

A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: POLÍTICAS AFIRMATIVAS - CONSCIÊNCIA CULTURAL E SOCIAL PARA DIRIMIR O PRECONCEITO VELADO

Paula Pinto de Souza

Defensora Pública

Dirigente do Núcleo de Tutela da Saúde

Da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul

RESUMO: O presente trabalho pretende demonstrar os aspectos peculiares da saúde da população negra, estabelecendo um comparativo em relação à população branca. Faz-se uma análise do acesso ao direito fundamental à saúde para os negros, assinalando que o preconceito velado e a falta de orientação e de políticas públicas que assegurem os mais diversos direitos e garantias fundamentais terminam por efetivamente discriminar a população negra. Em decorrência dessa ausência de consciência cultural da sociedade civil, das instituições e dos órgãos públicos em geral, associada às particularidades do organismo do cidadão negro - que é, por vezes, portador de doenças muito mais gravosas e invasivas do que as que acometem o cidadão branco -, há evidente comprometimento à saúde dessa raça/etnia. Apresenta-se a necessidade de políticas afirmativas em prol do cidadão negro e a imprescindível prioridade de tratamento igualitário, diante do racismo cordial enfrentado. Por fim, são apresentadas sugestões para facilitar o acesso do cidadão negro/paciente à saúde, com dignidade.

PALAVRAS-CHAVE: População Negra. Saúde. Políticas Afirmativas. Doenças Invasivas. Preconceito. Racismo. Consciência Cultural e Social. Sistema Único de Saúde. Defensoria Pública. Poder Público. Direitos e Garantias Fundamentais. Dignidade da Pessoa Humana.

SUMÁRIO: 1. Introdução. 2. Desenvolvimento. 2.1 Considerações Iniciais e a Importância da Defensoria Pública para a Garantia da Saúde da População Negra. 2.2 Do Preconceito Racial. 2.3 Das Peculiaridades da Saúde da População Negra. 2.4 Dos Fatores Externos: Ausência de Acessibilidade/Oportunidades à População Negra. 3. Políticas Afirmativas e Estatuto da Igualdade Racial. 4. Da Necessidade de Consciência Social e Cultural da População Brasileira e do Poder Público. 5. Conclusão. 6. Referências Bibliográficas.

1. INTRODUÇÃO

A proposta tem como objetivo tratar do tema apresentado diante dos conhecimentos adquiridos sobre a saúde, ou melhor, a falta de, quando se trata da população negra. É indiscutível que a saúde é Direito Social Fundamental de todo e qualquer cidadão, independentemente de sua raça/etnia, contudo, em se tratando de pacientes negros - pois quando buscam o acesso à justiça já estão enfermos -, descobre-se um abismo entre o tratamento dispensado à população branca em comparativo à população negra. O SUS (Sistema Único de Saúde), embora modelo enquanto legislação, é totalmente deficitário para todos. Todavia, em se tratando de negros, é ainda mais ineficaz, pois o preconceito velado e a ausência de consciência cultural e social privam o cidadão negro de informações e orientações simples que o impedem, inclusive, de conhecer o próprio Sistema de Saúde. Nesse contexto, o acesso aos medicamentos e a tratamentos de ponta não está ao alcance da população negra. Da mesma forma, em virtude dos motivos elencados, o cidadão negro desconhece, por completo, o seu direito de ter acesso à Justiça para buscar um tratamento eficaz a sua nosologia, que lhe garanta uma vida livre de doenças e bem-estar físico, psíquico e social, dentre outros direitos e garantias fundamentais que possibilitem o alcance da dignidade humana do cidadão negro.

A escolha do tema é crucial diante das dificuldades encontradas pelos hipossuficientes negros em obter o direito à saúde de forma digna, já que, dependendo do Sistema Único de Saúde, esbarram não só na burocracia, mas, também, na falta de vontade política do poder público para efetivamente orientá-los e informá-los acerca do Sistema. Ademais, até pouco tempo, parte da população negra sequer tinha o conhecimento de que poderia provocar o Poder Judiciário para ter acesso aos tratamentos médicos prescritos, da mesma forma que desconhecia por completo a existência de uma Equipe de Saúde na Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul que pudesse garantir à população negra o acesso à Justiça.

Inicialmente, o trabalho fará considerações sobre a importância do acesso à Justiça para a população negra como forma de assegurar o direito fundamental à saúde, nos

casos em que o poder público, através do Sistema Único de Saúde, não propicia o tratamento adequado administrativamente. Enfrenta-se a questão do preconceito velado como forma de demonstrar o quão desiguais são os negros em comparação aos brancos, no que diz respeito à informação, orientação e garantia dos direitos fundamentais. Procura-se, também, apresentar as diversas patologias que, por motivos diversos, são mais gravosas e invasivas no organismo da população negra quando em comparativo à população branca, demonstrando que fatores externos também são determinantes para o agravamento e para a anamnese de diagnósticos de doenças e comorbidades mais complexas aos negros. Discorre-se sobre a importância de políticas afirmativas em prol da população negra, como forma de compensar o racismo cordial e as desigualdades, mas procura-se, precipuamente, demonstrar a necessidade da sociedade civil, do poder público e das instituições em geral adquirirem uma consciência cultural e social admitindo o racismo e com isso adotando condutas proativas para estabelecer a igualdade entre negros e brancos.

Por fim, conclui-se o presente com sugestões englobando todos os temas percorridos a fim de, efetivamente, propiciar à população negra o acesso ao Direito Fundamental à saúde, preservando a dignidade do cidadão negro.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS E A IMPORTÂNCIA DA DEFENSORIA PÚBLICA PARA A GARANTIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Com o intuito de demonstrar a dificuldade da população negra em ter acesso ao direito social fundamental à saúde é que se inicia este artigo, fazendo referência à importância da Defensoria Pública para estes cidadãos quando necessitam de acesso ao Poder Judiciário para obterem uma Saúde digna.

Em Seminário Estadual realizado em meados do ano de 2010 acerca da Saúde da População Negra¹, pôde-se depreender que a população negra e os quilombolas que

¹ Seminário Estadual de Políticas Afirmativas em Saúde da População Negra e Participação Popular em Defesa do SUS: Dignidade Humana, Igualdade de Sujeitos de Direitos no SUS. 19 e 20 de julho de 2010. Auditório do Ministério Público Estadual.

faziam parte da plateia no evento não tinham qualquer conhecimento sobre a possibilidade de procurarem a Defensoria Pública para obter o tratamento à saúde de que necessitam, através do acesso à Justiça².

Após as explicações fornecidas sobre a Instituição e, principalmente, a existência de uma Equipe de Saúde para ingresso de ações individuais e, também, acerca do Núcleo de Tutelas da Saúde, que possui um foco macro em relação aos cidadãos/pacientes, incluindo o ajuizamento de Ações Cíveis Públicas, vislumbrou-se um crescimento evidente no atendimento de cidadãos negros, podendo-se afirmar que houve um acréscimo considerável da procura diária, na área da saúde, na Comarca de Porto Alegre.

