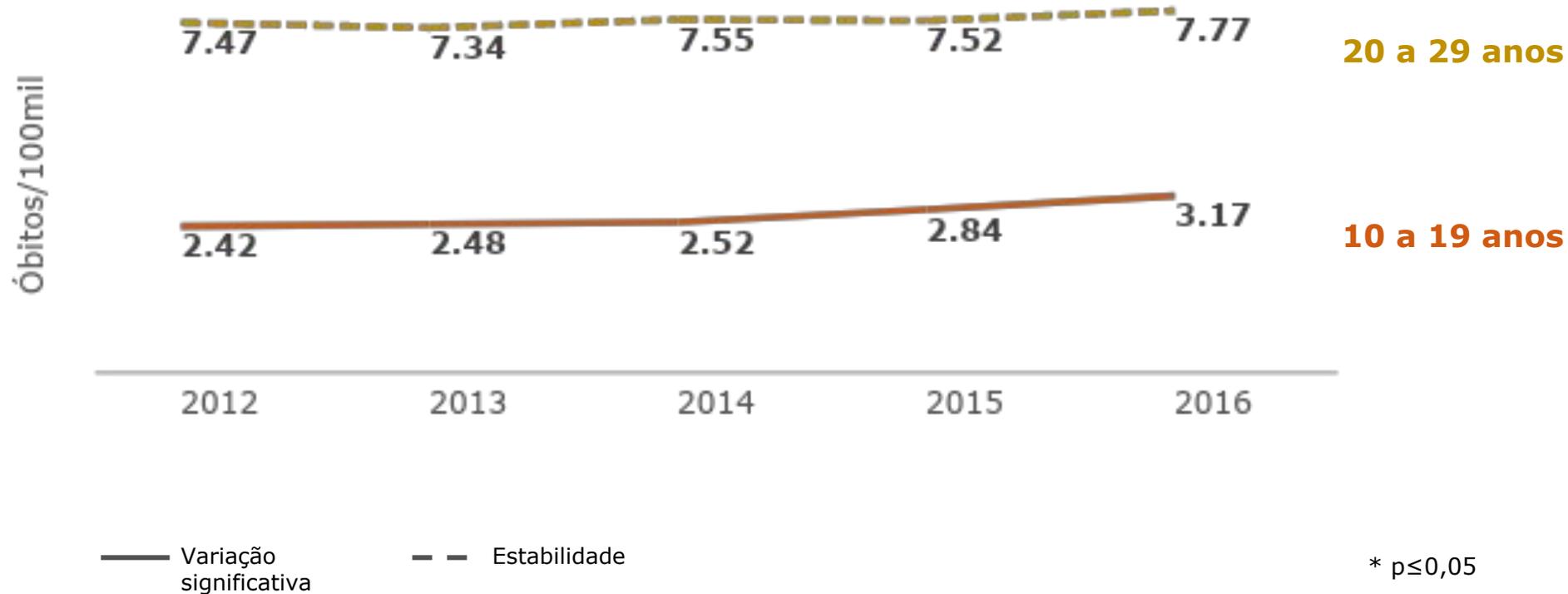


Por faixa etária



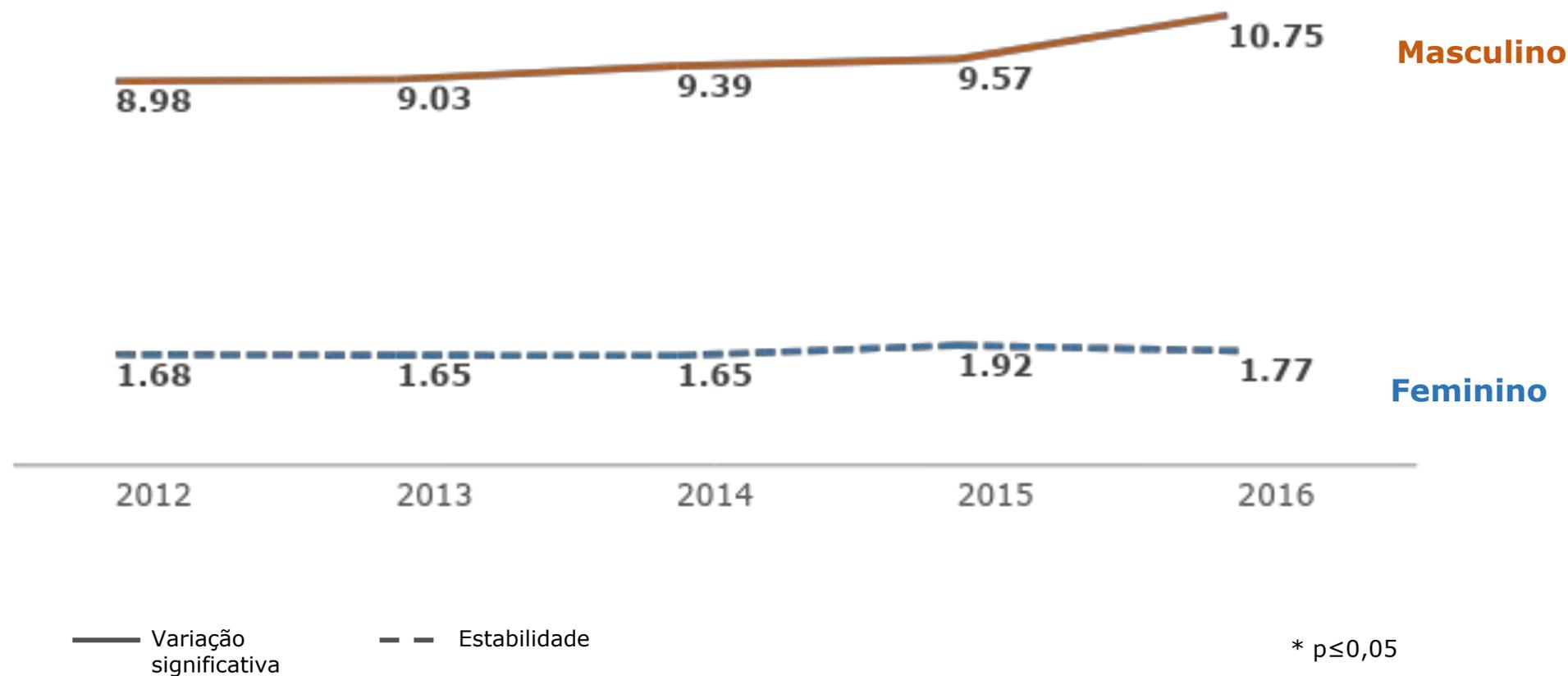
Fonte: Análise do Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (DAGEP/SGEP/MS) utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS/MS).

