

RETROCESSO NO COMBATE ÀS DESIGUALDADES RACIAIS EM SAÚDE E GESTÃO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL

SETBACK IN THE FIGHT AGAINST RACIAL INEQUALITIES IN HEALTH AND MANAGEMENT OF COVID-19 PANDEMIC IN BRAZIL

*Júlia Rodrigues Coimbra**

Resumo:

A saúde das pessoas não é determinada por aspectos naturais ou pelo destino; é impactada pelo acesso a um sistema de saúde e por outras condições socioeconômicas, tais como renda, educação e moradia. Evidencia-se uma gradação social e racial da saúde, pois, no Brasil e no mundo, os mais pobres e não brancos têm uma saúde pior. Essas condições, denominadas “determinantes sociais da saúde”, podem ser controladas, o que demonstra o papel de políticas públicas e do Direito na saúde das populações. O Direito afeta a saúde e pode exercer um papel duplo, de perpetuar ou impactar os determinantes sociais da saúde. O Direito brasileiro, fundamentado na Constituição Federal de 1988, determina a existência de um sistema universal de saúde e prevê ações afirmativas no combate ao racismo estrutural na área de saúde. Não obstante a importância dessas normas, o país apresenta desigualdade social e racial extrema, inclusive no tocante à saúde, o que foi agravado pelo recente retrocesso em certas políticas e pela pandemia de COVID-19. Para promover a saúde e o combate às desigualdades em saúde, para além da existência de normas e instituições, é necessário preservar o Estado Democrático de Direito e garantir a representatividade institucional de grupos menos favorecidos. Ataques à democracia representam ataques a políticas de saúde pública e de redução de desigualdades sociais e raciais, o que ficou demonstrado durante a pandemia de COVID-19 no Brasil.

Palavras-chave: Determinantes sociais da saúde. Racismo estrutural. Retrocesso em políticas públicas. COVID-19.

Abstract:

The health of people is not determined by natural aspects or destiny; it is impacted by the access to a health system and other socioeconomic conditions, such as income, education and housing. A social and racial gradation in health is evidenced by the fact that, in Brazil and in the world, the poorest and non-white have the worst health services. Those conditions, named “social determinants of health”, can be controlled, demonstrating the role of public policies and the Law in the populations’ health. Law affects health and may perform a double role, perpetuating or impacting the social determinants of health. Brazilian Law, grounded on the 1988 Federal Constitution, determines the existence of a universal health system and provides for affirmative actions for combatting the structural racism in the health sector. Notwithstanding the importance of those rules, Brazil presents extreme social and

* Bacharela e Mestre pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. LL.M. pela Universidade de Columbia. Atua como advogada em São Paulo. E-mail: juliarodriguescoimbra@gmail.com.

racial inequality, including on health, what has been worsened by recent setback in certain policies and the COVID-19 pandemic. In order to promote health and the fight against health inequalities, beyond the existence of rules and institutions, it is necessary to preserve the Democratic Rule of Law and assure institutional representation for underprivileged groups. Assaults against democracy represent assaults against public health and social and racial inequalities reduction policies, what has been demonstrated during the COVID-19 pandemic in Brazil.

Keywords: Social determinants of health. Structural racism. Setback in public policies. COVID-19.

Introdução

As desigualdades em saúde em uma população, ou ao compararem-se diferentes países, estão longe de ser fatalidade ou destino, nem decorrem de condições físicas ou naturais. São consequências de condições socioeconômicas, estruturas de poder e, em grande medida, do papel do Direito na garantia do acesso à saúde. No Brasil, como em outros países, há uma gradação social da saúde, no sentido de que os mais ricos têm mais saúde (o que não se limita ao melhor acesso a sistemas de saúde), e há também uma gradação racial da saúde. A população negra está submetida a desigualdades de nascer, viver, adoecer e morrer, desigualdades essas que poderiam ser evitadas (LOPES, 2021).

Durante a pandemia de COVID-19, esse fato ficou evidente, pois, apesar de o vírus não escolher quem contamina, dados mostram como os efeitos da pandemia foram mais graves sobre a população negra e mais pobre. Logo no início da pandemia, não obstante a incompletude de dados, foi possível observar uma grande disparidade entre brancos e negros (mesmo controlando-se o universo de pessoas por faixa etária, nível de escolaridade e IDH do município), no que se refere a número de mortes por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), mortes de pacientes internados em estado grave pela COVID-19 e aumento da taxa de mortalidade em relação ao número esperado para o período (LOPES, 2021).

A população não branca é quem mais sofre, por um lado, com a carência de direitos sociais básicos, como saúde, educação, moradia adequada e infraestrutura (ausência do Estado) e, por outro lado, pela violência policial e encarceramento em massa (agigantamento do Estado, em sua função repressiva) (MBEMBE, 2018). Por exemplo, análise realizada com base nos dados dos Censos Demográficos de 2000 e 2010 e dados socioeconômicos disponibilizados pelo PNUD (Programa das Nações Unidas para o Brasil) mostram como diferentes índices de desenvolvimento, tais como Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Índice Gini, Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), dentre outros, são substancialmente piores nos municípios onde predominam pessoas negras, em comparação com as localidades onde predomina a população branca

(OLIVEIRA, 2020). Referidos dados somam-se a uma série de outras estatísticas que mostra concretamente a desvantagem da população negra com relação a diversos indicadores socioeconômicos.

O Direito é uma ferramenta importante no combate às desigualdades raciais e na busca de um acesso justo à saúde. No Brasil, desde a redemocratização, construiu-se um arcabouço legal bastante avançado no sentido de alcançar esses objetivos. A Constituição Federal brasileira de 1988, as leis antirracistas que a seguiram, a criação do Sistema Único de Saúde – SUS e certas políticas públicas adotadas apontavam para o propósito de redução das desigualdades raciais na área de saúde. Não obstante esses avanços, como descrito acima, a realidade brasileira apresenta-se extremamente desigual, o que foi agravado pela pandemia a partir de 2020.

