

Para:

Relatora Especial da ONU sobre Formas Contemporâneas de Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância

25 de janeiro de 2021

Assunto:

Discriminação racial no Brasil no contexto da emergência Covid-19.

1. Discriminação estrutural na defesa e promoção da saúde no Brasil

O mundo inteiro está estarrecido pelas notícias de morte por sufocamento, pela insuficiência de oxigênio, que estão ocorrendo na Amazônia, situação que pode se estender para outras regiões brasileiras. Estas mortes não são apenas representações de uma tragédia imprevisível frente à qual pouco se pode fazer. Há razões estruturais que provocam e amplificam estes efeitos destrutivos.

Nossas organizações denunciam que estas mortes poderiam ter sido evitadas. O que possibilita tal afirmação é a análise do desmonte das políticas da saúde pública no País, o que impacta diretamente em regiões como a Amazônia: “O Brasil vive, talvez, o momento mais difícil de sua história recente. As decisões tomadas na política brasileira estão destruindo o país como nação. A **Emenda Constitucional 95**¹ – Lei do Teto de Gastos – é um exemplo das causas que potencializam os impactos causados pela pandemia, porque reduziu o investimento na saúde pública. Outras opções políticas equivocadas que precisam ser lembradas são: a **interrupção do Programa Mais Médicos**², por razões ideológicas, e a **expulsão de médicos e médicas cubanas** que atendiam nas regiões mais carentes do país. A **não valorização dos e das profissionais de saúde** também é causa da realidade visível nas mais de 200 mil mortes que poderiam ter sido evitadas. E, por fim, o **desinvestimento em pesquisas**³.

Uma investigação da Faculdade de Saúde Pública da USP e da Conectas Direitos Humanos mostra que a grande proliferação e as mortes por Covid-19 no Brasil não resultam da incompetência ou da falta de condições econômicas e de estrutura pública de saúde. O Brasil tem o maior sistema público e universal de saúde do mundo, o SUS.

¹ A Emenda Constitucional n.º 95/2016 instituiu um novo regime fiscal e estabeleceu um teto de gastos por 20 anos, valendo, portanto, até 2036. Isso afetou a área da educação e saúde, causando vários impactos, principalmente no que concerne à insuficiência de recursos para o funcionamento com qualidade da educação e saúde pública.

² O Programa Mais Médicos foi lançado em 2013 pelo Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do Brasil. O programa levou mais de 15 mil médicos, também estrangeiros, para as áreas onde faltam profissionais.

³ Nota do CONIC, “Um Brasil sufocado e orientado para uma política de morte”, 16 de janeiro de 2021.

A sistematização de dados desta pesquisa⁴ (...) “revela o empenho e a eficiência da atuação da União em prol da ampla disseminação do vírus no território nacional, **declaradamente com o objetivo de retomar a atividade econômica o mais rápido possível e a qualquer custo**”⁵. Destacou-se, em particular, a estratégia da propaganda contra a saúde pública, definida como “discurso político que mobiliza argumentos econômicos, ideológicos e morais, além de notícias falsas e informações técnicas sem comprovação científica, com o propósito de desacreditar as autoridades sanitárias, enfraquecer a adesão popular a recomendações de saúde baseadas em evidências científicas e promover o ativismo político contra as medidas de saúde pública necessárias para conter o avanço da covid-19”.

Ressaltam-se as alegações inverídicas do Presidente da República, Jair Bolsonaro, que justifica a falta de atuação do governo federal na contenção da pandemia sob o argumento de ter sido proibido pelo Supremo Tribunal Federal (STF) de agir para enfrentar a epidemia da Covid-19. Tal argumento não é real, considerando que o STF decidiu em 15/04/2020, que “União, Estados, Distrito Federal e municípios têm competência concorrente na área da saúde pública para realizar ações de mitigação dos impactos do novo coronavírus”.

Trata-se, dessa forma, de reconhecer a “responsabilidade de todos os entes da Federação em adotar medidas em benefício da população brasileira no que se refere à epidemia”. Não se trata de impedimento contra as medidas que deveriam ter sido adotadas pelo governo federal na Medida Provisória (MP) 926/2020, para o enfrentamento do novo coronavírus.

2. Efeitos da discriminação na população brasileira em tempos de pandemia

Os efeitos dessa estratégia deliberada revelam não uma ausência de política para diminuir os impactos da pandemia entre as populações consideradas menos relevantes economicamente. Ao contrário, identificamos **uma orientação e decisão política que contribuem para que tais populações, por exemplo as comunidades originárias e tradicionais, sejam mais impactadas pelas consequências provocadas pelo vírus**.