Analizando apenas entre os negros, a taxa de suicídio **creceu*** entre os **adolescentes** no período de 2012 a 2016, e foi estável entre os jovens



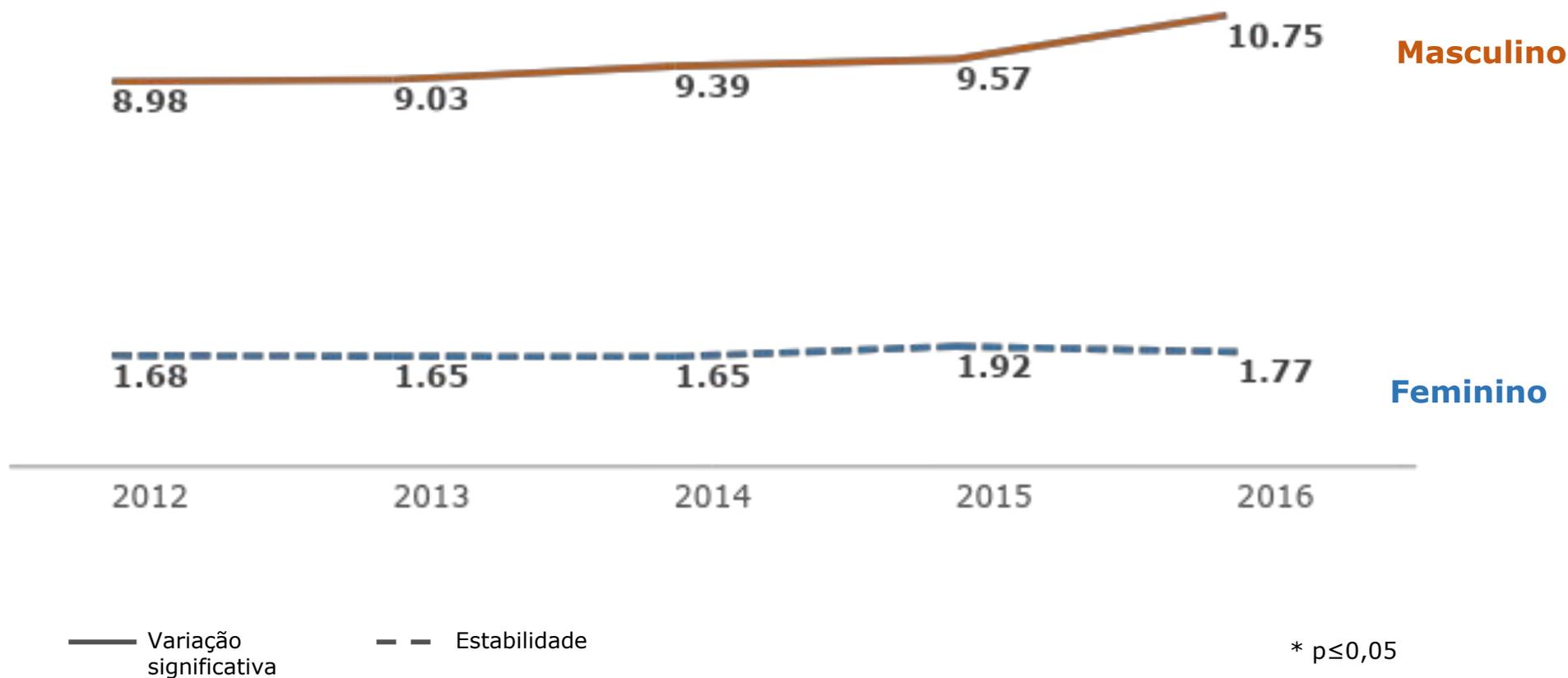
Fonte: Análise do Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (DAGEP/SGEP/MS) utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS/MS).

Por sexo



Fonte: Análise do Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (DAGEP/SGEP/MS) utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS/MS).

Analizando apenas entre os negros, a taxa de suicídio **creceu*** no sexo **masculino** e foi estável no sexo **feminino**, de 2012 a 2016

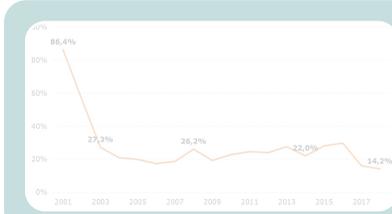


Fonte: Análise do Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (DAGEP/SGEP/MS) utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS/MS).

O que os profissionais de saúde podem fazer?

- Integrar as ações de vigilância e atenção à saúde;
- Propor o tema racismo e saúde da população negra nos cursos de educação permanente;
- Preencher o campo raça/cor em todos os sistemas de informação de sua competência, como e-SUS AB, SIH, SIM;
- Notificar os casos de violências interpessoais e autoprovocadas e promover o início imediato do cuidado a essas pessoas;
- Incluir nos programas de promoção da saúde, como o Programa Academia da Saúde, práticas culturais afro-brasileiras, como capoeira, samba e hip hop.

Principais atividades realizadas



Monitoramento da Portaria nº 344/2017



Elaboração da cartilha 'Óbitos por Suicídio entre Adolescentes e Jovens Negros – 2012 a 2016'