O objetivo deste ensaio é, de forma geral, demonstrar que o Direito e o Estado são essenciais para possibilitar um acesso justo e equitativo à saúde. Mais especificamente, apresentam-se dois qualificadores a essa afirmação.

Primeiro, para além de garantir o acesso universal a um sistema de saúde, o Direito e o Estado devem, por meio de ações afirmativas, criar condições para o acesso equitativo a outros direitos, como à educação, à moradia e a condições adequadas de trabalho, dentre outros, que afetam a saúde, o que se tem chamado de “determinantes sociais da saúde”. O termo “determinantes sociais da saúde” foi utilizado pela Organização Mundial da Saúde e por pesquisadores para se referir a aspectos sociais não diretamente relacionados à saúde e ao acesso a sistemas de saúde, mas que impactam a saúde de uma população ou grupo de pessoas. Como descrito abaixo, Daniels (2008), ao apresentar bases para uma teoria de justiça aplicada à saúde, defendeu que diferenças de saúde são injustas quando decorrem de fatores sociais que poderiam ser evitados. Em 2008, a OMS publicou o relatório da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde, que demonstrou as diferenças em saúde em países e grupos com níveis diferentes de riqueza e desenvolvimento.

Segundo, a existência de normas jurídicas que dispõem sobre o acesso à saúde, o combate à desigualdade racial e a criação das políticas públicas pertinentes são imprescindíveis, porém a mera existência de leis não é suficiente para garantir o atingimento desses propósitos. É necessário que essas normas sejam aplicadas em um ambiente democrático e que haja representatividade dos grupos sociais menos favorecidos nas instâncias de poder.

Para demonstrar os aspectos acima, este ensaio estrutura-se da seguinte forma. Em primeiro lugar, expõem-se as ideias de Daniels (2008), que propõe uma teoria da justiça aplicada à saúde e aborda dados empíricos para apresentar sua visão do que seria um acesso justo à saúde. Resumidamente, Daniels (2008) (1) indica como as desigualdades em saúde são menos aceitas do que outras formas de desigualdades, (2)

defende que as desigualdades em saúde são injustas quando decorrem de iniquidades relativas a determinantes sociais da saúde que poderiam ser evitadas e (3) apresenta o que considera um processo justo e legítimo de alocação de recursos para garantir o acesso à saúde.

Em segundo lugar, expõe-se como o direito internacional, em linha com as ideias de Daniels (2008) e outros autores, tem reconhecido o conceito de “determinantes sociais da saúde”, segundo o qual diversos fatores socioeconômicos não diretamente relacionados à saúde têm um impacto relevante na saúde das populações. No contexto do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, apresenta-se o conceito de “determinantes *jurídicos* da saúde” (GOSTIN *et al.*, 2019), ou seja, como o Direito e a preservação do Estado Democrático são essenciais para combater as desigualdades socioeconômicas que impactam a saúde.

Na sequência, passa-se a um panorama das normas jurídicas brasileiras que dispõem sobre direitos e políticas de combate ao racismo, acesso universal à saúde e políticas afirmativas para a saúde da população negra, normas essas conquistadas como resultado da ação dos movimentos negros no Brasil e que, apesar das limitações e obstáculos, contribuíram para o Brasil iniciar um caminho de redução das desigualdades raciais em saúde.

Por fim, mostra-se como os ataques ao Estado Democrático implicam um retrocesso nas conquistas alcançadas e como isso se refletiu na gestão da pandemia de COVID-19.

1. Acesso justo à saúde e determinantes sociais da saúde

Em uma importante contribuição teórica para a definição do que é acesso justo à saúde, Daniels (2008) apresenta a pergunta que considera fundamental: o que devemos uns aos outros em termos de saúde? Para responder a essa pergunta, o autor propõe desdobrá-la em três outras: (1) qual a importância moral especial da saúde (que não se aplica a outros bens), (2) quando as diferenças em saúde são injustas e (3) como podemos atender às necessidades de saúde de forma justa quando não podemos atender a todas as necessidades, ou seja, como definir prioridades de forma justa?

Daniels (2008) desenvolve sua teoria de acesso justo à saúde com fundamento na teoria de justiça de John Rawls e “empresta” de Rawls a ideia de justiça como equidade, que se ampara no princípio de igualdade de oportunidades.¹ Nesse sentido, muitas pessoas

¹ Não é escopo do presente ensaio fazer uma análise aprofundada dos fundamentos teóricos utilizados, mas apenas mencionar de forma sucinta algumas das ideias focais que embasaram a teoria de acesso justo à saúde elaborada por Daniels. Portanto, não se discorrerá sobre conceitos relevantes presentes na teoria de

aceitam moralmente que, em uma competição, haja ganhadores e perdedores, desde que as condições sejam equitativas e, para isso, é necessário haver justiça ou igualdade processual. Se os processos são justos, os resultados serão justos, ainda que desiguais. Dessa forma, invoca-se uma perspectiva de igualdade de oportunidade como parte de uma noção de *justiça processual*, porém não alocativa de direitos.²

Com fundamento no princípio da igualdade de oportunidades, com relação à primeira pergunta acima, sobre a importância moral específica da saúde, nota-se que, mesmo em sociedades em que se aceitam diferenças de riqueza e poder, muitos não consideram aceitável que desigualdades socioeconômicas interfiram na possibilidade de as pessoas prevenirem ou curarem-se de doenças. Isso porque a saúde é essencial para garantir oportunidades. Doenças e restrições de saúde reduzem o leque de oportunidades que se apresentam e a partir das quais cada indivíduo pode construir seu “plano de vida”.

