

NOTA TÉCNICA Nº 26 - DPGU/DNDH

Em 02 de janeiro de 2024.

MANIFESTAÇÃO DA DEFENSORIA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS EM CONTRIBUIÇÃO PARA O PROJETO DE RECOMENDAÇÃO GERAL Nº 37 SOBRE DISCRIMINAÇÃO RACIAL NO GOZO DO DIREITO À SAÚDE, A SER APRESENTADO PELO COMITÊ PARA A ELIMINAÇÃO DA DISCRIMINAÇÃO RACIAL (CERD)

1) CONTEXTO BRASILEIRO DO ACESSO À SAÚDE POR PESSOAS NEGRAS

Segundo os ensinamentos de Silvio Almeida, "racismo é uma **forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento**, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam.¹ Por sua vez, a "discriminação racial" é conceituada pelo autor como a forma de "atribuição de tratamento diferenciado a membros de grupos racialmente identificados"².

Trata-se, pois, da mecânica de poder utilizada como instrumento de manutenção de privilégios e de estruturas de dominação, que se revela principalmente no âmbito institucional, quando da escolha pela forma de tratamento a ser dispensado a cada cidadão ou grupo de pessoas.

É de se saber que a histórica desigualdade social e racial brasileira decorre sobremaneira da forma como ocorreu o processo de colonização e, em especial, o processo de escravização e abolição formal da escravidão no país, aliado à desigual distribuição de terras materializada pela Lei de Terras de 1850 e pela edição de normas penais que criminalizaram condutas culturais dos escravos libertos.

A disputa pela ocupação do espaço urbano construiu um país estruturalmente marcado pela má distribuição de renda e criminalização de grupos racialmente identificados, fatores que dificultaram a concretização de direitos de milhões de pessoas ao longo dos anos. Assim, a libertação formal de dezenas de milhares de escravos africanos e a posterior criminalização de seus corpos os afastou das oportunidades de ascensão social e acesso a direitos, gerando processos de favelização e institucionalização (em casas de correção e penitenciárias) que impactaram na perpetuação da pobreza intergeracional de seus descendentes.

Essa forma de manutenção de privilégios dentro da estrutura de uma sociedade essencialmente desigual, evidencia a escolha política do Estado em selecionar determinados grupos sociais e/ou raciais por meio de processos de discriminação, tanto de forma direta quanto indireta.

A discriminação indireta ocorre quando a construção da política pública deixa de considerar as peculiaridades que certos grupos, em geral os mais vulnerabilizados, costumam apresentar, importando, assim, em maiores desvantagens para esses grupos em comparação com hegemônicos.

Nesse contexto, é importante evidenciar que quando se trata de políticas étnico-raciais, abordar direitos humanos exige, pois, "enfrentar o secular processo de desumanização que se impõe a negros/as por processos de extermínio permanente ou pelas mais variadas práticas de morte em vida que marcam suas trajetórias".³

A difícil mobilidade social na estrutura político-econômica do país "condena" milhares de pessoas a viver à margem da sociedade, sem conhecimento, acesso a saúde, saneamento básico, transporte, lazer e condições para reclamar por seus direitos mais básicos, enquanto tais direitos são naturalmente usufruídos por outros grupos sociais.

Nessa perspectiva, ALMEIDA destaca que "se pessoas negras são discriminadas no acesso à educação, é provável que tenham dificuldade para conseguir um trabalho, além de terem menos contato com informações sobre cuidados com a saúde. Consequentemente, dispondo de menor poder aquisitivo e menos informação sobre os cuidados com a saúde, a população negra terá mais dificuldade não apenas para conseguir um trabalho, mas para permanecer nele. Além disso, a pobreza, a pouca educação formal e a falta de cuidados médicos ajuda a reforçar os estereótipos racistas, como a esdrúxula ideia de que negros têm pouca propensão para trabalhos intelectuais, completando-se assim um circuito em que a discriminação gera ainda mais discriminação."⁴

É de destaque que em 2022, o Brasil internalizou a Convenção Interamericana contra o Racismo, a Discriminação Racial e Formas Correlatas de Intolerância sob o rito do art. 5º, §3º, da Constituição Federal, de modo que a normativa internacional passou a ter força de emenda à Constituição. Em relação à proteção do direito à saúde, a Convenção dispõe que:

Os Estados Partes comprometem-se a **adotar legislação que defina e proíba expressamente** o racismo, a discriminação racial e formas correlatas de intolerância, aplicável a todas as autoridades públicas, e a todos os indivíduos ou pessoas físicas e jurídicas, tanto no setor público como no privado, especialmente nas áreas de **emprego**, participação em organizações profissionais, **educação**, capacitação, **moradia**, **saúde**, proteção social, exercício de atividade econômica e acesso a serviços públicos, entre outras, bem como revogar ou reformar toda legislação que constitua ou produza racismo, discriminação racial e formas correlatas de intolerância.

Internacionalmente, o direito à saúde também está previsto em diversos instrumentos internacionais aos quais o Estado brasileiro aderiu e internalizou, dentre eles:

1) Organização Mundial da Saúde (OMS) - o direito à saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidades. A normativa da OMS foi internalizada no ordenamento brasileiro, por meio do Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948.;

2) **Organização das Nações Unidas (ONU)**, por meio do artigo 25.1 da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 - *deve ser garantido a todo ser humano o direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, habitação, cuidados médicos entre outros serviços sociais indispensáveis*;

3) **Organização dos Estados Americanos (OEA)**, por meio da Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem - *toda pessoa tem o direito a ter sua saúde resguardada por meio de medidas sanitárias e sociais relativas à alimentação, habitação e cuidados médicos correspondentes ao nível permitido pelos recursos públicos e os da coletividade*

Em âmbito interno, os direitos à vida e à igualdade estão previstos no art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, que assegura a proteção sem que seja feita distinção de qualquer natureza. O direito à saúde também está previsto na Carta Constitucional, abrange indistintamente a toda a população e é dever do Estado:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Para regulamentar e estruturar o sistema público de saúde, foi editada a Lei Federal n. 8.080/90, que prevê em seu art. 2º que "a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício", bem como que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Em adição, o art. 6º estabelece que estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde:

I - a execução de ações:

a) de **vigilância sanitária**;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de **saneamento básico**;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a **vigilância nutricional e a orientação alimentar**;

V - a colaboração na proteção do **meio ambiente**, nele compreendido o **do trabalho**;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

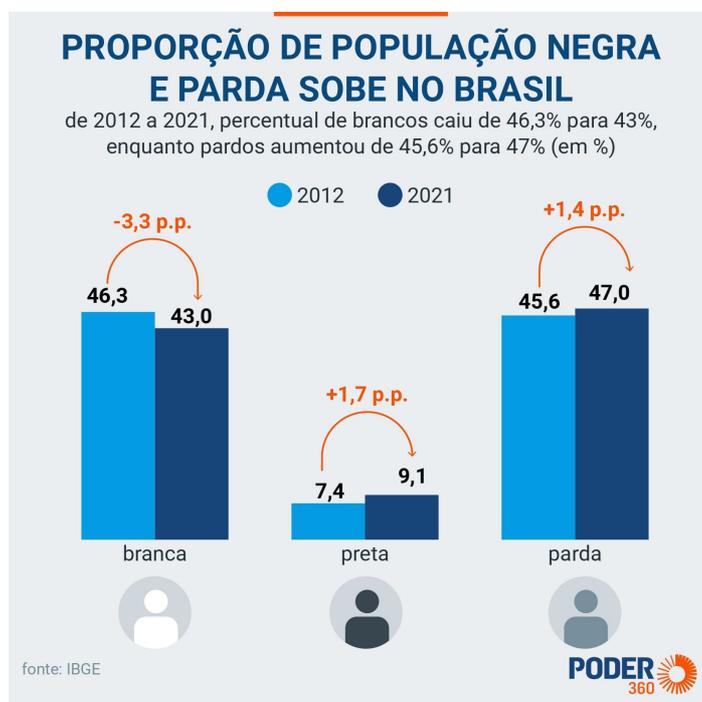
Visando prevenir a discriminação no acesso e garantia do direito à saúde, foi promulgada a Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010 - Estatuto da Igualdade Racial, dispondo que cabe a Administração Pública da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

"adotar um conjunto de ações voltadas à população negra, a fim de constituir a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, objetivando reduzir as desigualdades étnicas e combater a discriminação racial no âmbito do Sistema Único de Saúde; melhorar a coleta e a análise de dados desagregados de acordo com a cor, etnia e gênero, com a finalidade de fomentar pesquisas sobre o racismo e a saúde; e incluir a saúde da população negra na formação educacional dos profissionais de saúde"

Não obstante a robusta normatização do direito à saúde pelo Brasil, a realidade fática se apresenta em grave descompasso com o que pretende o panorama legislativo.