Elaboração do painel de indicadores da População Negra



Escrita do Vigitel 2018 População Negra

Elaboração do painel de indicadores para a População Negra



▶ DCNT



▶ HOMICÍDIOS



Permite a identificação das doenças e agravos mais prevalentes em cada grupo

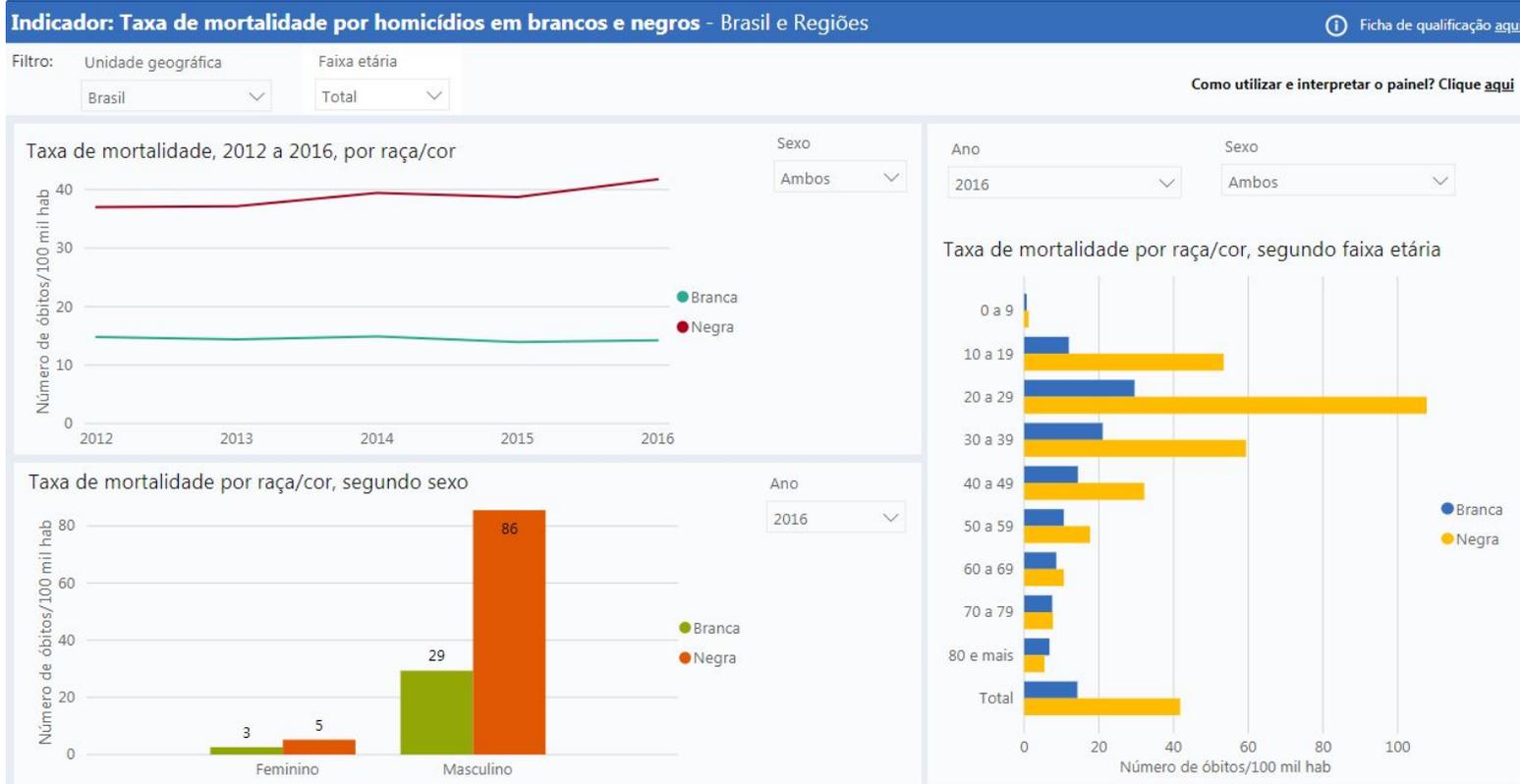
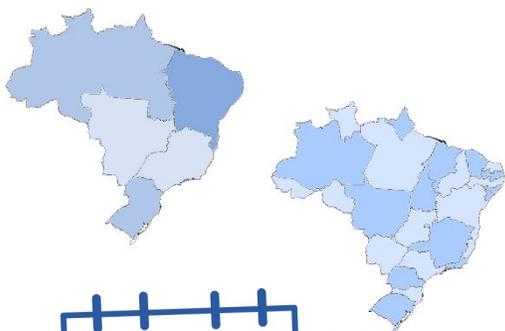
Período: 2012 a 2016

Quatro indicadores estão disponíveis para consulta:

- Taxa de mortalidade por homicídio;
- Taxa de mortalidade prematura por Doenças Crônicas não Transmissíveis;
- Incidência de tuberculose;
- Número de óbitos por doença falciforme.

Taxa de mortalidade por homicídio entre brancos e negros

Estratificação



Filtro: Unidade geográfica

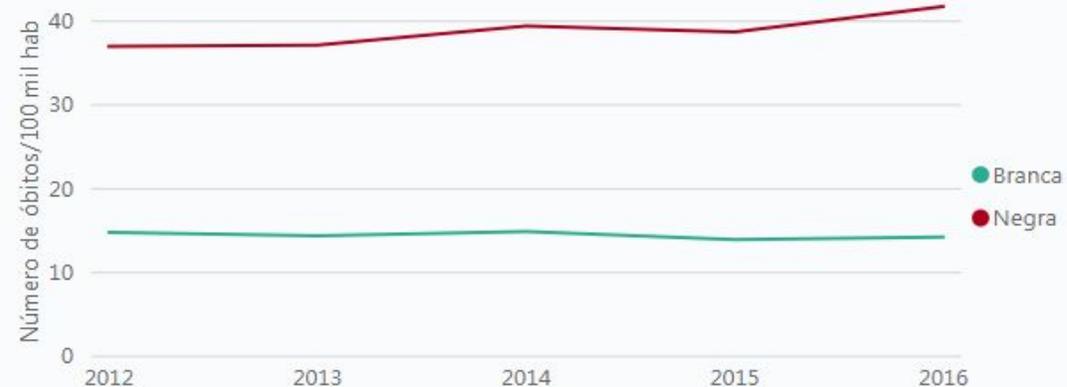
Brasil

Faixa etária

Total

Como utilizar e interpretar o painel? [Clique aqui](#)

