



Saúde e
Humanos

Saúde e Direitos Humanos

Ano 1, n.º 1, 2004

Saúde e
Humanos

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Fundação Oswaldo Cruz



Brasília – DF
2004

© 2004 Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz.

A responsabilidade pelo conteúdo dos textos assinados é do autor ou autores e os direitos autorais cedidos ao Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde (NEDH) – Fundação Oswaldo Cruz – Ministério da Saúde.

SAÚDE E DIREITOS HUMANOS

Ano 1, número 1, 2004

Publicação periódica anual, editada pelo Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde (NEDH) – Fundação Oswaldo Cruz – Ministério da Saúde, destinada aos profissionais e estudantes de graduação/pós-graduação que atuam e/ou têm interesse na temática de Direitos Humanos e Saúde no Brasil, na América Latina e na África de língua portuguesa.

Tiragem: 3.000 exemplares

Coordenação, distribuição e informações:

Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde (NEDH)

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz/Ministério da Saúde

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo, Manguinhos

CEP: 21041-210 – Rio de Janeiro, RJ

Tel.: (21) 2598 2899

E-mail: nedh@ensp.fiocruz.br

Home page: <http://www.fiocruz.br>

Editora responsável:

Prof.ª Dr.ª Nair Teles

Equipe técnica do NEDH:

Beatriz Junqueira

Daniela Tarta

Rafael Freitas

Regina Moniz

Wanda Espírito Santo

Coordenador: Álvaro Funcia Lemme

Capa, projeto gráfico e editoração eletrônica: Tatiana Lassance Proença

Revisão de texto em português: Cláudia Cristiane Lessa Dias

Tradução: Joana Macedo

Normalização: Leninha Silvério/MS

Emendas: João Mário P. d' A. Dias/MS

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual em Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

Ficha Catalográfica

Saúde e direitos humanos / Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004 -

Ano. 1, n. 1, 2004

Anual

1. Saúde pública. 2. Direitos humanos. I. Brasil. Ministério da Saúde. II Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde. III. Título. IV. Série.

WA 100

Catalogação na fonte – Editora MS

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774 / 233 2020

Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Sumário

Editorial 5

Artigos

Parte I

Health and human rights at the World Health Organization

Helena Nygren-Krug 7

Saúde e direitos humanos na Organização Mundial da Saúde

Helena Nygren-Krug..... 13

Human Rights: a perspective for public health

Madine VanderPlaat..... 19

Direitos Humanos: uma perspectiva para a saúde pública

Madine VanderPlaat 27

Parte II

Superar o racismo também é um problema de saúde pública

Lúcia Xavier..... 35

Organização de Direitos Humanos Projeto Legal: uma intervenção no campo dos direitos humanos

Rosimere de Souza..... 41

Parte III

Direito e Saúde: uma questão do humano

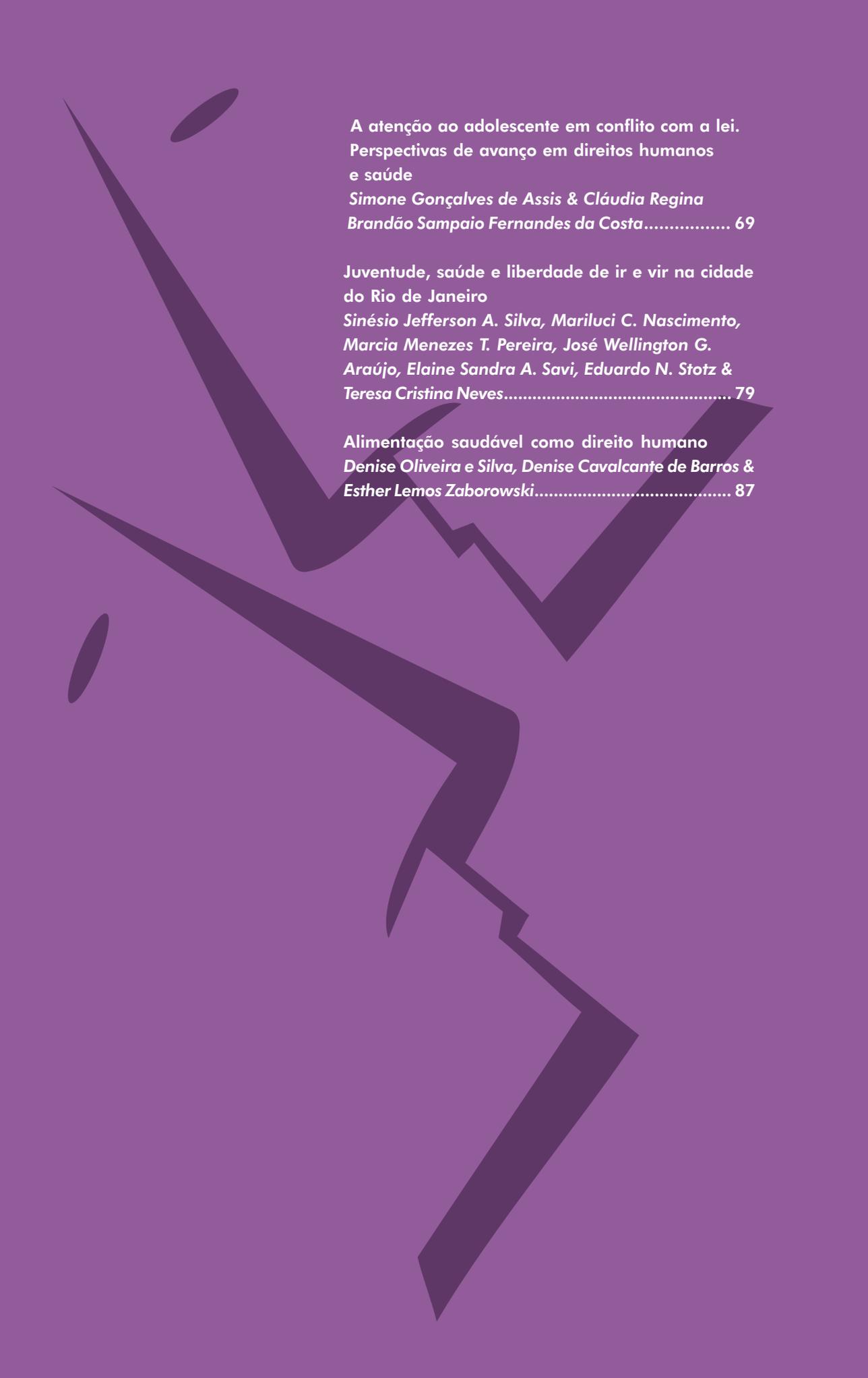
Maria Helena Barros de Oliveira..... 47

A Categorização de Cor e o Debate Recente sobre Ação Afirmativa no Brasil: algumas ponderações

Alberto Lopes Najjar..... 51

Desigualdades sociais e equidade em saúde

Rosana Magalhães..... 61



A atenção ao adolescente em conflito com a lei.
Perspectivas de avanço em direitos humanos
e saúde

*Simone Gonçalves de Assis & Cláudia Regina
Brandão Sampaio Fernandes da Costa..... 69*

Juventude, saúde e liberdade de ir e vir na cidade
do Rio de Janeiro

*Sinésio Jefferson A. Silva, Mariluci C. Nascimento,
Marcia Menezes T. Pereira, José Wellington G.
Araújo, Elaine Sandra A. Savi, Eduardo N. Stotz &
Teresa Cristina Neves..... 79*

Alimentação saudável como direito humano

*Denise Oliveira e Silva, Denise Cavalcante de Barros &
Esther Lemos Zaborowski..... 87*

Editorial

Saúde e Direitos Humanos pretende ser um meio pelo qual conhecimento e prática possam discutir a saúde como um direito fundamental da pessoa humana, cuja “realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor de saúde”.¹ Os artigos apresentados focalizam as múltiplas faces da produção do direito à saúde, tendo na justiça social sua base de discussão e implementação. Nos diversos olhares, a tentativa de organizar idéias e ações que construam competências relacionadas aos processos de determinação da saúde. Assim, acreditamos que esta publicação possa colaborar para a criação de uma cultura de direitos humanos e saúde, permitindo nos aproximar da concretização de que o “ideal do ser humano livre, liberto do temor e da miséria, não pode ser realizado a menos que se criem condições que permitam a cada um gozar de seus direitos civis e políticos”.²

O trabalho compõe-se de três partes: na primeira há uma discussão mais ampla sobre a relação entre direitos humanos e saúde; na segunda, temas específicos apontam para questões contundentes; na terceira, através do tema da desigualdade, diferentes autores apresentam seu olhar sobre os princípios fundamentais da pessoa humana.

Por fim, os agradecimentos àqueles que não poderíamos esquecer e pensando no que deveríamos dizer a memória recuperou uma frase proferida há 40 anos, tão singela e tão intensa... *I have a dream...* De fato, esta edição é fruto de um sonho acreditado por todos cujos nomes nela figuram; esse sonho está em cada trabalho aqui apresentado. Todos os esforços foram feitos para que ela seguisse a trilha traçada por aqueles que vieram antes de nós, deixando o legado dos direitos humanos como norte. Nosso muito obrigado.

