

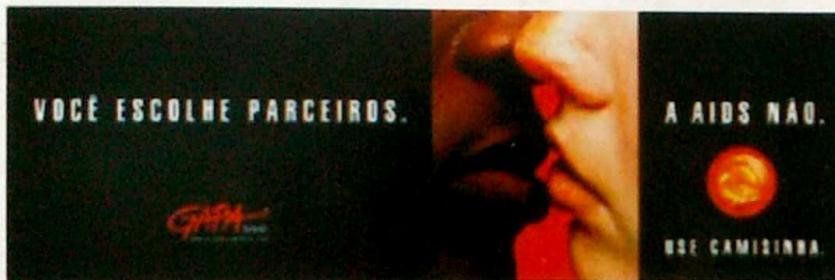
Boletim GAPA Bahia

25 anos



Editorial

Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS da Bahia celebra 25 anos de história no enfrentamento à epidemia de AIDS



O ano de 2013 foi um ano duplamente especial para o GAPA-BA. Celebramos 25 anos no desenvolvimento de ações de promoção à saúde, prevenção e cuidados no campo do HIV/AIDS, educação e garantia de Direitos Humanos, controle social, e podemos celebrar os 20 anos da implementação da assessoria jurídica gratuita à população.

São 25 anos com atuação junto às populações em situação de vulnerabilidade social – jovens, mulheres, pessoas que vivem com HIV/AIDS, LGBT, em especial àquelas em situação de pobreza. Uma trajetória pautada na inovação de metodologias, como educação jurídica popular, arte-educação, educação a distância e campanhas multimídia.

Na defesa e garantia de Direitos, a assessoria jurídica do GAPA-BA foi uma das primeiras especializadas no atendimento as pessoas que vivem com HIV/AIDS no Brasil, focando suas ações para além dos tribunais. Atendimento multidisciplinar, propositura de ações individuais e coletivas, parcerias firmadas com o Tribunal de Justiça da Bahia, universidades e o Ministério Público foram estratégias utilizadas pelo GAPA-BA para oferecer um serviço mais completo junto e para as pessoas assistidas.

Assim, para celebrar seus 25 anos, o GAPA-BA publica este Boletim com artigos e entrevistas realizados com especialistas nas áreas de HIV/AIDS, Hepatites Virais, uso de substâncias psicoativas, população negra e LGBT.

Desejamos a todos/as uma boa leitura!



Veja neste boletim

DIREITOS HUMANOS 02

1º Centro de Referência em Direitos Humanos de Salvador

HEPATITES 03

Vírus das hepatites B & C em pessoas vivendo com HIV, por Helma Pinchemel Cotrim

POLITICA NACIONAL DE DROGAS 04

Prof. Edward MacRae

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA 07

Uma política de saúde necessária e estruturante para um SUS igualitário, por Altair Lira

Contribua para a manutenção do trabalho do GAPA-BA

Doações:

Banco do Brasil

Ag 3458-4

CC 1.206-8

Inauguração do 1º Centro de Referência em Direitos Humanos de Salvador



O Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS da Bahia (GAPA-BA) em parceria com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) inaugurou no dia, 6 de setembro de 2013, o 1º Centro de Referência em Direitos Humanos de Salvador (CRDH).

Uma grande conquista para a cidade de Salvador que, sendo o município mais populoso do nordeste, e o terceiro mais populoso no Brasil (IBGE, 2010), tem se destacado quando o assunto é violação de direitos humanos, desconhecimento da população sobre seus direitos e dificuldade de acesso à justiça.

Faz parte da rotina diária do soteropolitano assistir nos noticiários e vivenciar no seu dia a dia violações aos direitos humanos e situações de aprofundamento e manutenção das desigualdades sociais que marcam a vida de mulheres, jovens, idosos, pessoas vivendo com HIV/AIDS, Povo de Santo, população LGBT,

afrodescendentes e pessoas com vulnerabilidade socioeconômica, público alvo do CRDH.