Taxa de mortalidade, 2012 a 2016, por raça/cor



Sexo

Ambos

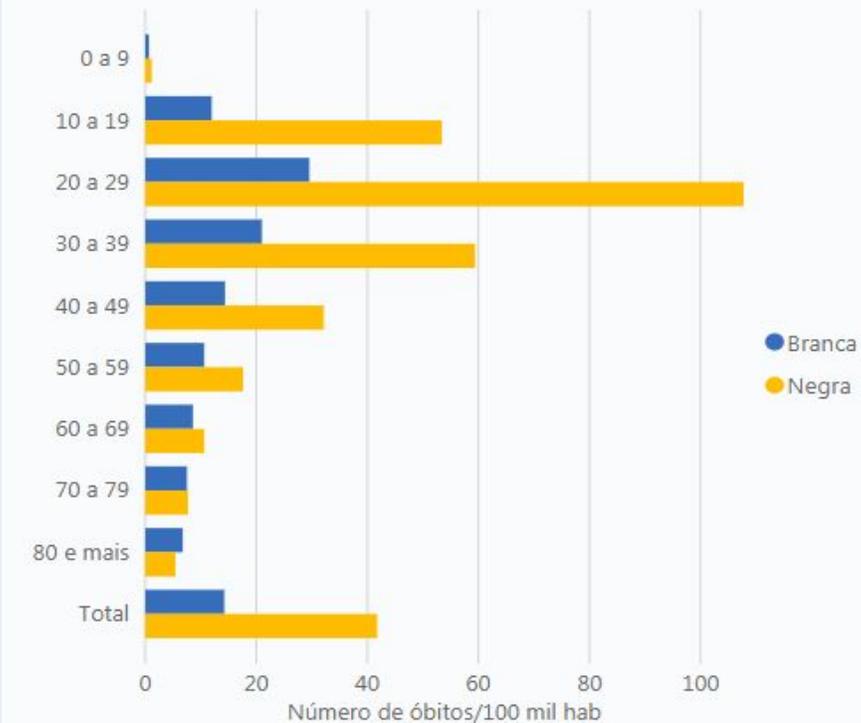
Ano

2016

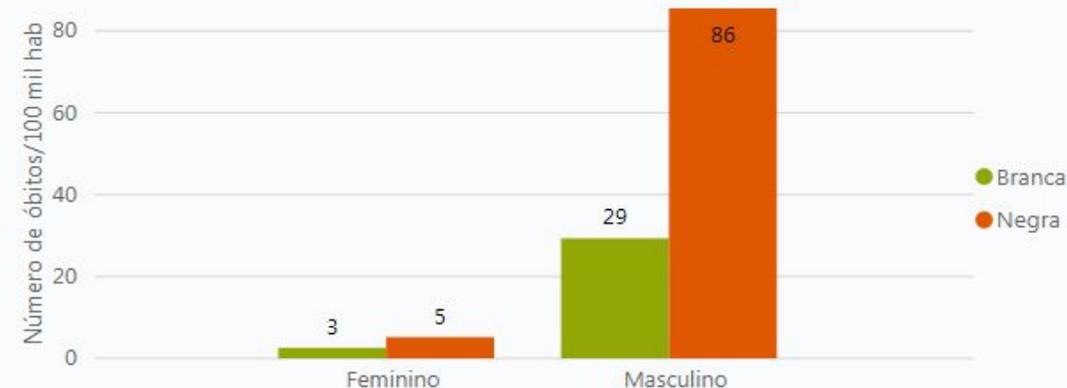
Sexo

Ambos

Taxa de mortalidade por raça/cor, segundo faixa etária



Taxa de mortalidade por raça/cor, segundo sexo



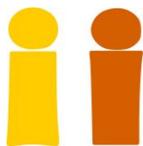
Ano

2016

No Brasil, a taxa de mortalidade por homicídios é mais elevada entre os negros, em comparação com os brancos

Taxa de mortalidade por homicídio entre negros

Estratificação



Indicador: Taxa de mortalidade por homicídios na população negra - Brasil e Regiões

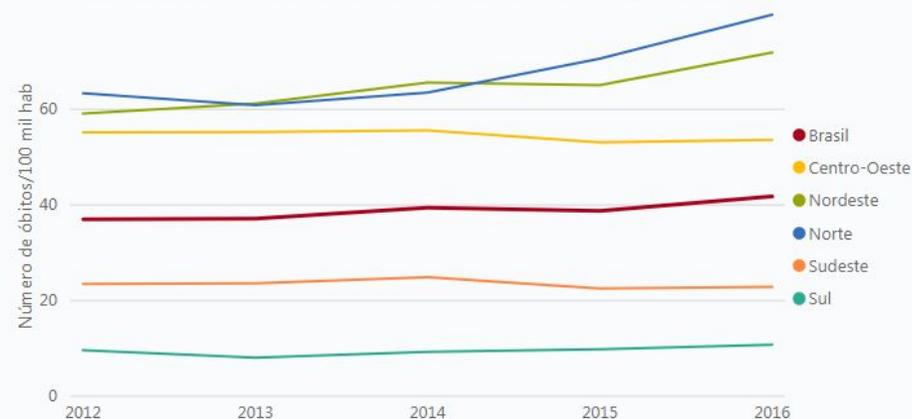
Ficha de qualificação [aqui](#)

Filtro: Sexo
Ambos

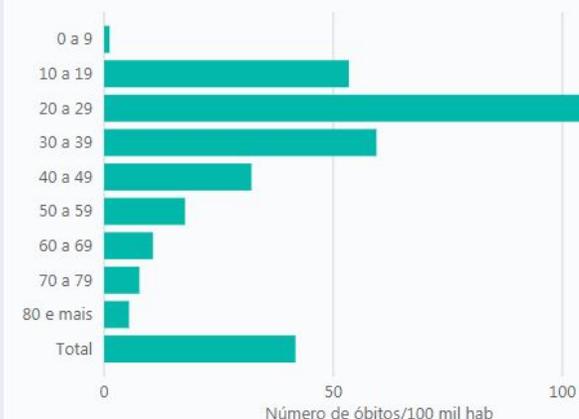
Faixa etária: Total
Unidade geográfica: Todos