Desnecessário mencionar a importância da Defensoria Pública, bem como sua previsão constitucional e infraconstitucional, como Instituição essencial à função jurisdicional do Estado na defesa e na orientação jurídica, em todos os graus dos necessitados.

Contudo, é prioritário ressaltar que a Instituição Defensoria Pública tem o dever de prestar assistência aos cidadãos que necessitam do acesso à saúde: direito prioritário e incondicional. E essa assistência, no vasto campo de atuação da Instituição, não se resume aos necessitados em função de situação econômica menos favorecida. Impende afirmar que a atuação se dá para os cidadãos hipossuficientes, no conceito *lato* da expressão, dos vulneráveis, como é o réu, no processo criminal, o adolescente em conflito com a lei, por serem a parte mais fraca no processo, independentemente da situação financeira.

Em matéria de saúde, a hipossuficiência e a vulnerabilidade estão caracterizadas na posição de enfermo do cidadão paciente, uma vez que, quando busca a Defensoria Pública, já está desprovido de saúde, sendo, portanto, a parte mais vulnerável na relação processual.

² A Defensoria Pública no Contexto das Políticas Afirmativas: A Saúde da População Negra. Palestrante: Dra. Paula Pinto de Souza, in Seminário Estadual de Políticas Afirmativas em Saúde da População Negra e Participação Popular em Defesa do SUS: Dignidade Humana, Igualdade de Sujeitos de Direitos no SUS. 19 de julho de 2010. Auditório do Ministério Público Estadual.

Portanto, a Instituição Defensoria Pública, por intermédio de seus agentes, busca administrativa e/ou judicialmente garantir a efetiva prestação do direito à saúde ao cidadão paciente que dela necessita.

Isso porque o Sistema Único de Saúde, na prática, não cumpre com suas próprias normas, sendo deficitário, não somente com a população negra, mas com todas as raças/etnias, ou seja, com o cidadão em geral. Inobstante o Sistema Único de Saúde ser considerado modelo em matéria de saúde pública, verifica-se que não vem cumprindo com os ditames constitucionais, especialmente o disposto no Artigo 6º da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB), acarretando a crescente judicialização do direito à saúde para toda a população.

Para demonstrar a importância constitucional desse 'super direito', cabível mencionar que a saúde também é considerada direito público subjetivo de todo cidadão, nos termos do artigo 196 da CRFB/88. Pelo conteúdo da norma, o direito constitucional à saúde é oponível ao Estado *lato sensu*, sendo exigível a prestação desse direito pelo ente público.

Ambas as normas referidas são de eficácia plena e de aplicabilidade imediata, diante do que preceitua o artigo 5º, parágrafo primeiro, da CRFB/88.

Ainda conforme prevê a própria CRFB/88³ no seu art. 5º, inciso XXXV, toda vez que houver omissão por parte do Poder Executivo, pela negativa da prestação do direito à saúde, por quaisquer dos motivos elencados (porque a política pública existente não é executada; porque a política pública é inadequada ou insuficiente; porque não há política pública definida), deverá o Poder Judiciário exercer sua competência e julgar o caso concreto.

Contudo, o Ministério da Saúde e o Poder Executivo *lato sensu* (entes federados, União, estados e municípios), em que pese afirmarem compromissos com a saúde da população negra e do cidadão em geral, costumam alegar, em sua defesa nos

3 "a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito"

processos judiciais, o Princípio da Reserva do Possível em razão da escassez de seus recursos econômicos.

Esse argumento do Princípio da Reserva do Possível, segundo Professor e Magistrado gaúcho Ingo Sarlet⁴, é “*uma alegação vazia*”. Isso se justifica, pois, ressalvado o que apontam os governantes, há várias fontes para subsidiar o orçamento para a saúde. Além do orçamento previsto na Emenda 29 (ainda pendente de regulamentação) - a qual prevê que, no mínimo, os Estados Membros devem destinar 12% para saúde, e os Municípios, 15% -, há também a previsão Constitucional do financiamento da Seguridade Social, afora outros aportes que poderiam surgir de repasses de verbas de propaganda governamental e do Programa Pré-Sal.

De acordo com informativo do Tribunal de Contas do Distrito Federal, datado de 15/09/2009, intitulado “Verba da Saúde paga almoço de preso e fardas”, o nosso Estado, em toda a Federação, ficou em último lugar na destinação de verbas para saúde, que deveriam ser de, no mínimo, 12%. Levando em consideração os desvios referidos, o Rio Grande do Sul investiu apenas 3,75% em tal direito fundamental.

Por isso, a proposta de Lei de Responsabilidade Sanitária deve ser aprovada e sancionada com a maior brevidade possível, a fim de responsabilizar os maus gestores que não cumprem com o mínimo de orçamento a ser destinado ao Sistema Único de Saúde.

Então, esse é mais um dado que corrobora a afirmação de que o problema das políticas públicas não serem atualizadas não se deve à falta de orçamento. Ousaria-se dizer que é falta de vontade política ao estabelecer prioridades. Saúde é prioridade sempre, até porque, quando o cidadão procura o Estado ou o Judiciário, já está enfermo – não só desprovido de saúde, mas carente de qualidade de vida e com sua dignidade totalmente infringida.

Como o Sistema Único é precário para a população em geral, quanto aos negros é ainda mais deficitário, não somente porque o repasse de verbas previstas para a

4 SARLET, Ingo Wolfgang. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 7 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2009, p.45.

saúde destes cidadãos não é cumprido, mas porque também há falta de orientação e informação por parte dos funcionários que atendem na área da saúde.

Da mesma forma que medicamentos e tratamentos mais avançados costumemente não são prescritos à população negra, que sequer tem conhecimento da possibilidade de ser tratada adequadamente com fármacos e procedimentos fora das listas e protocolos clínicos do SUS, mas que têm maior eficácia para as nosologias que acometem a população negra.

Dessa forma, quanto ao cidadão negro, há um *plus* na hipossuficiência, que se caracteriza pelo racismo velado existente no Brasil, que se configura pela falta de políticas afirmativas e de consciência cultural e social em prol dos negros, a fim de compensar o preconceito cordial. Ainda, são mais vulneráveis, por ser a saúde do negro infinitamente mais deficitária do que a da população branca, não somente por fatores externos, como ausência de direitos e garantias básicos, mas, principalmente, porque existem patologias que, no organismo do negro, apresentam-se com gravidade e ocorrência infinitamente superiores, quando comparadas aos brancos, o que acarreta prejuízos e danos gravíssimos à saúde da população negra, conforme será exposto neste artigo.