No contexto da pandemia, é possível afirmar que o governo federal optou por uma política cujo pilar é a discriminação racial.

Um estudo recém publicado na revista científica *The Lancet Respiratory Medicine*⁶ analisou 254.288 mil pacientes no Brasil, com idade média de 60 anos, internados em hospitais públicos e privados nos seis primeiros meses da pandemia, entre fevereiro e agosto.

A proporção geral de mortes hospitalares foi maior entre pacientes analfabetos (63%), negros (43%) e indígenas (42%). As disparidades regionais também são marcantes. No Norte e no Nordeste, os índices de mortes hospitalares foram de 50% e 48%, enquanto no Centro-Oeste, no Sudeste e no Sul, de 35%, 34% e 31%, respectivamente.

No Norte e no Centro-Oeste, por exemplo, 17% dos pacientes foram intubados fora da UTI em comparação com 8% no Sul e 13% no Sudeste.

Há muitos exemplos de políticas discriminatórias em tempo de pandemia, ou de assistência pública seletiva. Em julho de 2020, por exemplo, o presidente Jair Bolsonaro sancionou o Projeto de Lei 1.142/20, que previa medidas para frear o avanço do novo coronavírus entre

⁴ Foram estudadas, de março de 2020 aos primeiros 16 dias de janeiro de 2021, 3.049 normas federais.

⁵ https://www.conectas.org/wp/wp-content/uploads/2021/01/Boletim_Direitos-na-Pandemia_ed_10.pdf, acesso em 21.01.21

⁶ [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30560-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30560-9/fulltext)

os povos indígenas, quilombolas e demais povos tradicionais. Chegou, porém, a vetar 22 trechos do texto, entre os quais a obrigação do Governo a garantir para esses povos acesso à água potável, entre outros direitos à assistência sanitária.

3. Discriminação para os povos indígenas em vida e após a morte

Em pleno contexto de pandemia, no Brasil não há qualquer recomendação de cunho nacional que trate especificamente sobre o respeito aos ritos funerários e sepultamentos de pessoas pertencentes aos povos indígenas, com evidente violência contra as tradições culturais desses povos.

No estado do Amazonas, por exemplo, na região do povo Kokama⁷, no alto rio Solimões, apesar de o município de Tabatinga ter reservado um espaço exclusivo no cemitério municipal para indígenas, **os cartórios de registro civil têm se recusado a reconhecer a identidade indígena dos falecidos** nos atestados de óbito, registrando-os como pardos, o que acaba por aprofundar a subnotificação das mortes de indígenas no estado.

Na região no médio rio Solimões, os corpos de indígenas que foram a óbito no hospital municipal de Tefé e que não estavam cadastrados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), foram **sepultados nos cemitérios do município sem haver autorização das famílias e/ou comunidades indígenas**⁸.

A Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), que congrega organizações indígenas de 9 (nove) estados da Amazônia, tem denunciado o **descaso do governo federal em relação às populações indígenas que vivem em áreas urbanas e rurais** (trata-se de cerca de 40% do total). A política de saúde indígena do país, executada pela Secretaria Especial Saúde Indígena (SESAI), atende somente os povos que estão em Terra Indígena (TI), ficando a cargo dos municípios a atenção aos indígenas urbanos. Manaus tem uma estimativa de mais de 20 mil indígenas que vivem na área urbana e rural, excluídos do subsistema de saúde indígena do Sistema Único de Saúde (SUS).

As organizações indígenas estão **reivindicando a vacinação prioritária e integral, pelas condições de vulnerabilidade social dos povos isolados, aldeados e urbanos**. Além disso, denunciam o racismo institucional que se agravou com o governo Bolsonaro. “Desejamos que esse plano se estenda e atenda todos os povos indígenas do Brasil. Isso ainda é uma luta que estamos travando: que 100% da população indígena brasileira seja vacinada, sem distinção, sem discriminação e, principalmente, sem racismo institucional, sem esse **genocídio institucionalizado** que está em curso desde que Jair Bolsonaro assumiu a presidência da República” - disse Nara Baré, coordenadora geral da COIAB⁹.

4. Manaus e a Amazônia não conseguem mais respirar

A cada dez pessoas mortas por COVID-19 no mundo, uma é do Brasil. Os estados de Amazonas e Pará sofrem com a falta de oxigênio para os pacientes infectados pelo coronavírus. Como veremos a seguir, há fortes indicadores que apontam para a co-responsabilidade do governo municipal de Manaus, do estado de Amazonas e do governo

⁷ Informações da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB.