Unidade geográfica: Brasil
Ano: 2016

Taxa de mortalidade, 2012 a 2016, por unidade geográfica: Brasil e Regiões



Taxa de mortalidade por faixa etária



Filtro: Sexo

Ambos

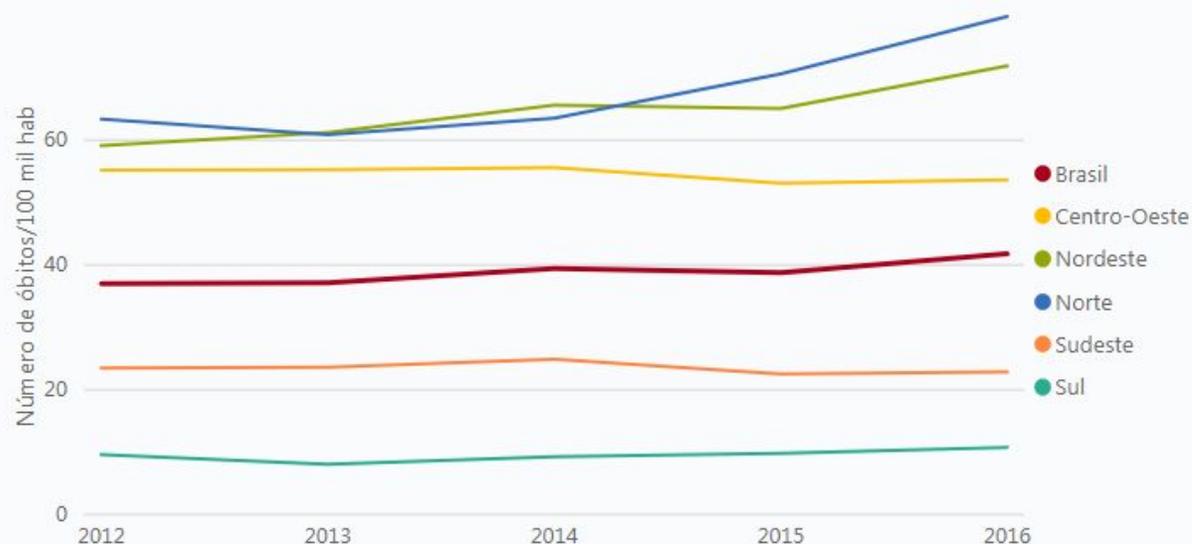
Faixa etária

Total

Unidade geográfica

Todos

Taxa de mortalidade, 2012 a 2016, por unidade geográfica: Brasil e Regiões



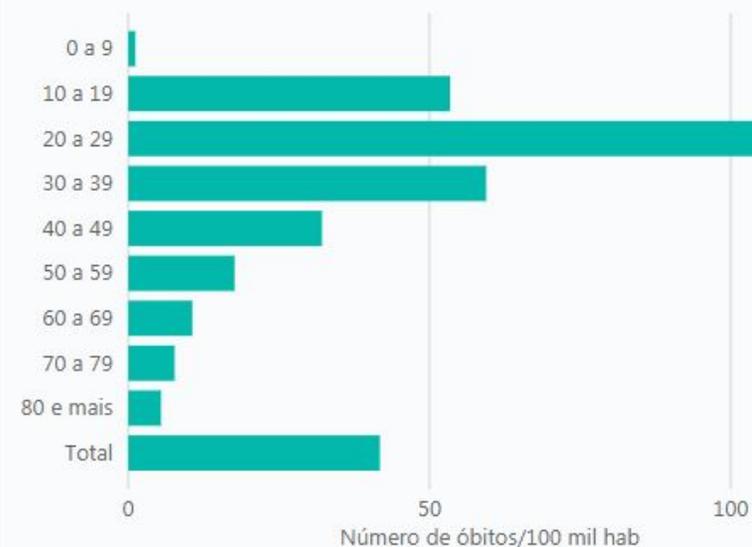
Unidade geográfica

Brasil

Ano

2016

Taxa de mortalidade por faixa etária



Número de homicídios/100mil hab:
79,8 no Norte
71,9 no Nordeste

Taxa de mortalidade por homicídio entre negros (total de faixas etárias)

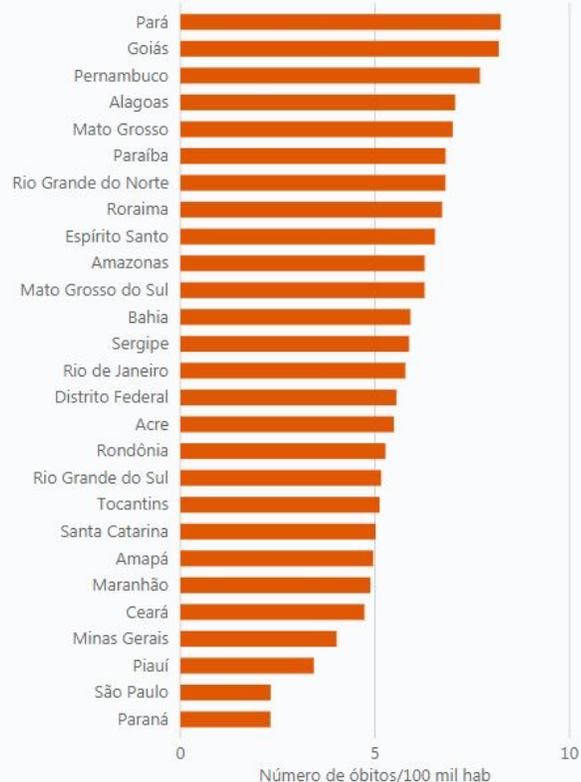
Comparativo entre as UF



Indicador: Taxa padronizada de mortalidade por homicídios na população negra (total de faixas etárias) - UF

[Ficha de qualificação aqui](#)

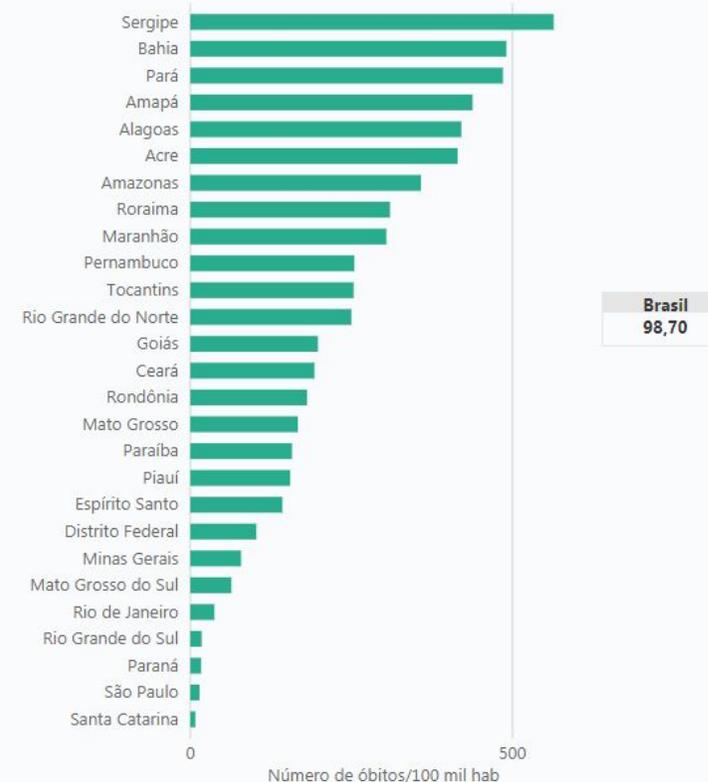
Taxa padronizada de homicídios entre as mulheres negras