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 67% dos cidadãos brasileiros que dependem exclusivamente do SUS são negros (pretos e pardos)⁵. Tal informação é reforçada em razão da verificação da letalidade provocada pela Covid-19 sobre a população negra, em que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), número de mortes entre negros foi maior que entre brancos⁶.

Conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), atualizados até o 2º semestre de 2022, houve o crescimento da população de pessoas negras e pardas no país em relação à população não negra, números que correspondem a 56% da população brasileira⁷.



Fonte: gráfico extraído do site Poder 360⁸

A partir disso, pode-se traçar o perfil predominante no acesso à saúde suplementar, dentro da qual os planos de saúde são majoritariamente alcançados por pessoas brancas que, ao mesmo tempo, são minoria da população brasileira.

Frisa-se que a situação pandêmica não é fato isolado no contexto de saúde brasileiro.

Para além do acesso a medicamentos, equipamentos hospitalares e procedimentos médicos, faz parte do direito à saúde a garantia de segurança alimentar e nutricional, saneamento básico, boas condições de trabalho, locais adequados de moradia e tratamentos humanizados pelas instituições públicas.

Sabe-se que as condições de moradia impactam diretamente na saúde e na qualidade de vida das pessoas. Locais mais propensos a desastres naturais, localizados perto de lixões, que não contam com saneamento básico ou com boa qualidade da água registram maiores índices de adoecimento e mortalidade, bem como, no Brasil, registram maior presença de grupos racialmente identificados como negros ou grupos étnicos indígenas.

Segundo o recente estudo da FIOCRUZ Bahia, as desigualdades etnoraciais interferem diretamente na mortalidade infantil no Brasil. O estudo, que foi publicado na edição de outubro de 2022 do *The Lancet Global Health*, registrou 19.515.843 milhões de crianças nascidas entre 1º de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2018. A avaliação dos dados se deu por meio da comparação entre os dados do Sistema de Nascidos Vivos (Sinasc) e do Sistema de Mortalidade (SIM) e observou a presença de 224.213 crianças menores de 5 anos no SIM.

O estudo apontou que "para o caso das mães pretas, há 39% a mais de risco para que a vida seja interrompida antes mesmo dos 5 anos", especialmente em decorrência de má nutrição e riscos epidemiológicos⁹.

Em relação à má nutrição, o Relatório Panorama Regional de Segurança Alimentar e Nutricional 2022 destacou que em escala etária, a discriminação racial afeta também a saúde mental da população negra no Brasil. Segundo dados do Ministério da Saúde, o índice de suicídio entre adolescentes e jovens negros no Brasil é 45% maior do que entre brancos. Os dados mostram ainda que o risco aumentou 12% entre a população negra, nos últimos anos e permaneceu estável entre brancos¹⁰.

Para o psiquiatra e homem preto, Frederico Félix, o índice alarmante de suicídio "vem de uma série de desigualdade e violência contra as pessoas negras, do menor acesso a tratamentos e a diagnósticos à convivência diária com a discriminação, a população negra acaba pagando essa conta também com a própria saúde."¹¹ Félix afirma que "a questão da saúde mental das pessoas negras está intrinsecamente ligada ao racismo", bem como que é "uma mácula que implanta no negro um sentimento de inferioridade, de incapacidade e de que ele não vai conseguir se realizar."¹²

No quesito longevidade, a população negra encontra desafios em exercer o direito de envelhecer. Segundo dados do Portal do Envelhecimento e Longevidade, embora a população brasileira seja de maioria negra, porém, a população idosa é formada por apenas 48% são pessoas idosas negras, evidenciando a máxima de que o Brasil é negro, mas o envelhecimento é branco¹³.