An injustice anywhere, is a threat to justice everywhere
(Martin Luther King)

Nair Teles
Coordenadora do Núcleo de Estudos
em Direitos Humanos e Saúde (NEDH)

¹ Declaração de Alma-Ata.

² Plano Nacional dos Direitos Humanos/Ministério da Justiça, 1996/2000.



Health and human rights at the World Health Organization

Helena Nygren-Krug ¹

¹ Health & Human Rights Advisor.

Department of Ethics, Trade, Human Rights and Health Law.

The World Health Organization, Geneva, Switzerland.

website: www.who.int/hhr

Abstract

The article introduce the theme of the human rights in health domain. In 1946, one year after the United Nations Charter, the World Health Organization adopted the humain rights as one of the main purposes in its own Constitution, which contains the first articulation of health as a humain right at the international level.

Key words: *humain rights; health; United Nations; World Health Organization.*

Background

The human rights movement emerged after the Second World War. The United Nations Charter of 1945 set out the promotion and encouragement of respect for human rights as one of the main purposes of the United Nations. A year later, in 1946, the WHO (World Health Organization) adopted its own constitution, which contains the first articulation of health as a human right at the international level. It enshrines the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health as a fundamental human right without discrimination.

In 1948, the Universal Declaration of Human Rights was adopted, setting out economic, social, cultural, civil and political rights with the same emphasis. When the time had arrived to convert the provisions of the Declaration into binding law, the Cold War had overshadowed and polarized human rights into two separate categories. The West argued that civil and political rights had priority and that economic and social rights were mere aspirations. The Eastern bloc argued the contrary: that rights to food, health and education were paramount and civil and political rights secondary. Hence two separate treaties were created in 1966 – the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR) and the International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR).

Since the end of the Cold War, a new era for the promotion and the protection of human rights has emerged marked by the World Conference on Human Rights in 1993, whereby the international community endorsed the interdependence of *all* human rights. The distinction between economic, social, cultural, civil and political rights is now considered artificial – both require the state to enact laws and policies and invest resources to ensure realization. However, fifty years of neglect has resulted in the underdevelopment of economic and social rights in terms of their definition, scope and content, thereby impeding their practical realization.

Within the public health community, the HIV/AIDS pandemic came as an awakening in the 80's in demonstrating how public health programmes and human rights principles are interrelated. It became clear that a range of human rights, including the right to privacy; freedom from stigma and discrimination on the grounds of race, colour, sex and gender roles, language, religion, national or social origin; and rights to health-related information and education, constituted necessary ingredients of an effective and sustainable HIV/AIDS programme or policy.

Yet despite this awakening to the human rights dimensions of public health, there was not the same effort to link the struggle to generate greater social justice through public health with economic and social rights, including the right to health. Although WHO adopted the Declaration of Alma Ata on primary health care which set out health as a human right and the World Health Declaration in 1998, the immaturity and controversy around the scope, content and application of the right to health meant that it remained little more than a slogan for advocacy.

With the advent of the new millenium, both the international human rights and public health movements have demonstrated trends of increased awareness and more systematic application of human rights beyond HIV/AIDS to a range of public health challenges, as well as a recognition of the right to health as an important tool to tackle health inequalities. This trend began with a recognition of the importance of human rights to economic and social issues; this is evidenced in the deliberations of the UN human rights mechanisms, such as the Commission on Human Rights – the main human rights policy-making body –, and the UN human rights treaty bodies. This in turn led to the evolution of the “right to health” (shorthand for “the right to the highest attainable standard of physical and mental health”) in international law, as well as in the context of national legal frameworks.

In 2000, the UN Committee on Economic Social and Cultural Rights adopted General Comment 14 setting out the normative scope and content of the right to health. Importantly, the Committee interpreted the right to health as an inclusive right extending not only to accessible, affordable, culturally acceptable, and good quality health care but also to the underlying determinants of health, such as access to safe and potable water, adequate sanitation, and access to health-related education and information. The right to health obligates governments to take steps individually and through international assistance and cooperation, especially economic and technical, to the maximum of available resources, with a view to achieving progressively the full realization of the right to health. This means taking deliberate, concrete and targeted steps and demonstrating, when reporting to international human rights monitoring mechanisms, how governments are moving as expeditiously and effectively as possible towards the realization of the right to health.

Last year, moreover, on the initiative of Brazil, the UN Commission on Human Rights, the main UN policy-making body on human rights, appointed a UN Special Rapporteur on the Right to Health – an indepen-

dent expert tasked with monitoring and reporting on the enjoyment of the right to health globally. Also in response to a Brazilian initiative, the Commission on Human Rights has, in recent years, adopted resolutions recognizing that access to medications in the context of pandemics such as HIV/AIDS, tuberculosis and malaria is one fundamental element for achieving progressively the full realization of the right to health. At the national level, constitutional provisions on the right to health are beginning to generate significant jurisprudence. For example, in *Minister for Health v Treatment Action Campaign* (2002), the South African Constitutional Court held that the Constitution required the government to devise and implement a comprehensive and coordinated programme to progressively realize the right of pregnant women and their newborn children to have access to treatment and care in order to combat mother-to-child transmission of HIV.

WHO's work on health and human rights

In 1997, the UN Secretary-General adopted the UN reform programme which set out human rights as a cross-cutting activity of the UN, encouraging all UN agencies to mainstream human rights in their work. In response to this, and the increased attention to the relationship between health and human rights worldwide in recent years, WHO has strengthened its work in this area.

Every country in the world is now party to at least one human rights treaty that recognizes health-related human rights. This means that WHO's Member States have committed themselves to various human rights obligations (having ratified human rights treaties) relevant to health. WHO's public health guidance to Member States should, therefore, strive to promote and reinforce those human rights obligations.

An initial task for WHO, in taking this new area of work forward, was to assess the linkages between health and human rights. It became clear that promoting and protecting health and respecting, protecting and fulfilling human rights are inextricably linked:

- Violations or lack of attention to human rights can have serious health consequences (e.g. harmful traditional practices, slavery, torture and inhuman and degrading treatment, violence against women and children).
- Health policies and programmes can promote or violate human rights in their design or implementation (e.g. freedom from stigma and discrimination, rights to participation, privacy and information).

- **Vulnerability to ill-health can be reduced by taking steps to respect, protect and fulfil human rights (e.g. freedom from discrimination on account of race, ethnicity, sex and gender roles, rights to health, food and nutrition, education, information and adequate housing).**

WHO is now working to integrate a human rights approach to its work. This will make human rights an integral dimension of the design, implementation, monitoring and evaluation of health-related policies and programmes in all spheres – political, economic and social. The work of WHO on health and human rights spans all of its health topics, from mental health to neglected diseases.

The human rights work provides support to WHO's commitment to tackle the complex relationship between poverty and ill-health. Within countries, human rights principles, such as freedom from discrimination and the right to participation, focus attention on vulnerable population groups. Many of these groups are specified in specific human rights instruments. Human rights principles also focus on addressing power imbalances in society and the enhancement of government accountability and transparency.

Overall, the three main objectives of WHO's work on health and human rights are to:

- **Advance the Right to Health in international law and international development processes through advocacy, input to UN mechanisms and development of indicators.**
- **Strengthen WHO's capacity to adopt a human rights-based approach in its work through policy development, research and training.**
- **Support governments in adopting a human rights-based approach in health development through development of tools, training and projects.**

Conclusion

WHO's work in the area of health and human rights is vast and wide-ranging. It entails not only bringing health to the external human rights agenda, but also bringing human rights into the work on health development in countries. It involves integrating human rights principles, norms, and standards into existing health programming, possibly resulting in new ways of perceiving and addressing problems, but also interacting with new actors and using new mechanisms.

Human rights work is a cross-cutting activity in WHO and in all parts of the organization, there is increased attention being paid to human rights. This reflects a recognition that there are many potential advantages to WHO becoming more active and explicit in linking human rights to its public health agenda. Couching health as a human right helps keep health higher on the political agenda and means that health is the responsibility of the government as a whole. Indeed, human rights have been endorsed by the international community as the first responsibility of governments (the World Conference on Human Rights 1993). Finally, health as a human right means that health is not a good or a commodity but a fundamental entitlement of every human being. This shifts the normative foundation of WHO's work from responding to needs to the fulfilment of rights and from the optional realm of charity to the mandatory realm of law.

Saúde e direitos humanos na Organização Mundial da Saúde

Helena Nygren-Krug ¹

¹ Conselheira em Direitos Humanos e Saúde.
Departamento de Ética, Comércio, Direitos Humanos e
Direito à Saúde.
Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça.