2.2. DO PRECONCEITO RACIAL

Certamente que se dizer racista pode parecer agressivo e discriminatório, mas pior que isso é ter medo de se assumir racista, o que revela um preconceito cordial e impede o enfrentamento da discriminação étnica admitida. Isso implica em omissão, enquanto que, no racismo assumido, é possível adotar-se posturas proativas que venham a compensar esta hipossuficiência racial.

Essa forma de racismo se vislumbra também no contexto das instituições, que, mesmo de forma involuntária, adotam práticas discriminatórias aos indivíduos negros. Assim, o racismo não é praticado apenas pela sociedade civil, mas também pelas instituições públicas e privadas e pelo poder público em geral.

A CRFB/88 assumiu o caráter de Constituição Cidadã, em virtude de seu compromisso com a criação de uma nova ordem social. Essa nova ordem tem a seguridade social como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Essa política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana, do repúdio ao racismo e da igualdade e é coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil, *“promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”*⁵

Diante dessas premissas e no contexto do artigo, importante referir dados colhidos do Censo Demográfico de 2000 elaborado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), através do qual foi apresentado Relatório referente ao prejuízo da população negra, que já sofre um decréscimo em seu atendimento à saúde e demais garantias e direitos fundamentais em razão do racismo institucional.⁶

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

5 BRASIL, Constituição da República Federativa do, 1988, art. 3º, inc. IV.

⁶ A política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial, Ministério da Saúde, Brasília, 2009, p. 19/20.

que envolve as políticas, os programas e as relações interpessoais - deve-se considerar que as instituições comprometem sua atuação quando deixam de oferecer um serviço qualificado às pessoas em função de sua origem étnico-racial, cor da pele ou cultura. Esse comprometimento é resultante do racismo institucional. O racismo institucional constitui-se na produção sistemática da segregação étnico-racial, nos processos institucionais. Manifesta-se por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes de ignorância, falta de atenção, preconceitos ou estereótipos racistas. Em qualquer caso, sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pela ação das instituições.

Cabível registrar que, na Inglaterra⁷, por exemplo, a maioria da população é da raça negra, dentre outras etnias diversas da branca, e, assim mesmo, o racismo é evidenciado. Contudo, os ingleses admitem o preconceito, ou seja, há uma consciência social da importância de valorizar a diversidade cultural e de enfrentar o racismo de frente.

No Brasil, é diferente. Segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 2000, 45% da população é negra, contudo, usando palavras de vários autores⁸: O brasileiro tem preconceito de ter preconceito, ou seja, não assume que é racista, e por isso, não tem consciência social e cultural para enfrentar o preconceito e aplicar políticas e condutas proativas em favor dos negros.

Em um comparativo com a Inglaterra, onde é maciça a comercialização de bonecas negras, quantas bonecas negras são vendidas e estão no mercado brasileiro em relação às bonecas brancas?

7 Tragtenberg, Marcelo Henrique Romano (Doutor e Professor do Departamento de Física da Universidade Federal de Santa Catarina): Um Olhar de Branco Sobre Ações Afirmativas. Artigo Publicado em 23/11/2007, na Revista Saúde – Rio (Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro) na Seção: Promoção: Saúde da População Negra.

8 Descabível nominá-los, até porque já se tornou um costume.

E, no contexto do racismo não assumido, há que ser noticiada a recente publicação e vigência de Legislação Federal que institui o Estatuto da Igualdade Racial, Lei nº 12.288, de julho de 2010. Aparte das inovações trazidas pela novel legislação, há que se considerar que o conceito de igualdade racial já assume uma posição de verdadeira desigualdade, pois, se, efetivamente, negros e brancos fossem iguais, desnecessário seria a instituição de Estatuto com tal nomenclatura.

De qualquer forma, a referida legislação institui políticas afirmativas e tenta, de alguma forma, a inclusão do cidadão negro em vários segmentos, em particular, priorizando a participação da população negra no contexto das instituições. Ainda, no que concerne ao recente texto de Lei, interessante colacionar algumas considerações feitas por Defensor Público do Estado do Espírito Santo⁹, acerca da novel legislação.

E, em seguimento às considerações apresentadas pelo Defensor Público do Estado do Espírito Santo¹⁰, pertinente transcrever-se algumas impressões acerca da História do povo negro e das dificuldades pretéritas e ainda hoje presentes que esta população enfrenta, demonstrando a importância da Defensoria Pública no resguardo dos direitos desses cidadãos:

Há exatos 122 anos, a Princesa Imperial Regente, em nome de Sua Majestade o Imperador, o Senhor D. Pedro II, fazia saber a todos os súditos do então Império brasileiro que a Assembleia Geral decretava e ela sancionava Lei n. 3.353, de 13 de Maio de 1888, declarando extinta a escravidão no Brasil, nestes termos: 'Art. 1º É

9 No Art. 55 do Estatuto da Igualdade Racial propositadamente reside o acesso à tutela coletiva da população negra. Pela sua reluzente redação, a apreciação judicial das lesões e das ameaças de lesão aos interesses da população negra decorrentes de situações de desigualdade étnica, far-se-á, entre outros instrumentos, pela via da ação civil pública, disciplinada na Lei 7.347/85. Acrescentando novo parágrafo 2º, ao Art. 13, da Lei 7.347/85, o Estatuto das Raças estabelece que havendo acordo ou condenação com fundamento em dano causado por ato de discriminação étnica, a prestação em dinheiro reverterá diretamente a um fundo que deverá ser utilizado para ações de promoção da igualdade étnica, conforme definição do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial, na hipótese de dano de extensão nacional, ou dos Conselhos de Promoção de Igualdade Racial estaduais ou locais, nas hipóteses de danos com limite regional ou local, respectivamente. A ação civil pública visando a tutela jurisdicional da população negra brasileira expressamente prevista na nova legislação vai, assim, ao encontro dos anseios da Convenção Internacional Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, que, em seu Art. 2º, letra d, proclama que seus países signatários devem, por todos os meios apropriados - inclusive, se as circunstâncias o exigirem, com medidas legislativas - proibir a discriminação racial praticada por quaisquer pessoas, grupos ou organizações, pondo-lhe um fim, através de remédios processuais eficazes perante os tribunais nacionais. (Amaral, Carlos Eduardo Rios. Defensor Público do Estado do Espírito Santo. Notícia via email em 01/08/2010).

10 In Amaral, Carlos Eduardo Rios. Defensor Público do Estado do Espírito Santo. Notícia via email em 01/08/2010)

declarada extinta desde a data desta lei a escravidão no Brasil. Art. 2º Revogam-se as disposições em contrário.'

