



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA GERAL PARLAMENTAR
Secretaria de Registro Parlamentar e Revisão

**COMISSÃO EXTRAORDINÁRIA DE DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS
E CIDADANIA**

PRESIDENTE: ÉRIKA HILTON

TIPO DA REUNIÃO: AUDIÊNCIA PÚBLICA

LOCAL: Câmara Municipal de São Paulo

DATA: 25-11-2021

OBSERVAÇÕES:

- Notas taquigráficas sem revisão
- Intervenção simultânea ininteligível/inaudível
- Exibição de imagens
- Falha na transmissão

A SRA. PRESIDENTE (Erika Hilton) – Bom dia a todas e todos os presentes.

Na qualidade de Presidenta da Comissão Extraordinária de Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania, declaro abertos os trabalhos da 9ª Audiência Pública desta Comissão, que tem como tema o racismo e a saúde da população negra.

Informo que esta reunião está sendo transmitida, através do endereço www.saopaulo.sp.leg.br, no *link* “Auditórios abertos”.

Diante do quadro da pandemia da Covid-19, no Município de São Paulo, a Mesa Diretora da Câmara Municipal expediu ato que impõe restrição à realização de eventos presenciais nas dependências da Câmara Municipal. Por este motivo, esta audiência pública ocorrerá de forma híbrida, com alguns participantes no virtual e outros aqui, na Câmara.

Quero registrar a presença dos nobres Vereadores Eduardo Matarazzo Suplicy, Cris Monteiro, Dr. Sidney Cruz e Paulo Frange. Eles não se encontram.

Mas gostaria, também, neste momento, de fazer uma breve menção ao projeto de lei do nobre Vereador Paulo Frange, PL 327/2019, que institui o Programa Municipal de Saúde Integral da População Negra, que, hoje, é a Lei 17.406, do ano passado. Esse é um projeto de 2018, e gostaria de mencioná-lo, porque dialoga diretamente com o tema desta audiência pública e com as abordagens que faremos, nesta manhã. Agradecemos ao Vereador Paulo Frange pelo compromisso com a saúde da população negra.

Vou fazer minha fala de abertura. Depois, passarei aos nobres Vereadores.

O modo com que as pessoas nascem, vivem, adoecem e morrem, nos diferentes grupos sociais e territórios da cidade, tem evidente relação com o pertencimento étnico-racial da população, com as condições de vulnerabilidade e negação de direitos. Em conjunto da precarização do acesso aos direitos básicos, o racismo institucional opera dentro do Sistema de Saúde, com consequências predominantes sobre a vida da população negra.

Segundo os dados trazidos pela Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, análise nº 12 – que discutiu os aspectos da questão étnico-racial e a saúde do Município de São Paulo –, pessoas negras apresentam a maior taxa

de mortalidade por hipertensão arterial sistêmica, doenças cérebro vascular e diabetes mellitus. A diabetes atinge em 50% a mais as mulheres negras do que as mulheres brancas. Pessoas pardas e pretas também representam a maior taxa de internação e de mortalidade dentro do sistema de saúde.

Quanto à saúde das mulheres negras: elas têm menor chance de passar por consultas ginecológicas, pré-natal e são as que mais possuem dificuldades de conseguir vaga numa maternidade para darem à luz. Além disso, recebem menos anestesia para o alívio da dor do parto. São, as mulheres negras, as mais vitimadas pela violência obstétrica, morte materna e transmissão de sífilis congênita, decorrente do menor grau de acesso a exames preventivos, de mama e colo do útero. Portanto, existe uma tendência de aumento da taxa de mortalidade sobre este grupo.

Dos 1.204 óbitos maternos registrados em 2020/2021, em decorrência da Covid-19, 56,2% foram de mulheres pardas e pretas. Em 2018, antes da pandemia, mais de 65% dos óbitos maternos foram de mulheres negras, contra 30% de mulheres brancas, de acordo com informações do Ministério da Saúde.

Esta audiência pública tem o objetivo de convidar a comunidade paulistana ao debate, ao conhecimento e à reflexão sobre os impactos do racismo sobre a saúde da população negra. E para que possamos compreender e aprofundar este olhar de como o racismo estrutural, institucional e a negligência no acesso à saúde, baseada nas questões étnico-raciais, atravessam, de forma gritante, a vida da população negra de um modo geral. E isso se reflete nas doenças crônicas, nas doenças mais predominantes nesta população. E esta Comissão tem o dever de ouvir esta população e pensar em mecanismos de sobressair essa realidade, nesta Casa Legislativa.

Por isso, agora, gostaria de convidar a fazer uso da palavra, o nobre Vereador Eduardo Matarazzo Suplicy.

O SR. EDUARDO MATARAZZO SUP LICY – Muito bom dia, Presidenta da Comissão de Direitos Humanos, Vereadora Erika Hilton, especialmente pela iniciativa de pautar, dentro da

Câmara Municipal, esse tema tão relevante.

Cumprimento a Vereadora Cris Monteiro, todos os Vereadores e Vereadoras presentes, os que estão acompanhando pelas mídias sociais e os convidados que irão enriquecer esse debate com as suas explanações; os Srs. Omo Afefe Marques da Silva, um multiartista, pesquisador de Comunicações Decoloniais, pai, transexual e denunciante de violência obstétrica; Amanda Arlete Ribeiro Firmino, Coordenadora do Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família; Celso Ricardo Monteiro, da Coordenadoria IST/Aids, da Secretaria Municipal de Saúde; Paula Vieira, Enfermeira de Atenção Básica, que trabalha em São Paulo; Iyá Karen, Cofundadora e membra anciã do Coletivo Aliança Pró-Saúde da População Negra; Sheila Ventura Pereira, Coordenadora Legal da Aprove, Associação Pró-Falcêmicos e Presidente da Foppesp, Fórum dos Portadores de Patologias do Estado de São Paulo; e Nathalia Oliveira, representante da Iniciativa Negra por Uma Nova Política de Drogas.

Recordo de um dado, muito relevante, que consubstancia a necessidade de trazer esse assunto ao debate: conforme a pesquisa da Rede Nossa São Paulo, Mapa da Desigualdade, mostra que um morador de Cidade Tiradentes, bairro periférico da zona Leste de São Paulo, vive em média 58,3 anos, 22 anos a menos que um morador de Alto de Pinheiros, área nobre paulistana, que tem expectativa de vida aproximada de 80,9 anos. E ainda nos mostra que, além do genocídio físico que acomete a população negra, as discrepâncias de realidade dos extremos da cidade limitam a vida das pessoas, já que na área nobre há predominância de moradores brancos, contrastando com a predominância de moradores negros nas periferias.

A média de expectativa de vida, na capital paulista, é de 68,2 anos. A população negra está abaixo da média, considerando os dados levantados no território. Isso quer dizer que há uma inegável relação entre pobreza, localização geográfica e renda – entre outras questões, que impactam, de maneira contundente, a qualidade de vida e, conseqüentemente, da saúde das regiões periféricas em relação às centrais, que continuam registrando altos índices de subdesenvolvimento humano e baixo investimento em infraestrutura.

Há outras questões que permeiam o tema e serão devidamente trabalhadas pelos especialistas convidados, como: a violência obstétrica, mortalidade materna, efeito do racismo na saúde mental, qualidade dos serviços de saúde prestados à população negra; tendo em vista que há muitas ocorrências de descaso no atendimento, motivadas por discriminação racial dos profissionais, subdesenvolvimento de crianças e adolescentes, entre outras questões.

Estou disposto a contribuir com qualquer ação que se desenvolva a partir dos apontamentos expressos durante esta audiência. A luta antirracismo passa por desenvolver práticas que elevem a qualidade de vida de maneira igualitária, para todos os grupos sociais –

Sobretudo, para as populações negras e indígenas.

Permitam-me, apenas, dar uma notícia que acredito ser interessante. Hoje, o Mano Brown, em seu *podcast*, está entrevistando – e qualquer pessoa pode ver, no Spotify – a Escritora Djamila Ribeiro. Tenho muita vontade de assistir e isso poderá ser feito ao longo do dia de hoje.

E, também, gostaria de registrar que hoje está se apreciando, debatendo e votando, no Congresso Nacional, a medida provisória que institui o Auxílio Brasil, extingue o Bolsa Família, embora o Supremo Tribunal Federal tenha determinado que é necessário aplicar a Renda Básica de Cidadania a partir do próximo janeiro. Há uma definição bastante complexa do que será esse Auxílio Brasil.

Muito obrigado, Presidenta Erika Hilton.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Hilton) – Muito obrigada por suas palavras, nobre Vereador Eduardo Suplicy. Convido, para que faça uso da palavra, a nobre Vereadora Cris Monteiro.

A SRA. CRIS MONTEIRO – Vou fazer uso da palavra ao final da sessão.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Hilton) – Excelente, Vereadora. Vamos passar aos nossos convidados. Lembro de que os nossos convidados têm 10 minutos de fala, cada um. Nossa primeira convidada é Amanda Ribeiro Firmino, Médica da Família e Comunidade pela USP, Docente do Curso de Medicina da Universidade do Anhembi Morumbi.

Amanda, seja muito bem-vinda, bom dia. Você tem a palavra.