Resumo

O artigo contextualiza o tema dos direitos humanos na área da saúde. Em 1946, um ano após a Declaração das Nações Unidas, em 1945, a Organização Mundial da Saúde adota os direitos humanos como um dos pressupostos em sua Constituição, na qual contém a primeira articulação entre saúde e direitos humanos no nível internacional.

Palavras-chave: *direitos humanos; saúde; Nações Unidas; Organização Mundial da Saúde.*

Histórico

O movimento dos direitos humanos emergiu após a Segunda Guerra Mundial. O Decreto de 1945 das Nações Unidas estabeleceu a promoção e o incentivo ao respeito dos direitos humanos como uma das principais propostas das Nações Unidas. Um ano depois, em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou sua própria constituição, a qual contém a primeira menção da saúde, no plano internacional, enquanto um direito humano. Ela consagra o usufruto do mais alto padrão de saúde física e mental como um direito humano fundamental, sem discriminação.

Em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos estabeleceu os direitos econômicos, sociais, culturais e políticos com a mesma ênfase. No momento de converter os princípios da Declaração em leis, a Guerra Fria já havia conseguido desvalorizar e classificar os direitos humanos em duas categorias separadas. O "oeste" argumentou que os direitos civis e políticos tinham a prioridade e que os direitos econômicos e sociais eram de menor aspiração. O "bloco do leste", por sua vez, argumentou o contrário: os direitos à alimentação, à saúde e à educação eram preeminentes e os direitos civis e políticos, secundários. Por essa razão, dois tratados separados foram elaborados em 1966 – a Convenção Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e a Convenção Internacional dos Direitos Civis e Políticos.

Desde o fim da Guerra Fria, uma nova era para a promoção e proteção dos direitos humanos se inicia e é marcada pela Conferência Mundial dos Direitos Humanos de 1993, por meio da qual a comunidade internacional endossou a interdependência dos direitos humanos. A distinção entre os direitos econômicos, sociais, culturais, civis e políticos é atualmente considerada artificial – ambos exigem a criação de leis e políticas que assegurem a realização. Entretanto, cinquenta anos de descaso resultou no não desenvolvimento dos direitos econômicos e sociais em termos de sua definição, abrangência e conteúdo, impedindo, desse modo, sua realização prática.

Na área da saúde pública, a pandemia do HIV/AIDS veio, nos anos 80, como um alerta, demonstrando como os programas de saúde pública e os princípios de direitos humanos estão inter-relacionados. Evidenciou-se uma série de princípios de direitos humanos, entre os quais o direito à privacidade, a não estigmatização e a não discriminação em relação à raça, à cor, à opção sexual e ao gênero, à língua, à religião, à nacionalidade ou à origem social; e o direito à informação e à educação relacionados à saúde. Constituiu-se, assim, os aspectos fundamentais para um efetivo e sustentável programa e/ou políticas voltadas para o HIV/AIDS.

Apesar desse despertar para os direitos humanos, em termos de saúde pública, este não levou a um esforço no sentido de relacionar, de forma efetiva, a luta por mais justiça social na área da saúde pública com os direitos econômicos e sociais, incluindo o direito à saúde. Embora a OMS tenha adotado a Declaração de Alma-Ata (1978) relativa aos cuidados básicos de saúde, estabelecendo a saúde como um direito humano o mesmo ocorrendo com a Declaração Mundial de Saúde de 1986, a imaturidade e a controvérsia em torno do escopo, do conteúdo e da aplicação do direito à saúde demonstrou que esse tema continua merecendo um pouco mais que uma propaganda para a *advocacy*.

Com o advento do novo milênio, tanto os direitos humanos internacionais quanto os movimentos de saúde pública têm demonstrado uma tendência no aumento da consciência e da aplicação mais sistemática dos direitos humanos, indo além das questões colocadas pelo HIV/AIDS, estabelecendo uma gama de desafios para a saúde pública. Assim como o entendimento do direito à saúde como um importante instrumento de combate das iniquidades em saúde. Essa tendência iniciou-se com o reconhecimento da importância dos direitos humanos para as questões econômicas e sociais, evidenciado nas deliberações dos mecanismos institucionais de direitos humanos das Nações Unidas, tais como a Comissão dos Direitos Humanos – a principal instância de política em direitos humanos – e os órgãos de direitos humanos das Nações Unidas, levando à evolução do direito à saúde (como um direito ao mais alto padrão de saúde física e mental) em leis internacionais assim como no contexto nacional legal.

Em 2000, o Comitê de Direitos Sócio-Econômicos e Culturais, em seu 14º Comentário Geral, estabeleceu a dimensão e o conteúdo normativo dos direitos à saúde. Importante salientar que o Comitê interpretou o direito à saúde como um direito inclusivo, considerando não somente os cuidados de saúde, mas o acesso, os recursos, a aceitação de práticas culturais, a qualidade dos serviços de saúde, mas também destacou os determinantes sociais de saúde correlacionando-os ao acesso à água de boa qualidade e potável, ao saneamento adequado, à educação e à informação em saúde. O direito à saúde faz com que governos se mobilizem e através da assistência e cooperação internacional, especialmente econômica e técnica, se tenha o máximo de recursos disponíveis com vistas a alcançar progressivamente uma completa realização dos direitos à saúde. Isso significa cumprir etapas estabelecidas, concretas e direcionadas e demonstrar, através dos relatórios internacionais de monitoramento dos direitos humanos, de que forma os governos estão agindo em relação à efetividade, promoção e realização do direito à saúde.

Além disso, no ano passado, por iniciativa do Brasil, a Comissão dos Direitos Humanos das Nações Unidas propôs a indicação de um Relator Especial em Direitos Humanos – um especialista independente cuja incumbência é relatar a efetivação dos direitos à saúde. Também em resposta à iniciativa brasileira, a Comissão dos Direitos Humanos adotou, recentemente, resolução que reconhece o acesso a medicamentos dentro do contexto de pandemias, tais como HIV/AIDS, tuberculose e malária, tornando-se um aspecto fundamental para o alcance progressivo de uma completa realização do direito à saúde. No nível nacional, medidas constitucionais relativas ao direito à saúde estão começando a gerar jurisprudência. Nesse sentido, por exemplo, o Ministério para a Saúde x Campanha de Ação de Tratamento (2002), o Tribunal Constitucional da África do Sul sustentou que a Constituição requeria do governo planejamento e implementação de um programa coordenado para progressivamente fazer cumprir o direito das mulheres grávidas e o de seus filhos recém-nascidos a se tratarem e a serem cuidados no que tange à transmissão vertical do HIV.

O trabalho da OMS em direitos humanos e saúde

Em 1997, a Secretaria Geral das Nações Unidas adotou um programa de reformas das Nações Unidas, o qual estabeleceu os direitos humanos como uma atividade presente em todos os setores das Nações Unidas, encorajando todas as agências a levar em conta, em seu trabalho, os direitos humanos. Em resposta, e mais recentemente, constata-se o aumento da atenção à saúde e aos direitos humanos no plano internacional na medida em que a OMS tem fortalecido sua atuação nessa área.

Verifica-se, hoje, que vários países ratificaram pelo menos um tratado de direitos humanos, reconhecendo o direito humano à saúde. Isso significa que os Estados-Membros da OMS se comprometeram a várias obrigações relativas aos direitos humanos. A orientação da OMS com os Estados-Membros deve, portanto, ir na direção de fortalecer a promoção e reforçar as obrigações relacionadas aos direitos humanos. A tarefa inicial da OMS, de levar adiante essa nova área de trabalho, foi a de estabelecer ligações entre saúde e direitos humanos. Tornou-se claro que a promoção e proteção da saúde e o respeito, proteção e satisfação dos direitos humanos estão intrinsecamente ligados:

- Violação ou falta de atenção aos direitos humanos pode ter sérias conseqüências à saúde (por exemplo, práticas prejudiciais danosas, escravidão, tortura e tratamento desumano e degradante, violência contra mulheres e crianças).

- Programas e políticas de saúde podem promover ou violar os direitos humanos em seu propósito ou implementação (por exemplo, a não estigmatização e a não discriminação, direitos à participação, privacidade e informação).

- Vulnerabilidade à saúde – doenças podem ser reduzidas ao se dar procedimentos em relação ao respeito, à proteção e promoção dos direitos humanos (por exemplo, a não discriminação em relação à raça, etnicidade, opção sexual e ao gênero, direito à saúde, alimentação e nutrição, educação, informação e moradia adequada).

A OMS está agora trabalhando para integrar a abordagem dos direitos humanos em seu trabalho. Isso fará dos direitos humanos uma dimensão integral em termos de propósito, implementação, monitoramento e avaliação de programas e políticas relacionadas à saúde em todas as esferas – política, econômica e social. O trabalho da OMS em direitos humanos e saúde abarcam todos os tópicos da saúde, desde saúde mental até doenças negligenciadas.