Passado mais de um século, estes dois dispositivos abolicionistas não foram suficientes para fazer apagar o horror e a crueldade do holocausto de 400 anos de escravidão negra levada a efeito pelo projeto agrícola de exploração colonial portuguesa. Em muitas das comunidades remanescentes dos quilombos, nas castigadas favelas e cortiços das áreas urbanas das grandes cidades de nosso País ainda podem ser ouvidos os gemidos de dor dos açoites dos capitães-do-mato, a mando dos senhores de engenho, sob a indiferença da casa grande.

Em 28 de Agosto de 1963, Doutor King teve um sonho. Sonhava que um dia nas colinas vermelhas da Geórgia os filhos dos descendentes de escravos e os filhos dos descendentes dos donos de escravos poderiam se sentar junto à mesa da fraternidade.

O Estatuto da Igualdade Racial encarrega os Defensores Públicos de fazer o sino da liberdade soar, em toda moradia e em todo vilarejo, em todo o estado e em toda a cidade.

Disse Mandela certa vez: Nascemos para manifestar a glória do Universo que está dentro de nós. Não está apenas em um de nós: está em todos nós. E conforme deixamos nossa própria luz brilhar, inconscientemente damos às outras pessoas permissão para fazer o mesmo. E conforme nos libertamos do nosso medo, nossa presença, automaticamente, libera os outros.

Tudo começará agora.

Apresentadas essas considerações acerca dos mecanismos para coibir a discriminação e o racismo existente, cabível fazer um agravo quando se trata da saúde da população negra: Mesmo que de forma involuntária, os médicos têm a tendência de receitar

aos pacientes negros para combate de suas patologias, tratamentos e medicamentos mais baratos, disponíveis no SUS (Sistema Único de Saúde), mas que não causam o efeito desejado para controle e/ou cura da patologia que acomete o cidadão negro, até porque, como já referido, há doenças que são extremamente mais graves na população negra em comparativo com os brancos.

Então, os médicos fazem o inverso, ao invés de prescreverem tratamentos e medicamentos de ponta, de custo mais elevado e, possivelmente, fora das listas e protocolos clínicos do SUS, mas que controlariam a patologia mais severa do paciente negro, prescrevem tratamentos mais baratos, por pressuporem que o negro não terá condições de comprar aquele medicamento.

Diante dessa situação, mesmo que não intencional, entra-se na questão da discriminação e do preconceito já dito cordial e velado: Quem disse que um negro não pode comprar uma medicação caríssima? Pressupõe-se, então, que o negro não tenha um emprego rentável que lhe permita custear e adquirir fármacos de ponta? Mas, mesmo que de fato a maioria do cidadão negro não possa, por seus próprios meios, adquirir esses fármacos e/ou tratamentos de ponta, a prescrição médica deve existir. Na saúde, é claro, na ausência de condições econômicas, depende-se do poder público e muito mais do Judiciário, pois somente o acesso à justiça possibilitará ao paciente negro a dispensação desses medicamentos e/ou procedimentos avançados e de maior custo.

De fato, não basta ter esforço, dedicação, persistência e inteligência para ter tratamento à saúde, com fármacos caros e fora das listas e dos protocolos clínicos do SUS. Mas, caso o médico prescreva esse tratamento adequado para o negro, cuja doença é de caráter mais gravoso, como o faz com o branco, pode esse cidadão negro procurar a Defensoria Pública para ingressar com a ação judicial competente. Assim, terá assegurado o tratamento ou fármaco que vai controlar sua moléstia, ou devolver sua saúde, já que está enfermo, para assim alcançar qualidade de vida, resgatando a dignidade da pessoa humana, fundamento da CRFB/88.

Ainda, segundo pesquisas realizadas em *sites* sobre a saúde dos negros, esta tendência brasileira de não assumir o preconceito se reflete em hospitais públicos e

particulares do nosso país, onde o negro já é discriminado antes de nascer. As gestantes negras têm menos cuidados médicos do que as brancas. Isso significa receber menos anestesia no parto normal, receber menos explicação sobre o aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, sinais do parto, pré-natal, alimentação adequada, entre outras coisas.

Conforme dados do Censo Demográfico de 2000 elaborado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), como já referido, foi apresentado relatório relativo ao prejuízo da população negra, que já sofre um decréscimo em seu atendimento antes mesmo de nascer.¹¹

O Relatório Saúde Brasil 2005: uma análise da situação da saúde apresenta informações e análises discriminadas segundo raça, cor e etnia, enfocando assistência pré-natal, tipo de parto, baixo peso ao nascer e análise dos dados referentes ao nascimento, incluindo morbimortalidade materno-infantil, em âmbito nacional e regional. Esse estudo identificou uma proporção de 2% de nascimentos na faixa etária materna de 10 a 14 anos entre as indígenas, o dobro da média nacional. Considerando as mães entre 15 a 19 anos, constatou-se uma proporção de nascidos vivos da cor branca de 19%. Entre os nascidos vivos negros, a porcentagem de nascimentos provenientes de mães adolescentes de 15 a 19 anos foi de 29%, portanto, 1,7 vez maior que a de nascidos vivos brancos. Verificou-se ainda que 625 das mães de nascidos brancos referiram ter passado por sete ou mais consultas pré-natal. Para as mães de nascidos indígenas, o percentual foi de 27% e para mães de nascidos pardos, 37%. O cenário referente à prematuridade e à mortalidade infantil também apresenta uma disparidade quando relacionado a raça, cor e etnia. A maior porcentagem de nascidos vivos prematuros (gestação menos de 37 semanas) foi registrada nos recém nascidos indígenas e pretos, ambos com 7%. Os menores percentuais de recém nascidos

11 A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial, Ministério da Saúde, Brasília, 2009, p. 19/20.

prematuros foram observados entre os nascidos amarelos e pardos, ambos com 6%. O relatório destaca os dados referentes as crianças menores de cinco anos. O risco de uma criança preta ou parda morrer antes dos cinco anos por causas infecciosas e parasitárias é 60% maior do que o de uma criança branca. Também o risco de morte por desnutrição apresenta diferenças alarmantes, sendo 90% maior entre as crianças pretas e pardas que entre brancas.

Na verdade, pode-se concluir que serviços universalizados continuam sob a égide do racismo cordial. Isso porque se presume que negros são pobres, que não têm condições de pagar por atendimento mais avançado e, mesmo que assim seja, que efetivamente não tenham condições econômicas. O preconceito velado é contumaz, são tratados assim apenas em razão da cor de sua pele.

Dessa forma, sem receio de tecer argumentos precipitados, constata-se que negros e negras são diuturnamente discriminados e, portanto, torna-se necessário compensar essa discriminação negativa com uma outra de caráter positivo. Os tratamentos de saúde são universais, para todos, desimportando a questão étnica. Assim, não combater o racismo cordial é compactuar com ele.