No entanto, para endereçar as necessidades de saúde que garantam que o leque de oportunidades esperado de uma pessoa não seja prejudicado, apenas o acesso a atendimento médico e serviços de saúde não é suficiente. Há outras condições que impactam diretamente a saúde das pessoas, tais como nutrição adequada, condições de moradia e trabalho seguras e sem poluição, saneamento básico, possibilidade de acessar certos recursos de estilo de vida como descanso, exercício físico, sexo seguro e ausência de abuso de drogas. Além dessas condições, que poderiam ser objeto de políticas públicas de saúde, outros fatores sociais controláveis não diretamente relacionados à saúde (como nível educação, emprego, combate ao racismo) afetam o acesso justo à saúde.

Assim, a resposta à segunda pergunta apresentada por Daniels (2008), sobre quando as desigualdades em saúde são injustas, emerge da observação das desigualdades de saúde entre os grupos sociais – sejam eles determinados por raça ou etnia, classe social, gênero ou outros aspectos – que ocorrem em todas as sociedades. No mundo todo, existe uma “gradação social” de saúde. Mesmo em países, ricos ou pobres, que contam com um sistema universal de saúde, a existência de tal cobertura universal tem efeito limitado sobre referida gradação ou desigualdade social em termos de saúde.³ Portanto, não é possível isolar a saúde de uma ideia ampla de justiça social.

John Rawls (e também citados por Daniels), tais como o de bens sociais primários e o princípio da diferença, segundo o qual desigualdades apenas são aceitáveis quando têm por resultado que os que estejam na pior situação fiquem na melhor situação possível em comparação a outras alternativas.

² Daniels explica que a ideia política liberal de igualdade de oportunidades emergiu quando democracias capitalistas tomaram o lugar de monarquias feudais. Uma primeira perspectiva desse princípio seria a ideia capitalista de “carreiras abertas a talentos” (ou o que se poderia chamar de meritocracia). Ao longo do século XX, movimentos sociais passaram a protestar contra outras formas de exclusão de oportunidades, que não aquelas decorrentes do sistema feudal. Barreiras a oportunidades decorrentes de características como raça, etnia, casta, gênero, religião e orientação sexual deveriam igualmente ser combatidas.

³ Cabe esclarecer que aqui não se pretende minimizar a enorme importância do SUS no acesso à saúde no

À medida que fatores sociais que impactam a saúde, tais como renda, educação, moradia, preconceito racial e de gênero, dentre outros, são socialmente controláveis, está-se diante de uma questão de justiça distributiva. Dessa maneira, a resposta à segunda pergunta proposta acima é que as desigualdades em saúde são injustas quando decorrem de determinantes sociais que poderiam ser evitados. Daniels (2008) aponta, ainda, que é possível observar que as desigualdades sociais em saúde são resultantes do grau de riqueza e desenvolvimento de um país até certo limite, mas são sobretudo determinadas por escolhas de políticas sociais. Assim, políticas públicas sempre afetam as desigualdades sociais e de saúde em diferentes contextos, porém, em países pobres, elas importam ainda mais.

A resposta à terceira questão, sobre definição de prioridades em uma situação de recursos limitados, é a mais difícil de se responder e a que pode gerar maior controvérsia. Pessoas racionais e dispostas a cooperar podem divergir sobre escolhas possíveis em diversos contextos. Para Daniels (2008), essas escolhas devem ser feitas a partir de princípios e de justiça processual, por meio de um processo deliberativo, em que o tomador das decisões seja responsável pela razoabilidade de sua decisão.

As condições específicas para um processo que confira legitimidade a decisões controversas são, segundo Daniels (2008): publicidade dos argumentos e raciocínios utilizados; busca de razões pertinentes que possam ser apropriadamente avaliadas por pessoas dispostas a cooperar e, se possível, por quem seja afetado pela decisão; oportunidade de revisar decisões à luz de novas evidências e argumentos, o que deve incluir mecanismos de questionamentos e resolução de disputas; regulação (voluntária ou imposta pelo poder público) do cumprimento das condições acima e compromisso de que as condições decorrentes da decisão sejam aplicadas de modo uniforme. Em outras palavras, conclui-se dos aspectos indicados pelo autor que a alocação de recursos e definição de prioridades em saúde depende da existência de um sistema democrático, com representatividade e possibilidade de questionamento das decisões tomadas a partir das instâncias de poder.

Daniels (2008) ressalta, ainda, que atribuir ao direito à saúde um status de direito humano não resolve o problema da delimitação desse direito e da definição de prioridades. Ainda que seja um direito humano, o direito à saúde deve ter seu escopo definido a partir de certos fundamentos e limitações. Atribuir o status de direito individual ou humano não deve ser o ponto de partida; diferentemente, tal direito deve ser construído a partir de uma teoria de justiça distributiva aplicável às necessidades de saúde.

Brasil, o que certamente tem efeitos no combate à desigualdade em saúde. Porém, no Brasil como no resto do mundo, as desigualdades em saúde da população não se limitam ao acesso a serviços de saúde, mas é sensível a outros fatores sociais e à distribuição de outros bens.

Por outro lado, do ponto de vista de direito positivo, o autor reconhece que o esforço de melhorar a saúde da população global e sua distribuição por meio de um arcabouço de direito internacional baseado em direitos humanos, com impactos nos ordenamentos jurídicos de diversos países, que expressamente reconheceram o direito à saúde como um direito humano, é muito promissor. Essa perspectiva da saúde baseada em direitos colabora para que governos sejam considerados responsáveis por fornecer condições de saúde e bem-estar à população e pela forma como as decisões são tomadas, além de tratar das questões de alocação e distribuição de recursos a partir de uma preocupação com a equidade.