A perspectiva dos direitos humanos permite fortalecer o compromisso da OMS na análise da complexa relação entre pobreza e doença. Os princípios dos direitos humanos, tais como a não discriminação e o direito à participação, chamam a atenção, no plano nacional, para os grupos populacionais vulneráveis. Muitos desses grupos encontram-se já presentes em alguns instrumentos específicos de direitos humanos. Os princípios dos direitos humanos também nos fazem voltar à atenção para os desequilíbrios de poder na sociedade e para o aumento da responsabilidade e da necessidade de transparência dos governos.

Acima de tudo, os três principais objetivos da OMS em direitos humanos e saúde são para:

- Levar adiante os direitos à saúde no direito internacional e nos processos de desenvolvimento internacionais através da defesa, produção de mecanismos das Nações Unidas e indicadores de desenvolvimento.

- Fortalecer a capacidade da OMS em adotar em seu trabalho abordagens baseadas em direitos humanos através de uma política de desenvolvimento, pesquisa e treinamento.

- Apoiar governos para adotar abordagens baseadas em direitos humanos no desenvolvimento de políticas de saúde através do desenvolvimento de instrumentos, treinamentos e projetos.

Conclusão

O trabalho da OMS, na área dos direitos humanos e saúde, é abrangente. Ele não somente incorpora a saúde na agenda externa dos direitos humanos, mas também traz os direitos humanos para dentro do trabalho de desenvolvimento da saúde nos diferentes países. Isso engloba a integração dos princípios dos direitos humanos, normas e padrões nos programas de saúde existente, resultando novas maneiras de apreensão e direcionamento dos problemas, mas também interagindo com novos atores e usando novos mecanismos.

O trabalho de direitos humanos na OMS é uma atividade de caráter horizontal e em todas as áreas da Organização lhes é dada uma atenção particular. Isso reflete o reconhecimento de sua importância como também o fato de que falta pouco para que a OMS se torne mais ativa e explícita em relação aos direitos humanos, incluindo-os definitivamente em sua agenda de saúde pública. Expressando a saúde como um direito humano, ela ajuda a mantê-la em evidência na agenda política, significando que a saúde é responsabilidade do governo como um todo. De fato, direitos humanos têm sido endossados pela comunidade internacional como a primeira responsabilidade dos governos (a Conferência Mundial de Direitos Humanos de 1993). Finalmente, entender a saúde como um direito humano significa que ela não é um bem ou uma mercadoria, mas uma prerrogativa de todo ser humano. Isso modifica o fundamento normativo do trabalho da OMS em responder às necessidades de realização dos direitos, saindo do domínio da caridade para o domínio do obrigatório, da lei.

Human Rights: a perspective for public health

Madine VanderPlaat ¹

¹ Associate Professor of Sociology and Women's Studies and Chair of the department of Sociology and Criminology, Saint Mary's University.

Abstract

The article looks at the extent to which a human rights and health discourse allows various concepts of social justice to inform policy, intervention strategies, evaluation and evidenced based measures of effectiveness.

Key words: *human rights; citizen participation; non-discrimination; social inclusion.*

Introduction

Our interest in a human rights and health discourse emerges from our efforts to bring a meaningful social justice perspective to the realm of public health, particularly as it relates to the lives of women and children. In Canada, as in many countries health is still firmly within the domain of the biomedical and the clinical. While considerable effort has been made to include more social, economic, and cultural perspectives efforts to frame these issues as political phenomenon have tended to be polarized into either a rich body of theoretical literature or case studies of interventions which have in varying degrees incorporated a social justice approach. What is still missing is a framework or discourse that allows various concepts of social justice to inform policy, intervention strategies, evaluation and evidenced based measures of effectiveness. We believe that a human rights discourse offers this opportunity.

Background

The Human Rights and Health discourse is not a completely new or different perspective on health protection and promotion. Nor is it the only one to advocate a social justice approach to health and well-being. Many of the issues and proposed strategies have been central to other health "movements" which have sought to deal with the concept of health as a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. For example, the health promotion movement advocates the principles of empowerment and community participation as being central to the concept of health.

The human rights and health discourse is also not the first to recognize the importance of the "conditions in which people can be healthy" (UDHR). Many countries have incorporated a population health or determinants of health perspective into their public health discourse. What a human rights and health perspective has the potential to add to these models is the opportunity for a discursive space within which the interests of the more action oriented/social change orientation of health promotion can engage the more deterministic, evidence based population health interests.

The right to health

The idea of a "right to health" was first articulated in the *Universal Declaration of Human Rights* (1948), Article 25:

(1) Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control.

(2) Motherhood and childhood are entitled to special care and assistance. All children, whether born in or out of wedlock, shall enjoy the same social protection.

In 1966 the *International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights* introduced a much stronger statement with:

The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.

The 1978 *Declaration of Alma Ata* was even more forceful in its delineation of the right to health:

Health, which is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease and infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goals whose realization requires the actions of many other social and economic sectors in addition to the health sector.

The language of the right to health is perhaps most thoroughly articulated in the *Comments on the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (2000)

Health is a fundamental human right indispensable for the exercise of other human rights. Every human being is entitled to the enjoyment of the highest attainable standard of health conducive to living a life in dignity.

The right to health is closely related to and dependent upon the realization of other human rights, as contained in the International Bill of Rights, including the rights to food, housing, work, education, human dignity, life, non-discrimination, equality, the prohibition against torture, privacy, access to information, and the freedoms of association, assembly and movement. These and other rights and freedoms address integral components of the right to health.

The right to health embraces a wide range of socio-economic factors that promote conditions in which people can lead a healthy life, and extends to the underlying determinants of health, such as food and nutrition, housing, access to safe and potable water and adequate sanitation, safe and healthy working conditions, and a healthy environment.

The right to health contains both freedoms and entitlements. The freedoms include the right to control one's health and body, including sexual and reproductive freedom, and the right to be free from interference, such as the right to be free from torture, non-consensual medical treatment and experimentation. By contrast, the entitlements include the right to a system of health protection which provides equality of opportunity for people to enjoy the highest attainable level of health.

The emergence of the discourse of health and human rights

Much of the impetus behind the emerging discourse of health and human rights came from the late Dr. Jonathan Mann, the first Chief of WHO's AIDS program and subsequent FranHois-Xavier Bagnoud Professor of Health and Human Rights and Professor of Epidemiology and International Health at the Harvard School of Public Health. Mann was passionate in his belief that a human rights/public health model could become a global movement to promote social justice and secure the conditions in which people could be healthy.

Mann's work focused on two primary interests. First, he wanted to develop a theoretical and empirical body of literature that would support the argument that the promotion and protection of human rights and promotion and protection of health are fundamentally linked. Second, he wanted to demonstrate the usefulness of a human rights framework for public health efforts.

Key concepts

There are seven key elements or concepts central to the human rights and health discourse.

- Conceptualizing something as a right emphasizes its exceptional importance as a social or public goal.
- Rights concepts focus on the dignity of persons.
- Equality or non-discrimination is a fundamental principle of human rights.

- Participation of individuals and groups in issues affecting them is an essential aspect of human rights.
- Concept of rights implies entitlement.
- Rights are interdependent.
- Rights are almost never absolute and may be limited but such limitations should be subject to strict scrutiny.

From a social science and social justice perspective the three concepts that appear to have most to offer, even though they continue to be undertheorized and inadequately operationalized, are safeguarding the dignity of persons, promoting equality or non-discrimination, and the participation of individuals and groups in issues affecting them.

Safeguarding the dignity of persons

Central to the human rights and health discourse is the imperative to safeguard the dignity of persons and groups. While the concept of dignity has yet to be clearly elaborated there is a sense that specific attention needs to be paid safeguarding the dignity of those who are most vulnerable in society for example, women and children, the poor, the racial and ethnic minorities, disabled persons, the mentally handicapped.

At the core of human dignity lies the ability to be an effective agent in guiding the course of one's own life and having the opportunity to participate in the political process by which one's interests are defined.

Equality or non-discrimination

A human rights and health discourse also recognizes that the right to health cannot be effectively protected without respect for other recognized rights particularly the prohibition of discrimination. Societal discrimination and lack of respect for fundamental human rights are seen to directly affect the health status of the population particularly vulnerable groups who tend to bear an undue proportion of health problems.

Discrimination produces health inequities i.e., unequal access to health care. Equity in health can be understood as the absence of systemic differences in one or more aspects of health across socially, economically, demographically, or geographically defined populations or subgroups. A concern with equity acknowledges the political dimensions of health inequalities.

Participation of individuals and groups in issues affecting them

A third key concept in the human rights and health discourse is the principle of participation. Citizen participation in decision-making is considered to be vital to the health of individuals, communities and the broader society. Inherent in a human rights and health model is the recognition that universality and equality of opportunity are, for a large part, dependent on people ability to participate in civil society – the social/political space that serves as a mediating structure between people everyday lives (the private) and the systemic environment (institutional and economic) within which those lives are lived. Those who advocate social inclusion policies argue for strategies that address isolation, discrimination, racism, lack of access to services and marginalization from decision making. Key to an understanding of social inclusion as a theoretical concept is the recognition that social inclusion policies attempt to not only equalize opportunities and life chances but to also ensure that policies reflect the concerns and life experiences of those directly effected.