2.3. DAS PECULIARIDADES DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Conforme dados do FIBGE¹² (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) no censo de 1980, verificou-se em relação à saúde um disparate entre a população negra em comparativo à população branca:

Filhos de mães negras têm maior risco de adoecer e morrer.

A expectativa média de vida da população branca é de 72 anos, enquanto que a da população negra é de 65 anos (sete anos menor).

12 FIBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. In censo de 1980.

Além disso, há que considerar que, em relação à raça/etnia, a população negra apresenta inúmeras doenças com alto grau de gravidade, em comparativo com a mesma moléstia na população branca, uma vez que, para determinadas patologias, o organismo da população negra é mais suscetível e a doença aparece em caráter mais invasivo.

O Censo Demográfico de 2000 do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) aponta outros dados, no já mencionado relatório, referentes às peculiaridades da saúde, ou falta de, da população negra.¹³

No Brasil, existe um consenso entre os diversos estudiosos acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra, com destaque para aqueles que podem ser agrupados nas seguintes categorias: a) geneticamente determinados – doença falciforme¹⁴, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase¹⁵, foliculite¹⁶; b) adquiridos em condições desfavoráveis – desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas); e c) de evolução agravada ou

13 A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial, Ministério da Saúde, Brasília, 2009, p. 19/20.

14 DOENÇA FALCIFORME: A Doença Falciforme é uma alteração genética, caracterizada por um tipo de hemoglobina mutante designada por **hemoglobina S (ou Hb S)** que provoca a distorção dos eritrócitos, fazendo-os tomar a forma de "foice" ou "meia-lua". O termo doença falciforme define as hemoglobinopatias nas quais pelos menos uma das hemoglobinas mutantes é a Hb S. As doenças falciformes mais frequentes são a **anemia falciforme (ou Hb SS)**, a **S talassemia ou microdrepanocitose** e as duplas heterozigoses Hb SC e Hb SD. Os portadores de doença falciforme podem apresentar sintomatologia importante e graves complicações. A Hb S tem uma característica química especial que em situações de ausência ou diminuição da tensão de oxigênio provoca a sua polimerização, alterando drasticamente a morfologia do eritrócito que adquire a forma de foice. Estes eritrócitos falcizados dificultam a circulação sanguínea provocando vasooclusão e infarto na área afetada. Consequentemente, esses problemas resultam em isquemia, dor, necrose e disfunções, bem como danos permanentes aos tecidos e órgãos além da hemólise crônica. Como se sabe, a Hb S teve origem no continente africano, a sua introdução no Brasil ocorreu notadamente durante o período da escravidão. Dados da triagem Nacional sinalizam 3.500 nascidos por ano com a doença falciforme. (Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Manual de condutas básicas na doença falciforme. Porto Alegre: DAS, 2008, p. 5, 7 e 9)

15 DEFICIÊNCIA EM GLICOSE -6-fosfato desidrogenase (G6PD): é uma doença hereditária recessiva ligada ao cromossomo x que, frequentemente, desencadeia uma anemia hemolítica. A desidrogenase é um tipo de enzimas oxidorreduzases catalizadoras da transferência de íons hidrogênio e um par de elétrons de um substrato, que é então oxidado, para uma molécula aceitadora, que é então reduzida (normalmente o NAD ou uma coenzima flavínica). Disponível em, <http://www.anvisa.gov.br>, site ANVISA pesquisado em 24/07/2010.

16 FOLICULITE: é uma infecção dos folículos pilosos causadas por bactérias do tipo estafilococos. A invasão bacteriana pode ocorrer espontaneamente ou favorecida pelo excesso de umidade ou suor, raspagem dos pelos ou depilação. Atinge crianças e adultos podendo surgir em qualquer localização onde existam pelos, sendo frequente na área da barba (homens) e na virilha (mulheres). Geralmente tratada com antibióticos locais. Disponível em, <http://www.anvisa.gov.br>, site ANVISA pesquisado em 24/07/2010.

tratamento dificultado – hipertensão arterial¹⁷, diabetes melito¹⁸, coronariopatias, insuficiência renal crônica¹⁹, câncer, miomatoses. Essas doenças e agravos necessitam de uma abordagem específica sob pena de se inviabilizar a promoção da equidade em saúde no Brasil”.

Ainda, no mesmo relatório, foram consideradas as seguintes situações de gravames no organismo da população negra, ocasionando maiores prejuízos à saúde desses cidadãos em comparação à população branca²⁰:

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

17 HIPERTENSÃO ARTERIAL: é uma doença definida pela persistência de níveis de pressão arterial acima de 135mmHg de pressão sistólica e 85 mmHg de diastólica. A hipertensão eleva em quatro vezes o risco de acidente vascular cerebral e de seis vezes o de insuficiência cardíaca. O risco de lesão cardiovascular, entretanto, começa a aumentar a partir de níveis mais baixos, ao redor de 115/75mmHg, e o risco dobra a cada 20/10 mmHg de aumento da pressão. É quase sempre assintomática ou ologosintomática mas, se deixada evoluir naturalmente, a doença desencadeia, indiciosamente, alterações vasculares em órgãos vitais, sobretudo no coração (hipertrofia, insuficiência cardíaca, coronariopatia), cérebro (acidente vascular cerebral) rins (disfunção progressiva), olhos (retinopatia hipertensiva) e vasos (aneurisma, dissecação). (Pedroso, Enio Roberto Pietra, Reynaldo Gomes de. Blackbook – Clínica Médica, Belo Horizonte, Blackbook Editora, 2007, p. 258.)

18 DIABETES MELLITUS: é um conjunto de doenças metabólicas que provocam hiperglicemia por deficiência insulina. Essa deficiência pode ser absoluta, por baixa produção, ou relativa devido a resistência periférica a insulina. A forma mais frequente da doença, tipo II ou diabete mellitus do adulto é uma doença crônica, silenciosa no início, responsável por uma série de consequências e complicações. As complicações cardiovasculares e cerebrovasculares são as mais graves e contribuem para mais da metade dos casos de infarto agudo do miocárdio, dois terços dos casos de acidente vascular cerebral além de insuficiência renal, doença vascular periférica e cegueira. Pelo menos um quarto dos pacientes não sabem que são diabéticos e, sem tratamento, evoluirão, inexoravelmente para as complicações graves e irreversíveis da doença. Muitos morrem de uma complicação cardiovascular ou cerebrovascular da doença antes do diagnóstico. (Pedroso, Enio Roberto Pietra, Reynaldo Gomes de. Blackbook – Clínica Médica, Belo Horizonte, Blackbook Editora, 2007.p. 518.)