Ano
2016

Brasil
5,27

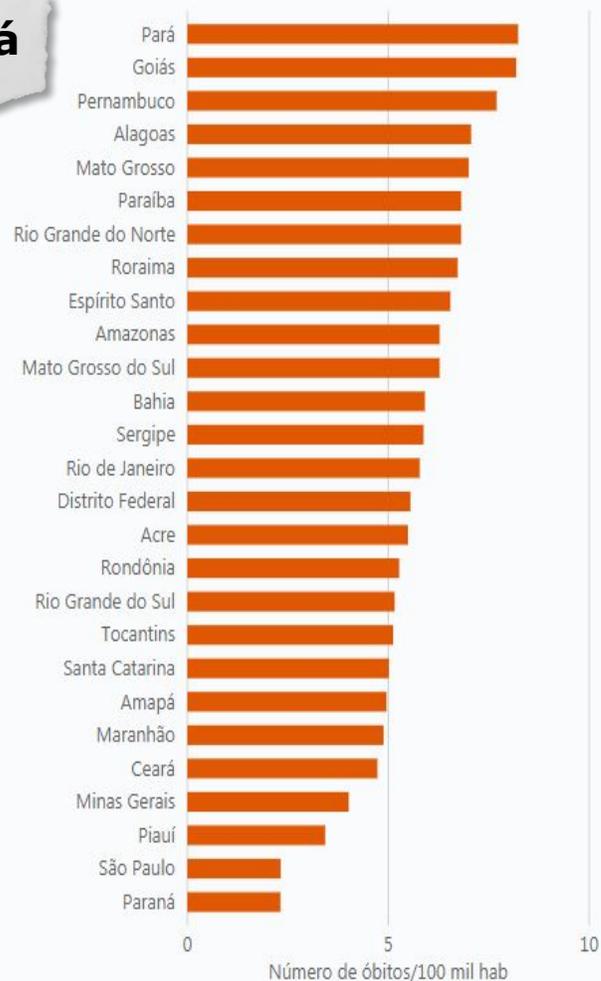
Taxa padronizada de homicídios entre os homens negros



Brasil
98,70

Taxa padronizada de homicídios entre as mulheres negras

8,2 no Pará



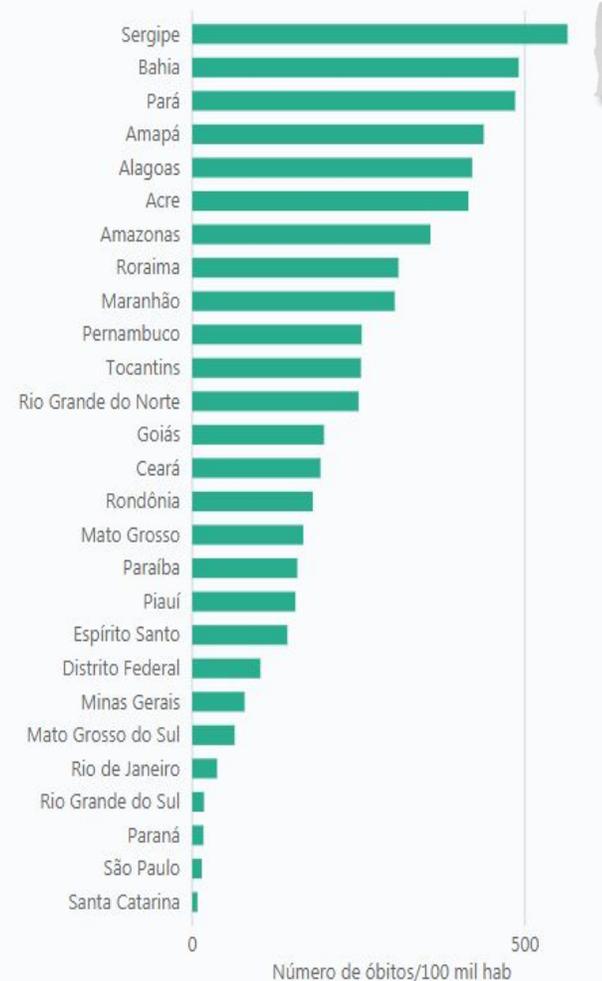
Ano
2016

2016

Brasil
5,27

Taxa padronizada de homicídios entre os homens negros

564,1 em Sergipe



Brasil
98,70

Importância da utilização do Painel

Conhecer as diferenças existentes é fundamental para que gestores e profissionais de saúde possam planejar, monitorar, avaliar e reorientar as ações de saúde, segundo as prioridades locais



Indicadores disponíveis

- Taxa de mortalidade por homicídio

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYWZjMjljZTctNWEzOC00MGIxLWI0MzEtNzMyYmNkNWJmM2U4IiwidCI6IjBlODM0YWMzLTZjZjMtNDk0NC1hZmUzLTRjMzBjZjQ0MTViMCI6ImMiOjh9>

- Taxa de mortalidade prematura por Doenças Crônicas não Transmissíveis

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYTc3YzRmNDgtODhmMC00YTg3LTk1YTMtNzY4OTNiZGQyYTFhIiwidCI6IjBlODM0YWMzLTZjZjMtNDk0NC1hZmUzLTRjMzBjZjQ0MTViMCI6ImMiOjh9>

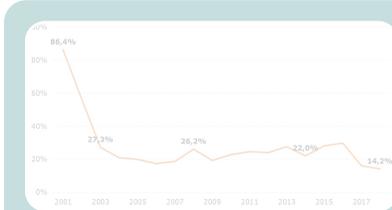
- Incidência de tuberculose

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMTZmZWVlbnZyYjI2OC00MjY4LTkxMDEtNDYyOTQ3YWVmZWU3IiwidCI6IjBlODM0YWMzLTZjZjMtNDk0NC1hZmUzLTRjMzBjZjQ0MTViMCI6ImMiOjh9>