Nesse sentido, ao se tratar sobre mortalidade, a violência obstétrica ganha especial relevo, sendo imprescindível citar o caso paradigmático que ocorreu em contexto brasileiro: o caso Alyne Pimentel. Alyne, mulher negra, grávida de seis meses, periférica, com 28 anos, casada e com uma filha de cinco anos de idade, sofreu complicações em sua gravidez, tendo seu estado de saúde piorado por negligência médica no sistema público de saúde. Por fim, teve seu parto induzido, dando à luz a um feto natimorto e, após diversos outros episódios de descaso médico e falta de estrutura hospitalar, acabou falecendo na fila de espera para atendimento em um corredor de hospital. Diante disso, o Relatório sobre Mortalidade Materna do Comitê CEDAW¹⁴ apresenta a decisão a respeito do caso da Alyne, em que este comitê da ONU responsabilizou o Brasil pela morte materna de Alyne

relacionada a complicações obstétricas na gravidez, considerando não terem sido assegurados serviços apropriados à sua condição de gestante.

O Comitê foi além em sua decisão ao declarar que a responsabilidade do governo brasileiro é de “tomar todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher por qualquer pessoa, organização, ou empresa.” O mesmo adotou em sua decisão uma definição de discriminação mais ampla que reconhece a diferenciação da discriminação de direito e a discriminação de fato, que ocorreu no caso Alyne.

Entre as causas derivadas dos serviços e políticas ineficazes, exemplificadas no caso Alyne estão: a falta de acesso a equipamentos e intervenções em saúde para salvar vidas em situações de emergência obstétrica, a falta de leito hospitalar, a desorganização dos serviços de saúde associada ao despreparo dos profissionais de saúde para lidar com as causas evitáveis de morte materna; e as condições precárias de infraestrutura dos serviços de saúde que também contribuem para aumentar o risco de morte materna das mulheres.

Logo, a maior dependência que as mulheres negras tem do SUS, em relação às usuárias brancas, revela fator de risco à vida agravado no contexto de gestação e de atendimentos médicos de urgência que são prestados pela rede pública, corroborando a informação de que o envelhecimento no Brasil é branco.

E mesmo após a responsabilização do Brasil perante um organismo internacional, pouca mudança prática foi observada: o caso de Andrielli Amanda dos Santos escancara a realidade enfrentada pelas mulheres negras no acesso à saúde pública.

Andrielli foi vítima de violência obstétrica, racismo estrutural, institucional e de discriminação interseccional na assistência às mulheres negras em contexto de maior vulnerabilidade. Para ilustrar a situação vivenciada pela gestante, destaca-se que Andrieli foi sobremedicada durante o parto, ficando quase inconsciente durante o procedimento, enquanto sofria violência psicológica por parte da equipe de saúde, que a todo tempo diziam que sua filha seria entregue para adoção. E de fato, logo após o nascimento a recém-nascida foi encaminhada para acolhimento, tendo seu contato com a mãe impedido e sendo alimentada por produtos industriais, vez que impedida a amamentação. Ademais, os pais foram impedidos de registrar a criança¹⁵. Por fim, a jovem mãe passou por procedimento de esterilização sem seu consentimento¹⁶.

A assistida Andrielli é parte em duas ações judiciais, acompanhadas pelo Sistema DNDH/DRDH, com os seguintes andamentos:

a) processo judicial nº 5011470-83.2021.8.24.0091, em trâmite perante a Vara da Infância e Juventude da Comarca da Capital - Eduardo Luz - trata-se de ação de destituição do poder familiar ajuizada pelo Ministério Público em face de Andrielli Amanda dos Santos, em favor de Susi dos Santos, que, após audiência realizada em 09/05/2023, **determinou a retomada da convivência ininterrupta da infante Susi com sua genitora Andrielli**, mediante acompanhamento periódico do Poder Público estadual;

b) processo judicial nº 5031082-11.2021.4.04.7200, em trâmite sigiloso perante a 2ª Vara Federal de Santa Catarina, ainda está na fase de conhecimento, conforme as informações colhidas do referido PAJ.