Porém, a própria doutrina dos direitos humanos reconhece que o direito à saúde, como os demais direitos econômicos e sociais, é realizável de forma progressiva, considerando-se a limitação de recursos que o impede de ser integralmente satisfeito de forma imediata (sobretudo nos países mais pobres). Realização progressiva implica a determinação de prioridades. Dessa forma, a perspectiva dos direitos humanos também depende de uma análise de justiça distributiva e de uma solução para definir prioridades, que, segundo Daniels (2008), deve se basear em um processo deliberativo que confira legitimidade às decisões tomadas e torne os tomadores de decisão responsáveis por sua razoabilidade, nos termos explicados acima.

2. Reconhecimento internacional dos determinantes sociais da saúde; determinantes jurídicos da saúde

Em 2008, a Organização Mundial da Saúde publicou o relatório da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde. A análise foi realizada sob uma perspectiva global e abarcou países dos hemisférios sul e norte, de diversos níveis de riqueza e desenvolvimento, reconhecendo como os mais pobres têm uma saúde pior. O estudo indica que as diferenças de saúde dentro dos países e entre os diversos países decorrem de uma situação desigual de poder, renda, bens e serviços, com a consequente injustiça nas circunstâncias imediatas das vidas das pessoas – seu acesso a serviços de saúde, escolas, condições de trabalho, lazer e moradia. Além do acesso a serviços de saúde, educação, alimentação adequada, trabalho e renda, moradia e transporte, aspectos como a discriminação por raça ou gênero, circunstâncias econômicas e ambientais e mesmo regime político, dentre outros, assumem papel central na saúde.

O relatório conclui que a distribuição desigual de experiências negativas de saúde não é, de forma alguma, um fenômeno natural, mas uma combinação da precariedade de programas sociais, arranjos econômicos injustos e políticas ruins. A partir dessas conclusões, indica três princípios gerais de ação: (1) melhorar as condições de vida, ou seja, circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e

envelhecem, (2) enfrentar a distribuição não equitativa de poder, dinheiro e recursos – que seriam os condutores estruturais das condições de vida – globalmente, nacionalmente e localmente, e (3) medir o problema, avaliar a ação, expandir a base de conhecimento, desenvolver força de trabalho treinada, assim como desenvolver a consciência pública sobre os determinantes sociais de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Cabe mencionar que o Brasil sediou, em 2011, a Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, no Rio de Janeiro, sendo que essa abordagem sempre foi fortemente apoiada no âmbito dos debates sobre a política de saúde no país (VENTURA; SILVA, 2020). Em linha com essa perspectiva, o país, nas primeiras décadas deste século, promulgou normas e adotou políticas afirmativas de combate à desigualdade social e racial em saúde, como descrito mais abaixo.

A equidade apontada pela OMS como princípio básico para o desenvolvimento humano e a justiça social requer que ações afirmativas sejam realizadas para a redução das iniquidades existentes. A iniquidade tem uma dimensão moral e ética e refere-se a diferenças que são desnecessárias, evitáveis e injustas. No caso da população negra, as desigualdades em saúde poderiam ser prevenidas, mas para isso o racismo deve ser devidamente reconhecido como determinante social da saúde e combatido (LOPES, 2021).

Nesse contexto, o debate sobre os determinantes sociais da saúde cada vez mais implica uma referência a “determinantes jurídicos da saúde”, conforme proposto pelo relatório, publicado em 2019, a partir da análise conduzida pelo *The Lancet-O’Neil Institute of Georgetown University Commission on Global Health and Law* (GOSTIN *et al.*, 2019; VENTURA; SILVA, 2020).

A abordagem dos determinantes jurídicos da saúde recorre a um conceito abrangente de Direito, que compreende instrumentos como leis, tratados e normas que expressam políticas públicas, assim como instituições públicas (por exemplo, tribunais, poder legislativo e agências) responsáveis por criar, implementar ou interpretar as normas. O Direito, assim, pode ser usado em três funções, a partir das quais pode moldar as interações sociais: estabelecendo normas e padrões nos direitos interno e internacional, resolvendo conflitos nas esferas nacional e internacional e regulando a criação e funcionamento de instituições públicas e privadas. A partir dessas funções, o relatório propõe quatro determinantes jurídicos da saúde: (i) o Direito pode ser ferramenta para o atingimento do objetivo de cobertura universal da saúde, no âmbito da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, das Nações Unidas, (ii) o Direito pode fortalecer a governança de instituições de saúde nacionais e internacionais, (iii) o Direito pode implementar intervenções de saúde baseadas em evidências científicas e (iv) capacidades jurídicas devem ser fortalecidas no campo da saúde.

Os quatro determinantes jurídicos da saúde apresentados pelo referido relatório dizem respeito a ações diretamente praticadas no campo da saúde e não abarcam, neste ponto, outros determinantes sociais da saúde. Para além dessas ações, defende-se que o Direito deve atuar (por meio das três funções acima descritas, de criação de normas, resolução de conflitos e regulação de instituições) de forma mais abrangente para atacar as desigualdades relativas a outros fatores socioeconômicos que impactam a saúde. De qualquer forma, sustenta-se que o Direito é ferramenta essencial para o avanço da saúde global com justiça, proporcionando condições equitativas de saúde para todos, sobretudo aos mais vulneráveis (VENTURA; SILVA, 2020).

Sob a perspectiva dos determinantes jurídicos da saúde, o Estado Democrático de Direito pode ser considerado determinante supremo da saúde e os obstáculos ou ataques à democracia representam barreiras estruturais à saúde pública (VENTURA; SILVA, 2020).

É notável como o processo de redemocratização no Brasil, com o fim da ditadura militar e a promulgação da Constituição Federal de 1988, trouxe avanços importantes no sentido de maior equidade social e racial no acesso à saúde. Diversas normas foram introduzidas no ordenamento brasileiro para o combate ao racismo, não apenas no sentido do preconceito racial, mas, de uma forma mais ampla, do racismo institucional e estrutural. Essas normas conferiram fundamento a ações afirmativas que buscam atacar a desigualdade racial em diversos aspectos da vida social, inclusive da saúde, conforme apresentado a seguir.