A SRA. AMANDA RIBEIRO FIRMINO – Bom dia a todes, muito obrigada pelo convite, fico muito lisonjeada. Tentarei ser breve e já peço desculpas antecipadamente, porque tenho um compromisso daqui a pouquinho e precisarei me retirar, infelizmente, após a minha fala.

- Oradora passa a se referir a imagens compartilhadas virtualmente.

A SRA. AMANDA RIBEIRO FIRMINO – Serei breve, vou falar apenas de alguns conceitos iniciais – acho que os outros convidados vão explanar, se aprofundar melhor. Quero começar com as definições de “saúde”; temos algumas, especificamente, na parte da saúde da população negra. Lembrando de que a definição mais utilizada pela Organização Mundial de Saúde é que “saúde” é um estado de completo bem-estar físico, mental e social – não somente a ausência de doenças, afecções e enfermidades.

E temos essa outra definição do Encontro Internacional de Direito à Saúde, que diz ser um direito social, inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, sem distinção de religião, sem distinção de ideologia política ou condição socioeconômica. A saúde é assim apresentada como um valor coletivo, um bem de todos.

E, aí, eu trago alguns dados sobre a população negra, alguns dados que acredito que vocês já tenham conhecimento. 56.2% da população brasileira é negra. Segundo a ONU, quase 80% do público total atendido no SUS, é negro. E das pessoas que vivem em extrema pobreza, no Brasil, aquelas que vivem com menos de 1,90 dólares por dia, 39.8% são mulheres negras. São homens negros, 36.9%; enquanto as mulheres brancas, 11.9% e os homens brancos 10.4%. Então, a população negra é a mais pobre.

Quando falamos sobre a questão de acesso, principalmente às consultas médicas, observamos que 74.8% das pessoas brancas, 69.5% das pretas e 67.8% das pardas consultaram um médico nos últimos 12 meses. Ou seja, essa população não-negra, a população branca, nesse caso, 74.8% têm um maior acesso ao serviço de saúde e esse também é um problema.

Quando falamos de pré-natal, temos um indicador mostrando que, para um pré-natal

ser considerado adequado, são necessárias, pelo menos, seis consultas – o que ainda é um número baixo, mas é o considerado pelo menos adequado e ideal. E de acordo com esse dado do Sinasc, de 2013, 69.8% das mulheres negras e 84.9% das mulheres brancas tinham realizado pelo menos seis consultas de pré-natal. Ou seja, as mulheres negras têm maior dificuldade de ter acesso, também, a essas consultas e a esse serviço.

Esse último dado, bastante chocante, trata da mortalidade materna: de mulheres negras, 65.93%, enquanto nas mulheres brancas, 30.14%.

E, aí, precisamos fazer uma reflexão do porquê isso acontece – ainda mais considerando o nosso SUS. Trouxe, aqui, os princípios doutrinários: precisamos lembrar qual é a doutrina desse Sistema Único de Saúde, o maior Sistema. Então, a primeira coisa é a universalidade. O SUS é universal e a saúde deve ser compreendida como um direito de todo o cidadão, e não como um direito trabalhista. A integralidade, a ideia do todo, da medicina integral, das pessoas terem direito aos três níveis de atenção – atenção primária, atenção secundária e atenção terciária – dentro da saúde e a equidade, que vamos focar mais, principalmente nessa questão da saúde da população negra, é o tratar diferente as pessoas diferentes, para que todos alcancem a igualdade. Essa é uma grande questão quando discutimos políticas afirmativas, porque as pessoas têm muita dificuldade de diferenciar a “equidade” da “igualdade”. Mas precisamos realmente da equidade. Esse é o ponto.

Aqui, trouxe para vocês só para... que eu falei sobre os níveis de atenção, acho importante também conceituar, que atenção primária – como médica de família, tenho que falar da atenção primária – é a organizadora desse sistema de saúde.

Antigamente, nós usávamos essa pirâmide, cuja atenção primária era a base, depois era a ambulatorial, depois a terciária, no topo; hoje em dia, há uma outra visão da organização, em rede mesmo. E a atenção primária é a coordenadora, a organizadora do serviço. Então, é muito importante que as pessoas tenham esse primeiro acesso ao serviço de saúde através da atenção primária, que seriam as unidades básicas de saúde, dentro da estratégia saúde da família, dentro do SUS.

Pensando na atenção primária à saúde, precisamos garantir acesso, para as pessoas realmente procurarem o serviço como porta de entrada; e, infelizmente, vemos uma dificuldade muito grande de acesso. Nós vemos unidades que não são tão próximas da casa daquelas pessoas, vemos uma dificuldade de horário para que aquelas pessoas cheguem até a unidade; a longitudinalidade, que é acompanhar aquela pessoa ao longo da vida dela e realmente não ter uma quebra daquele cuidado; ter essa coordenação do cuidado – Se a pessoa foi para o serviço secundário, se ela foi para um cardiologista, para um oncologista – porque é importante que a atenção primária continue fazendo esse cuidado; e a integralidade, que é oferecer a maior gama de serviços para a pessoa dentro daquele ambiente da unidade de saúde que seja mais próxima da casa dela.

Aí, precisamos pensar: com aqueles números que eu trouxe inicialmente e pensando em toda essa parte teórica, que é superbonita, tanto da APS, quanto do SUS, se estamos conseguindo, de fato, promover isso, principalmente para a população negra.

Trouxe, aqui, o conceito de racismo institucional, que está na política internacional de saúde integral da população negra, que é qualquer forma de racismo que ocorre dentro de instituições, como órgãos governamentais, instituições públicas, empresas, corporações e universidades. E há uma prática que inclui atitudes sociais específicas, inerentes à ação preconceituosa racialmente, à discriminação, aos estereótipos, à omissão, ao desrespeito, à desconfiança, à desvalorização e à desumanização.

São práticas que consolidam o racismo institucional. Também se alimentam ou se reverterem em racismo individual, consequentemente afetando espaços sociais coletivos, como instâncias governamentais. E o Ministério da Saúde reconheceu a existência do racismo institucional nas instituições e instâncias do SUS, em 2006. Então, isso é algo que sabemos que acontece, infelizmente, no Sistema Único de Saúde.

Aqui, eu trouxe esse artigo que exemplifica isso, sobre o racismo institucional. É um artigo baseado em uma pesquisa chamada *Nascer no Brasil*: uma pesquisa bem grande sobre a questão desse período de nascimento, de puerpério, da primeira infância. E esse artigo que

chama “Cor da dor e iniquidades raciais na atenção ao pré-natal e ao parto no Brasil” demonstrou que as puérperas pretas, as mulheres que tinham acabado de dar à luz, têm o maior risco de ter um pré-natal inadequado, uma maior falta de vinculação à maternidade – que é de não ter um vínculo com a maternidade específica –, uma maior chance de ter a ausência de um acompanhante, que é um direito; uma maior peregrinação para um parto, que é ir a uma maternidade, não conseguir atendimento e ter que ir até outra maternidade; e de receber menos anestesia para episiotomia durante o parto normal.

As puérperas pardas tiveram maior risco de pré-natal inadequado e de ausência de acompanhante. E observaram, também, que houve um gradiente de pior para melhor cuidado entre as mulheres pretas e as pardas e as brancas. Ou seja, as pretas receberam um cuidado pior do que as pardas, que receberam um cuidado pior do que as brancas.

Conversando com alguns profissionais de saúde, eles mencionaram uma suposta melhor adequação da pelve das mulheres pretas para parir, o fato que justificaria a não utilização de analgesia. Isso é um exemplo clássico de racismo institucional, porque, de fato, não existe nada que nos prove que isso é real, essa diferença de dor.

E há uma pesquisa parecida, também, dos Estados Unidos, na qual eles entrevistaram alguns estudantes de medicina e residentes, que também falaram a mesma coisa: que eles achavam que os pretos eram mais resistentes à dor do que as pessoas brancas. Então, isso é racismo institucional.

Esse é um exemplo de racismo institucional: esse senhor da foto, chamado James, é considerado até hoje o pai da ginecologia moderna e ele conseguiu tudo isso, todo um *status* em todas as cirurgias que ele desenvolveu, operando, no século XIX, mulheres negras em dolorosos experimentos, sem anestesia. Essa mulher, da foto, foi operada várias vezes sem receber anestésico: isso é racismo institucional.

Em 2005, a Organização Mundial de Saúde definiu os Determinantes Sociais de Saúde, que é um processo complexo, através de fatores estruturais e intermediários, que produzem as iniquidades em saúde. O racismo inserido nisso, como um fator central na produção

das iniquidades em saúde.

Então, quando observamos os determinantes estruturais das unidades em saúde, nós temos: posição socioeconômica, classe social, gênero e racismo. Ou seja, o racismo adocece. É nisso que precisamos focar. Quando conversamos sobre saúde da população negra, na verdade, estamos falando sobre racismo e sobre o adoecimento que ele pode causar.

Não especificamente estamos falando sobre doenças – e é isso que precisamos realmente desmistificar. Porque, infelizmente, isso é ensinado nas próprias faculdades: “As pessoas negras são mais hipertensas, elas têm maior chance de terem alguns tipos de câncer”. Mas, exatamente, por que isso acontece? Pode não ser uma causa genética. A grande questão, aí, por trás, é, de fato, o racismo institucional.