Não obstante as políticas adotadas por meio da Lei da Primeira Infância e a priorização do debate acerca da ocorrência de violência obstétrica e dos seus impactos ao direito das mulheres e dos neonatos, de acordo com a pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”^[11], realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC), 1 (uma) a cada 4 (quatro) mulheres no Brasil havia sofrido algum tipo de violência obstétrica. Por sua vez, de acordo com informações recebidas pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos, há um aumento de partos realizados por procedimentos de cesárea, os quais chegam a representar 56% do total da população estudada. Essa cifra seria extremamente elevada em comparação com as recomendações da Organização Mundial da Saúde, que indicam como aceitável um índice entre 10% e 15%. Dessa forma, esses dados sugerem que as mulheres gestantes brasileiras estão sob maior risco de verem suas preferências ignoradas, sofrerem discriminação, maus tratos e sobremedicação de suas gestantes, sem dispor de medidas jurídicas adequadas de proteção.

Ainda em relação a mulheres e meninas, destaca-se a **pobreza menstrual**, conceito que remete à falta de condições de higiene menstrual de forma adequada, causada pela ausência de itens básicos como: absorventes femininos, tampões íntimos e coletores menstruais, desde 2014, a Organização das Nações Unidas (ONU) considerou o acesso à higiene menstrual um direito que precisa ser tratado como uma questão de saúde pública e de direitos humanos.

A respeito disso, faz-se válido citar o PAJ **2021/016-04614**, da 2ª DRDH/RJ, sobre a investigação das políticas de combate à pobreza menstrual. Nesse contexto, foi enviado um Ofício à Secretaria Municipal de Saúde solicitando informações sobre o fornecimento de absorventes higiênicos às estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública municipal, nos termos da Lei 6.603/2019, e instaurada uma Ação Civil Pública nº 5132798-30.2021.4.02.5101.

Ademais, em maio de 2021, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) lançaram o relatório “Pobreza Menstrual no Brasil: desigualdade e violações de direitos”. O referido documento contém estudo indicando que mais de 4 milhões de meninas não têm acesso a itens mínimos de cuidados menstruais nas escolas, o que muitas vezes leva à evasão escolar, além de destacar que 713 mil pessoas que menstruam vivem sem acesso a banheiro e/ou chuveiro em casa.

A dificuldade de acessar produtos destinados à higiene menstrual tem impactos fisiológicos, psíquicos e sociais na vida de meninas, mulheres, homens trans e demais pessoas com útero em situação de pobreza menstrual. Com isso, as soluções improvisadas, tais como conter o sangramento através de panos usados não higienizados, jornal e até miolo de pão, submetem as mulheres aos riscos de infecções urogenitais, além dos desconfortos físico e emocional que violam frontalmente a dignidade da pessoa humana.

No que tange ao contexto pandêmico da Covid-19, em prol de garantir a manutenção da saúde e vacinação dos mais diversos grupos prioritários e em situação de vulnerabilidade social, dentre os quais, as comunidades tradicionais quilombolas, a DPU atuou como *amicus curiae* na

Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 742, que tramitou perante o Supremo Tribunal Federal (STF), obtendo decisão de mérito favorável à população quilombola, proferida em 24/02/2021, nos seguintes moldes¹⁷:

(i) formule, no prazo de 30 dias, plano nacional de enfrentamento da pandemia covid-19 no que concerne à população quilombola, versando providências e protocolos sanitários voltados a assegurar a eficácia da vacinação na fase prioritária, com a participação de representantes da Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas – Conaq;

(ii) constitua, em até 72 horas, grupo de trabalho interdisciplinar e paritário, com a finalidade de debater, aprovar e monitorar a execução do Plano, dele participando integrantes, pelo menos, do Ministério da Saúde, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Fundação Cultural Palmares, Defensoria Pública da União, Ministério Público Federal, Conselho Nacional de Direitos Humanos, Associação Brasileira de Saúde Coletiva e representantes das comunidades quilombolas a serem indicadas pela Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas;

(iii) providencie, no máximo em 72 horas, a inclusão, no registro dos casos de covid-19, do quesito raça/cor/etnia, asseguradas a notificação compulsória dos confirmados e ampla e periódica publicidade;

(iv) restabeleça, no prazo de 72 horas, o conteúdo das plataformas públicas de acesso à informação <http://monitoramento.seppir.gov.br/> e <https://www.gov.br/mdh/ptbr/comunidadestradicionais/programa-brasil-quilombola>, abstendo-se de proceder à exclusão de dados públicos relativos à população.

