

Direitos humanos, cidadania e preconceito institucional na área de saúde: A necessidade de capacitação para a mudança

Tânia Margarete Mezzomo Keinert¹
Tereza Etsuko da Costa Rosa^{II}

A Constituição da República Federativa do Brasil² estabelece como seus Princípios e Objetivos Fundamentais o “Direito a ter Direitos”, bem como acolhe Tratados Internacionais relativos aos Direitos Humanos. É enfática quando coloca como fundamento da República Federativa do Brasil a dignidade da pessoa humana ao constituir-se em Estado Democrático de Direito (Art. 1, III). Também no Art. 3º, IV estabelece-se que:

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Baseada nesses princípios, a legislação subsequente estabeleceu um conjunto de medidas de defesa legal contra a discriminação racial, que reforçam os compromissos internacionais do estado brasileiro, especialmente os assumidos na Convenção Internacional pela Eliminação da Discriminação Racial^{III}. Esta convenção, em seu artigo I, explicita que *“a expressão ‘discriminação racial’ significa qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência fundadas na raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha por fim ou efeito anular ou comprometer o reconhecimento, o gozo ou o exercício, em igualdade de condições, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais nos domínios político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro domínio da vida pública.”*⁹

Além disso, a Constituição brasileira, em seu artigo 196, apresenta a Saúde como um “direito de

todos e dever do Estado”, tendo de ser 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”.

Todavia, inúmeros fatores atuam cotidianamente para que tal princípio não se efetive em sua plenitude. Não obstante enormes desafios a serem enfrentados a cerca dos condicionantes do processo de saúde-doença-morte segundo etnia, raça ou cor, nos últimos anos vem se acumulando diversos estudos na temática que constata uma sobremortalidade de negros relativamente aos brancos, tanto no país quanto nas regiões, bem como em todos os estados da federação^{3,4}. Tais conhecimentos apontam, indiscutivelmente, para a existência de uma desigualdade quanto à saúde e quanto à atenção à saúde. Nesse âmbito, o preconceito institucional^{1,8,15} encontra-se entre os mecanismos que podem contribuir como entraves, tanto à garantia da dignidade humana na sociedade brasileira quanto ao direito à saúde.

Segundo a Comissão Britânica para Promoção da Igualdade Racial (Commission for Racial Equality, CRE/UK, 1999) citado por Kalckmann e col⁷, o Racismo Institucional é definido “como a incapacidade coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado ou profissional às pessoas devido à sua cor, cultura ou origem racial/étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que contribuem para a discriminação por meio de preconceito não intencional, ignorância, desatenção e estereótipos racistas que prejudicam determinados grupos raciais/étnicos, sejam eles minorias ou não.”

No campo da saúde, a naturalização de valores e práticas discriminatórias contra determinados grupos populacionais tem revertido, ao longo do tempo, num quadro-geral de baixa qualidade dos serviços disponíveis, dificuldades de acesso a estes, desajuste entre as demandas dos usuários e a estrutura do sistema de saúde, bem como numa crescente desvalorização

^I Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Administradora, Mestre e Doutora em Administração Pública pela EAESP/FGV e pós-doutora em Políticas Públicas e Qualidade de Vida pela University of Texas at Austin/EUA. Contato: taniak@isaude.sp.gov.br

^{II} Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Psicóloga, Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo/USP. Contato: tererosa@isaude.sp.gov.br

^{III} Adotada e aberta à assinatura e ratificação pela resolução 2106 (XX) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 21 de Dezembro de 1965.

das instituições públicas perante os seus cidadãos. Desse modo, ao vincular-se diretamente a aspectos básicos da vida em sociedade, a saúde figura como espaço rico para a avaliação dos efeitos do racismo, por exemplo, na reprodução da desigualdade, e para o consecutivo estabelecimento de propostas e ações determinantes de equidade – princípio caro ao alcance de justiça social e desenvolvimento humano.