Referências Bibliográficas

BRODKEY, L.; FINE, M. Presence of mind in the absence of body. In: GIROUX, H. A. (Ed.). *Postmodernism, feminism, and cultural politics*. New York: State University of New York Press, 1991. p. 100-118.

COMMONWEALTH FOUNDATION. *Citizens and governance: civil society in the new millenium*. [S.l.: s.n.], 1999.

EPP, J. *Achieving health for all: a framework for health promotion*. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1986.

EVANS, T. et al. *Challenging inequities in health from ethics to action: summary*. [S.l.]: The Rockefeller Foundation, 2001. Disponível em: <<http://www.rockfound.org/publications.html>>.

FREEDMAN, L. Reflections on emerging frameworks of health and human rights. In: MANN, J. et al. (Ed.). *Health and human rights: a reader*. New York: Routledge, 1998. p. 227-252.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR EQUITY IN HEALTH. Disponível em: <<http://www.iseqh.org/workdef.html>>.

LEARY, V. The right to health in international human rights law. *Health and human rights. Health and Human Rights: an International Journal*, v. 1, n. 1, 1994; Retrieved from the World Wide Web. Disponível em: <<http://www.hsph.harvard.edu/fixcenter/V1N1.html>>.

MANN, J. M. et al. Health and human rights. *Health and Human Rights: an International Journal*, v. 1, n. 1, 1994; Retrieved from the World Wide Web. Disponível em: <<http://www.hsph.harvard.edu/fixcenter/V1N1.html>>.

———. Public health and human rights. *Human rights. Journal of the Section of Individual Rights and Responsibilities*, v. 25, n. 4, 1998.

POPAY, J.; WILLIAMS, G.; GATRELL, T. Theorizing inequalities in health: the place of lay knowledge. *Sociology of Health and Illness*, n. 20, p. 619-644, 1998.

RAPHAEL, D. *Addressing the social determinants of health in Canada: bridging the gap between research findings and public policy*, 2003. p. 35-40.

———. Health inequalities in Canada: current discourses and implications for public health action. *Critical Public Health*, n. 10, p. 193-216, 2000.

ROBERTSON, A.; MINKLER, M. New health promotion movement: a critical examination. *Health Education Quarterly*, v. 21, n. 3, p. 295-312, 1994.

SHEILL, A.; HAWE, P. Health promotion, community development and the tyranny of individualism. *Health Economics*, n. 5, p. 241-247, 1996.

VANDERPLAAT, M.; SAMSON, Y.; RAVEN, P. The politics and practice of empowerment evaluation and social interventions: lessons from the atlantic community action program for children regional evaluation. *Canadian Journal of Program Evaluation*, v. 16, n. 1, p. 79-98, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Constitution in basic documents*. 36. ed. Geneva, 1986.



Direitos Humanos: uma perspectiva para a saúde pública

Madine VanderPlaat ¹

¹ Professora Associada de Estudos de Sociologia e Gênero e Chefe do Departamento de Sociologia e Criminologia, Universidade Saint's Mary, Canadá, New Scotia.

Resumo

O texto procura ampliar o discurso dos direitos humanos e saúde no sentido de permitir que os vários conceitos de justiça social informem políticas, intervenção estratégica, avaliação e evidências segundo medidas de efetividade.

Palavras-chave: *direitos humanos; participação cidadã; não discriminação; inclusão social.*

Introdução

Nosso interesse no tema dos direitos humanos e saúde emerge do esforço em trazer a perspectiva da justiça social para a saúde pública, particularmente em relação à vida de mulheres e crianças. No Canadá, assim como em vários países, o enfoque biomédico e clínico ainda é expressivo. Entretanto consideráveis esforços têm sido feitos no sentido de incluir uma perspectiva social, econômica e cultural, dotando essas questões de sua dimensão política, com a polarização entre uma rica produção teórica e estudo de casos de intervenção os quais têm incorporado, em vários níveis, uma abordagem de justiça social. O que está faltando é uma estrutura ou um discurso que permita que conceitos relacionados à justiça social informem políticas, estratégias de intervenção, de avaliação e medidas de eficiência baseadas em evidências. Nós acreditamos que o discurso de direitos humanos oferece essa oportunidade.

Histórico

Direitos humanos e saúde não é uma perspectiva completamente nova ou uma perspectiva diferente concernente à proteção e promoção da saúde. Igualmente também não é a única a apresentar uma abordagem de justiça social para a saúde e o bem-estar social. Muitas das questões e estratégias propostas têm sido centrais para outros “movimentos” da área da saúde os quais têm procurado entendê-la como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças e enfermidades. Por exemplo, a promoção da saúde sustenta os princípios de *empowerment* e participação comunitária como centrais para o conceito de saúde.

O discurso dos direitos humanos e saúde também não é o primeiro a reconhecer a importância das condições de vida da população. Muitos países têm incorporado a saúde da população ou a perspectiva dos determinantes sociais da saúde no discurso da saúde pública. O que a perspectiva dos direitos humanos e saúde tem é um potencial para acrescentar a esses modelos um espaço discursivo dentro do qual se dê mais ações de mudança social, e que a promoção da saúde possa se tornar mais determinista ao considerar os interesses de saúde da população baseados em evidência.

O direito à saúde

A idéia do direito à saúde aparece primeiramente na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), artigo 25:

1. *Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.*

2. *A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social.*

Em 1966, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais refere-se a essa idéia com uma indicação mais clara:

1. *Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.*

A declaração, 1978, de Alma-Ata delinea o direito à saúde:

A saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença e de enfermidade, é um direito humano fundamental e sua realização no mais elevado nível possível é o mais importante objetivo universal cuja realização requer ações de outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde.

A linguagem do direito à saúde é talvez mais articulada nos Comentários da Convenção Internacional em Direitos Econômico, Social e Cultural (2000):

Saúde é um direito humano fundamental indispensável para o exercício dos outros direitos humanos. Todo ser humano tem o direito de usufruir o mais alto padrão de saúde que leve a viver uma vida digna.

O direito à saúde está estritamente relacionado e depende da realização dos outros direitos humanos, como consta na Declaração Universal dos Direitos, incluindo os direitos à alimentação, à moradia, a trabalho, à educação, à dignidade humana, à vida, à não-discriminação, à igualdade, à proibição contra a tortura, à privacidade, ao acesso à informação e as liberdades de associação, reunião e deslocamentos. Esses e outros direitos e liberdades se referem a componentes integrais do direito à saúde.

O direito à saúde abarca uma grande gama de fatores socioeconômicos que promovem condições as quais possibilitam os indivíduos levarem uma vida saudável, reforçando os determinantes da saúde, tais como alimentação e nutrição, moradia, acesso à água potável e saneamento adequado, condições de trabalho seguro e saudável, e ambiente saudável.

O direito à saúde contém liberdades e prerrogativas. As liberdades incluem o direito de controlar sua própria saúde e corpo, incluindo liberdade sexual e reprodutiva, e o direito de estar livre de interferências, tais como o direito de estar livre de tortura, tratamento médico não consentido e de experimentação. Ao contrário, as prerrogativas incluem o direito a um sistema de proteção à saúde que ofereça igualdade de oportunidades para as pessoas usufruírem o mais alto nível de saúde sustentável.

A emergência do discurso de saúde e dos direitos humanos

O pioneiro a estabelecer a relação entre saúde e direitos humanos foi o Dr. Jonathan Mann, primeiro coordenador do programa de AIDS da Organização Mundial da Saúde (OMS). O professor François-Xavier Bagnoud, professor de saúde e direitos humanos e professor de epidemiologia da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, prossegue e aprofunda essa relação. Mann acreditava que o modelo dos direitos humanos e saúde pública poderia se transformar em um movimento global para a promoção da justiça social como também para estabelecer os parâmetros de saúde.

O trabalho de Mann destacou dois aspectos principais: primeiro, ele quis desenvolver um corpo teórico e empírico que desse suporte à compreensão de que promoção e proteção dos direitos humanos e promoção e proteção da saúde estão estreitamente ligados e, segundo, ele quis demonstrar a factibilidade dos direitos humanos para a saúde pública.

Conceitos-chave

Existem sete elementos ou conceitos-chave relacionados ao discurso dos direitos humanos e saúde:

- A nomeação de algo enquanto um direito enfatiza sua importância excepcional como um objetivo público ou social.
- O conceito de direito traz em si a dignidade da pessoa humana.

- Igualdade ou não-discriminação são princípios fundamentais dos direitos humanos.
- Participação dos indivíduos e grupos nas questões que os afetam é um aspecto essencial dos direitos humanos.
- Conceito de direito implica intitulação.
- Os direitos são interdependentes.
- Os direitos são quase nunca absolutos e podem ser limitados, mas tais limitações devem estar sujeitas a um exame minucioso.