Faz parte da rotina diária do soteropolitano assistir nos noticiários e vivenciar no seu dia a dia violações aos direitos humanos

Nesse contexto surge o Centro de Referência em Direitos Humanos de Salvador com a finalidade de reverter esse quadro através da mobilização de todos os atores locais e comunidades envolvidas, direta ou indiretamente, com a promoção e defesa dos Direitos Humanos através da prestação de diversos serviços. O CRDH é de grande importância para a cidade de Salvador por servir de farol para pessoas e instituições que necessitem de apoio em casos relacionados a direitos humanos.

São objetivos do CRDH:

- Propiciar o atendimento psicossocial como mecanismo de ampliação dos espaços de sociabilidades, de mobilização social, de fortalecimento da autoestima e do desenvolvimento de potencialidades humanas;
- Promover o acesso à justiça e a garantia de direitos por meio do atendimento jurídico e ações de mediação comunitária focadas na cultura da paz;
- Fortalecer a capacidade de resposta de populações em situação de vulnerabilidade social e exclusão social, por meio de ações de formação, incidência política, comunicação, monitoramento e proposição de políticas públicas.

O CRDH oferece os seguintes serviços:

1. Recebimento, acompanhamento e encaminhamento de denúncias sobre violação de Direitos Humanos; prestação de serviços de assistência, orientação, encaminhamento e acompanhamento jurídico, social e psicológico;
2. Facilitação no acesso aos documentos civis básicos;
3. Formação e capacitação em Direitos Humanos e Cidadania de lideranças locais, agentes públicos estudantes através de oficinas e palestras;
4. Mediação e conciliação de conflitos;
5. Participação em espaços de proposição e monitoramento de projetos locais e políticas públicas.

Vírus das hepatites B & C em pessoas vivendo com HIV: alertas e cuidados

***Helma Pinchemel Cotrim**

Professora Associada Doutora de Gastro-Hepatologia
Faculdade de Medicina da Bahia - UFBA

É vasta a literatura médico-científica sobre esse tema, no entanto alguns aspectos merecem atenção de todos, pacientes, médicos e a população em geral. Esse artigo tem o objetivo principal alertar para pontos relevantes da coinfeção HIV e vírus B (VHB) e C (VHC) da hepatite, e cuidados preventivos e de tratamento que podem ser utilizados.

Hepatite significa inflamação no fígado pelas mais diversas causas. Hepatite alcoólica, causada pela ingestão crônica de álcool, hepatite tóxica causada por medicamentos, ervas, produtos químicos, esteatoepatite causada por excesso de gordura no fígado, e hepatite por vírus.

Os principais vírus que causam hepatite são denominados de A, B, C, D, E, e outros são denominados não A-E ou ainda sem marcadores (exames) para identifica-los.

HIV (vírus da imunodeficiência humana) é frequente em todo mundo e as pessoas vivendo com esse vírus podem se infectar ou coinfectar principalmente com os vírus B e C da hepatite. Isso ocorre porque as formas de transmissão mais frequentes do HIV, VHB e VHC são semelhantes. O VHB é transmitido por via parenteral ou sanguínea (agulhas, e outros objetos cortantes

como os utilizados por manicures, tatuadores e barbeiros); pela via sexual; e pela denominada transmissão vertical (mãe portadora do VHB para o recém-nascido).

O VHC é transmitido principalmente pela via parenteral, e menos frequentemente pelas via sexual ou vertical.

Estima-se que um terço das pessoas infectadas com HIV são coinfectadas com os vírus B ou C da hepatite, e o diagnóstico precoce dessa possível associação de vírus é importante.

O tratamento antirretroviral (medicamentos que tratam pessoas vivendo com HIV) tem aumentado à qualidade e expectativa de vida dessas pessoas. No entanto, quando o indivíduo é coinfectado, e não devidamente diagnosticado e tratado para os vírus B e C das hepatite, podem desenvolver uma doença grave do fígado, e podem também apresentar complicações relacionadas ao tratamento da infecção do HIV.