19 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: É a síndrome que ocorre quando a função renal deteriora rapidamente até um nível que impede a homeostase normal. Ocorre horas após um fator deflagrador que diminua a perfusão renal (IRA pré-renal) ou que produza uma lesão renal parenquimatosa aguda (IRA renal) ou que provoque obstrução urinária (IRA pós renal). Os casos de disfunção renal pré renal podem ser revertidos rapidamente antes que ocorra uma lesão renal significativa ou evolua para necrose tubular aguda. (Pedroso, Enio Roberto Pietra, Reynaldo Gomes de. Blackbook – Clínica Médica, Belo Horizonte, Blackbook Editora, 2007,p. 499)

20 A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial, Ministério da Saúde, Brasília, 2009, p. 19/20.

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

Esses são alguns exemplos de como a população negra, em virtude da raça/etnia, em matéria de saúde, tem uma propensão maior à mortalidade, à menor expectativa de vida e à gravidade mais intensa em algumas patologias, quando comparada à população branca.

Portanto, nesses casos, a hipossuficiência e a vulnerabilidade dos negros em matéria de saúde são infinitamente maiores que as da população branca, o que requer um tratamento/atendimento preferencial e de urgência, quando caracterizadas essas circunstâncias diferenciais.

Assim, ressalta-se que a urgência e a prioridade, extraídas dos apontamentos apresentados neste capítulo, devem ser efetivadas pelo poder público em geral e pelas instituições públicas e privadas que venham a tratar da saúde da população negra, prestando informação e orientação corretas.

O mais indicado seria a prevenção, para evitar que o negro adoeca, mas isso, muito embora previsto na legislação do SUS e na Constituição Federal, ainda é utópico, o que se percebe, invariavelmente, é a saúde como recuperação, porque a pessoa procura o acesso à justiça, através da Defensoria Pública, já enferma.

2.4. DOS FATORES EXTERNOS: AUSÊNCIA DE ACESSIBILIDADE/OPORTUNIDADES À POPULAÇÃO NEGRA

É evidente que a alta taxa de mortalidade, a maior propensão em adoecer e a menor expectativa de vida da população negra também estão vinculadas a fatores externos

que acarretam um empobrecimento econômico e cultural desses cidadãos. Essa afirmativa está clara diante da ausência de acesso aos serviços mais básicos e da inexistência de respeito aos direitos e garantias fundamentais à população negra, que não possui educação, moradia, saneamento básico, emprego e, por certo, saúde, dentre outros infinitos direitos, em comparação com a população branca.

Nesse contexto, mais uma vez se utilizam os dados do Censo Demográfico de 2000 elaborado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), por meio do qual foi apresentado relatório referente à população negra²¹

O relatório Saúde Brasil 2005: uma análise da situação da saúde apresenta informações e análises discriminadas segundo raça, cor e etnia.

Os dados do censo contribuem para conferir maior visibilidade às iniquidades que atingem a população negra. Assim, no setor da educação, enquanto entre brasileiros a taxa de analfabetismo era de 12,4%, em 2001, entre os negros, a proporção era de 18,2% e, entre os brancos, de 7,7%. Em média, a população branca estudava 6,9 anos e a negra, 4,7 anos. No Sudeste, onde se encontra a maior média de anos de estudo do conjunto – 6,7 anos –, os negros estudavam, em média, 2,1 anos menos que os brancos. No que se refere a pobreza, outros estudos revelam que os negros correspondem a cerca de 65% da população pobre e 70% da população extremamente pobre, embora representem 45% da população brasileira. Os brancos por sua vez, são 54% da população total, mas somente 35% dos pobres e 30% dos extremamente pobres. O baixo nível de renda, tanto individual quanto domiciliar per capita, restringe liberdades individuais e sociais dos sujeitos, fazendo com que todo o seu entorno seja deficiente, desgastante e gerador de doença. Em 2001, mais de 32 milhões de negros com renda de até

21 A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial, Ministério da Saúde, Brasília, 2009, p. 19/20.

½ salário mínimo eram potencialmente demandantes de serviços de assistência social e viviam, em sua maioria, em lugares com características indesejáveis de habitação.(...)

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

Urge, pois, que sejam minimizados esses diferenciais negativos em relação à população negra, quando comparados à branca, uma vez que, de alguma forma, a ausência de acessibilidade aos serviços mais básicos também acaba por interferir e agravar a saúde do cidadão negro.

Os dados apresentados neste artigo demonstram o quão discriminado é o negro diante da escassa ou ausente efetividade dos direitos e garantias fundamentais. Lembra-se que tais direitos e garantias são, de fato, mais efetivos à população branca, embora também deficitários. De qualquer sorte, a consequência deste disparate é o empobrecimento financeiro e cultural do cidadão negro, que certamente fica à margem do acesso digno ao direito fundamental à saúde.

3. POLÍTICAS AFIRMATIVAS E ESTATUTO DA IGUALDADE RACIAL

Em relação às políticas afirmativas²², tratando-se da população negra e da sua saúde, ou a falta de, importante registrar que os negros, em certos casos, devem ter um tratamento prioritário pelas instituições e órgãos públicos, incluindo o Poder Executivo e

²² Políticas afirmativas são definidas como: ação afirmativa, ação positiva, discriminação positiva ou políticas compensatórias. No contexto do artigo as políticas afirmativas consistem em condutas ativas que visem a oferecer aos grupos discriminados e excluídos um tratamento diferenciado para compensar as desvantagens devidas à situação de vítimas do racismo.

suas Secretarias de Saúde, Estadual e Municipal, bem como os atendentes da farmácia do estado e dos postos de saúde, além é claro, da população em geral.

Ainda, cabe utilizar, novamente, dados informativos do Censo Demográfico de 2000 do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), incluídos no relatório de veras referido, relativos às peculiaridades da saúde ou falta de, na população negra, como fonte de argumento para as políticas afirmativas.²³

Com a finalidade de subsidiar a identificação, abordagem, o combate e a prevenção ao racismo institucional foram definidas duas dimensões interdependentes de análise: (1) a das relações interpessoais e (2) a político-programática. A primeira diz respeito às relações que se estabelecem entre dirigentes e servidores, entre os próprios servidores e entre servidores e os usuários de serviços. A dimensão político-programática de combate ao racismo institucional é caracterizada pela produção e disseminação de informações sobre as experiências diferentes e/ou desiguais em nascer, viver, adoecer e morrer; pela capacidade em reconhecer o racismo como um dos determinantes das desigualdades no processo de ampliação das potencialidades individuais; pelo investimento em ações e programas específicos para a identificação de práticas discriminatórias; pelas possibilidades de elaboração e implementação de mecanismos e estratégias de não discriminação, combate e prevenção do racismo e intolerância correlatas – incluindo a sensibilização e capacitação de profissionais; pelo compromisso em priorizar a formulação e implementação de mecanismos e estratégias de redução das disparidades e promoção da equidade(...)