- Número de óbitos por doença falciforme

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMjY4LTkxMDEtNDYyOTQ3YWVmZWU3IiwidCI6IjBlODM0YWMzLTZjZjMtNDk0NC1hZmUzLTRjMzBjZjQ0MTViMCI6ImMiOjh9>

Principais atividades realizadas



Monitoramento da Portaria nº 344/2017



Elaboração da cartilha 'Óbitos por Suicídio entre Adolescentes e Jovens Negros – 2012 a 2016'



Elaboração do painel de indicadores da População Negra



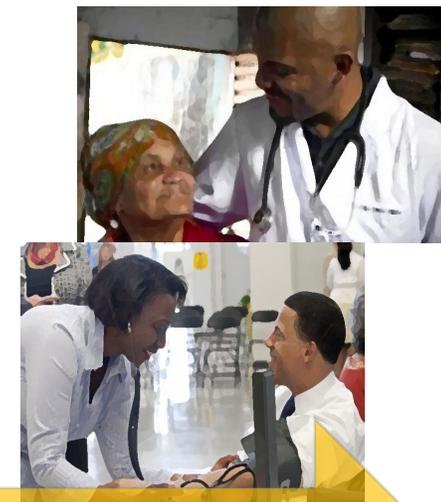
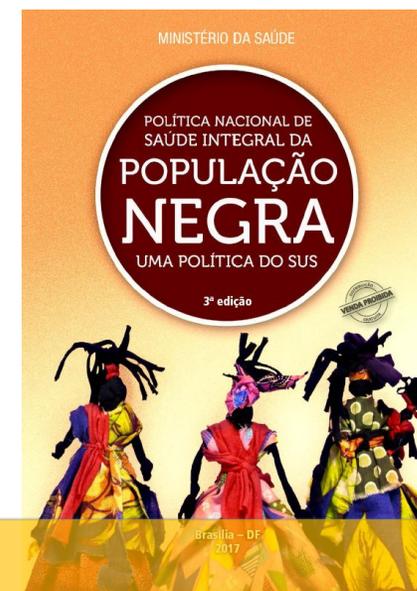
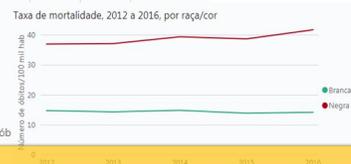
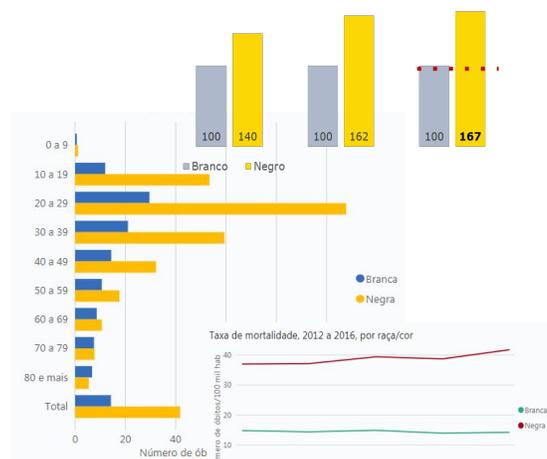
Escrita do Vigitel 2018 População Negra

Vigitel - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico



- O Vigitel é realizado anualmente, desde 2006, em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, com adultos de 18 anos ou mais, permitindo o monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis

Entender os modos de viver, adoecer e morrer da população negra avança para a compreensão das iniquidades em saúde expressas pelos indicadores



Vigitel 2018 População Negra



Primeiro relatório do Vigitel com resultados específicos para a População Negra

- Resultados para a população negra em 2018 (sexo, faixa etária e escolaridade)
- Comparação da frequência dos indicadores entre a população negra e a população branca (2018)
- Histórico dos indicadores para a população negra desde 2011

Imagem meramente ilustrativa.

Informe:

Boletim com análise das notificações de violência na população em situação de rua será lançado em breve

Boletim Epidemiológico

14

Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde

Volume 50 | Abr. 2019

População em situação de rua e violência – uma análise das notificações no Brasil de 2015 a 2017

Introdução

A definição da população de rua é complexa, sendo sintetizada principalmente pela ausência de moradia.¹ Todavia, o conceito de moradia vai além da estrutura física e inclui a identidade, a segurança e o pertencimento.² A expressão "pessoas em situação de rua" abrange a compreensão da transitoriedade da condição de viver/estar na rua. De acordo com a Política Nacional para a População em Situação de Rua (Decreto nº 7.053/2009), esta população é caracterizada como "grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória".³

Em 2015, a estimativa das pessoas vivendo em situação de rua no Brasil foi de 101.854, sendo que a maioria (77,0%) delas vivia em municípios de grande porte e na região Sudeste (48,9%).⁴ As características majoritárias da população em situação de rua eram: sexo masculino, adultos jovens (25 e 44 anos), exerciam atividade remunerada, passavam a maior parte do tempo nas áreas comerciais das cidades. Os fatores que influenciam a violência na rua são diversos, mas os principais foram: uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, desemprego e conflitos familiares.⁵

Os contextos vivenciados pela população em situação de rua apresentam múltiplas vulnerabilidades, sendo um desafio para as políticas públicas, em especial aquelas relacionadas à saúde.⁶ A situação de rua implica maior vulnerabilidade para o adoecimento por vários motivos, pelos riscos de estar na rua, pela dificuldade de aderir em tempo oportuno aos tratamentos adequados e de acessá-los, entre outros.⁷ A estigmatização da

população em situação de rua é outro fator que a vulnerabiliza e a torna mais exposta às diversas formas de violência.^{8,9}

A temática da violência no Sistema Único de Saúde (SUS) foi institucionalizada em 2001, com a publicação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Desde 1990, há obrigatoriedade de notificação das violências contra crianças e adolescentes e, em 2003, a notificação de violência passou a contemplar também mulheres e idosos.¹⁰ Em 25 de janeiro de 2011, foi publicada a Portaria GM/MS nº 104, posteriormente revogada pela Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que contempla a notificação de violências como parte da lista de notificação compulsória, universalizando-a em todos os serviços de saúde, que públicos ou privados.¹¹ Em 2014, foi incluído o campo "motivação da violência" na ficha de notificação, o qual compreende se a violência foi provocada pela situação de rua da vítima, sexismo, homofobia, lesbofobia, fobia à transfobia, racismo, intolerância religiosa, xenofobia, conflito geracional ou deficiência, incluindo campo para outras motivações não especificadas.¹²