Alguns dados do CDC (Centro de Controle de Doenças) dos Estados Unidos merecem atenção:

Estima-se que 25% dos indivíduos infectados com HIV são também infectados com vírus C da hepatite; 10% destes acrescenta-se a infecção com o VHB; estima-se que 80% dos

usuários de drogas injetáveis vivendo com HIV são também infectados com VHC; pessoas com HIV coinfectadas tem um risco 3 vezes maior de desenvolver hepatite crônica e doença grave do fígado.

Consideramos então que alertas e cuidados são relevantes em relação a esse tema ou a essas coinfeções HIV-VHB ou VHC:

- Alertar para o fato de que todas as pessoas vivendo com HIV devem ser investigadas para os vírus B e C da hepatite. Se negativos devem ser vacinados para hepatite A e B. Essas vacinas existem no sistema público de saúde e são eficazes. Ainda não existem vacinas para o vírus C.
- Alertar para a importância da infecção pelo vírus C, pois essa na maioria dos casos não apresenta sintomas ou sinais clínicos por décadas, mas mesmo assim pode evoluir para doença grave do fígado.
- Alertar para o fato de que os soropositivos para HIV, positivos para VHB ou VHC devem ser ter uma investigação clínica cuidadosa. Se for diagnosticada a hepatite crônica por esses vírus, essas pessoas vivendo com HIV devem ser tratadas. Existem medicamentos para tratar hepatite crônica B e C também no sistema público de saúde.
- Alertar para a importância da vacinação dos recém-nascidos de mães portadoras do vírus B, coinfectadas com HIV ou monoinfectadas, nas primeiras 24h de vida para protegê-los contra a infecção pelo VHB, hepatite crônica e complicações graves no fígado.

A Política Nacional de Drogas

*Edward MacRae

Doutor em Antropologia e pesquisador associado do CETAD- Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas

O Prof. Edward MacRae, doutor em Antropologia e pesquisador associado do CETAD, conversou com o GAPA/BA sobre a Política Nacional de Drogas.

GAPA - O que o senhor considera que seja o maior avanço da política nacional de Drogas nos últimos trinta anos?

EM - Eu acho que houve uma mudança considerável em nível de discurso com as autoridades relacionadas à repressão das drogas. Hoje a redução de danos é anti-proibicionista; posturas assim já são quase generalizadas entre aqueles funcionários da Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas com quem eu conversei. Você não tem mais que ficar disfarçando que é anti proibicionista, que quer a legalização das drogas. Antigamente, você tinha que tomar cuidado, você falava e era desqualificado. Hoje em dia, houve uma mudança forte nesse sentido, nas coisas que se pode dizer sem ser considerado doido, irresponsável. A outra coisa é a mudança na atual Lei de Drogas, que também ainda não é o que a gente queria mas, pelo menos, ela já trata de redução de danos, já tenta estabelecer uma distinção entre usuário e traficante. Isso ela não consegue fazer plenamente, mas ela tenta. Então, eu

acho que houve grandes avanços, mas na conceitualização do problema. Já, na aplicação da lei, está difícil.

GAPA- Em relação à política de redução de danos, o senhor acredita que houve contribuição na melhoria da qualidade de vida das pessoas?

EM - Eu acho que essa noção de redução de danos tornou-se hoje mais ampla que antigamente. Redução de Danos era você distribuir agulhas e seringas. Hoje quase não se encontra muitos usuários de drogas injetáveis, não é mais questão de distribuir agulha e seringa mas são outras medidas que são menos diretas do que dar para uma pessoa uma agulha e dizer para ela como usar corretamente. Tem o Kit SNIFF¹ você dá pra a pessoa poder cheirar sem se expor a várias infecções ... mas eu acho que esse Kit SNIFF não é exatamente o equivalente à agulha distribuída. Não creio que seja tão divulgado, é outra situação. Hoje em dia, a maior parte das pessoas que cheiram pó nem ouviram falar nesse kit. Mas o que se está tendo é conversa, você tem várias ações em relação a usuários de drogas que partem de princípios da redução de danos, de você não vir com uma mensagem proibicionista. Você vem com uma mensagem de tentar ver o quê que a gente pode fazer nas práticas existentes para torná-las menos