E, ainda, deferiu o pedido para suspender os “processos judiciais, notadamente ações possessórias, reivindicatórias de propriedade, imissões na posse, anulatórias de processos administrativos de titulação, bem como os recursos vinculados a essas ações, sem prejuízo dos direitos territoriais das comunidades quilombola” até o término da pandemia.

A temática da ADPF 742 também foi tratada pela DNDH, em conjunto com a Defensoria Regional de Direitos Humanos de Minas Gerais (DRDH MG), no Procedimento de Assistência Judiciária (PAJ) 2020/004-01638, que trata sobre saúde, segurança alimentar e apoio emergencial para os povos tradicionais durante o estado de calamidade pública em decorrência da pandemia de COVID-19.

Por fim, destaca-se o sério panorama prisional do país e as diversas responsabilizações internacionais do Brasil nesse âmbito.

Como é sabido, os presídios brasileiros vivem em Estado de Coisas Inconstitucional, assim declarado pelo Supremo Tribunal Federal na ADPF 347. Nesse contexto, um dos principais agravos em saúde pública da população negra está dentro dos superlotados presídios brasileiros.

De acordo com dados do Conselho Nacional de Justiça- CNJ, o Brasil possui, em 2023, mais de 711 mil pessoas presas, estando em terceiro lugar no ranking mundial de encarceramento¹⁸. Dentre essas, 67.5% são negras¹⁹. Logo, há uma enorme população acautelada em instalações carcerárias, sob a tutela do Estado, com péssimas de salubridade e qualidade de vida, o que gera ambiente propício para o desenvolvimento de sérias doenças respiratórias e derivadas de más condições higiênicas. Ademais, verifica-se a ocorrência prioritária de Aids, tuberculose, sífilis e hepatite, doenças transmissíveis²⁰ e com falta de orçamento para o necessário tratamento, fatores que condenam a saúde, segurança e a vida de milhares de pessoas negras diariamente no país.

2) DAS CONTRIBUIÇÕES DA DEFENSORIA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS (DNDH) SOBRE AS PROPOSTAS DA RECOMENDAÇÃO GERAL Nº 37

Em panorama geral, o CERD recomenda a adoção de medidas legislativas e políticas relacionadas, coleta de dados e estatísticas, educação, treinamento e acesso à informação, responsabilização dos atores privados, responsabilização do Poder Público, e medidas de cooperação internacional.

Considerando que, essas recomendações contemplam em sua maioria, as iniciativas voltadas à promoção dos direitos humanos, individuais e coletivos, em consonância com a missão institucional da Defensoria Pública da União, essa Defensoria Nacional de Direitos Humanos exarata ciência do texto da minuta prévia, concordando com as recomendações listadas, e, em contribuição as alíneas A, B, C, D, E e F, do Tópico IV, propõe:

1) A elaboração de políticas públicas e educação em direitos direcionadas à população negra, para que participem e colaborem assiduamente das pesquisas públicas realizadas no âmbito interno, à exemplo do que já acontece no Brasil, com a realização do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), contribuindo com o Poder Público para alcance do levantamento mais próximo da realidade e consequentemente, possibilite a elaboração de medidas que previnam o perfilamento racial no acesso à saúde;

2) Treinamento dos profissionais da saúde, para que alimentem os dados dos usuários dos sistemas de atendimento, a exemplo do que vem sendo implementado no Sistema Único de Saúde (SUS) e sua Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - Uma Política do SUS, cartilha desenvolvida pelo Ministério da Saúde no combate as desigualdades no SUS e na promoção da saúde da população negra de forma integral²¹;

3) A criação de canais de atendimento específicos, para que as vítimas de discriminação racial denunciem as ocorrências;

4) A definição de medidas disciplinares/criminais em casos de práticas discriminatórias da população negra, pelos profissionais dos serviços de saúde, seguidas de mecanismos que monitorem em tempo real ou o mais célere possível, os atendimentos da população negra, primando a apuração das condutas dos agressores e devida responsabilização legal;

5) A realização de auditorias para aperfeiçoamento das políticas públicas e diretrizes relacionadas, prioritariamente, à saúde da população negra, considerando os grupos de vulnerabilidade agravada (idosos, crianças e adolescentes, mulheres e pessoas em situação de prisão) como prioritárias à destinação de recursos públicos;

6) A educação em Direitos Humanos dos profissionais da Saúde, de forma continuada para o atendimento digno da população negra;

7) No âmbito da saúde reprodutiva, sugere-se alteração legislativa, para classificação dos casos de violência obstétrica como violência institucional de gênero, a ser abrangida pelas normas que versam sobre direitos das mulheres.