<http://novacartografiasocial.com.br/a-quem-interessar-o-povo-indigena-kokama-na-guerra-contra-o-coronavirus/>, acesso em 13/07/2020.

⁸ <https://www.facebook.com/NucleoGeografiaspacoacao/videos/2352495515059939>

⁹ <https://coiab.org.br/conteudo/covid-19-vacina%C3%A7%C3%A3o-para-todos-os-ind%C3%ADgenas-j%C3%A1-1611157674630x673258680755945500>

federal, que continua com comportamento negacionista, de desestímulo para que a população adote medidas protetivas como o uso de máscara e isolamento social, além de recusar seu papel na coordenação do Sistema Único de Saúde.

A situação caótica em Manaus levou partidos da oposição a entrarem com pedidos perante o Supremo Tribunal Federal (STF), exigindo um plano detalhado do governo federal de enfrentamento da situação de emergência no Amazonas, quanto ao fornecimento de oxigênio. Trata-se da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 756¹⁰.

4.1. A Situação no Amazonas

Em 16.03.20, o Estado do Amazonas decretou situação de emergência na saúde pública, pelo prazo de 120 (cento e vinte) dias, em virtude do novo coronavírus – COVID-19 (Decreto Estadual n.º 42.062). Em 23.04.20, o Governo do Estado do Amazonas declarou estado de calamidade pública (Decreto n.º 42.100). A primeira onda de disseminação do vírus se deu entre abril e maio de 2020 – a mais grave entre todos os estados da federação.

Após esse período, houve abrandamento do quadro epidemiológico, devido, fundamentalmente, às restrições à circulação de pessoas impostas pelo Decreto Estadual n.º 42.330. Ocorre que **novos decretos flexibilizaram a circulação de pessoas** (Decretos n.º 42.452, n.º 42.460, n.º 42.510, n.º 42.550, n.º 42.794, n.º 42.917).

No final do mês de dezembro de 2020, uma nova onda de casos assolou o Estado, que editou o Decreto n.º 43.234, com o objetivo de restringir a circulação de pessoas. Porém, novo decreto foi editado (n.º 42.234), **revogando o anterior por pressão dos comerciantes que estavam preocupados com as vendas de Natal e fim de ano**.

A Justiça do Estado foi acionada por diversos órgãos públicos (Ação Civil Pública n.º 0600056-61.2021.8.04.0001), sendo decidida a “suspensão das atividades de estabelecimentos considerados não essenciais, pelo prazo de 15 (quinze dias), além de indicar para cada categoria de estabelecimento que desenvolve atividade essencial, autorizado a funcionar, as medidas que impeçam a ocorrência de aglomeração de pessoas durante o atendimento”.

A medida tomada pela Justiça, diante da omissão do Governo, não foi suficiente ou veio tardiamente.

A flexibilização de medidas que deveriam impedir a disseminação do novo coronavírus contribuiu para o aumento da contaminação da população, trazendo à tona a **incapacidade da rede pública e privada de absorver a demanda de pacientes**. Associado a essa questão, os fatores biológicos como as mutações do Sars-CoV-2, que a Fiocruz Amazônia identificou em análises de pacientes foi outro fator que ampliou o contágio pelo COVID-19. Segundo o pesquisador da Fiocruz, Felipe Naveca, “É um vírus que passou por um processo evolutivo, que nos faz pensar em, talvez, uma nova variante brasileira”¹¹.

Observa-se uma situação calamitosa e agravante, segundo a narrativa da ADPF 756: “Apenas nos primeiros 12 (doze) dias do novo ano de 2021, a cidade alcançou a marca de 2.221 (duas mil, duzentas e vinte e uma) internações em razão da COVID-19, sendo que a média móvel de mortes cresceu 183% (cento e oitenta e três por cento) apenas nos últimos 07 (sete) dias. Isso significa, portanto, mais de 219.000 (duzentos e dezenove mil) pessoas infectadas a mais.”

¹⁰ A Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, ou ADPF, é uma ação de controle concentrado de constitucionalidade trazida pela Constituição Federal de 1988. Sendo assim, é uma ação que tem como finalidade o combate a quaisquer atos desrespeitosos aos chamados preceitos fundamentais da Constituição.