danosas. Por exemplo, eu tenho uns amigos que estão fazendo um trabalho de redução de danos em festas rave, que usam outras abordagens. Não é tanto você entregar insumos, mas trazer informação. Sempre com essa perspectiva de tolerância. O que o movimento de redução de danos trouxe foi um clima de tolerância. Hoje em dia, grande número dos técnicos que trabalham com usuários já são norteados por esse valor e não o da abstinência total, que era o dogma há um tempo atrás. Ainda é muito forte isso, mas já tem outras ideias circulando. Bastante gente em posições importantes, como técnicos do governo, que são formadores de opinião, levarem a discussão adiante. Então a coisa está caminhando.

GAPA- Quais são as principais dificuldades encontradas pelos usuários de substâncias psicoativas no acesso à saúde?

EM - Ainda há muito preconceito e falta de técnica e de habilidade em lidar com as características dessa população. Não só de capacitação. Esta é importante, mas se você não leva a coisa mais adiante e cria estruturas para as pessoas poderem praticar aquilo para o qual foram capacitadas, as pessoas acabam fazendo nada com aquela capacitação. Isso acontece bastante com as capacitações que se fazem por aí. Se você é uma instituição de atendimento a dependentes como o CETAD por exemplo, você tem que estabelecer contatos diretos com um médico, um funcionário, ou técnicos de determinados serviços para o qual você vai encaminhar os pacientes. Você não pode dizer 'vá para um hospital'. Você tem que dizer 'vá lá ver

¹ Kit SNIFF - conjunto de materiais assépticos para consumir droga inalada, como a cocaína.

fulano que vai estar te esperando a tal hora'. Porque você não pode deixar um usuário de drogas esperando muito tempo, senão ele vai embora. Você conseguir o contato com o usuário é uma grande preciosidade. Então são outras técnicas que tem que ser desenvolvidas para atendimento desta população.

GAPA - E qual abordagem que o senhor considera que é mais eficaz no tratamento?

EM - Eu não trabalho diretamente nesta questão, mas tenho a impressão que não dá pra ter uma receita de bolo única para tratamento de drogadependentes. Eu acho que é uma situação extremamente complexa, tem muitos fatores diferentes envolvidos. A própria pessoa, sua relação com as substâncias, o contexto sócio-cultural dessa pessoa também é muito importante para determinar como vai ser essa relação da pessoa com a droga. Tem gente para quem os doze passos do AA é perfeito, com exigência de abstinência e toda uma coisa de assumir que você é doente incurável. Para outras pessoas, não. Eu tendo a criticar essa abordagem dos doze passos, mas é absolutamente necessário, justo que a gente reconheça que tem muita gente fazendo isso para quem é uma tábua de salvação. Eu conheço muita gente que está ótima graças à sua relação com o AA. Acho que há várias técnicas diferentes de tratamento e essa é uma questão que deve ser discutida com o usuário; a forma de tratamento deve ser algo elaborado em comum com o usuário. Muito genericamente é isso. Mas eu acho que é preciso um apoio social; assistente social tem um papel muito importante em grande parte desses casos. E precisa alguém para

realmente segurar a cabeça da pessoa. Abordagens psicanalíticas são importantes. E um tratamento medicamentoso também tem o seu lugar, mas a forma psiquiátrica não deveria ser a principal maneira de tratamento. Eu sou mais por abordagens psicoterápicas de vários tipos que possam até ter um apoio medicamentoso.

As políticas de internação compulsória são só de "limpeza" da cidade. Higienistas mesmo! Não se tem uma epidemia de crack. É epidemia de desassistência, mesmo. Antes do crack tinha outras coisas e depois do crack vai ter outras coisas.

GAPA - E em relação à internação compulsória. Qual a sua opinião?