Esse é o grupo de doenças que está na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que divide as doenças geneticamente determinadas: anemia falciforme, de que todo mundo fala bastante; a deficiência de fosfato desidrogenase.

E, daí, têm as doenças adquiridas e derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis, que têm uma grande influência do racismo institucional: desnutrição, mortes violentas, letalidade infantil muito maior na população negra do que na não-negra; abortos sépticos, anemia ferropriva, DST e ISTs, as doenças do trabalho; transtornos mentais, resultantes da exposição ao racismo, que são muitos e, em geral, os profissionais de saúde não são preparados para esse atendimento; as doenças que são de evolução agravada ou de tratamento dificultado, como hipertensão e diabetes, que sempre focamos e precisamos pensar qual é a base do tratamento da hipertensão e o diabetes, que é um melhor estilo de vida, que essas pessoas consigam se alimentar bem, fazer atividade física, consiga ter acesso ao serviço de saúde.

E será que a população negra consegue? Talvez, ela consiga menos do que a população não-negra e, por isso, ela tem maiores índices dessas doenças. Também temos a insuficiência renal crônica, que é uma complicação da própria hipertensão e do diabetes; alguns tipos de cânceres; coronariopatias e as condições fisiológicas, que também são alteradas por

condições socioeconômicas, como crescimento, gravidez, parto e envelhecimento.

E, muito brevemente, só falando de uma das estratégias que temos contra o racismo institucional, que é a instituição da política nacional integral da população negra, que é a marca, o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais, do racismo institucional, como determinantes sociais das condições de saúde com vistas da promoção da equidade em saúde.

E o objetivo da política é promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e nos serviços do SUS.

Esse último *slide* demonstra a diminuição das iniquidades raciais com a expansão da estratégia Saúde da Família. Sempre gosto de mostrar que a estratégia Saúde da Família é uma boa opção que temos para a política integral de saúde da população negra.

Era isso que eu tinha a falar.

Obrigada.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Hilton) – Obrigada, Dra. Amanda, pela sua riquíssima contribuição e pelo trabalho que desenvolve. É muito importante que estejamos neste espaço para o enfrentamento da violência que a senhora muito bem colocou, nesta manhã.

Solicito à Secretaria desta Comissão que encaminhe essa apresentação para todos os convidados, também, para esta Presidência, porque tivemos um problema técnico enquanto a Dra. Amanda fazia a apresentação e não conseguimos sair do primeiro *slide*. Então, perdemos a sua apresentação, não mais por conta da sua brilhante didática, que nos fez compreender exatamente tudo aquilo que estava sendo dito. Mas prezamos e solicitamos o acesso a esse material. Obrigada.

Dando continuidade aos trabalhos, quero convidar a ilustríssima e querida Dra. Iyá Karen, cofundadora e membra anciã do Coletivo Aliança Pró-Saúde da População Negra de SP.

A SRA. IYÁ KAREN – Bom dia. Obrigada, Erika. Chamo assim, não é. Nós somos amigas, então, eu posso chamar pelo nome, também, mas a nossa Vereadora.

Antes de qualquer coisa, eu queria pedir *agô*, pedir licença, pedir a bênção aos meus

mais velhos, a minha mãe biológica Maria de Fátima de Faria; à minha mãe de orixá, que já está no *Orum*, Isabel De Omolu Ribas de Exu e a Sandra Epega, com quem aprendi muito. E gostaria, também, de agradecer quem cuida do meu *Ori*, quem cuida de mim, do meu mais velho, o Baba Rotimi. Também, agradeço a todos que estão nesta Mesa, convidados, Cris Monteiro, Suplicy, que também posso chamar assim. Pode ser que ele não se lembra de mim, mas fizemos muito trabalho, viu, Senador. Admiro bastante o meu Senador e quero dar um abraço em nome da minha filha Ega Edum; e Baba Celso, Sheila, que é uma companheira; Alva, que eu vi que está, também, participando; e Dra. Amanda, também.

Estou presente para falar sobre a saúde da população negra de São Paulo, da qual também faço parte. Mas gostaria, também, de passar à parte religiosa, independentemente de qual religião que tenhamos, temos que ter alguém e respeitar esse alguém que cuida de nós, que eu costumo chamar de Criador. Então, o Criador está sempre do nosso lado, *Òrúnmilà-Ifá*, é o que dá o destino na nossa vida.

Eu tenho uma doença crônica, que me cuido pelo SUS. Então, eu defendo o SUS, pois há mais de 20 anos que faço o tratamento pelo SUS e sei da dificuldade que o SUS tem para poder cuidar dos seus pacientes. Sendo assim, antes de ter uma consulta, eu tenho o hábito de passar no Dr. Exu, que eu tenho na minha casa, e peço para Exu para me levar, para me acompanhar, que eu encontre pessoas que me tratem bem, com respeito, e eu também trato aquele funcionário público com respeito. Isso é muito importante, porque a gente já tem todas as tribulações da vida e as dificuldades e tem hora que estamos no trabalho e queremos descontar na pessoa que aparece na nossa frente, mas isso não pode acontecer. Nós temos que respeitar as pessoas para sermos respeitados, sempre.

E graças aos meus orixás, ele tem me atendido, porque eu saio de lá bem satisfeita. Eu não sei se é a minha fé, que falo que temos que ter fé, temos que ter equilíbrio, alegria e cuidar sempre da nossa cabeça. Se a sua cabeça está com equilíbrio e com coisas boas, você sai com casa com felicidade. Já vivemos no tumulto, então, sair xingando todo mundo, fazendo guerra lá fora, não dá. Então, temos que ter fé.

Sempre falo o seguinte: cuidado com as suas ancestralidades, dos seus antepassados. Antes de eu começar qualquer sessão, eu peço amor a todos para termos equilíbrio.

Sobre o assunto da saúde da população negra: há muitas pessoas negras cuja saúde mental não tem equilíbrio; está precisando de cuidado, não só religiosamente, mas do sistema da saúde, do SUS. Então, temos que ter um cuidado com isso, colocar terapeuta, psicólogo e ter um cuidado com cada pessoa.

Eu atendo alguns terapeutas, tanto brancos como negros, e cuido de muitos jovens, espiritualmente; que não são meus filhos de orixá, mas que eu tenho o hábito de falar que faço uma “terapia espiritual”. Não adianta você ir ao médico se você não tem um equilíbrio. Casa a religião com terapeuta.

Alguns desses terapeutas e pessoas de quem cuido usam alguns medicamentos de tarja preta; e, quando vão à minha casa, eles estão completamente desequilibrados, porque alguns profissionais – que eu acredito que não têm ética – pensam no dinheiro, de quanto vai ganhar no atendimento para pagar sua conta no final do mês, que passam remédios que, às vezes, a pessoa não tem possibilidade de poder tomar. Isso complica a saúde mental da pessoa, que se perde tomando esses medicamentos. E aí, quando chega ao meu *ilê*, eu tenho que dar esse cuidado, retirando esse remédio de ansiedade aos poucos. Eu não sou médica, eu não fiz faculdade de medicina, mas, segundo minha fé e ancestralidade, eu consigo saber o que serve e o que não serve, porque nós, da tradição *lorubá*, usamos folhas, folhas medicinais. Nós somos naturais, na medida do possível.

Minha *Iyá*, Sandra Epega, ensinou um *itan* de *Ossain*: se o remédio não funciona é porque há folha faltando. Se aquela folha não funciona é porque há folha faltando. Então, temos de ter o equilíbrio com essas folhas, para passarmos para as pessoas, para elas saberem como se cuidar. E há alguns remédios que não são para aquela pessoa, e termina atrapalhando. E a pessoa nem sabe, e mistura com outras coisas, também, que não vou citar. Aí chega na casa da gente completamente desequilibrada – é essa a palavra que eu vou usar. E temos que tomar

cuidado com isso, também.

Eu faço parte de um coletivo, o Onísègun, que nós dos terreiros, casas de umbanda, candomblé e tradição africana, cultuamos, sim, a medicação. Nós não somos contra a medicação. Como minha *Iyá* sempre falava, nós temos que consultar o médico e seguir. Nós não estamos fazendo milagre. Eu tenho uma doença crônica, eu tomo uns oito comprimidos por dia. Porque eu tenho o Exu doutor, que eu não pago tanto a consulta, eu vou falar: “Eu não vou tomar remédio, e vou tomar só o que Exu me determinou, o que o oráculo me determinou?” Jamais. Eu tenho que juntar a medicação do homem de branco, como a minha *Iyá* falava, à minha sabedoria ancestral. Aí, juntando os dois, chegamos a um equilíbrio sempre. Então, temos que, também, ver isso, ver onde que as pessoas estão se cuidando. E muita gente não tem orientação.

Então, se vocês puderem, quem estiver ouvindo e acompanhando a audiência, compartilhem a informação. É um trabalho de formiguinha. Há muitas pessoas que não tem informação da saúde. Há muitas pessoas que criticam o SUS e pagam uma fortuna em convênio, que hoje, até o convênio também não está sendo garantia de saúde. Não vamos entrar nesse caso agora, mas sabemos o que está acontecendo, porque nós temos informação, vemos noticiário.