3. Arcabouço legal brasileiro após redemocratização: combate ao racismo e acesso universal à saúde

O ordenamento jurídico brasileiro, fundamentado na Constituição Federal de 1988, dispõe sobre a obrigatoriedade do Estado de prover um sistema universal de saúde e de estabelecer políticas de combate às desigualdades raciais em saúde.

Antes de passar a uma descrição das respectivas normas, cabe destacar que esse arcabouço jurídico, que sedimenta o reconhecimento da necessidade de combate ao racismo na área de saúde pública, é resultado da luta do movimento negro desde a década de 1980, quando já se apontava a necessidade de dar visibilidade às desigualdades em saúde entre negros e brancos (LOPES, 2021). De forma geral, os avanços de políticas antirracistas após a redemocratização são conquistas desses movimentos sociais. Assim como a resistência à escravidão (rebeliões, fugas, formação dos quilombos) – realidade minimizada pela história e pelo mito da democracia racial – a resistência ao racismo no Brasil está presente em movimentos sociais desde a abolição. Esses movimentos ganharam consistência e maior organização na segunda metade do século XX, sobretudo

por meio do movimento de mulheres negras e do movimento negro (WERNECK, 2016), com impacto relevante no ordenamento jurídico fundado pela Constituição de 1988.

Uma conquista importante do movimento negro foi a previsão, no art. 5º, inciso XLII, da Constituição Federal, do direito a não discriminação racial como um direito fundamental e a determinação da prática de racismo como crime inafiançável e imprescritível, que fundamentou a promulgação da Lei n. 7.716, de 5 de janeiro de 1989, que define “os crimes resultantes do preconceito de raça ou de cor”, assim como a alteração do Código Penal, para acrescentar o parágrafo 3º ao art. 140, incluindo o tipo penal da injúria racial (PIRES, 2018).

Porém, para além da importante criminalização do racismo, que visa a combater o racismo em sua forma individual e aberta, a ordem constitucional brasileira proporciona os fundamentos para que as normas jurídicas ofereçam respostas *afirmativas* para combater as situações existentes e institucionalizadas de desigualdade racial na sociedade, o que inclui as desigualdades em saúde (ALMEIDA, 2019).⁴ Dessa forma, o Direito, como instituição, deixa de ser neutro perante as desigualdades sociais que se sustentam em diferenças raciais.⁵

Neste ponto, o art. 3º da Constituição Federal mostra-se uma norma fundamental, que, ao estabelecer os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, além da referência expressa à raça e cor, prevê a construção de uma sociedade solidária e a redução das desigualdades sociais. Considerando que o Brasil é um dos países mais desiguais do mundo, impõe que ações concretas sejam praticadas com o objetivo de promover a igualdade. Não se trata apenas de garantir uma igualdade formal – já destacada no *caput* do art. 5º, que dispõe que “todos são iguais perante a lei” – mas a igualdade de oportunidades, que depende da mudança de um *status quo* extremamente desigual. Dessa forma, a constituição traz os fundamentos para um dever de solidariedade

⁴ Como explica Almeida (2019), a aceção do racismo como uma anomalia comportamental a ser reprimida em casos específicos não é suficiente para endereçar o racismo institucional e estrutural presente na sociedade. O racismo é institucional, uma vez que as instituições – como o Estado (em seus vários níveis e órgãos), o Direito, as empresas – atuam em uma dinâmica que confere privilégios com base na raça. O racismo institucional reflete-se na falta de representatividade de pessoas negras em posições de poder. Constata-se que o poder é elemento constitutivo das relações raciais, nas relações interpessoais e também no poder de um grupo sobre o outro, que se concretiza por meio do controle por determinado grupo sobre o aparato institucional. No entanto, as instituições não criam o racismo, mas sim reproduzem as condições que vigoram na ordem social, ou seja, as instituições são racistas porque a sociedade é racista. Portanto, o racismo não é simplesmente uma patologia social que deve ser punida, nem apenas um desarranjo institucional. O racismo é estrutural, no sentido de que constitui pilar que sustenta a estrutura social, presente nas relações políticas, econômicas, jurídicas e também interpessoais.

⁵ Conforme Almeida (2019), o Direito e demais instituições podem legitimar a ordem vigente em uma estrutura social e é o que normalmente fazem, sobretudo perante uma postura inerte da sociedade. Porém, também podem reconhecer e posicionar-se de maneira ativa perante os conflitos de raça.

dos cidadãos, que não é somente um dever de se abster, mas, em primeiro lugar, um dever de agir (SILVA, 2021).

Com relação à saúde, no Brasil, o ataque às desigualdades raciais passa, necessariamente (porém não apenas), pelo combate às desigualdades sociais e pelo acesso universal a um sistema de saúde. Dessa forma, a Constituição previu o direito humano à saúde (art. 6º) e estabeleceu o acesso universal e igualitário à saúde a ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas (arts. 196 e seguintes). Fundamentado nesses dispositivos constitucionais, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, como mecanismo de promoção de justiça social e com foco na saúde coletiva. Dentre os princípios que o regem, destacam-se a universalidade do acesso, a igualdade na assistência à saúde, sem privilégios ou preconceitos, e a participação da comunidade.