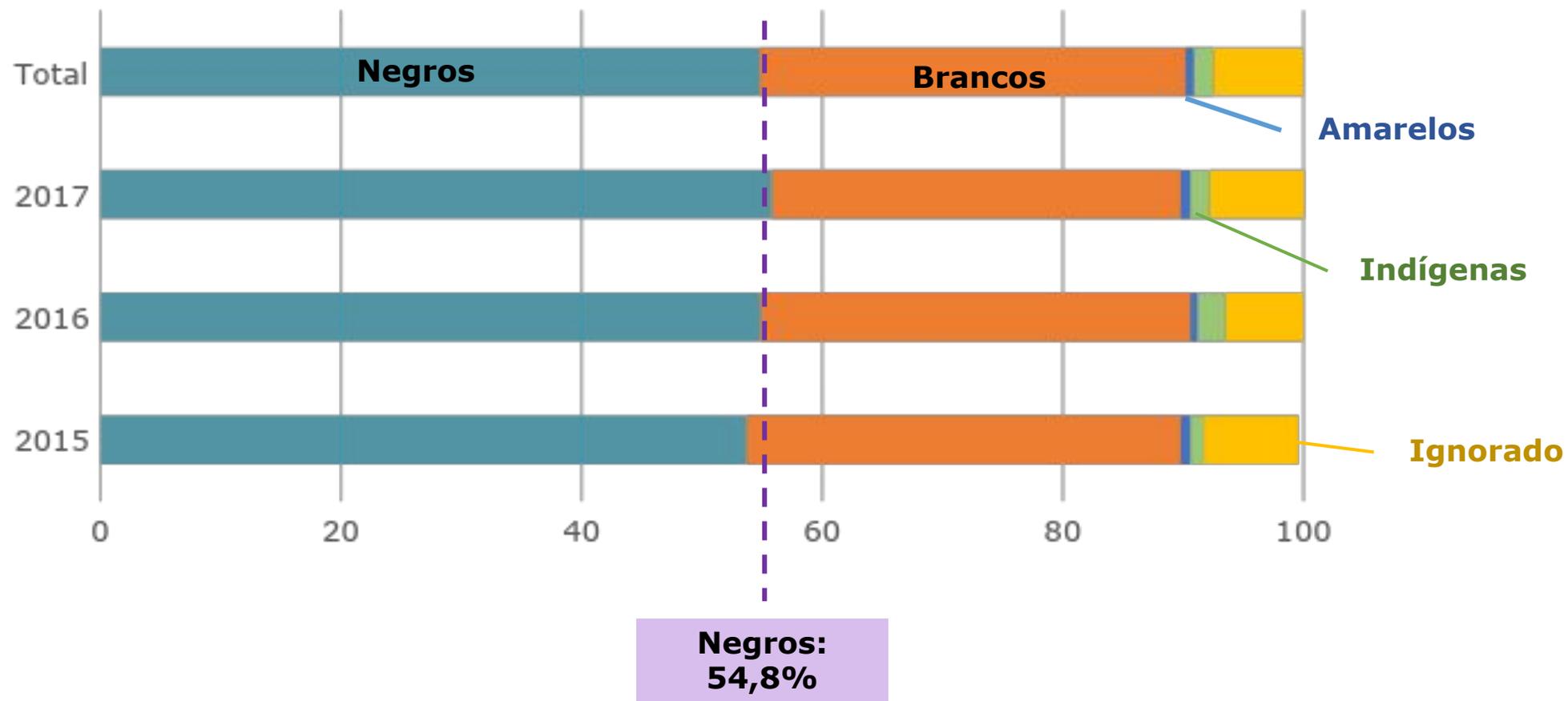
A partir do exposto, o objetivo deste boletim foi descrever os casos notificados de violência envolvendo a população em situação de rua no Brasil, no período de 2015 a 2017.

Métodos

Foi realizado um estudo descritivo das notificações individuais de violência interpessoal/autoprovocada registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) nos anos de 2015, 2016 e 2017, no Brasil. Os casos de violência envolvendo a população em situação de rua foram selecionados do banco de dados por meio da variável "motivo da violência" (campo 55 da ficha de notificação individual de violência do Sinan).

- O Boletim contém dados de 2015 a 2017, das fichas de notificação individual de violência do SINAN
- No período analisado, foram notificados **17.386 casos** de violência cuja motivação principal foi a condição de situação de rua da vítima
- Dessas notificações, **50,8% foram de violência contra as mulheres**

Por raça/cor, as notificações de violência motivada por situação de rua foram mais frequentes entre os negros (pretos e pardos), com 9.522 casos, de 2015 a 2017



A importância da atenção primária baseada em evidências

- Conhecer a realidade local para uma ação mais efetiva
- Ter o profissional da saúde como agente da mudança
- Ter o profissional da atenção primária como protagonista das políticas de saúde



Obrigad@!

Marcus Peixinho

**Diretor do Departamento de Apoio à
Gestão Participativa e ao Controle Social
– DAGEP/SGEP/MS**

marcus.peixinho@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-8852

Silvânia Caribé

**Tecnologista Plena do Departamento de
Ações Programáticas Estratégicas –
DAPES/SAS/MS**

silvania.andrade@saude.gov.br

<http://portalms.saude.gov.br/sgep>

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL

Metodologia

- Fonte de dados: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)
- Seleção dos óbitos: Códigos CD-10 X60 a X84 (óbitos por autointoxicações ou lesões autoprovocadas)
- Período analisado: 2012 a 2016
- Faixa etária: Adolescentes (10 a 19 anos) e Jovens (20 a 29 anos)
- Indicador: taxa de mortalidade por suicídio. Numerador: número de mortes, na faixa etária determinada, para negros e brancos, por sexo. Denominador: estimativa da população por raça/cor e faixa etária baseada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD/IBGE)*
- Análise de tendência: as variações de crescimento, queda ou mesmo estabilidade apontadas para o período de 2012 a 2016, foram resultado de uma regressão linear

*A PNAD tem uma amostra urbana que não é representativa para indígenas e amarelos, assim, esses grupos foram excluídos da análise