Na última década, para fazer frente a esse quadro, tem-se verificado o estabelecimento de parcerias entre organizações da sociedade civil, organismos internacionais e instituições governamentais, com vistas ao desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de combate ao racismo na saúde. No final de 2006, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Tal política, desenvolvida pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD/ONU)¹², “define o conjunto de princípios, marcas, diretrizes e objetivos voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado e atenção à saúde, bem como de gestão participativa, controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente de trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra” (Programa de Combate ao Racismo Institucional, PCRI 10). (grifo nosso)

O papel da educação e a necessidade de formação profissional abrangente

Como o sistema de saúde é um subsistema social, partimos da constatação de que o racismo, como forma de discriminação, expõe mulheres e homens negros a situações mais perversas de vida e de morte^{1,8}. Essas situações só podem ser modificadas pela adoção de políticas públicas capazes de reconhecer os múltiplos fatores que resultam em condições adversas, dentre eles, destacamos o preconceito institucional. Estudos empíricos têm demonstrado que, no caso do preconceito racial, “a inexistência da discussão sobre o impacto do racismo na saúde e nos aparelhos de formação, dentre eles nos cursos oferecidos pelos Pólos de Educação Permanente^{IV} para profissionais médicos, enfermeiros e dentistas, reforçam o racismo nas instituições de saúde⁷.”

^{IV} Atualmente os Pólos de Educação Permanente, a que os autores se referem, são denominados, na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) Núcleos de Educação Permanente em saúde (NEPs), que juntamente com as Comissões de Integração Ensino/Serviço (CIES) e demais órgãos da SES/SP estão voltados à organização e estruturação dos espaços de implementação da Política de Educação Permanente em saúde (EP) no Estado de São Paulo. Essas informações estão disponíveis em: <http://www.crh.saude.sp.gov.br/content/croshisted.mmp>.

Ainda que em iniciativas embrionárias, governos, organismos internacionais e organizações não-governamentais têm se esforçado em criar mecanismos para combater situações que se caracterizam como racismo institucional.

O PCRI no Brasil é parte de um trabalho regional sobre raça/etnia e visa apoiar, de forma integrada, o setor público no combate e prevenção do racismo institucional e a sociedade civil na avaliação e monitoramento desse processo.

Essa iniciativa é uma parceria estabelecida entre o Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza (DFID), o Ministério da Saúde (MS), a Secretaria Especial de Políticas para Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), o Ministério Público Federal (MPF), a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

Tal programa é formado por dois componentes: um que focaliza ações em saúde e o outro que focaliza a ação municipal. O Componente Saúde (PCRI-Saúde) constitui-se num estudo de caso sobre como o racismo institucional pode ser abordado dentro do Ministério da Saúde, de modo a permitir as necessárias ligações entre a política federal e sua execução nos planos estadual e municipal. O propósito desse componente é contribuir na redução das iniquidades raciais em saúde, colaborando na formulação, implementação, avaliação e monitoramento de políticas efetivamente equitativas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). O Componente Municipal desenvolve suas atividades, prioritariamente, em Pernambuco e Bahia, nas áreas de educação, trabalho, cultura, acesso à justiça e à auditoria de contas públicas.

No Rio de Janeiro, por exemplo, o Instituto Ori-Aperê aderiu ao esforço há três anos e defende a sensibilização de agentes de saúde para que os negros tenham melhor atendimento na rede pública. O Ori-Aperê faz parte também da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde, que possui cerca de 20 núcleos em vários estados brasileiros. Esta articulação, segundo seu coordenador Marco Antonio Guimarães, busca fazer uma ponte entre as lideranças religiosas afro-brasileiras e os gestores em saúde:

“Como a rede possui núcleos no Brasil todo, ela permite que haja uma divulgação dessas idéias no país. E o fato de se poder fazer essa conscientização e sensibilização dos profissionais de saúde dá uma possibilidade do estado e do município de mudar um pouco a inserção dos agentes”, afirma Guimarães⁵. (grifo nosso).

Em Recife, a prefeitura municipal tem promovido cursos de capacitação para agentes de saúde sobre a questão racial. De acordo com a gerente operacional de Atenção à Saúde da População Negra do município, Miranete Arruda, o projeto envolve a realização de oficinas, seminários e trabalhos de grupos e segundo ela, no início, o programa causou polêmica entre os profissionais de saúde. Conta Miranete:

“Eles estão sendo preparados para a compreensão da questão da discriminação racial e do preconceito e o que isso dificulta no acesso das pessoas nas unidades para o atendimento aos problemas de saúde (...). Com o tempo e mais informações, eles passaram a ter uma postura de mais abertura, de menos intolerância, e de compreensão do que pode mudar na atitude dos profissionais de saúde nas unidades de saúde, com relação à população em geral e, especificamente, em relação às pessoas de cor preta ou parda, negras, que vêm ao setor de saúde”⁵. (grifo nosso).