A partir da perspectiva da ciência social e da justiça social, os três conceitos que mais têm a oferecer, embora eles continuem a ser subteorizados e inadequadamente operacionalizados, são: a salvaguarda da dignidade das pessoas; a promoção da eqüidade ou não-discriminação; e a participação dos indivíduos e grupos nas questões que os afetam.

Salvaguarda da dignidade das pessoas

O imperativo de salvaguardar a dignidade das pessoas e grupos é central para os direitos humanos e o discurso de saúde. Enquanto que o conceito de dignidade tem que ser ainda mais claramente elaborado, existe um consenso de que uma atenção especial deve ser dada, salvaguardando a dignidade daqueles que são mais vulneráveis na sociedade, como, por exemplo, mulheres e crianças, os pobres, as minorias racial e étnica, pessoas incapacitadas e os mentalmente incapazes.

No cerne da dignidade humana está a habilidade de ser um agente em guiar o curso de vida de uma pessoa e ter a oportunidade de participar do processo político através do qual os interesses de um indivíduo são definidos.

Eqüidade e não-discriminação

Os direitos humanos e o discurso de saúde também reconhecem que o direito à saúde não pode ser efetivamente protegido sem o respeito a outros direitos reconhecidos, particularmente a não discriminação. Discriminação social e falta de respeito aos direitos humanos fundamentais parecem afetar diretamente o *status* de saúde da população, especialmente dos grupos vulneráveis que tendem a suportar proporções indevidas de problemas de saúde.

Discriminação produz iniquidades na saúde, isto é, acesso desigual a tratamentos de saúde. Eqüidade da saúde pode ser entendida como a ausência de diferenças em um ou mais aspectos de saúde relacionados à

população ou subgrupo social, econômico, demográfico e geograficamente definidos. A preocupação com a equidade admite dimensões políticas de iniquidades na saúde.

Participação dos indivíduos e grupos nas questões que mais os afetam

O terceiro conceito-chave dos direitos humanos e do discurso de saúde é o princípio de participação. A participação dos cidadãos nas tomadas de decisões é considerada vital para a saúde dos indivíduos, comunidade e a sociedade como um todo. Inerente ao modelo dos direitos humanos e saúde está o reconhecimento de que a universalização e a equidade de oportunidades, na maior parte das vezes, dependem da habilidade das pessoas em participar da sociedade civil – os espaços social/político que servem como estrutura de mediação entre o cotidiano das pessoas (o privado) e o ambiente sistêmico (institucional e econômico) dentro do qual essas vidas são vividas. Aqueles que defendem políticas de inclusão social argumentam por estratégias que se voltam para o isolamento, discriminação, racismo, falta de acesso a serviços e marginalização das tomadas de decisões. A chave para o entendimento da inclusão social como conceito teórico é o reconhecimento de que as políticas de inclusão social tentam não apenas igualar as chances de oportunidades e vida, mas também assegurar políticas que refletem a preocupação e experiências de vida daqueles que estão diretamente afetados.

Referências Bibliográficas

BRODKEY, L.; FINE, M. Presence of mind in the absence of body. In: GIROUX, H. A. (Ed.). *Postmodernism, feminism, and cultural politics*. New York: State University of New York Press, 1991. p. 100-118.

COMMONWEALTH FOUNDATION. *Citizens and governance: civil society in the new millenium*. [S.l.: s.n.], 1999.

EPP, J. *Achieving health for all: a framework for health promotion*. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1986.

EVANS, T. et al. *Challenging inequities in health from ethics to action: summary*. [S.l.]: The Rockefeller Foundation, 2001. Disponível em: <<http://www.rockfound.org/publications.html>>.

FREEDMAN, L. Reflections on emerging frameworks of health and human rights. In: MANN, J. et al. (Ed.). *Health and human rights: a reader*. New York: Routledge, 1998. p. 227-252.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR EQUITY IN HEALTH. Disponível em: <<http://www.iseqh.org/workdef.html>>.

LEARY, V. The right to health in international human rights law. *Health and human rights. Health and Human Rights: an International Journal*, v. 1, n. 1, 1994; Retrieved from the World Wide Web. Disponível em: <<http://www.hsph.harvard.edu/fixcenter/V1N1.html>>.

MANN, J. M. et al. Health and human rights. *Health and Human Rights: an International Journal*, v. 1, n. 1, 1994; Retrieved from the World Wide Web. Disponível em: <<http://www.hsph.harvard.edu/fixcenter/V1N1.html>>.

———. Public health and human rights. *Human rights. Journal of the Section of Individual Rights and Responsibilities*, v. 25, n. 4, 1998.

POPAY, J.; WILLIAMS, G.; GATRELL, T. Theorizing inequalities in health: the place of lay knowledge. *Sociology of Health and Illness*, n. 20, p. 619-644, 1998.

RAPHAEL, D. *Addressing the social determinants of health in Canada: bridging the gap between research findings and public policy*, 2003. p. 35-40.

———. Health inequalities in Canada: current discourses and implications for public health action. *Critical Public Health*, n. 10, p. 193-216, 2000.

ROBERTSON, A.; MINKLER, M. New health promotion movement: a critical examination. *Health Education Quarterly*, v. 21, n. 3, p. 295-312, 1994.

SHEILL, A.; HAWES, P. Health promotion, community development and the tyranny of individualism. *Health Economics*, n. 5, p. 241-247, 1996.

VANDERPLAAT, M.; SAMSON, Y.; RAVEN, P. The politics and practice of empowerment evaluation and social interventions: lessons from the atlantic community action program for children regional evaluation. *Canadian Journal of Program Evaluation*, v. 16, n. 1, p. 79-98, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Constitution in basic documents*. 36. ed. Geneva, 1986.



Superar o racismo também é um problema de saúde pública

Lúcia Xavier ¹

Na ausência de democracia, respeito pelos direitos humanos e um bom governo, a violência prospera.

(Nelson Mandela ²)

¹ Assistente social, coordenadora-geral de Criola – organização de mulheres negras do Rio de Janeiro. Voluntária das Nações Unidas, assessora da Relatoria do Direito à Saúde do Projeto Dhesc Brasil.

² Nelson Mandela, ex-presidente da África do Sul. *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Editado por Etienne G. Krug et al.

Resumo

O texto pretende relacionar violência, racismo e saúde pública sob a perspectiva dos direitos humanos. Admitir a presença de relações sociais, econômicas e culturais racistas é criar a possibilidade de estabelecer medidas de superação em todos os níveis. Para tal, há que se promover ações que busquem superar as desigualdades raciais e diminuir os efeitos da violência com a população negra. O acesso a bens e serviços de qualidade, bem como a elaboração de políticas especiais de reparação de dano, torna-se fundamental, tendo em vista o longo processo de exclusão e isolamento a que essa população é submetida.

Palavras-chave: racismo; direitos humanos; saúde pública; violência.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) a violência é a terceira principal causa de mortalidade e sofrimento humano, atingindo especialmente pessoas entre 15 a 44 anos. Em 2000, cerca de 1,6 milhões de pessoas em todo o mundo morreram em virtude da violência. Atualmente 120 mil pessoas morrem por causas externas no Brasil; entre estas, a violência vem assumindo papel de destaque. Homicídios já são a primeira causa de mortalidade entre adolescentes e jovens negros.

Para a OMS (2002: 5), violência é o “uso intencional de força física ou de poder, real ou uma ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”, portanto um problema de saúde pública.

A violência de modo geral está espalhada na sociedade, mas existem grupos que vivem e sofrem mais constantemente seus efeitos. Alguns pesquisadores no campo da segurança pública já admitem que existem grupos particularmente vulneráveis à violência, provocada por sua condição racial/étnica, de gênero, geracional ou por causa de sua orientação sexual, diante do crime ou da polícia. Segundo Ramos (2002: 1) “Alguns setores da população são particularmente vulneráveis a violências, ou porque as agressões criminais podem assumir configurações específicas quando dirigidas a eles, ou porque são vítimas de criminalidades com dinâmicas próprias.”¹

O racismo é um fator de vulnerabilidade porque ele destitui o indivíduo de dignidade, de poder e das condições de cidadania que lhe garantiria acesso aos bens e serviços da sociedade em pé de igualdade. Coloca-o em situação de inferioridade e de exclusão, impede que este rompa o isolamento político para fazer frente as suas necessidades diante dos processos sociais excludentes.

¹ Ao pensar a idéia de vulnerabilidade à violência, Ramos nos informa que: “A especificidade dessas modalidades de violência consiste na combinação de dinâmicas criminais tradicionais com dinâmicas particulares de violência. A homofobia, o racismo, a misoginia e outras variantes de discriminações e preconceitos são produtores de vulnerabilidade. Abaixo indico seis grandes áreas de preocupação e de temas que devem ser objeto de atenção na identificação de prioridades em programas participativos de redução da violência.”