Reafirma os princípios do SUS, constantes na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a saber: a) a universalidade do acesso, compreendido como o 'acesso garantido aos serviços de saúde para

23 A política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial, Ministério da Saúde, Brasília, 2009, p. 19/20.

toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie!'; b) a integralidade da atenção, 'entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema'; c) a igualdade da atenção à saúde; e d) descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

Diante dessa realidade, foram estabelecidas algumas diretrizes e estratégias de gestão, como forma de políticas afirmativas a serem adotadas e cumpridas pelo poder público. Eis as de maior relevância²⁴:

Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;

Ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde;

Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;

Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;

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;

24 A política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial, Ministério da Saúde, Brasília, 2009, p. 21/22.

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

Implementação das ações de combate ao racismo institucional e redução das iniquidades raciais com a definição de metas específicas no Plano Nacional de Saúde e Termos de Compromisso de Gestão;

Desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades locais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas; doença falciforme; DST/HIV/aids; tuberculose, hanseníase; câncer de colo uterino e de mama; transtornos mentais;

Fortalecimento da atenção à saúde integral da população negra em todas as fases do ciclo de vida;

Fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social;

Articulação e fortalecimento das ações de atenção às pessoas com doença falciforme, incluindo a reorganização, a qualificação e a humanização do processo de acolhimento, do serviço de dispensação na assistência farmacêutica, contemplando a atenção diferenciada na internação;

Inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;

Estabelecimento de acordos e processos de cooperação nacional e internacional, visando à promoção da saúde integral da população negra nos campos da atenção, educação permanente e pesquisa.

Apresentadas as possíveis diretrizes de políticas públicas afirmativas em prol da população negra, no que diz respeito prioritariamente à saúde desses cidadãos, há que ressaltar que houve evolução legislativa através da recente publicação e vigência da Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, que institui o ESTATUTO DA IGUALDADE RACIAL²⁵, altera as Leis nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003.

Pela relevância, cabível registrar alguns apontamentos apresentados pelo Defensor Público do Estado do Espírito Santo²⁶ acerca do novo Estatuto acima referido e das políticas afirmativas em benefício da população negra:

Entre os meios elencados pelo Estatuto Racial para a participação da população negra, em condição de igualdade de oportunidade, na vida econômica, social, política e cultural do País, está a promoção, de modo prioritário, da implementação de programas de ação afirmativa destinados ao enfrentamento das desigualdades étnicas no tocante ao acesso à Justiça.

25 "(...)DO DIREITO À SAÚDE

Art. 6º O direito à saúde da população negra será garantido pelo poder público mediante políticas universais, sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos. § 1º O acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde (SUS) para promoção, proteção e recuperação da saúde da população negra será de responsabilidade dos órgãos e instituições públicas federais, estaduais, distritais e municipais, da administração direta e indireta. § 2º O poder público garantirá que o segmento da população negra vinculado aos seguros privados de saúde seja tratado sem discriminação. Art. 7º O conjunto de ações de saúde voltadas à população negra constitui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, organizada de acordo com as diretrizes abaixo especificadas: 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; III - desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação para contribuir com a redução das vulnerabilidades da população negra. Art. 8º Constituem objetivos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: I - a promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnicas e o combate à discriminação nas instituições e serviços do SUS; II - a melhoria da qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero; III - o fomento à realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra; IV - a inclusão do conteúdo da saúde da população negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde; V - a inclusão da temática saúde da população negra nos processos de formação política das lideranças de movimentos sociais para o exercício da participação e controle social no SUS. Parágrafo único. Os moradores das comunidades de remanescentes de quilombos serão beneficiários de incentivos específicos para a garantia do direito à saúde, incluindo melhorias nas condições ambientais, no saneamento básico, na segurança alimentar e nutricional e na atenção integral à saúde.(...)"

26 Amaral, Carlos Eduardo Rios. Defensor Público do Estado do Espírito Santo. Notícia via email em 01/08/2010.

Arrola o Diploma da Igualdade Racial como garantias fundamentais expressas da população negra, instituindo mecanismos de efetivação e diretrizes a serem seguidas, o direito à saúde, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, à liberdade de consciência e de crença, ao livre exercício dos cultos religiosos, ao acesso à terra e à moradia digna, ao trabalho e ao acesso aos meios de comunicação. O parágrafo único, do Art. 35, do Estatuto, com habilidade, esclarecendo que o direito à moradia adequada não inclui apenas o provimento habitacional, estabelece a garantia da assistência jurídica para a construção, reforma e regularização fundiária da habitação nas áreas urbanas degradadas ou em processo de degradação, a fim de integrá-las à dinâmica urbana e promover melhoria na qualidade de vida.

Espera-se, portanto, que o conteúdo do mencionado Estatuto, que, dentre outras prioridades, prevê a necessidade de políticas afirmativas, não passe a ser mais um instrumento inutilizável, como o são, na prática, diversas outras legislações brasileiras, consideradas modelo em nível mundial, mas que, na operação, são inaplicáveis ou deficitárias. Um exemplo clássico desta situação é o nosso Sistema Único de Saúde, cuja legislação é louvável, mas, para o cidadão que dela necessita, independentemente de raça ou etnia, é totalmente deficitária e inoperante.

4. DA NECESSIDADE DE CONSCIÊNCIA SOCIAL E CULTURAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA E DO PODER PÚBLICO

Para assegurar a igualdade ao cidadão/paciente negro, direito e garantia fundamental, previsto no caput do artigo 5º da CRFB/88, deve-se aplicar o chavão: tratar desigualmente os desiguais, para alcançar a igualdade entre as diferentes raças/etnias. Isso se aplica aos negros em diversas áreas e, em especial, na saúde, já que a expectativa de vida dessa raça é muito menor que a dos brancos, já que a taxa de mortalidade é superior, a

probabilidade de adoecer é maior e, por fim, por serem portadores de doenças com grau de maior severidade do que a mesma patologia que acomete o cidadão branco.

É por isso que as políticas afirmativas, assegurando prioridade e urgência à população negra, garantirão uma maior igualdade com a população branca, tudo isso para garantir saúde, que está relacionada ao direito à vida e muito mais, a uma vida digna, não só com a ausência de doenças, mas proporcionar um bem-estar físico, social, psíquico, que engloba vários outros direitos e garantias, que também dependem de uma consciência cultural e social da população, das instituições e do poder público em geral, com a finalidade de assumir o racismo, até então preconceito cordial.