EM - Sou contra. Eu acho que é simplesmente você tentar dar uma solução simplista, só aparentemente eficaz. Porque você só tira os usuários de vista, joga embaixo do tapete. E realmente, se você vai a um lugar como São Paulo, é constrangedor ver tanta gente largada na rua. E agora, de repente, viraram todos "craqueiros". Talvez nem sejam, mas hoje em dia você vê um cara jogado na rua e já pensa que ele é usuário de crack, quando pode ser simplesmente um bêbado, ou alguém que passou mal, desmaiou. Então essa questão da população em situação de rua em geral é uma coisa altamente constrangedora. Que sociedade é essa em que deixamos tanta gente completamente desabrigada? Isso me faz sentir mal. Agora tem a Copa. Vai ser necessário dar uma arrumadinha

nas cidades. Então eles tiram de circulação os moradores da rua, mas eles não dão assistência a eles. Essas são pessoas extremamente comprometidas, tem que se ter um trabalho cuidadoso com elas. Não é só tirar de um lugar e colocar em outro. As políticas de internação compulsória são só de "limpeza" da cidade. Higienistas mesmo! É muito difícil você encontrar uma solução real. Não se tem uma epidemia de crack. É epidemia de desassistência, mesmo. Antes do crack tinha outras coisas e depois do crack vai ter outras coisas. O vilão não é o crack. A verdadeira dificuldade é que a gente não tem como lidar com pessoas que sofrem de problemas de saúde mental. Eu acho que atualmente foi feita uma parte da reforma psiquiátrica, mas ainda não se implementou direito a rede de apoio. Afortunadamente, não existem mais essas clínicas psiquiátricas de antigamente, asilos, manicômios. Mas, atualmente, a responsabilidade acaba ficando com os familiares, e essa responsabilidade é muito pesada. Chega uma hora em que ou a família cospe fora esse ente problemático ou ela se desintegra. No momento, a família está tendo que lidar com isso. Então, eu sou completamente contra a internação compulsória mas é preciso haver uma rede implementada que dê real apoio às pessoas envolvidas com problemas mentais e com problema de dependência séria, sempre dando muita atenção também às necessidades dos familiares ou cuidadores desses indivíduos.

GAPA - Como é que o senhor prevê os efeitos da atual política nacional de drogas da população dos usuários de substâncias psicoativas?

EM - Eu acho essa pergunta complicada por que a atual política está em mudança. Pode ser que fique



Entrevista

mais repressora ou pode ficar mais liberal, dependendo de como caminhar a descriminalização da maconha nos Estados Unidos. A atual política esta indefinida e não é uma política muito estável. O que a gente vê é a possibilidade de mudança. Eu acho que essa política não vai ter uma influência em 30 anos. O que eu acho ideal é a descriminalização.

A criminalização é mais voltada para o controle social do que para a saúde pública. Já teve a criminalização na década de 70, que era focada na juventude rebelde cujos irmãos mais velhos fizeram luta armada. Nesta época, veio uma lei bem dura para pegar todo mundo envolvido com droga. Agora é diferente. É outro o alvo. É gente excluída, problemática, que não está muito feliz com a sua vida e causa problema. Esses seriam os "traficantes". Da mesma forma que qualquer pessoa compra uma coisa na feira, compra-se atualmente uma grande variedade de drogas, especialmente maconha, cocaína e crack. O comércio de drogas está efetivamente liberado. Mas isso alivia a barra somente para o público de classe média que inclusive conta com serviço de delivery. Se alguém for pego, tende a ser considerado "usuário". Mas, qualquer rapazinho negro, preso na periferia, com um baseado que seja, corre o risco de ser tido como traficante. Há pesquisas que mostram isso claramente. Essa política é, de fato, voltada para o controle de determinados segmentos da sociedade. No momento é a periferia. A proibição só promove um aumento da criminalização da pobreza, não resolve nada. A melhor prevenção que se pode fazer é levar pessoas a terem uma compreensão mais complexa das drogas. De como elas se relacionam com o contexto social em que são usadas, dos cuidados que se deve ter com elas. E