Alguns dados nos ajudam a entender os efeitos do racismo entre nós:

- A população negra compreende 45,3% do total da população brasileira, ou seja, 76.560.000 habitantes. Em 1995, 47% das vítimas de assassinatos e mortes decorrentes de lesões dolosas eram jovens do sexo masculino, entre 15-24 anos, perfazendo um total de 18,4 óbitos por 100 mil habitantes.
- Os estudos realizados por Wânia Sant'Anna e Marcelo Paixão (1997 e 2000) demonstram que, ao analisar-se o Índice de Desenvolvimento Humano/IDH – instrumento de análise das condições de vida da população dos países desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/PNUD –, o Brasil é um país de desenvolvimento humano mediano, ocupando a 74ª posição. No entanto, ao se desagregar esses dados a partir de uma perspectiva racial/étnica, temos dois países radicalmente diferentes, onde o desenvolvimento humano, ou seja, a qualidade de acesso aos benefícios sociais, da população branca leva o Brasil para a 49ª posição. Enquanto que o Brasil dos afro-descendentes ocupa a 108ª posição.
- Segundo o pesquisador Gláucio Soares em sua apresentação no Seminário Violência e Racismo promovido pelo Cesec/Ucam, setembro de 2002,² com base nas taxas por 100 mil habitantes, em 2001, para cada 100 brancos morreram assassinados (vítimas de homicídios) 170 negros (soma de “pretos” e “pardos”). Se negros e brancos tivessem a mesma taxa de homicídios, 5.647 negros não teriam sido assassinados no Brasil, em um único ano.
- As taxas de homicídios de “pretos” e “pardos” são estatisticamente diferentes. Os “pretos” em 2000 tiveram taxa de vitimização por homicídios 24% mais alta do que “pardos”, indicando que a cor da pele/raça influenciou o risco de ser assassinado e que quanto mais negro, maiores as chances.

² Soares, G. A. D. Exposição *A cor da morte*, apresentada no seminário Violência e Racismo, Candido Mendes, setembro de 2000.

• Segundo matéria publicada no jornal *Folha de S. Paulo* (2002),

Hospitais e maternidades, públicos e particulares, da cidade do Rio de Janeiro tratam melhor as gestantes brancas do que as negras. O tipo de atendimento é diferenciado pela cor durante a gravidez e até na hora do parto. Conclusão da pesquisa feita pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com a Prefeitura do Rio, com 10 mil mulheres, imediatamente após o parto, entre os meses de julho de 1999 e março de 2001.

Um dos dados do estudo que mais impressionaram os pesquisadores foi o de anestesia no parto normal. O estudo apontou que até nesse aspecto as mulheres negras sofreram preconceito: 11,1% delas não receberam anestésico, pouco mais do que o dobro do percentual das brancas que não foram anestesiadas (5,1%).

No campo da saúde ocorre o mesmo, o racismo está impregnado nas relações entre profissionais e usuários, formuladores e gestores de políticas públicas e a população negra excluída, facilitando assim a vulnerabilização para a violência nesse campo.

Para Werneck (2002: 18)

nascer, crescer, engravidar, envelhecer são condições fisiológicas acompanhadas pelos serviços de saúde. Em condições livres de preconceitos, tais processos serão vividos com o grau de complexidade que lhes são próprios, sem, no entanto, traduzir-se em condições patológicas. Na vigência do racismo, a vivência de tais momentos é atravessada por diferentes formas de violência, ensejando perigos resultantes da recusa à alteridade (a pessoa negra, a criança negra, a mulher negra) que se apresenta. A dor daí resultante poderá ter repercussões em diversos aspectos da vida de pessoas e grupos. Altos índices de mortalidade infantil e materna, menor expectativa de vida são os extremos de um quadro representativo da recusa da sociedade racista em incorporar os negros – e as mulheres negras – ao conjunto da humanidade.

Como superar os efeitos da violência e do racismo? Em primeiro lugar admitindo a sua presença entre nós e tomando medidas em todos os níveis para a sua superação. Promovendo ações que busquem superar as desigualdades raciais e diminuir os efeitos deletérios da violência com a população negra.

É preciso promover o acesso com qualidade aos bens e serviços, bem como construir políticas especiais que possam reparar os danos causados por um longo processo de exclusão e isolamento.

Na área da saúde, além da melhoria da formação dos profissionais, ampliar o acesso aos serviços de prevenção e tratamento com qualidade, promover políticas adequadas aos agravos à saúde mais comuns à população negra, bem como envolver a população, especialmente os vulneráveis à violência, na formulação de políticas preventivas e de controle social do sistema de saúde.

Referências Bibliográficas

CAMARGO, M. Violência e saúde: ampliando políticas públicas. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, n. 22, 2000.

MUSUMECI, L. *As múltiplas faces da violência no Brasil*. Rio de Janeiro: Cesec; Ucam, [19 - -].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Tradução [sob a responsabilidade do] Ministério da Justiça. Genebra: OMS. 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Informativo Opas sobre violência e saúde pública*, 9 de dez. 2003.

PACTO INTERNACIONAL DOS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. *Resolução n. 2.200-A*, adotada pela 21.ª Assembléia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966 e ratificada pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992.

PETRY, S. Até na hora do parto negra, é discriminada. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 26 maio 2002. Cotidiano. Disponível em: <<http://www.uol.com.br/folha/cotidiano>>.

PORTELLA, A. P. Abordagem social sobre violência e saúde das mulheres. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, n. 22, 2000.

RAMOS, S. *Minorias e prevenção da violência*. Rio de Janeiro: Cesec; Ucam, 2002.

WERNECK, J. Saúde da mulher negra. *Cadernos Criola*. [Rio de Janeiro], 2002.



Organização de Direitos Humanos Projeto Legal: uma intervenção no campo dos direitos humanos

Rosimere de Souza ¹

*A pobreza é tão degradante quanto à tortura.*²

¹ Mestre em Serviço Social. Assessoria Institucional da Organização de Direitos Humanos Projeto Legal.

² Fragmento do discurso da representante da Indonésia na 56ª Sessão da Comissão de Direitos Humanos da ONU, Genebra, março de 2000.

Resumo

Apontar a contradição entre o que está previsto nos pactos jurídicos, políticos e econômicos e o exercício dos direitos individuais e coletivos. O portador dos direitos, por vezes, transita nos frágeis laços entre os princípios do direito e o funcionamento das instituições do sistema de garantia. Exemplos dessas práticas estão nas ações de enfrentamento das situações de adolescentes em conflito com a lei.

Palavras-chave: *direitos humanos; conflito com a lei; juventude; criminalidade urbana.*

Nas veias abertas do Estado de Direito brasileiro, nada mais evidencia as contradições entre o que está previsto nos pactos jurídicos, políticos e econômicos (na lei) e o exercício dos direitos individuais e coletivos, do que os índices de analfabetismo, desemprego, fome e outras diversas formas de violência aos quais está submetida grande parte da população brasileira, cujas condições de vida revelam a existência da opressão, da exploração, da discriminação e demais desigualdades civis, políticas, econômicas, sociais e culturais praticadas pela sociedade e pelo Estado.

Os direitos à liberdade e à igualdade, pressupostos básicos de um Estado Democrático de Direitos que prime pela prevalência dos direitos humanos, mesmo que possuam mecanismos internos de exigibilidade claramente definidos, encontram resistência, em seu processo de validação, no não exercício de liberdades, pré-supostas ou não, derivantes do direito à vida em sua dimensão indivisível que abarca também as condições de vida. Já na etapa de reconhecimento do sujeito, do portador dos direitos, transitam nos frágeis laços observados entre os princípios do direito e o funcionamento das instituições do sistema de garantia, tais como o caráter discricionário do atendimento – fundado por vezes em razões econômicas ou políticas – e, conseqüentemente, na interdição pene de segmentos sociais ao acesso à justiça, a uma justiça social.

Exemplos dessas práticas estão nas ações de enfrentamento das situações de adolescentes em conflito com a lei. Vítimas da ausência ou ineficácia das políticas voltadas para a juventude, vítimas das armas de fogo que os coloca no grupo mais vulnerável no seu direito à vida e destituídos do direito à liberdade, a situação do adolescente em conflito com a lei revela, por um lado, a mão forte do Estado para fazer valer a lei e, por outro, sua incapacidade na garantia dos direitos fundamentais, especialmente no que diz respeito ao acesso à justiça, à educação e ao trabalho.

Ao prever a aplicação de medidas socioeducativas como prescrição preferencial, o Estatuto traz à luz o reconhecimento de que, ao menos em tese, a ação que conflita com a lei pode ter a ver com as próprias limitações decorrentes de um modelo social ineficaz na produção de padrões razoáveis de sociabilidade civil. Dito de forma direta há um déficit de equidade para o acesso às condições básicas de socialização que, uma vez reconhecidos, deve ser corrigido. Se for assim, cabe ao Estado, em cooperação com a própria sociedade, produzir mecanismos de correção não exatamente de personalidades desviantes, mas de oportunidades desiguais (Perfil do Jovem em Conflito com a Lei no Estado do Rio de Janeiro – relatório de pesquisa, Cesec/Ucam/LAV/Uerj, 2002).