Igualmente importante é o princípio da equidade. A iniquidade racial, como fenômeno social amplo, vem sendo combatida pelas políticas públicas de promoção da igualdade racial, regidas pela Lei nº 10.678/03, que criou o SEPRIR (Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial). Coerente com isso, o princípio da igualdade associado, ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos onde a diversidade seja um valor, deve desdobrar-se no princípio da equidade, como aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las. Em saúde, a atenção deve ser entendida como ações e serviços priorizados em função de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população. O SUS, como um sistema em constante processo de aperfeiçoamento, na implantação e implementação do Pacto pela Saúde, instituído pela portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, compromete-se com o combate as iniquidades de ordem socioeconômica e cultural que atingem a população negra brasileira. Cabe ainda destacar o fato de que esta política apresenta como princípio organizativo a transversalidade, caracterizada pela complementariedade, confluência e reforço recíproco de diferentes políticas de saúde. Assim, contempla um conjunto de estratégias que resgatam a visão integral do sujeito,

considerando a sua participação no processo de construção das respostas para as suas necessidades, bem como, apresenta fundamentos nos quais estão incluídas várias fases do ciclo de vida, as demandas de gênero e as questões relativas à orientação sexual, à vida com patologia e ao porte de deficiência temporária ou permanente²⁷.

Dessa forma, é imprescindível o reconhecimento do racismo pela sociedade civil e pelas instituições, como forma de assumir as desigualdades étnico-raciais, adquirindo, assim, uma consciência social, cultural e global que possa compensar este caráter negativista/excludente da população negra, com condutas proativas. Isso é muito mais importante do que a adoção de políticas afirmativas, pois estas de nada adiantarão se não houver uma consciência do racismo assumido, para que só então se possam adotar determinantes sociais de condições e acessibilidade aos direitos e garantias fundamentais, principalmente do direito social fundamental à saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde da população negra.

5. CONCLUSÃO

Encerra-se o presente trabalho com a proposta de oferecer sugestões para garantir o direito constitucional de acesso à saúde da população negra.

Diante de tudo o que foi explanado neste artigo, em relação à população negra e sua saúde, principalmente por ter taxa de mortalidade superior à dos brancos, por ter menor expectativa de vida e por existirem patologias muito mais agressivas no organismo da população negra em relação à dos brancos, é que se evidencia a necessidade de políticas afirmativas para compensar a discriminação e o preconceito racial velados, não admitidos pela população brasileira.

27 Phud et al. Política Nacional de saúde da população negra: uma questão de equidade. Documento resultante do Workshop Interagencial de Saúde da População Negra, 6, 7, dez., 2001. Brasília.

Na verdade, apenas com uma política de elevação da qualidade da saúde, da educação pública básica, do direito à moradia e tantas outras garantias constitucionais é que será possível permitir que a população negra alcance sua saúde, já perdida, e possa viver com dignidade. Somente uma melhora sensível nos níveis de emprego, na distribuição de renda e nas políticas públicas sociais poderá contribuir de forma permanente para a melhoria da vida da população negra.

Em relação à saúde, como afirmado em vários momentos, o Sistema Único de Saúde, bem como o poder público, devem elaborar políticas públicas sociais e econômicas para garantir o direito fundamental constitucional à saúde de todo o cidadão, especialmente em se tratando da população negra, porquanto vulnerável, não se esquecendo, todavia, da população em geral, considerando-se que a deficiência em matéria de saúde é generalizada. Isso porque, na prática as políticas públicas existentes não são executadas, ou são inadequadas e insuficientes para o tratamento de que o cidadão necessita, ou não há política pública definida compatível com os avanços da medicina e com as novas patologias que surgem.

Precisa-se, portanto, de uma atualização urgente das listas e dos protocolos clínicos do Ministério da Saúde, priorizando as peculiaridades das patologias que acometem de forma diferenciada e invasiva a população negra quando em comparação à população branca.

Quanto à Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, espera-se que seja efetivamente cumprida em todos os seus aspectos, principalmente quanto à integração da população negra nos órgãos de administração da saúde, bem como no que diz respeito ao repasse de verbas para a saúde do cidadão negro e à adoção de políticas afirmativas que priorizem o atendimento do negro que necessitar do Sistema Único de Saúde.

No que tange à informação e à orientação imprescindível à atuação adequada do servidor que atua na área da saúde para que atenda ao cidadão negro e saiba encaminhá-lo ao local certo, de acordo com a sua necessidade, a fim de evitar que os cidadãos fiquem desorientados, deslocando-se a vários locais sem obter o acesso à saúde de que precisam.

Urge, ainda, a capacitação dos profissionais da área da saúde no atendimento dos cidadãos/pacientes.

Enfim, estabelecer maior parceria e acessibilidade entre Município, Estado, Secretaria Municipal e Estadual de Saúde, Defensoria Pública e demais órgãos públicos, na tentativa de solucionar ou melhorar o acesso à saúde do cidadão negro, administrativamente, o que seria mais rápido para o paciente e menos oneroso e mais prático ao poder público.

Soluções e possibilidades existem, algumas independem da vontade do administrador e das instituições, mas há algumas que podem ser tentadas, desde que haja comunicabilidade entre os Órgãos, a fim de resguardar o direito fundamental à saúde e propiciar, com rapidez e eficácia, o acesso à saúde do cidadão, em especial da população negra, que clama por um atendimento igualitário, já deficitário do SUS, mas ainda mais inoperante para esta raça, diante da já dita discriminação racial velada, o que depende de políticas afirmativas.

De qualquer forma, somente condutas ativas e de compensação não são suficientes para resolução da deficiência e do preconceito cordial velado que afligem a população negra. Conforme mencionado em capítulo próprio deste artigo, é mais prudente e igualitário iniciar-se com um conjunto de políticas públicas educativas, de consciência cultural e social global de inclusão do cidadão negro, a fim de garantir-lhe uma vida digna, livre de doenças, com um bem-estar físico, psíquico e social e com acessibilidade igualitária a todos os direitos e garantias fundamentais.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PEDROSO, Enio Roberto Pietra, Reynaldo Gomes de. **Blackbook – Clínica Médica**, Belo Horizonte, Blackbook Editora, 2007.

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Manual de condutas básicas na doença falciforme. Porto Alegre: DAS, 2008.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 7 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2009.

TRAGTENBERG, Marcelo Henrique Romano (Doutor e Professor do Departamento de Física da Universidade Federal de Santa Catarina): **Um Olhar de Branco Sobre Ações Afirmativas**. Artigo Publicado em 23/11/2007, na Revista Saúde – Rio (Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro) na Seção: Promoção: Saúde da População Negra.

Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de dez, 1990.

Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003. Diário Oficial da União, Brasília, 26 mai., 2003.

Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Diário Oficial da União, Brasília, 21 jul., 2010.

BRASIL. **Código de Processo Civil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1973.

BRASIL. **Código Civil Brasileiro**. Brasília, DF: Senado Federal, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

A política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial, Ministério da Saúde, Brasília, 2009.

Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Ministério da Saúde. **Caderno de Textos Básicos**. Brasília: I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, 2004.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Situação de Saúde. **Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Diário oficial da União, Brasília, DF, 23 fev., 2006.