esse tipo de visão é melhor transmitido entre gerações, pais para filhos, professores para alunos. Mas a atual situação de criminalização torna esse tipo de papo impossível. É muito difícil um pai discutir com um filho sobre as maneiras menos prejudiciais de se fumar um baseado, por exemplo. Professor conversar tranquilamente com aluno sobre isso fica ainda mais difícil. E isso tem consequências. O aprendizado sobre drogas é feito na rua. Entre pares da mesma geração. Enquanto os valores que os mais velhos podem passar para os mais novos podem ser amplos, de cuidados com a saúde e outros tipos de cuidados, os valores que vão ser transmitidos entre a galerinha são valores de valentia, de beber mais, e essa coisa de aparecer. O tipo de conhecimento sobre drogas vai ser diferente e eu acho muito importante que se tenha essa forma de discussão mais cuidadosa, racional. Os amiguinhos sempre vão ser amiguinhos e sempre vão discutir ideias entre eles. Ótimo. Mas tem que ter essa outra abordagem mais madura. E no momento a educação sobre drogas tende a ser feita por pessoas que são, para os jovens, altamente desinformadas, e não vão ser levadas a sério por eles. 'Fumar maconha mata!'. (Já ouvi dizerem isso!).

Aqueles que fazem campanhas antidroga muitas vezes não sabem muito sobre o que estão falando. Suas exposições são muito rígidas. E isso tudo é por causa da criminalização. Eu acho que a descriminalização vai tirar muito dinheiro do circuito do narcotráfico, por que, se você começa a vender comercialmente, vai criar empregos fixos. E o que vai acontecer com os meninos da periferia que vendem droga? Eles vão ter que se conformar em não ter os tênis, a ostentação que eles têm, vão ter que

trabalhar com as coisas que tem por aí. Podem virar assaltantes, mas eu acho que esse mercado de roubos é muito mais perigoso, complicado. Você ir assaltar um banco é mais complicado que você vender umas trouxinhas de maconha. E não vai ter tanto dinheiro rolando. O que vai acontecer vai ser uma depressão nessa área e daí você pode pensar nos empregos informais que estão sendo perdidos, mas em troca e se cria empregos formais. Serve para tirar o poder do fogo do tráfico. Mas precisaremos de uma descriminalização mesmo, de tudo. Tem que ser de maconha, cocaína, crack, heroína, tudo. Mas legalização não quer dizer "liberou geral".

A situação atual é que é de "liberou geral". Por que, se eu pegar o telefone, dentro de meia hora posso receber aqui, dentro de certo repertório, o que eu quiser: haxixe, pó, ácido, ecstasy, entre outras coisas. Eu, ou meu sobrinho menor de idade, qualquer um pode acionar isso. É "liberou geral". Se você tem dinheiro você tem acesso a qualquer droga. O que se propõe é que você vai ter que elaborar diferentes estratégias de controle. Uma coisa é maconha, que eu acho que pode ser vendida de forma similar aos cigarros. Eu não sei se recomendaria o mesmo no caso da cocaína, por exemplo. Talvez devesse ser vendida em farmácias e haveria um cadastro de usuários que deveriam se submeter a check ups regulares. Seria necessário desenvolver diferentes estratégias para as diferentes substâncias e para isso seria necessário um amplo debate. Mas não se pode pretender simplesmente banir as drogas. A experiência já mostrou que isso é impossível e contraproducente, tanto em termos de saúde pública quanto de segurança. Ao tentar banir você só aumenta o descontrole.

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

*Altair Lira

Bacharel em Antropologia Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - UFBA
Mestrando em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva - UFBA
Integrante do Comitê Técnico Nacional de Saúde da População Negra

Em 2003, através da Medida Provisória nº 111, de 21 de março de 2003, depois convertida na Lei 10.678, era criada a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República – SEPPIR. Com status de Ministério, a SEPPIR nasce efetivamente a partir das lutas históricas do Movimento Negro no Brasil. Zumbi Vivo.