Sob o amparo da Constituição de 1988 e após a criação do SUS, pesquisas foram realizadas com o objetivo de subsidiar políticas afirmativas para a saúde da população negra. Assim, em 2005, o Ministério da Saúde promoveu um estudo que apresentou importantes dados estatísticos relativos à diferença de saúde entre negros e brancos (incluindo dados como acesso e qualidade da assistência a portadores de hipertensão arterial, expectativa de vida e anos perdidos da população negra, mortalidade infantil e mortalidade materna) e propôs recomendações objetivas para a promoção da equidade racial na saúde (BRASIL, 2005). Referido estudo já apontava para a necessidade de reverter a cegueira institucional no tocante às desigualdades raciais e demonstrava a importância da coleta de dados mediante a autodeclaração de cor, no contexto do acesso aos serviços de saúde. Portanto, já se demonstrava, com dados concretos, a necessidade de se reconhecer a existência do racismo no direito à saúde, sob pena de se perpetuarem as desigualdades raciais.

Esses debates evoluíram para que, em 13 de maio de 2009, o Ministério da Saúde publicasse a Portaria n. 992, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Ao determinar o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde (em linha com orientações da Organização Mundial da Saúde, como referido acima), a norma visou à promoção da equidade em saúde, a partir de diretrizes gerais que se resumem da seguinte forma: (a) inclusão dos temas racismo e saúde da população negra nos processos de formação dos trabalhadores da saúde, (b) ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, (c) incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra, (d) promoção do reconhecimento dos saberes populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas, (e) implementação do processo de monitoramento e

avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo e (f) desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos e fortaleçam uma identidade negra positiva. Além das referidas diretrizes gerais, a portaria definiu objetivos específicos e traçou estratégias de gestão, demonstrando a vontade política em combater as injustiças no acesso à saúde.

Em 2012, a Lei n. 12.288, de 20 de julho de 2012, foi promulgada e nomeada “Estatuto da Equidade Racial”.⁶ O Estatuto da Equidade Racial trouxe avanços significativos à legislação brasileira, ao endereçar o racismo institucional e estrutural e definir “desigualdade racial” de forma bem mais ampla que a ideia de preconceito interpessoal. A lei prevê a necessidade de políticas públicas e ações afirmativas como ferramentas para a inclusão social da população negra, contém um capítulo dedicado ao direito à saúde e dispõe sobre a “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra”, regida pelas seguintes diretrizes, conforme art. 7º do Estatuto da Equidade Racial: (i) ampliação e fortalecimento da participação de lideranças dos movimentos sociais em defesa da saúde da população negra nas instâncias de participação e controle social do SUS, (ii) produção de conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra e (iii) desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação para contribuir com a redução das vulnerabilidades da população negra. O Estatuto ainda prevê objetivos concretos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e estabelece incentivos específicos para a garantia do direito à saúde à população quilombola.

Porém, avanços em políticas públicas que vinham sendo conquistados desde a promulgação da Constituição Federal, não obstante nunca terem deixado de estar ameaçados por uma cultura latente autoritária e racista, sofreram o pior retrocesso desde a redemocratização, a partir do fim da década de 2010, e ainda mais com a pandemia de COVID-19.

4. Gestão da pandemia de COVID-19; ataques à democracia e retrocessos

A pandemia fez inflar a já crítica desigualdade social e racial no Brasil, tanto no que tange à saúde, como à renda e à educação. Porém, o retrocesso não decorreu apenas da pandemia. É também consequência de ataques às instituições democráticas e do desmonte de políticas públicas de redução de desigualdades que o Brasil tem vivenciado

⁶ O Estatuto da Equidade Racial faz parte de um conjunto de leis que, para concretizar o objetivo, constitucionalmente previsto, de construir uma sociedade solidária, ordenam ações afirmativas para o combate à desigualdade racial. Nesse sentido, cabe mencionar a Lei n. 10.639, de 2003, que determinou o estudo da história e cultura afro-brasileira nas escolas, e as tão relevantes Leis n. 12.711, de 2012, e n. 12.990, de 2014, chamadas “leis de cotas”.

desde o fim da década de 2010. A negação da gravidade da pandemia pelo governo federal foi a expressão de uma resposta autoritária que não é inédita na história brasileira, em que se naturaliza a morte, sobretudo de grupos minorizados.

Não é correto afirmar que a incapacidade do Brasil de responder à pandemia foi um resultado natural e esperado, decorrente de suas características econômicas e subdesenvolvimento. Ao contrário, o Brasil era considerado um dos países em desenvolvimento mais bem preparados para enfrentar esse tipo de emergência sanitária, como é possível verificar em rankings internacionais de saúde pública (VENTURA; SILVA, 2020). É verdade que o SUS é burocrático e carece de agilidade e recursos (LOPES, 2021). Porém, apesar das importantes limitações, o Brasil dispõe de um sistema universal de saúde, criado a partir de um objetivo político de justiça social e redução de desigualdades, que promove campanhas de vacinação em massa com efetividade e tem experiência no enfrentamento de epidemias recentes.

Nesse sentido, o fracasso no combate à pandemia de COVID-19 no Brasil, que, em agosto de 2022, atingia 683 mil mortos, deveu-se a uma estratégia política do governo federal contraditória, amparada em um negacionismo populista, que desde o início minimizou os efeitos da pandemia e banalizou mortes (VENTURA; SILVA, 2020).

Durante uma emergência sanitária, fica evidente que os determinantes jurídicos da saúde, conforme propostos pelo relatório da Comissão da *Lancet* (GOSTIN *et al.*, 2019) mencionado acima, são elemento inseparável dos determinantes sociais da saúde. Nos termos do referido relatório, o Direito afeta a saúde global de múltiplas formas ao estruturar, perpetuar e mediar os determinantes sociais da saúde. Como explicam Ventura e Martins da Silva (2020), as condições sociais que determinam a saúde de indivíduos, grupos e populações são permeadas por formas jurídicas que podem expressar diferentes correlações de forças, incluindo opressão e resistência. Essa dualidade foi observada de forma evidente no impacto da pandemia de COVID-19 no Brasil e no Direito brasileiro. Por um lado, o governo federal abusou de suas prerrogativas de veto e medidas provisórias para frear ações de contenção da pandemia, atacando medidas de isolamento, uso de máscaras, estratégias de contenção da pandemia em comunidades indígenas, dentre outras, muitas vezes com o apoio de parte do Judiciário. Por outro lado, o Congresso, parte do Judiciário, incluindo o Supremo Tribunal Federal, governadores e prefeitos agiram, em parte, de forma a reverter as ações do Executivo federal e buscar conter o avanço da pandemia (VENTURA; SILVA, 2020).