À CCRI, para compilação da contribuição da DNDH, elaborada em atendimento ao DESPACHO Nº 6146854/2023 - VICEDPGF/AINT/CCRI.

- 1- ALMEIDA, Silvio Luiz de. Racismo estrutural. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. Página 22.
- 2- ALMEIDA, Silvio Luiz de. Racismo estrutural. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. Página 32.
- 3 - PIRES, Thula. Direitos humanos e América Latina: Por uma crítica americana ao colonialismo jurídico. *LASA Forum* – Dossier: el pensamiento de Lélia Gonzalez, un legado, un horizonte, Pittsburgh, v. 50, n. 3, p. 69–73, jun./set. 2019, p. 71.
- 4- ALMEIDA, Silvio Luiz de. Racismo estrutural. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. Página 96.
- 5- <https://www.sbmfc.org.br/noticias/gt-de-saude-da-populacao-negra-manifestacao-sobre-ausencia-de-dados-da-covid-19-desagregados-por-raca-cor/>
- 6-<https://www.epsvj.fiocruz.br/podcast/negros-sao-os-que-mais-morrem-por-covid-19-e-os-que-menos-recebem-vacinas-no-brasil>. Acesso em julho de 2023.
- 7- <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>. Acesso em julho de 2023.
- 8- <https://www.poder360.com.br/brasil/populacao-cresce-com-mais-pessoas-negras-e-pardas>. Acesso em julho de 2023.
- 9- <https://cidadas.bahia.fiocruz.br/2022/09/22/racismo-desde-a-infancia-estimando-a-expectativa-de-vida/>. Acesso em julho de 2023.
- 10- https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf. Acesso em julho de 2023.
- 11- <https://www.insper.edu.br/noticias/a-saude-mental-das-pessoas-negras-esta-intrinsecamente-ligada-ao-racismo/>. Acesso em julho de 2023.
- 12- <https://www.insper.edu.br/noticias/a-saude-mental-das-pessoas-negras-esta-intrinsecamente-ligada-ao-racismo/>. Acesso em julho de 2023.
- 13 <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/o-brasil-e-negro-mas-o-envelhecimento-e-branco/>. Acesso em julho de 2023.
- 14- Plataforma de Direitos Humanos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais. **Relatório sobre Mortalidade Materna no contexto do processo de implementação da decisão do Comitê CEDAW contra o Estado brasileiro no caso Alyne da Silva Pimentel**. Disponível em: [UNFPA Brasil | Caso Alyne Pimentel](#). Acesso em: 18 de maio de 2023.
- 15- <https://caterinas.info/jovem-preta-e-afastada-de-bebe-apos-nascimento-em-maternidade-de-florianopolis/>
- 16 - Relatora Nacional da Plataforma de Direitos Humanos Dhesca Brasil. **Um caso emblemático de injustiça social, violência obstétrica e discriminação interseccional na assistência em saúde**. Disponível em: [cladem_O caso Andrielli_A4.indd \(caterinas.info\)](#). Acesso em: 03 de julho de 2023.
- 17- <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6001379>. Acesso em junho de 2023.
- 18-<https://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario/cidadania-nos-presidios/#:~:text=Os%20dados%20apresentados%20revelam%20que,mil%20vagas%20no%20sistema%20carcer%C3%A1rio>. Acesso em julho de 2023.
- 19- <https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica/>. Acesso em julho de 2023.
- 20 - <https://www.hrw.org/legacy/portuguese/reports/presos/medica.htm>. Acesso em julho de 2023.
- 21 - Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf.



Documento assinado eletronicamente por **Carolina Soares Castelliano Lucena de Castro**, Defensora Nacional de Direitos Humanos, em 02/01/2024, às 11:24, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://www.dpu.def.br/sei/conferir_documento_dpu.html informando o código verificador **6761022** e o código CRC **499FDC7B**.