Nós aprendemos a desvalorizar o SUS e a valorizar o convênio, que é onde a turma ganha dinheiro e não está nem preocupada com a sua saúde. Então, temos que dar essa informação, valorizar o SUS. O sistema SUS, brasileiro, é um dos melhores, tem os melhores médicos, as melhores enfermeiras, os melhores laboratórios. Temos que usar. Enquanto nós estamos dando dinheiro para o convênio, o SUS está lá. Temos que valorizar. Isso é um trabalho de formiga. Não é fácil.

Eu estou aqui, na presença da nossa Vereadora e de outros também, nesta casa que faz lei, então vamos circular a informação. Sabe, Erika? As pessoas acham que o SUS não presta. E eu não sei, eu falo: como eu moro há mais de 30 anos no bairro da Carolina de Jesus, no Pari, lá realmente, para mim, o posto que eu frequento funciona.

Eu quero só falar isso: gente, vamos valorizar o SUS. Vamos fazer esse trabalho de

formiguinha. E vamos continuar, porque a luta está aí. E o nosso povo está precisando de informação.

Que Oxum abençoe todos. Muito obrigada pelo convite.

Sempre estarei presente, batendo na porta e reclamando pelos meus direitos.

Axé.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Hilton) – Axé, axé, axé, axé.

Com direito a aplausos da plateia, a Karen termina a sua brilhante fala, trazendo muita sabedoria, emoção, despertando o nosso mais profundo respeito e admiração. Obrigada por ter vindo abrilhantar a nossa audiência pública, nesta manhã.

Quero fazer uma observação: eu estou lendo só o primeiro parágrafo da mini-bio dos nossos convidados. São todos convidados com mini-bios longuíssimas, com atuações nas mais diversas áreas. Nós temos um tempo para esta audiência, então, para não tomar muito tempo, estou lendo só o primeiro parágrafo. Então, não se sintam “descontemplados” pelas demais atribuições de vocês, porque, de fato, eu estou cortando da apresentação.

A nossa próxima convidada é Paula Vieira, enfermeira graduada pela USP, especialista em Enfermagem Obstétrica e Saúde da Mulher, pela UNASP, São Paulo.

Paula, seja muito bem-vinda.

A SRA. PAULA VIEIRA – Bom dia a todos, todas e todes.

Primeiro, quero agradecer pelo convite. Como temos apenas dez minutos para a fala, vou tentar ser, o máximo possível, mais objetiva, porque ainda temos outras colaborações. E são importantes as falas de todas e todes presentes.

Eu gostaria de marcar o início desta fala trazendo à tona a questão da formação social brasileira, porque eu acho que isso embasa, inclusive, a nossa conversa sobre saúde da população negra, sobre racismo e sobre as iniquidades em saúde.

Eu quero trazer como marcos importantes para essa discussão a questão do racismo estrutural, que é a necessidade de ter essa ideologia do racismo e ele se estruturar na nossa formação social brasileira, para que pudesse legitimar todo um processo de escravização de

peessoas negras.

Eu gosto de iniciar falando que a nossa formação brasileira dá início baseada no processo de escravização de povos negros, que foram retirados de seus países, do seu continente de origem, para iniciar um processo de formação social baseado na exploração e na violência contra esses corpos.

Também quero marcar um fator importante: nós vivemos em uma sociedade capitalista patriarcal. Então, temos como normas sociais a norma machista, em que o masculino tem a preferência sobre o feminino, em que homens têm um processo de hierarquização social mais valorizado que mulheres; a norma é heteronormativa, machista, misógina. E, aí, vemos, dentro dessa formação, também, um processo de desigualdade de gênero, que afeta inclusive o nosso cotidiano, a nossa sociedade nessa qualidade. É mais uma pauta importante para a nossa luta.

E dentro desse processo, o que nós temos como ordenador social é a violência, o processo de violência como regras. Povos negros escravizados foram desumanizados, violentados, violados, para que pudesse se formar a sociedade e haver controle dos seus corpos, das suas vidas, a partir da desumanização e da violência. Éramos tratados como instrumentos de trabalho descartável. Por isso, fazendas de escravizados, mulheres negras que, sim, foram vítimas de violência, estupros.

Como a Amanda mesmo trouxe, eu gostaria de frisar algo, que tem a ver com a nossa discussão de saúde: o médico, conhecido como o pai da ginecologia moderna, era um homem que tinha uma fazenda de escravos, também. E ele fazia os testes, as cirurgias, em mulheres negras escravizadas. Então, hoje, também, o movimento de mulheres negras reivindica que a ginecologia moderna deve aos corpos dessas mulheres que foram vítimas de tortura, para que as outras mulheres pudessem, então, ter acesso a um recurso de saúde que não era disponibilizado e ainda não é disponibilizado para a maioria da população de mulheres deste país, inclusive. Tivemos mulheres que foram utilizadas para que a ginecologia avançasse, num processo, inclusive, de experiências sendo realizadas sem anestesia, em que elas foram

submetidas a procedimentos diversos para testes.

Então, pensando nisso, no racismo estrutural, dentro de uma sociedade patriarcal, com questões de desigualdade de gênero muito grandes e a violência como regra, nós vamos entender que as condições das mulheres negras nesta sociedade, neste país, estão na base da sociedade e, portanto, são as maiores vítimas desta sociedade violenta, machista e racista. Num processo de intersecção de opressões e violências, as mulheres negras estão na base, e isso tem reflexos diretos sobre a sua saúde, sobre o acesso aos serviços de saúde e a como elas são tratadas dentro desses serviços de saúde. Se temos uma sociedade que valida o racismo, valida a violência como regra, isso está exposto, isso está explicitado dentro da área da saúde, também.

Nesse sentido, eu trago, para a nossa discussão, o quanto esses dados, esses indicadores de saúde da mulher negra, têm relação direta com o racismo, o machismo e a violência.

Essa pesquisa, que a Amanda também citou, o *Nascer no Brasil*, é uma pesquisa bastante detalhada que fala sobre as iniquidades raciais e a cor da dor no Brasil. Esse estudo, e, entre eles, outros, que depois vieram referendando esse, trazendo mais dados qualitativos, vai trazer a ideia de que, sim, mulheres são mais violentadas dentro dos serviços de saúde. Quando vamos para o campo da assistência obstétrica, a violência obstétrica é a violência a que as mulheres estão submetidas desde a época do pré-natal até o parto e pós-parto, nós vemos que os indicadores são muito piores quando comparamos mulheres de uma mesma classe social – eu acho que é importante frisar isso –, mas que pertencem a grupos raciais diferentes. Então, mulheres negras são mais impactadas pela violência obstétrica, tanto durante procedimentos realizados no pré-parto, parto e pós-parto como, também, na assistência ao pré-natal.

Quando pensamos no procedimento de episiotomia, que é um procedimento que não é recomendado, porque há dados científicos e evidências científicas que já não referendam mais essa prática, é ainda muito praticado no Brasil. E as maiores vítimas desse procedimento, quem sofre mais, são mulheres negras. E, também, são as mulheres que recebem menos anestesia

durante esse procedimento.

Para que não sabe, é leigo no assunto, episiotomia é um corte realizado no canal vaginal para alargar a passagem para o bebê passar. Então, é feito com uma tesoura e, depois, é feita a costura, sutura. Pois, imaginem, um corte nessa região sem anestesia. E depois, ainda, a sutura sem anestesia. E, também, muito baseado no mito de que mulheres negras são mais fortes e resistentes à dor. E que mulheres negras, por terem quadris mais largos, são parideiras por excelência. Essas são falas que foram coletadas durante essa pesquisa. Falas baseadas no mito de que mulheres negras aguentam mais dor, e por isso não precisariam tomar anestesia para os procedimentos. É isso: mulheres negras têm quadris mais largos, por isso são parideiras por excelência; negras são fortes e mais resistentes à dor. “Já vamos voltar com o seu remedinho” – essas são falas que foram captadas por profissionais da saúde durante essa pesquisa.

Essas falas são muito baseadas nesse mito de que mulheres negras são fortes, mas muito baseadas na violência. Porque embora possamos ser resistentes, o quanto for, qualquer pessoa, um corte dói. Nós sabemos que um corte dói. E, se temos o recurso para que a dor não esteja presente no procedimento, nós deveríamos usar em toda e qualquer mulher que necessite disso.

Quando pensamos em anestesia peridural, que é a anestesia durante o trabalho de parto, para alívio da dor das contrações, nós carecemos, de maneira geral, de dados no Brasil sobre essa coleta. Mas, também, tem o mesmo reflexo que vemos de anestésias locais para episiotomia. Então, mulheres negras também têm menos acesso a isso, justamente porque são tidas como mulheres que suportam dor.

Então são mulheres que têm menor número de consulta de pré-natal do que o recomendado pelo Ministério da Saúde. Quando elas têm as consultas, também tem maior relato de que o tempo de consulta é menor; as orientações que elas recebem durante trabalho de parto, processo de aleitamento materno, também, são em menor quantidade quando para mulheres negras em comparação com mulheres brancas; e são as mulheres que mais caminham, são

dispensadas de uma maternidade para outra, para que possam realizar o seu parto. E muitas delas, principalmente adolescentes, a maior parte das adolescentes gestantes, são meninas, são jovens negras também, e boa parte dela com ausência de acompanhantes. E isso fora as violências que acontecem no cotidiano.