Outro exemplo da característica autoritária do governo foi o apagamento de dados relativos à pandemia (BERTONI, 2022). Neste ponto, cabe mencionar a suspensão da realização do Censo Demográfico relativo ao decênio 2010-2020. A próxima coleta de dados do censo, realizado e divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE a cada 10 anos, estava programada para ser realizada entre agosto e outubro de 2021,

o que ficou inviabilizado devido ao corte de verbas para o IBGE.⁷ A impossibilidade de acessar os dados apresentados pelo censo de forma apropriada dificulta, se não inviabiliza, a elaboração e implementação de políticas públicas. O desinteresse do governo pela realização do censo demonstra seu descaso com a necessidade de políticas de combate à desigualdade e, mais que isso, sua intenção de apagamento da realidade, recorrente em regimes autoritários.⁸

Dessa forma, apesar de o Brasil dispor de leis bastante avançadas no tocante ao acesso à saúde e a políticas de redução de desigualdades, inclusive raciais, o país foi duramente atingido pela pandemia e os grupos mais afetados foram os que sofrem historicamente com a pobreza e a discriminação, ou seja, a população negra e indígena. Nesse sentido, tornam-se evidentes os efeitos do populismo autoritário na saúde pública. Há uma sinergia entre o discurso de ódio, a desigualdade e a discriminação, uma vez que a retórica violenta valida as iniquidades ao reforçar estigmas e intimidar seus receptores (VENTURA; SILVA, 2020). As mortes e o drama da pandemia de COVID-19 foram naturalizados e negados da mesma forma como se negou a violência da escravidão e dos crimes do regime militar, assim como muitos negam a existência de racismo no Brasil (AB'SÁBER, 2010; SCHWARCZ, 2019).

A defesa do Estado Democrático de Direito é essencial para o objetivo de redução das desigualdades sociais e raciais, em saúde e em outros aspectos socioeconômicos que impactam a saúde. Portanto, a manutenção de políticas públicas efetivas, incluindo ações afirmativas destinadas a modificar uma realidade extremamente desigual, dependem de um ambiente democrático. Essa perspectiva pode também ser verificada à luz da ideia de definição de prioridades a partir de um processo deliberativo em que o tomador de decisões é responsável pela razoabilidade de suas decisões, apresentada por Norman Daniels (2008) e descrita acima.

Nesse contexto de defesa da democracia e especialmente no combate à desigualdade racial, destaca-se a necessidade de se reverter o racismo institucional que se reflete na falta de representatividade da população negra nas instâncias de poder. Vale lembrar que as conquistas no combate ao racismo obtidas a partir da Constituição de 1988 decorreram da presença, resistência e contribuição do movimento negro ao processo de redemocratização.

⁷ O censo está previsto para ocorrer entre agosto e outubro de 2022, conforme informado pelo IBGE (2019); porém, restam dúvidas se contará com recursos adequados.

⁸ Ver, por exemplo, a reportagem de Gavras (2021).

5. Conclusões

O objetivo deste ensaio foi demonstrar como o Direito exerce um papel relevante para garantir um acesso justo à saúde, o que implica a redução de desigualdades em saúde, sobretudo em um país extremamente desigual. Sob essa perspectiva, apresenta-se a importância de se atacarem desigualdades relativas a outros determinantes sociais da saúde, não apenas o acesso a sistemas de saúde, o que já se mostra amplamente aceito. Adicionalmente, refere-se como o Direito, por meio das normas jurídicas e instâncias de poder, pode atuar de duas formas, atacando as desigualdades ou possibilitando sua perpetuação. Nesse sentido, expõe-se a importância da preservação do Estado Democrático, em que haja representatividade dos grupos menos favorecidos e possibilidade de questionamento e responsabilização das decisões tomadas por quem detém poder.

No tocante à necessidade de redução de desigualdades para a garantia de um acesso justo à saúde, cabe ainda mencionar que, sob a perspectiva da segurança em termos de saúde, a pandemia demonstra que a pobreza extrema e iniquidades que impedem o acesso de alguns grupos a saúde (além de educação, moradia e outros bens sociais) pode gerar insegurança sanitária a todo o país e mesmo a todo o planeta (VENTURA; DI GIULIO; RACHED, 2020).

O direito à saúde, como os demais direitos econômicos e sociais, enfrenta limitações em sua realização integral e imediata devido à carência de recursos e, por isso, é passível de realização progressiva. Como discutido acima, a realização progressiva depende da definição de prioridades. Em um contexto de extrema desigualdade, as políticas públicas devem levar em consideração a redução de desigualdades e priorizar aqueles que têm a pior condição de acesso à saúde, inclusive por meio de ações afirmativas.

Políticas devem ser adotadas para atacar a desigualdade racial em saúde, o que inclui o combate à discriminação racial nos serviços de saúde, coleta de dados sobre a saúde da população negra e outras políticas, conforme os objetivos estabelecidos no Estatuto da Equidade Racial. Adicionalmente, para além dessas políticas de saúde pública, é necessário debater e estabelecer políticas afirmativas que reduzam as desigualdades raciais com relação aos demais determinantes sociais da saúde, que afetam a saúde de forma indireta porém inegável, como educação, moradia, renda mínima, dentre outros.