¹¹ <https://www.poder360.com.br/coronavirus/pesquisadores-encontram-variante-inedita-do-coronavirus-com-origem-no-am/>

4.2. Oxigênio: a ineficiência na gestão da saúde

A gestão ineficiente da saúde pública ficou mais evidente com a falta de oxigênio. No dia 13.01.21, a cidade de Manaus sepultou quase 200 pessoas, sendo que a média, antes da pandemia, era entre 30 a 35 sepultamentos por dia. A principal causa de tantas mortes foi logo revelada: **a falta de oxigênio nos hospitais e a frágil estrutura hospitalar**.

Somente a Força Aérea Brasileira seria a responsável pelo transporte dos cilindros de oxigênio líquido, a partir de estoques disponíveis em outros estados da federação. Porém, em 14.01.21, a aeronave apresentou problemas. Houve a paralisação no fluxo emergencial de fornecimento do oxigênio para o Amazonas. Por outro lado, a empresa responsável pela maior parte do fornecimento (White Martins) informou não possuir logística suficiente para atender a demanda que duplicou. O resultado foi o aumento de mortes por COVID-19 no Amazonas.

Para o pesquisador Jesem Orellana, do Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia)¹², “isto parece ser parte de um projeto que muitos insistem em não enxergar e, neste caso, Manaus é o laboratório a céu aberto, onde **todo tipo de negligência e barbaridade é possível, sem punição e qualquer ameaça à hegemonia dos responsáveis pela (não) gestão da epidemia nos mais diferentes níveis**”.

“Precisamos urgentemente de observadores internacionais independentes ligados à Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e à Comissão das Nações Unidas para os Direitos Humanos (CNUDH), pois não é mais possível confiar nos diferentes níveis de gestão que estão à frente da epidemia em Manaus”, apela o pesquisador.

5. Recomendações finais

Em conclusão, permitimo-nos oferecer as seguintes recomendações:

- Elaboração, exigência e efetividade de um plano detalhado de enfrentamento da pandemia, envolvendo todas as entidades federadas (União, estados, municípios, Distrito Federal), incluindo a garantia do auxílio emergencial para as populações em vulnerabilidade econômica;
- Atuação fortemente proativa dos agentes públicos de todos os níveis governamentais, mediante a implementação de programas universais de vacinação, respeitando-se a ciência e as orientações da OMS, evitando confundir as populações com a disseminação de “fakenews”, sob pena de omissão inconstitucional;
- Reforçar o atendimento às populações vulneráveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS), re-financiando-o como política universal, pública e gratuita para toda a população brasileira, descentralizando o programa de vacinação e garantindo a efetiva e rápida imunização de todos os grupos prioritários, com destaque para os povos indígenas (aldeados, isolados e urbanos), quilombolas e demais povos tradicionais;
- Consulta prévia aos povos indígenas acerca de como gostariam de proceder aos seus ritos fúnebres, em tempos pandêmicos.
Obrigação para os cartórios de registro civil no País registrarem as informações sobre povo/etnia indígena e local de moradia nos atestados de óbito (cf. arts. 231/CF e arts. 12 e 13 Lei 6001/73);

¹² <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55681527>

- Ampla oferta de EPI, medicamentos, equipamentos e insumos para as instituições e trabalhadores da saúde (o Brasil é o país com mais mortes de trabalhadores da saúde);
- Responsabilização do Poder Público, conforme as competências de cada entidade federal, por não assegurar os direitos fundamentais à vida e à saúde contemplados nos arts. 5 e 196 da Constituição Federal de 1988.

A pandemia COVID-19 não deve ser tratada como uma excepcionalidade, podendo-se repetir em breve novos episódios ou novas pandemias, devido aos ataques sistemáticos à biodiversidade e aos equilíbrios climáticos e ambientais na região amazônica, por causa de queimadas, desmatamento, mineração ilegal, etc.

A pandemia tem revelado e amplificado as graves desigualdades sociais de nosso País, o racismo estrutural, os preconceitos, a violência de gênero; isso aponta para a necessidade urgente de consistentes políticas públicas para a superação das desigualdades e a inclusão social.

Atenciosamente,

Franciscans International
VIVAT International
Conselho Nacional de Igrejas Cristãs no Brasil (CONIC)
Conselho Indigenista Missionário (CIMI)
Rede Eclesial Panamazônica - Brasil (REPAM)
Fundação Luterana de Diaconia
Sinfrajupe - Serviço Interfranciscano de Justiça, Paz e Ecologia
Rede Igrejas e Mineração