Eu sou uma enfermeira obstétrica, trabalhando dentro de uma unidade de atenção primária à saúde. Não é muito incomum isso, os profissionais ou não sabem ou ainda não querem saber, que também é a prática de violência obstétrica quando você atende uma gestante... na prática de atenção primária, nós também não deixamos de ser violentos. E é por isso que precisamos de intervenções sobre todas as áreas, sobre todos os níveis de atenção à saúde quando pensamos em assistência pré-natal e obstétrica.

Você virar para uma gestante e falar: “Ano que vem, eu te espero aqui de novo, porque eu sei que, ano que vem, você vai estar aqui de novo” - isso é uma prática de violência obstétrica.

E última coisa que eu queria colocar, que eu acho importante pontuar, porque está relacionado diretamente à saúde das mulheres negras, são os dados de mortalidade materna – as mortes ali dentro do período da perinatalidade, relacionada à gestação e ao pós-parto, principalmente.

Os dados do Brasil são muito horríveis. Quando nós pensamos que as principais causas de mortalidade materna são evitáveis, é de um absurdo que são coisas que não deveríamos aceitar. E estamos muito longe da meta estabelecida para que possamos diminuir esses indicadores. Então, é hipertensão, hemorragias, infecções puerperais, abortos e, também, as complicações de doenças decorrentes do aparelho circulatório pioradas pela condição da gestação. Quando casamos com os dados de saúde da população negra não gestante, nós vemos que são também doenças que estão mais prevalentes ou agradas na população negra com maior precocidade, e que durante o pré-natal, poderiam ser corrigidas, acompanhadas e bem cuidadas. Então, vamos ver que o desfecho é a morte, porque tudo que poderia ter sido feito antes, por questões de racismo estrutural e do racismo institucional na área da saúde, não

foi realizado. E isso baseado no racismo, no mito de que mulheres [negras] são mais fortes, de que essa mulher não precisa receber todas as informações e todos os cuidados que temos disponíveis, porque, com o que temos disponível nos serviços de saúde, poderíamos evitar essas mortes.

Então, passo a palavra; agradeço e espero ter contribuído e posso passar esses dados, inclusive, desses estudos, posteriormente, para que sejam encaminhados aos participantes. Boa tarde, bom dia a todos, todas e todes. Passo a palavra.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Hilton) – Muitíssimo obrigada, Paula, por sua explanação. Que triste ouvir esses relatos, os quais nós já sabemos, mas, quando você nos traz esses dados, ficamos pensando: essas não são pesquisas que foram realizadas em 1800; foram realizadas de forma recente.

E quanto nós temos que avançar na superação desses desafios que envolvem a vida, a saúde e os direitos da população negra nos serviços de saúde, que é o tema que nós estamos tratando nesta audiência pela manhã, mas em todos os direitos que esta sociedade, que infelizmente, ainda continua exercendo práticas racistas e violentas contra os nossos corpos.

Obrigada, Paula.

Dando continuidade, queria convidar o Omo Afefe, usuário do Sistema Único de Saúde, Multiartista, Pesquisador de Comunicação de Coloniais e pai transexual denunciante da violência obstétrica. É importante termos essa voz, essa fala, porque é preciso olhar para essa violência por todos os setores. Muitas vezes, o debate sobre a gestação, a violência obstétrica fica muito restrita apenas às mulheres, mas nós sabemos dessa gama de homens gestantes e que essas vozes precisam, também, ser ouvidas, porque, se as mulheres sofrem toda essa violência, imaginem os homens que gestam. Então, seja muito bem-vindo. Tem a palavra.

O SR. OMO AFEFE – Bom dia a todas, todos e todes presentes nesta audiência. Quem vos fala é o Omo Afefe. Eu já começo esse diálogo, a convite da nossa Presidenta e Vereadora Erika Hilton, trazendo um relato de como foi a minha passagem no sistema de saúde público, enquanto eu estava gestante em 2017, eu acho que, por si só, com todos esses dados,

esperamos que esse espaço seja violento e assim como o meu corpo, outros também já foram violados.

Eu estava gestante em 2017, passei pelo Sistema Público de Saúde, e, começou chegando lá, quando todas as pessoas e funcionários estavam ali, dentro do espaço de trabalho, eu dei entrada com muita dor e as pessoas ignoraram a minha presença, ali; fiquei durante meia hora sentindo muita dor, sem nenhum atendimento, sem nenhum acolhimento e atenção desses funcionários. Eu só consegui ser atendido quando os meus acompanhantes começaram a se posicionar e reclamar sobre aquilo que estava acontecendo, aquele descaso.

Então, entrei para ser atendido. Fui colocado numa maca e aguardei durante muito tempo, sem anestesia, sem remédio, sentindo muitas dores e, quando vou para a mesa de parto, começo o trabalho de parto sem nenhum medicamento, sem nenhuma atenção, com todo esse descaso do início. E, na hora que o bebê vem nascendo, eles fizeram esse corte. Quando ela faz – acho que é Paula, o nome - esse relato, eu me lembro do que eu vivi; foi muito violento, foi muito atravessadora e o meu corpo demorou muito para entender esse processo. Então, foi feito o corte na minha genitália. Quando eles fizeram a costura, acabaram costurando uma parte do ânus, o que me fez sentir muita dor, até o final do puerpério. Foi um processo muito violento. Até eu entender que isso foi uma violência, levou um tempo e sofri muito com aquilo.

Aproveitando este espaço, porque não temos muito tempo, já passo desse relato para um posicionamento e um questionamento ao sistema de saúde público com relação à falta de atenção com os corpos transmasculinos, porque temos esses corpos que estão gestando, tendo crianças, sendo tratados com o maior descaso do que voltado para as mulheres negras, então, imaginem esses homens transmasculinos negros acessando esse sistema que não está pronto e que ainda não sabe da existência desses corpos.

Para quem não sabe um corpo transmasculino é um corpo designado mulher ao nascer e que transita por essa personalidade e esse corpo masculinos, logo, é um homem com vagina.

Então, como esse sistema está fazendo para receber esses corpos e desvincular a

imagem de que porque está grávido é uma mulher. A gente também tem esse direito de acessar esse lugar, ainda mais num momento em que está tão vulnerável o seu corpo, um momento da gestação, em que você está passando por um processo novo no seu corpo. Ainda ser violentado pela transfobia.

Como fazemos para mudar essa condição, tanto para as mulheres negras quanto para os homens trans negros que estão passando por esse sistema de saúde e estão sendo violentados? Só por viverem e por terem o acesso à gestação, a dar vida?

Deixo o meu questionamento e aproveito, também, esse espaço para falar sobre a saúde mental da população trans negra que tem vivido um momento muito vulnerável, acho que desde o começo da nossa existência, mas em vista que estamos tendo espaço para fazermos essas denúncias, conversarmos sobre esse sistema de saúde e não nos esquecermos que não são só as mulheres cisgênero que gestam, que temos também a existência desses corpos transmasculinos que estão gestando e tendo crianças, que precisam ser assistidos e assistidas.

Acho que é isso. Agradeço o espaço e passo a fala. Já falei demais, mas acho que já passei por tudo o que eu queria passar. Agradeço à Vereadora e a todos os presentes.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Hilton) – Muito obrigada pelo seu depoimento. Primeiramente, nós queremos lamentar e nos solidarizar por esse absurdo, por essa violência que você passou no serviço de saúde. Esperamos que um dia, relatos como esse não sejam mais comuns na nossa sociedade; não sejam mais aceitáveis. Obrigada por compartilhar conosco nesta manhã a sua vivência, a sua experiência, por mais dolorosa que tenha sido, que nós possamos fazer disso um instrumento de luta, transformação, resistência e de exigência que esses espaços mudem e lidem com os nossos corpos, com os nossos direitos e respeitem nossas existências e nossas humanidades. Nós não podemos imaginar o que é ser um homem negro gestante num serviço de saúde tão racista, tão transfóbico, tão excludente, como é o que nós temos no Brasil.

Mas acho que falas como a sua, audiências como esta, falas como as que antecederam a sua, faz com que nós busquemos forças, caminhos e um horizonte de luta e

construção no enfrentamento a esses desafios que são impostos a nossa população.

Obrigada por compartilhar conosco.

Dando continuidade, eu gostaria de convidar Celso Ricardo Monteiro, Consultor da Coordenadoria de DTS-AIDS da Secretaria Municipal de Saúde para que faça uso da palavra. Seja muito bem-vindo. Bom dia.

O SR. CELSO RICARDO MONTEIRO – Nobre Vereadora Erika Hilton, Sr. Vereador Eduardo Suplicy, Sra. Vereadora Cris Monteiro, Mãe Karen de Oxum, cada um dos presentes e das presentes, o meu muito obrigado por este momento. Espero que estejam me ouvindo perfeitamente.

Diante desses dados tão absurdos, dessas informações tão grotescas, diante dessas questões que estão colocadas nesta audiência, mas colocadas historicamente na organização da sociedade, resta a minha trazer, aqui, um favo de mel, uma possibilidade de avanço, uma possibilidade de resposta conjunta, razão pela qual venho contar um pouco do resultado da articulação entre o Sistema Único de Saúde e as religiões afro-brasileiras pra resposta à epidemia de HIV no Brasil – particularmente, na cidade de São Paulo.