As conquistas no campo dos direitos e da cidadania colocam um importante desafio para o sistema educacional, de formação de gestores e de capacitação de conselheiros de saúde à medida que exige a adoção de uma nova postura nas relações interpessoais e na prestação de serviços, baseada na aceitação da diversidade e na criação de uma “competência cultural”^v para lidar com as diferenças.

A educação, a formação e a capacitação de gestores, funcionários e dos próprios usuários, com ênfase nos direitos humanos, poderão contribuir para minimizar os efeitos prejudiciais de uma prática de discriminação sistemática com base em uma diferença de raça, cor ou etnia.

A contribuição desse tipo de formação pode ir além de simplesmente evitar a discriminação, podendo inclusive, prover oportunidades e outros benefícios para pessoas que pertençam a um ou mais grupos específicos. A noção de “direitos humanos” pode ser utilizada como um incentivo à “educação para a justiça” nas organizações de prestação de serviços à saúde onde o preconceito institucional é uma realidade¹¹. A dignidade da pessoa humana já é reconhecida como norma fundamental na ordem

jurídico-constitucional brasileira. Faz-se necessário, agora, construir sua “função de referencial vinculante para o processo decisório no meio social”¹⁴.

Referências bibliográficas

1. Batista, LE, Volochko, A, Ferreira, CEC, Martins V. Mortalidade da população negra adulta no Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília, DF: Funasa, 2005. p. 237-314.
2. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil 41.ed. atual. ampli. - São Paulo:Saraiva, 2008.
3. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5):1586-1594, 2005.
4. Cunha EMGP, Jakob AAE. Diferenciais raciais nos perfis e estimativas de mortalidade infantil para o Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília, DF: Funasa, 2005. p. 199-236.
5. FENDH - Fórum de Entidades Nacionais de Direitos Humanos [homepage na internet]. Brasília, DF; 1996 [acesso em 06 ago 2009]. Disponível em: http://www.direitos.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=3278&Itemid=
6. Gregis, C Martini, JG. Processo de competência cultural nos cuidados de enfermagem a usuários de drogas injetáveis no Projeto de Redução de Danos de Porto Alegre – Brasil. Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. 2006; 2(1):artigo 4. Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos/asp>.
7. Kalckmann, S, Santos, CG, Batista, LE, Cruz, Vanessa M. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS? Saúde Soc. 2007; 16(2): 146-155.
8. Leal, M. C.; Gama, S. G. N.; Cunha, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. Rev Saúde Pública. 2005;39(1):100-107.
9. ONU-BRASIL. Organização das Nações Unidas no Brasil. [homepage na internet]. [s.d.] [acesso em 05 out 2009]. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/doc_cs.php.
10. PCRI - Programa De Combate ao Racismo Institucional [homepage na internet]. Brasília, DF: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD/ONU; [s.d.] [acesso em 06 ago 2009]. Disponível em: http://www.combateaoracismoinstitutional.com/index.php?option=com_content&task=view&id=21&Itemid=112.
11. Pereira & Silva, R. Direitos Humanos como Educação para a Justiça. São Paulo: LTr, 1998.
12. PNUD - Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento [homepage na internet]. Brasília, DF; [s.d.] [acesso em 06 ago 2009]. Disponível em: http://www.pnud.org.br/projetos/pobreza_desigualdade/visualiza.php?id07=235.
13. Queiroz, RS. Não vi e não gostei: o fenômeno do preconceito. São Paulo: Moderna, 1992.
14. Sarlet, IW. Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.
15. Williams, D. R. Race and health: basic questions, emerging directions. Annals Epidemiology. 1997; 7(5): 322-333.

^v O termo foi tomado de empréstimo, pela semelhança da idéia que se quer dar, do campo da enfermagem, em sua teoria de diversidade e universalidade cultural do cuidado, proposta por Madeleine Leininger, onde o conhecimento de significados e práticas, derivados de visões de mundo, de fatores de estrutura social, dos valores culturais, do contexto ambiental e dos usos de linguagem é essencial para guiar a enfermagem no fornecimento de cuidado culturalmente competente.