Tendo como uma de suas finalidades a “formulação, coordenação e avaliação das políticas públicas afirmativas de promoção da igualdade e da proteção dos direitos de indivíduos e grupos étnicos, com ênfase na população negra, afetados por discriminação racial e demais formas de intolerância”, esta Secretaria apresenta-se no início do Governo Lula como um dos principais atores institucionais na discussão sobre a saúde da população negra dentro do Governo Federal.

Se a Constituição brasileira no seu artigo nº196 anunciava que a saúde era um direito de todos e era dever do Estado garantir este direito, o debate sobre a Saúde da População Negra encrava dentro do Governo Federal e na sua pasta da Saúde um duro questionamento: Porque se a Constituição Federal garantiria o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, na vida real a população negra no Brasil não tinha assegurado o mesmo nível, qualidade de atenção e assistência?

A instituição do campo saúde da

população negra se faz não somente a partir da constatação de que as relações sociais no Brasil e consequentemente a influência destas nas suas instituições, estariam secularmente afetadas e marcadas pelo racismo e que, portanto, afetaria também a população negra no campo da saúde. Concretamente o que temos a partir de diversas pesquisas tanto de órgãos governamentais, quanto de

[...] as relações sociais no Brasil estariam secularmente afetadas e marcadas pelo racismo e que, portanto, afetaria também a população negra no campo da saúde.

organismos internacionais são indicadores de saúde que retratam as desigualdades raciais no campo da saúde, seja no que tange o modo com o qual se lidam (ou não) com as doenças mais prevalentes na população negra (hipertensão arterial, doença falciforme, diabetes, miomas, dentre outras), seja também ao falarmos da observamos a discriminação na atenção e na assistência à saúde seja no pré-natal, nas unidades de urgência e emergência ou quando construímos o perfil epidemiológico da população negra e suas nosologias.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde em 2006, e que tem como objetivo geral “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Trajetória árdua desta política. Mesmo aprovada em 2006, ela só foi levada à CIT – Comissão Intergestores Tripartite em 2008, mas somente foi publicada no Diário Oficial da União em 2009 (o que iria garantir sua aplicabilidade).

Com o Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, adquire efetivamente o status de lei, o que coloca o ente público, seja ele Federal, Estadual ou Municipal na condição de responsável efetivo pela sua aplicação e a sua negação como ato infringente à Lei. Logo, instituir ou não uma política de saúde voltada à população negra não depende do querer e vontade do gestor. É Lei. Cumpra-se.

No campo da saúde o Estatuto da Igualdade Racial na área da saúde, determina o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde (SUS). Foram especificadas diversas diretrizes, dentre as quais a ampliação e fortalecimento da participação de lideranças dos movimentos sociais em defesa da saúde dessa população nas instâncias do SUS, principalmente com criação de Comitês Técnicos de Saúde da População Negra dentro das Secretarias de Saúde. Deve haver mais estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra, bem como melhoria da qualidade de informação do SUS para coleta e