O famoso Projeto Xirê é desenvolvido na Secretaria, na relação entre os Terreiros e as unidades da rede de AIDS. Vou poupá-los do *slide* cheio de fotos e outras imagens, mas queria contar que mesmo na pandemia, nós tivemos oportunidades de juntar Terreiros e profissionais de saúde, numa intensa movimentação técnica e política, que nos fez discutir questões conceituais sobre universo das comunidades de Terreiro.

A parceria entre essas unidades e essas comunidades – porque, de fato, as pessoas não se falam, não se conhecem e não atuam conjuntamente –, fomenta a importância da atuação em campo para a promoção da saúde, e, com isso, a promoção da equidade em saúde, a ampliação do acesso à saúde e a prevenção combinada ao HIV. Essas são questões importantes que precisam estar na boca das pessoas, nas mesas, nas conversas, nos diálogos da comunidade; o desenvolvimento e o progresso das ações feitas, em cada uma dessas realidades, vão aparecendo várias ações, atividades, em que é possível educar a comunidade,

os profissionais de saúde, desenhar articulações em âmbito territorial para responder os casos, as necessidades que as pessoas apresentam.

Então, ao longo desse período todo, que o Xirê vem sendo conduzido na Secretaria, essa tecnologia tem nos possibilitado a experiência inicial em algumas comunidades, mas, também, o avanço em outras.

Vou citar o fato de que o CTA Tiradentes, muito recentemente, mais uma vez, foi à rua oferecer teste rápido, diagnóstico, com um trailer da Secretaria, mas em parceria com um Terreiro da sua comunidade.

Para não citar nomes, porque eu me esqueceria, certamente, de alguém, quero lembrar e fazer a minha homenagem a Pai Jair de Oxóssi, de Cidade Tiradentes, que, num momento anterior, nos proporcionou a experiência piloto do Projeto Xirê, inclusive, colocando preservativo nas Casas de Candomblé – fato inédito no país, em 2007.

Depois disso, muitas coisas foram acontecendo, mudando, e tenho uma lista de unidades de saúde, unidades da rede especializada em DST-AIDS, dialogando com mais de 75 Terreiros em toda cidade de São Paulo, pensando em processo de trabalho, pensando como é que as coisas podem ser resolvidas, diante do vínculo que eu gostaria e quero muito que se estabeleça entre todos nós, sobretudo, negros e negras que estão em diferentes posições politicamente estratégicas, e ficaria por aqui já dizendo que esta é uma experiência pouco valorizada – acreditem –, mas já premiada, documentada em congresso científico, apresentada à comunidade acadêmica, com resultados brilhantes nas comunidades e nas unidades em que o Projeto tem sido desenvolvido; cada vez mais unidades começam a se inserir nesse processo.

Estou falando da rede de AIDS, conduzida por Maria Cristina, mas, hoje, a Coordenação de Atenção Básica também já entende a importância desse processo, que podemos avançar: sinal de que, daqui a pouco, a Secretaria Municipal de Saúde avançará na inclusão dos Terreiros, reconhecendo-os como núcleo de promoção da saúde, como preconiza a política nacional de saúde da população negra que só existe porque nós fomos à luta. Nós fizemos, inclusive, um trabalho interno, um trabalho político para que ela pudesse chegar na

marca dos 10 anos, hoje.

Vereadora, quero agradecer por esta oportunidade; agradecer a cada um de vocês, pela parceria de todos esses anos; cumprimento minha irmã Karen de Oxum, minha mais velha, e cada um dos profissionais de saúde que vêm, ao longo desses anos, proporcionando a ampliação do debate sobre saúde da população negra para a mudança na vida das pessoas; e me oferecer para que este trabalho continue conosco, todo mundo de mãos dadas, articulados para que haja avanço, de fato, no enfrentamento ao racismo.

Meu muito obrigado e um forte abraço.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Hilton) – Muito obrigada por suas contribuições, em nome da Secretaria Municipal de Saúde, querido Celso Ricardo.

Gostaria de passar a palavra a Sheila Ventura Pereira, Coordenadora Legal da Associação Pró-Falcêmicos e Presidente do Foppesp, Fórum de Portadores de Patologias do Estado de São Paulo. Seja muito bem-vinda. Muito obrigada.

A SRA. SHEILA VENTURA PEREIRA – Bom dia a todos e todas. Muito obrigada, Vereadora. Agradeço pelo convite, pela oportunidade de participar desta audiência; para nós, é sempre importante esses espaços. Também sou pessoa com doença falciforme; vivo com a patologia; fui diagnosticada aos 7 anos de idade, e muitas das falas, como a da Iyá Karen, a do nosso companheiro que falou sobre a questão da violência obstétrica; as pessoas que vivem com doença falciforme, assim como com outras doenças crônicas também, assim como falo pelo Fórum de Portadores de Patologias, que é formado desde associações de hipertensos a doenças raras, as quais ainda não têm diagnóstico.

Neste momento, nos encontramos numa desconstrução do SUS, o que vem causando grande impacto nas pessoas que precisam e dependem desse atendimento qualificado, humanizado, que falamos muito na teoria, mas, na prática, percebemos que a rotatividade de profissionais, principalmente, nas unidades básicas, nos centros de referência, vem cada vez mais forte, porque encontramos profissionais muito despreparados; não têm mais aquela diferença do olhar, do ouvir a queixa do paciente.

Para quem não conhece, a doença falciforme é uma doença hereditária, passada de pai para filho, que causa uma alteração nos glóbulos vermelhos do sangue, parecendo uma foice, daí o nome “falciforme”. E o que acontece? Quando há essa alteração nos glóbulos vermelhos são causados vários sintomas: principalmente dor.

Então, todas as pessoas diagnosticadas com doença falciforme vivem com muita dor. Imaginem, vocês, aquela dor de dente persistente ou uma enxaqueca; é assim, só que é uma dor que, às vezes, ele toma uma morfina e não melhora. Então, uma simples gripe pode se tornar uma pneumonia. Se não tratar primeiro a infecção, a dor vai persistir. Então, ele pode tomar doses altíssimas de morfina e continuar gritando de dor. Muitas vezes, a dor vem parecendo que a pessoa bateu ou dormiu de mau jeito. Aí começa uma dorzinha no braço, começa uma dorzinha nas pernas, nas costas – e quando vê, em menos de segundos, o corpo inteiro da pessoa dói. E, às vezes, até para socorrer: se a equipe de SAMU não estiver preparada, é complicado, porque, às vezes, o calor da mão piora essa dor.

Quando a dor vem intensa, dói desde essa região do maxilar, os dentes, a cabeça, as costas, os pés – só não doem os fios do cabelo. Então, o paciente é tachado de choroso, chato, se ele chega a um pronto-atendimento gritando, pois a dor é intensa. Imaginem uma criança com essa dor e um adulto. Na hora da dor, a gente se torna um só, independentemente da idade. E encontramos um sistema muito despreparado, porque a partir do momento que você está chorando, pedindo ajuda, “ah, ele está querendo pular a fila”, “ah, está chamando atenção”. E ainda, pelo uso excessivo de morfina, são tachados de viciados. Esse é o grande problema.

Aí, nós falamos, também, do racismo institucional por ser uma pessoa negra, estar gritando, estar usando morfina, que são as drogas, então, são tachados de viciados. Então, o atendimento acaba sendo muito sofrido, tanto fisicamente – porque você quer se livrar daquela dor, você foi para uma instituição para procurar ajuda –, e como disse a Iyá Karen, o psicológico fica muito abalado.

Muitas das vezes, eu mesma sou uma. Eu estou Presidente de uma Associação, mas muitas vezes eu tenho crise, eu fico dias em casa com a crise, porque eu prefiro fazer as minhas

terapias alternativas, tomar as minhas medicações em casa do que ir até o hospital e ficar horas esperando por um atendimento, ou então, ouvindo piadas dos profissionais. Por quê? Às vezes, é uma crise em que estou sentindo uma dor, então, às vezes está muito forte e vou para o hospital. Aí, eles deram o soro, deram analgesia, deram morfina, vai para casa. Aliviou a dor, porque muitas vezes a morfina camufla a dor. Então, “ah, melhorou? Vai para casa”. Só que quando chega em casa, acabou o efeito da medicação, a dor volta.

Então, muitas vezes, eu estou no período menstrual e para a mulher com doença falciforme é muito sofrido, ou então uma infecção urinária, uma gripe. Então, não foi tratada, o que acontece? Se eu venho com uma gripe, amanhã, eu já posso estar com uma pneumonia. A evolução é muito rápida. Se eu volto, porque a dor não passou, aí você ouve: “Olha lá, já veio buscar a dosezinha da semana”, “Você, de novo? Por que você voltou? ”. É sempre assim. E ainda já houve históricos de médicos que falaram assim: “Ah, vamos esperar um pouquinho, vamos ver se ela está com dor mesmo” e deixam ali, quatro, cinco horas esperando passar a dor sozinha. Então, você fica...

E como bem foi o relato, se o familiar não se manifestar, muitas vezes tem que chamar a atenção, tem que ter discussão para poder ter um atendimento qualificado. Isso se torna uma violência psicológica muito grande, porque você vai buscar atendimento e chega lá é tratado como um viciado, como um drogado e um fingido, porque eles não acreditam que você está com dor: “Nossa, mas está com tanta dor assim? Já tomou o remédio”. Fica aquela situação. Então, é muito importante...