São Paulo, agosto de 2022.

Referências

AB'SÁBER, Tales Afonso Muxfeldt. Brasil, a ausência significativa política (uma comunicação). In: TELES, Edson; SAFATLE, Vladimir (org.). *O que resta da ditadura: a exceção brasileira*. São Paulo: Boitempo, 2010. p. 187-202. (Coleção Estado de Sítio).

ALMEIDA, Silvio Luiz de. *Racismo estrutural*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. (Coleção Feminismos Plurais).

BERTONI, Estêvão. O impacto do apagão de dados em meio ao avanço da Ômicron. *Nexo Políticas Públicas*, São Paulo, 6 jan. 2022. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2022/01/06/O-impacto-do-apag%C3%A3o-de-dados-em-meio-ao-avan%C3%A7o-da-%C3%B4micron>. Acesso em: 1 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília, DF: Funasa, 2005. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/biblioteca-eletronica/publicacoes/estudos-e-pesquisas1/-/asset_publisher/qGiy9skHw4ar/content/saude-da-populacao-negra-no-brasil?inheritRedirect=false.

COUTINHO, Diogo Rosenthal. *Direito, desigualdade e desenvolvimento*. São Paulo: Saraiva, 2013.

CUNHA, Paulo Ribeiro da. Militares e anistia no Brasil: um dueto desarmônico. In: TELES, Edson; SAFATLE, Vladimir (org.). *O que resta da ditadura: a exceção brasileira*. São Paulo: Boitempo, 2010. p. 15-40. (Coleção Estado de Sítio).

DANIELS, Norman. *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.

GAVRAS, Douglas. Adiamento do Censo do IBGE prejudica políticas sociais e repasse aos municípios. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 21 abr. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2021/04/adiamento-do-censo-do-ibge-prejudica-politicas-sociais-e-repasse-aos-municipios.shtml>. Acesso em: 1 maio 2022.

GOSTIN, Lawrence Oglethorpe; MONAHAN, John T.; KALDOR, Jenny; DEBARTOLO, Mary; FRIEDMAN, Eric A.; GOTTSCHALK, Katie; KIM, Susan C.; ALWAN, Ala; BINAGWAHO, Agnes; BURCI, Gian Luca; CABAL, Luisa; DELAND, Katherine; EVANS, Timothy Grant; GOOSBY, Eric; HOSSAIN, Sara; KOH, Howard; OOMS, Gorik; ROSES PERIAGO, Mirta; UPRIMNY, Rodrigo; YAMIN, Alicia Ely. The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development. *The Lancet*, London, v. 393, n. 10.183, p. 1.857-1.910, May 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(19\)30233-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(19)30233-8.pdf). Acesso em: 1 maio 2021.

IBGE. *O que é [Censo Demográfico]*, Rio de Janeiro, 5 jun. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-2020-censo4.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 1 maio 2022.

LOPES, Fernanda. De volta aos primórdios: em defesa do SUS como uma política antirracista. *Boletim de Análise Político-Institucional*, Brasília, DF, n. 26, p. 9-19, mar. 2021. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/boletim_analise_politico/210304_bapi_26.pdf. Acesso em: 26 abr. 2021.

MBEMBE, Achille. *Necropolítica*: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. Tradução de Renata Santini. São Paulo: N-1 edições, 2018.

MENDES, Conrado Hübner. O entulho autoritário era estoque. *Quatro cinco um*, São Paulo, 1 mar. 2020. Disponível em: <https://www.quatrocinco.um.com.br/br/artigos/d/o-entulho-autoritario-era-estoque>. Acesso em: 19 abr. 2021.

OLIVEIRA, Bruno de. 5 pontos sobre raça, lugar e desigualdades em saúde. *Nexo Políticas Públicas*, São Paulo, 2 nov. 2020. Disponível em: <https://pp.nexojournal.com.br/perguntas-que-a-ciencia-ja-respondeu/2020/5-pontos-sobre-ra%C3%A7a-lugar-e-desigualdades-em-sa%C3%BAde>. Acesso em: 19 abr. 2021.

PIOVESAN, Flávia. Direito internacional dos direitos humanos e lei de anistia: o caso brasileiro. In: TELES, Edson; SAFATLE, Vladimir (org.). *O que resta da ditadura*: a exceção brasileira. São Paulo: Boitempo, 2010. p. 91-107.

PIRES, Thula. Racializando o debate sobre direitos humanos: limites e possibilidades da criminalização do racismo no Brasil. *SUR: Revista Internacional de Direitos Humanos*, São Paulo, v. 15, n. 28, p. 65-75, dez. 2018. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2019/05/sur-28-portugues-thula-pires.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. *Sobre o autoritarismo brasileiro*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

SILVA, Luis Virgílio Afonso da. *Direito constitucional brasileiro*. São Paulo: Edusp, 2021.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima; DI GIULIO, Gabriela Marques; RACHED, Danielle Hanna. Lessons from the Covid-19 pandemic: sustainability is an indispensable condition of Global Health Security. *Revista Ambiente & Sociedade*, São Paulo, v. 23, 11 p., 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/asoc/a/TFS5x6zGyZw4MSvQc5J3XZj/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 23 maio 2021.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima; SILVA, Jameson Vinícius Martins da. Between science and populism: the Brazilian response to COVID-19 from the perspective of the legal determinants of Global Health. *Revista de Direito Internacional = Brazilian Journal of International Law*, Brasília, DF, v. 17, n. 2, p. 67-83, 2020. (Populismo e Direito Internacional). Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/rdi/article/download/6687/pdf>. Acesso em: 28 abr. 2021.

WACQUANT, Loïc J. D. *As prisões da miséria*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, set. 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/123044/119425>. Acesso em: 1 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: WHO Press, 2008. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/65985/retrieve>. Acesso em: 1 maio 2021.