Saúde

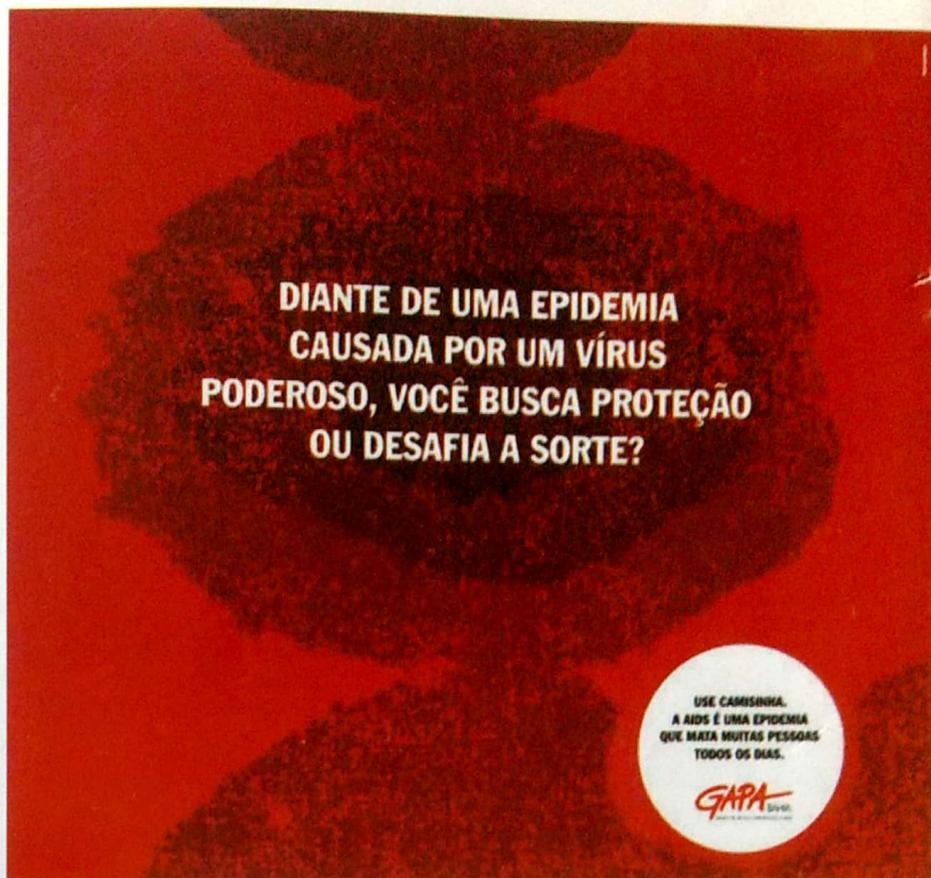
análise de dados sobre cor, etnia e gênero. Considerar então que o racismo impacta de forma perversa seja o nascer, viver, o adoecer e também morrer da população negra no Brasil, nos leva efetivamente a analisar os determinantes de saúde desta população, sejam eles dados sobre trabalho, emprego, renda, escolaridade, acesso a saneamento básico e a alimentação (somente para citarmos alguns), que por sua vez vão impactar no acesso destas pessoas aos diversos bens e serviços.

A Universalidade, enquanto princípio do SUS, não vem garantindo o acesso igualitário da população negra aos serviços e programas de saúde. É outro princípio do SUS, a Equidade, que é tratar os desiguais de forma diferente, de acordo com as suas necessidades, que faz com que a PNSIPN seja uma das mais revolucionárias intervenções na saúde, por enfrentar não somente o racismo na saúde, mas as suas consequências. Portanto temos instrumentos científicos à exemplo da Epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, para prever a alocação de recursos e definir a programação em saúde para o enfrentamento das questões elencadas anteriormente.

Pensar em um SUS que inclua, que acolha todos e todos da mesma forma é pensar numa política de saúde que inclua a população negra, que leve em consideração a discriminação racial como estruturante no acesso à saúde. Então quando estivermos falando de saúde da população negra, que estejam efetivamente falando de universalidade e garantia de direitos.

Saiba mais acessando:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf



Expediente

Boletim
GAPA Bahia
25 anos

GRUPO DE APOIO À PREVENÇÃO À AIDS DA BAHIA

Rua Ribeiro dos Santos, n. 45, Carmo,
Salvador - Bahia . CEP: 40.301-408
Tel.: (71) 3241-3831 | 3241-1428
[facebook.com/gapabahia](https://www.facebook.com/gapabahia)

Coordenador Executiva

Gladys Almeida
Harley Henriques
Rosa Marinho

Coordenadora Responsável

Gladys Almeida

Conselho Editorial

Gladys Almeida
Mariana Cotrim
Tarcísio Sant'Ana

Projeto Gráfico e Diagramação

Jucarlos Alves Santos

Os artigos assinados não refletem necessariamente a posição do GAPA-BA

Distribuição Gratuita

Salvador, Dezembro de 2013

Realização:



Parceria:



Secretaria de Vigilância em Saúde

Ministério da Saúde