Nós presenciamos principalmente essa questão das matrizes africanas: a questão de o pai dar a bênção ao seu filho no leito, porque geralmente a gente recebe ali os pastores, os evangélicos, mas você é proibido de receber o seu pai de santo para receber sua bênção. Isso também é muito complicado dentro dos hospitais e é uma questão que temos que discutir, porque muitas vezes nós falamos do racismo institucional, do racismo estrutural... Atualmente, eu participei de um debate, onde eles falam que é proibido falarmos “racismo institucional”. Uma advogada alegando isso, que não podemos, porque é uma palavra da mídia. Não. É ali, o dia a

dia, principalmente aquele que depende do SUS, aquele que tem uma doença crônica, que tem que ir todos os meses para fazer consulta, tem que ir todo mês para fazer exame e depende daquilo.

E você ser tratado de forma totalmente violenta, principalmente quando é uma doença com tendência maior da população negra, a gente ainda passa aquele grande debate, a doença falciforme é tendência maior na população negra, mas devido à grande miscigenação, pessoas brancas também têm. Então, há aquela divisão, nós precisamos muito de pesquisas. Precisamos, aproveitando o espaço na Casa, que os Vereadores comecem a conhecer as pautas da população negra, porque precisamos que os profissionais se preparem melhor para as especificidades da população negra. Muitas vezes nós não queremos um tratamento diferenciado: nós queremos um tratamento igualitário. Mas, os profissionais precisam conhecer as nossas especificidades, que muitas vezes ficam de lado.

Aproveitando, nós estamos no mês da saúde do homem. Na questão da doença falciforme, assim como algumas outras patologias, existe o priapismo. Para quem não conhece, como a doença falciforme tem uma deformação nos glóbulos vermelhos, ela se torna muito parecida a uma foice, fica muito rígido, muito duro. Então, uma aglutina na outra, entope os vasos sanguíneos e ali não há circulação.

Isso acontece, também, no pênis. E o que acontece? Vai entupindo os vasos, o sangue fica parado na cabeça cavernosa e causa uma ereção peniana involuntária dolorosa. E muitas vezes os pacientes têm vergonha de ir para o pronto-socorro. Isso pode acontecer em crianças de um ano até em um adulto. Então, o que acontece? Quando começa essa ereção peniana involuntária, ele fica com o pênis ereto e com muita dor.

Quando começa em criança, ele não tem muita dor. Então, às vezes a mãe vai tirar a fralda, ele está com o pênis ereto e acha “olha, é machinho”, aquela coisa cultural e essa criança vai crescendo. A gente já teve casos de crianças com 12 anos que precisaram colocar prótese peniana. Aí, também envolve a questão psicológica. Por quê? Geralmente as nossas crises se dão à noite, quando você chega, relaxa, o sangue esfria e começam todas as dores.

Então, imaginem, para uma mulher já é difícil chegar ao hospital com muita dor no corpo. Imaginem um homem entrar no pronto-socorro com o pênis ereto e com muita dor. Já tivemos casos em que a própria equipe médica chamou a polícia, porque já estava tratando ali com soro, deu a morfina, não melhorou e ele continuou gritando. Então, acharam que era um atentado ao pudor e chamaram a polícia. A mãe liga e diz: “Olha, Sheila, vão levar o meu filho para a delegacia, o que a gente faz?”. Então, fomos até o hospital, conversou com os policiais por um momento e ali conseguimos salvar aquela pessoa. Mas, muitas vezes não chegamos a tempo.

Houve casos em que sofreram linchamento, porque a mãe leva para o hospital, ou então, às vezes, a própria família não conhece e chama um pastor, chama alguém e ele começa a ser exposto, hostilizado. Então, nós estamos com uma campanha, eu passei para a equipe, não vamos conseguir passar agora, é a campanha “Você não vê, mas eu sinto” porque eu posso estar com dor neste momento, vocês não estão vendo, mas eu estou sentindo dor, fadiga e vários sintomas da doença.

Então, eu peço toda atenção para a doença falciforme.

Muito obrigada à causa, muito obrigada pelo espaço. (Palmas)

A SRA. PRESIDENTE (Erika Hilton) – Sheila, muitíssimo obrigada por nos trazer tanta lucidez e esclarecimento quanto a esse tema. Confesso que não sabia a metade do que foi dito por você, nesta manhã. Essa é uma causa muito séria e acho que tanto esta Comissão, quanto o meu mandato, tem o compromisso com essa pauta. Inclusive, fizemos uma indicação ao Orçamento relacionado à anemia falciforme, e acho que esse é um debate que precisa ser feito, cada vez mais, em mais espaços para que haja um atendimento digno à população que convive com essa anemia. De fato, é muito impressionante ouvi-la trazendo esses relatos, e eu espero que nós possamos unir esforços no enfrentamento quanto aos desafios da anemia falciforme, e que você possa contar conosco, possa ter em mim uma parceira nessa luta, para que possamos conscientizar, sensibilizar, auxiliar tanto os profissionais como as pessoas que vivem com a anemia falciforme, e eu imagino que a informação não deve ser algo muito grande.

A Karen falou sobre a importância da informação quando da sua fala, e eu gostaria de reforçar, dizer que o que estiver ao nosso alcance, o que pudermos fazer para somarmos esforços nessa luta, conte comigo, estamos juntas. Obrigada pelo seu depoimento, e parabéns pelo seu trabalho.

Dando continuidade, gostaria de convidar a Natália Oliveira, socióloga, pesquisadora e ativista - que é cofundadora e coordenadora com Dudu Ribeiro da Iniciativa Negra Por Uma Nova Política Sobre Drogas - para que faça uso da palavra.

Boa tarde. Seja bem-vinda, Natália.

A SRA. NATÁLIA OLIVEIRA - Olá, todos e todas. Queria agradecer o convite.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Hilton) – Só um minuto, nós não estamos te vendo.

(Pausa). Nós só teremos a sua voz. Natália, pode prosseguir.

- Transcrição prejudicada, oscilação e interferências na transmissão da oradora.

A SRA. NATÁLIA OLIVEIRA – Bom, aproveitando, eu acho que estamos caminhando para o fim, queria agradecer, cumprimentar a Mesa em nome da Vereadora Erika. Acho que a Erika já me apresentou, e como essa é uma das últimas fala, vou tentar fazer um gancho diante do que foi falado.

Nós, da Iniciativa Negra Por Uma Nova Política Sobre Drogas, a gente vem, de um certo tempo, entendendo que não é a guerra às drogas contra o racismo, mas que a guerra às drogas é uma justificativa muito interessante para manutenção de vários aparatos do racismo estrutural, que é herdado desde a época do Brasil Colônia. Diante disso, trazendo alguns dados, entendemos que a questão da política das drogas, nascida de uma política antidrogas, que é tratada de uma maneira bélica, faz com que a população negra seja diretamente atingida ou fique nas posições mais frágeis dessa cadeia, dessa indústria, envolvida no tráfico de drogas... (ininteligível). Acho que então nós temos três grandes níveis relacionados à saúde da população negra e às políticas de drogas para darmos uma olhada.

Acho que o primeiro é em relação à diferença de cuidado e atenção ao tratamento. Como no Brasil não temos uma uniformidade, um consenso sobre as formas de ofertar cuidado para as pessoas que estão em uso abusivo de substâncias, isso acaba ficando muito com a

autonomia dos Estados, dos municípios. E nós temos de levar em consideração que as pessoas que não conseguem encontrar cuidados adequados na rede particular relacionado ao uso abusivo de substâncias, muitas delas precisam recorrer ao SUS. Qual é a maioria dessa população? A maioria da população que recorre ao SUS para esse cuidado e atenção é a população negra.

Inclusive, é importante lembrar de que na cena de uso de *crack* nas capitais do Brasil, que também acaba contando com muita população em situação de rua, a maior parte dessa população, se não quase toda, é uma população negra. Então, não temos um foco no cuidado e atenção, na fase de cuidado e atenção. E sem essa perspectiva tratamentista, que a pessoa vai fazer um tratamento no qual ela vai chegar à abstinência, teria de haver uma política de cuidado e atenção dirigida para essa população não só na perspectiva de oferecer os cuidados relacionados ao uso abusivo de drogas, mas com o foco na diminuição, no combate ao racismo, o que pode ser uma diretriz importante para gente pensar políticas de drogas, compreendendo que a população negra tem outras vulnerabilidades. Então, as políticas de cuidado, de assistência, elas devem inclusive contar com mais investimentos para reverter essa vulnerabilidade e justamente retirar o sujeito definitivamente da zona de vulnerabilidade.

Outra coisa, que é importante pensar, é sobre a saúde da população negra e a política de drogas – a questão das pessoas que estão presas por delitos relacionados às drogas. E por que especificamente essas pessoas? No Brasil quase 70% das mulheres presas hoje são mulheres por delitos relacionados às drogas. E quando vamos olhar qual é o perfil dessas mulheres, elas foram mulheres presas com baixa quantidade de drogas, uma grande parte é ré primária, elas são mães de família, e não só mães, são arrimo de família. Então, além da questão de a prisão ser um ambiente totalmente insalubre, que não deveria ser indicado para ninguém, quando a gente está falando em atingir uma mulher que tem essa importância dentro da sua comunidade familiar e afetiva, nós também estamos atingindo diretamente a saúde mental de toda essa comunidade envolvida diretamente com essa mulher, inclusive essa própria mulher.

E na medida em que você tem o afastamento abrupto de uma criança vinculada com

a sua principal figura afetiva que, via de regra, nesses casos, são as mães, você está também criando impactos na saúde mental, no desenvolvimento desse sujeito e não é possível prever necessariamente quais são os impactos. Mas vários estudos demonstram que existem muitos impactos em saúde mental relacionados a esses rompimentos abruptos. E acho que somado a isso, com os rompimentos abruptos, e como a guerra as drogas acabam tendo um alto índice de letalidade e, sobretudo, criminalização de todos os territórios pobres e negros pelo Brasil, com a justificativa do combate ao tráfico de drogas, colocamos sob tensão e na mira do Estado uma violência muito grande em todo um território.

Então, nós ainda não temos estudo desse impacto no Brasil, mas precisamos começar a olhar para isso: quais são os impactos em saúde coletiva e comunitária nos territórios que estão há muitas décadas sob uma outra tensão, sob uma tensão de guerra, uma tensão com violação de direitos? Como acontece o desenvolvimento de crianças e adolescentes em período escolar em um território cuja guerra, onde a tensão está totalmente presente, como é o caso, e não estou nem falo de lugares como o Rio de Janeiro, com troca de tiros, etcetera - de São Paulo, na região da Luz, no território da Cracolândia? A tensão que acontece ali, durante os momentos de varrição e lavagem da rua, ela não fica só dirigida ao público. Há muitos anos, ela impacta todo território ali, de Campos Elíseos.

As crianças que estão indo à escola, mães que estão indo levar essas crianças, invasões de território das ocupações, tudo isso justificado de acabar com a cracolândia.

Como fica o desenvolvimento e aprendizado dessas crianças ali, do João Kopke, por exemplo, que é a escola estadual do território. Com qual condição de saúde mental ficam os educadores e educadoras que estão trabalhando ali, para ensinar as nossas crianças, diante de um território, há muitos anos, envolvido numa guerra?

São essas coisas, inclusive, que nós precisamos começar a avançar para pensar política de droga nessa... (Falha na transmissão) ...da saúde da população negra, ainda da perspectiva para além de discutir sobre qual vai ser o modelo que vai fazer o sujeito, eventualmente, deixar de beber ou usar *crack*. Mas sim, quais são as políticas de cuidado que

estamos ofertando que consigam atingir esses outros povos que ficam invisibilizados, quando a gente não olha nos impactos dessa política de drogas com essa lente da perspectiva racial. Acho que é um pouco isso, sim.

Eu gostaria, também, de chamar a atenção sobre não só de quem é cuidado, mas sobre quem cuida. Em vários programas, muitas pessoas como o técnico de enfermagem, redutores de danos etc. que trabalham diretamente com essa população, uma grande parte são sujeitos negros. Quando a gente verifica, também, esses sujeitos negros, eles compõem a equipe de profissionais, não necessariamente estão no desenvolvimento e direção da política pública, desenvolvimento e direção do programa. Isso faz diferença para a concepção do programa e para a orientação técnica dos trabalhadores para desenvolvimento desses programas.

Chamo a atenção para isso. Se queremos desenvolver políticas públicas para a população negra, nós precisamos da população negra em todos os espaços de desenvolvimento da política pública. Justamente conseguindo fazer essas interfaces e intersecções necessárias...

A SRA. MÔNICA NASCIMENTO NADER - Com licença, você precisa partir para conclusão. Muito obrigada.

A SRA. NATÁLIA OLIVEIRA - Tudo bem. Justamente para podermos fazer as intersecções necessárias na política pública já existente. Não é necessariamente desenvolver políticas no caso da guerra às drogas, como já há várias políticas em andamento, nós precisamos, cada vez mais, aproximar as concepções de cuidado e de atenção na perspectiva racial. Combater o racismo.

Concluindo, muito obrigada. Um bom encerramento de sessão.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Hilton) - Muito obrigada, Natália, por essas colocações. Esse é um tema extremamente relevante. É preciso discutir, sem sombra de dúvida, a saúde mental, emocional, física da nossa população que está interligada. Discutir a saúde integral da população negra é um dever nosso.

Esta audiência foi bastante elucidadora dos caminhos que esta Casa precisa tomar para o enfrentamento dessas realidades. Quais políticas públicas baseadas na informação, na

destruição do preconceito, das heranças colonizadoras do nosso país é dever de todos os legisladores desta Casa.

Acho que os depoimentos, os relatos que foram trazidos são profundos, fortes, que não podemos continuar vivendo em uma sociedade que ignora essa realidade, que a trata como efêmera diante da gravidade que isso tem na vida da nossa população, nos impactos no acesso da saúde.

Este debate não deve estar restrito apenas aos legisladores negros desta Casa, mas precisa ser tratado com todos os Vereadores que estão presentes e, sem sombra de dúvida, também, com a sociedade civil, que hoje veio trazer esses relatos para que tomássemos ciência e tivéssemos noção do que acontece enquanto estamos discutindo racismo e saúde da população negra na nossa cidade e no nosso país.

Gostaria de passar a palavra à nobre Vereadora Cris Monteiro para que faça as suas considerações.

A SRA. CRIS MONTEIRO - Obrigada, Excelentíssima Vereadora Erika Hilton. Boa tarde a todas as pessoas que estão conosco hoje.

Eu quero começar dizendo quão lamentável é todo esse sofrimento que foi trazido nos inúmeros depoimentos, das pessoas que sofrem, cujas dores são tratadas com desconfiança, a questão da gestação. Não me lembro o nome dele,... (Falha na transmissão) ...mas lamento profundamente o que você viveu. Há algumas coisas que já temos conhecimento por, enfim, discussões diversas, mas sobre o mito de que os negros são mais doentes. Isso constrói o que a gente chama de viés cultural.

O negro tem mais pressão alta, diabetes. Se passarmos a acreditar nesse mito e assim aceitar isso como um fato de vida. Desconstruir esses mitos é desconstruir o viés cultural, o racismo institucional. Não importa que não queiram que use essa expressão, porque foi isso que eu vi hoje, diante de todos esses depoimentos. A violência obstétrica, a falta de cuidado no pré-natal das mulheres negras. Os dados que nos foram trazidos são todos estapafúrdios, para dizer o mínimo. São todos que ninguém não deveria, as pessoas não deveriam indignar.

Faço minhas as palavras da Vereadora Erika Hilton, toda esta Casa deveria dar as mãos e trabalhar firmemente no combate a essa questão tão relevante. Só porque alguns de nós têm a pele negra, não deveriam estar submetidos e sujeitos a tal dor.

Solidarizo-me com todos os senhores e senhoras que estão presentes, com todas as pessoas que fizeram seus relatos. Vou me comprometer, mais uma vez, a trabalhar junto a toda esta comissão a enfrentar esse problema de forma corajosa.

Muito obrigada a todos.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Hilton) - Obrigada, nobre Vereadora Cris Monteiro.

O tempo de fato, para discussão desse tema, é curto, porque há muitas ramificações e vertentes. Traz também a dor das pessoas, a “dororidade” que as conecta nesse encontro, mas eu acho que nós podemos compreender essa audiência pública, que ocorreu nesta manhã, como um primeiro encontro desta Casa, deste mandato, da Presidência desta Comissão, com esta pauta. Que este encontro e este debate não se encerrem com esta audiência pública.

A audiência tem um tempo limitado, cronológico, mas esta é uma pauta que atravessa as nossas existências, que não fica limitada ao tempo restrito desta audiência. Que possamos sair daqui com o compromisso de continuar a levar adiante essa discussão, trabalhando conjuntamente com os agentes de saúde, com os usuários e a população, de forma a superar isso ao longo de todo o resto da vida que teremos para enfrentar.

Não podemos sair daqui pensando que este debate se encerra ou que se encontra respostas. Esta é uma problemática de muitas respostas. Não é uma receita de bolo, que nós vamos encontrar uma resposta única e fácil.

Mas eu acho que com disposição, com todo trabalho que já acontece na sociedade, com as denúncias e com os dados que foram apresentados, nós teremos subsídios para dar continuidade ao que começamos a discutir nesta manhã. Sem sombra de dúvida, seguiremos discutindo até que possamos superar os relatos apresentados.

Não tendo nada mais a tratar, declaro encerrados os trabalhos desta audiência pública.

Agradeço aos nobres Vereadores que compareceram, aos nossos convidados que trouxeram seus relatos e depoimentos. Encerramos com o compromisso de continuar atuando, ouvindo e auxiliando todos os trabalhos que envolvem o tema abordado nesta manhã.

Desejo uma boa tarde a todos.

O SR. EDUARDO MATARAZZO SUPLICY - Apenas quero cumprimentar e dizer que aprendi muito com todos os depoimentos. Parabéns, Presidenta e a todos os que trouxeram suas vivências. Foi muito importante para todos nós. Parabéns.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Hilton) - Obrigada, Vereador Suplicy. Eu tinha esquecido de perguntar se o senhor gostaria de falar alguma coisa no final. Desculpe.

O SR. EDUARDO MATARAZZO SUPLICY - Tudo bem. Muito axé. (Palmas)