Nas análises dessas contradições, já não há mais espaço para justificativas dos índices que traduzem a pobreza, o analfabetismo, a fome, a exclusão social que não levem em conta as questões de gênero, raça, idade. Embora seja o Brasil possuidor da Constituição Cidadã – um dos documentos ditos dos mais democráticos do mundo –, uma das emergentes lideranças no ordenamento político mundial, uma das futuras potências econômicas e, ainda, signatário de diversos pactos internacionais e como aponta o Segundo Relatório de Direitos Humanos (2002) o Brasil tenha avançado na garantia dos direitos civis e políticos, também é consenso a necessidade de maior comprometimento do Estado no cumprimento dos pactos internos e internacionais no que diz respeito aos direitos humanos, onde não bastam a existência de instrumentos legais, mas a efetividade dos mesmos no planejamento, definição orçamentária e execução das políticas de segurança pública, educação, saúde, habitação, assistência social e trabalho.

Somos iguais quando a diferença nos inferioriza e somos diferentes quando a igualdade nos descaracteriza

Neste conjunto da população estão crianças e adolescentes, principais vítimas dos caminhos que vão percorrendo os processos da exclusão social, como a exploração sexual, o trabalho escravo e doméstico, o ato infracional, a privação da liberdade, a ausência de identidade. Mas, ainda que crianças e adolescentes estejam diretamente expostas à exclusão social em que vivem os adultos e que gozem de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, deve se considerar sempre sua condição de sujeito de direitos e a sua condição peculiar de pessoas em desenvolvimento, para as quais devem ser destinadas proteção integral e especial. Desta forma, a discriminação de idade aqui é positiva posto que se pretende transversal e estruturante de políticas e procedimentos, tendo em vista que os direitos humanos são também construções sociais, historicamente orientadas por necessidades humanas relativas aos determinados grupos com características próprias.

Desde 1993, portanto, nos últimos dez anos, o Projeto Legal intervém no campo dos direitos humanos, buscando interceptar os processos decorrentes das contradições que têm levado à exclusão social – famílias, comunidades grupos e indivíduos –, especialmente crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade ou vitimização. Sua missão é contribuir através da defesa, garantia e promoção dos direitos humanos, para a plenitude do exercício de cidadania e o desenvolvimento de uma sociedade mais humana, justa e democrática, através do uso de instrumentos jurídicos, políticos e sociais que promovam e garantam os direi-

tos civis, políticos, econômicos, sociais e ambientais. A crença nos princípios universais dos direitos humanos e nas múltiplas dimensões dos fenômenos são a marca da interdisciplinaridade na análise e intervenção das situações, onde todos os aspectos do caso caracterizam a sua potencialidade e exemplaridade.

Através dos Programas de Defesa e Garantia, de Promoção de Direitos e o mais recente de Desenvolvimento Comunitário, em parceria com órgãos governamentais e não-governamentais, foram atingidos direta e indiretamente mais de 5.000 cidadãos nos últimos dez anos.¹ A mobilização da opinião pública em prol dos direitos humanos também é uma meta permanente. Nessa perspectiva o Projeto Legal participa ativamente na elaboração e coordenação de campanhas e eventos como seminários e ações de *advocacy*.

Casos como a Chacina da Candelária (1993), a Chacina de Vigário Geral (1993), tráfico de seres humanos, extermínio de crianças e adolescentes e tantos outros atos de violência praticados contra a cidadania têm estado na agenda de discussão do Projeto Legal. Seja na ação direta – através da assistência jurídica a adultos, crianças, adolescentes e jovens que tiveram violados, seu direito à justiça, à integridade física, à liberdade, ao devido processo legal. Nas ações políticas de denúncias aos órgãos do sistema internacional de proteção dos direitos humanos como ONU e OEA. Nas ações educativas tais como assessorias e capacitações sobre direitos humanos e direito da criança e do adolescente, com grupos, professores, adolescentes, comunidades. Seja nos espaços de discussão e deliberação de políticas de direitos como Movimento Nacional de Direitos Humanos, Conselho da Comunidade da Vara de Execução Penal, Fóruns e Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente.

¹ Ao longo desses anos tem contado com o apoio e a parceria de órgãos públicos como Prefeituras Municipais e do Governo do Estado do Rio de Janeiro. Da União, através do Ministério da Justiça em parceria com a Anced – Associação Nacional de Centros de Defesa, de agências e órgãos internacionais como Unicef, Fundo Canadá, Parlamento Alemão e a Embaixada da Holanda, SOS KIDS Internacional, SKN, Cáritas Mensen in Nood, Fundação Husoc, Advogados para Advogados e Cordaid.

Em dez anos, as demandas para defesa dos direitos infanto-juvenis cresceram em quantidade e complexidade. Inicialmente, esses casos em sua maioria consistiam de: crianças na faixa etária de 0 a 5 anos sem registro civil, crianças e adolescentes em situação de rua, usuários de drogas (cola de sapateiro), vítimas da violência policial, adolescentes em conflito com a lei por crimes contra o patrimônio (furto e roubo) e crianças e adolescentes vítimas da ação de grupos de extermínio. Violação de direitos civis individuais para os quais, naquele momento, já se previa um futuro sombrio caso não se procedesse à necessária erradicação ou transformação de alguns de seus determinantes, estivessem eles nas questões jurídicas, sociais, culturais, econômicas ou institucionais. Atualmente, os casos de violações de direitos identificados, encaminhados por instituições parceiras ou através da própria população já assistida, tratam-se de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, vítimas de violência doméstica cometida pelos pais ou responsáveis, adolescentes cumprindo medida privativa de liberdade pelo uso e envolvimento com o tráfico de drogas (maconha e cocaína), adolescentes usuários de drogas vítimas de flagrante “forjado” de tráfico.

Apresentam-se como pano de fundo social e político os impactos da globalização das economias, o aumento da violência, as correlações de forças entre a sociedade e o Estado, entre o crime organizado e a polícia, o aumento da violência familiar, a insegurança social e ação reativa por parte dos órgãos e agentes do Estado, reprimindo e prevenindo tais acontecimentos, como também os debates que versam sobre a inclusão social e, ao mesmo tempo, o endurecimento das medidas de repressão aos crimes e atos infracionais, que atingem preferencialmente os negros e pobres.

Diante da complexidade das situações de violação de direitos que se apresentam, foram estabelecidos critérios para a assistência jurídica, privilegiando a exemplaridade do caso, ou seja, os efeitos estruturais que podem provocar no poder público e na sociedade, a situação de risco – grau de marginalização e/ou exclusão social apresentada pelo atendido –, a prevalência das questões de gênero e raça e as possibilidades de comprometimento da família e demais atores sociais no entorno da criança/adolescente atendido, pois a “manifestação organizada é a melhor maneira de evitar o desrespeito”.

Referências Bibliográficas

BRASIL. *Lei Federal n.º 8.069, de 13 de junho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.* Brasília: Senado Federal, 1990.

LIMA JÚNIOR, J. B. *O caráter expansivo dos direitos humanos na afirmação de sua indivisibilidade e exigibilidade.* In: FÓRUM SOCIAL MUNDIAL, OFICINA SOBRE DIREITOS HUMANOS, ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS, ICCO – Holanda, Cedar International – Holanda e MNDH – Brasil. Porto Alegre. 2001. Mimeo.

ORGANIZAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS PROJETO LEGAL. *Relatórios institucionais da Organização de Direitos Humanos Projeto Legal do período de 2002 a 2003.*

Direito e Saúde: uma questão do humano

Maria Helena Barros de Oliveira ¹

¹ Coordenadora do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana – Cesteh/Ensp/Fiocruz. Coordenadora do Programa Direito e Saúde – DIS/Fiocruz.

Resumo

Chamar a atenção para a relação entre direito e saúde e discutir a relação que se estabelece entre a saúde e o trabalho. Por fim, a luta por justiça social torna-se uma perspectiva, sem que seja mascarada a questão da justiça real.

Palavras-chave: direito; saúde; justiça social; trabalho.

Refletir sobre a relação entre o direito e a saúde nos reporta a pensar de qual conceito de saúde estamos falando e em qual patamar de direitos estamos pensando. A Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde como um direito de todos. Indiscutivelmente ao escrevermos em nossa carta maior este princípio da universalidade, começamos a nos direcionar para toda uma concepção de saúde que incorpora uma contextualização de lugar no mundo e, ao mesmo tempo, de princípios norteadores da compreensão de vida enquanto uma realização da dignidade humana, delimitada por princípios da ética.

Assim, é necessário que reescrevamos ou reeditemos os princípios que sejam de fato expressão da real relação entre ter direito à saúde ou ter a saúde como um direito. De onde quer que estejamos lançando nosso olhar estaremos diretamente expandindo a concepção de saúde. Não basta mais falar de saúde como um bem indispensável à vida, mas sim de um elenco exaustivo de direitos que terá como consequência a saúde.

Interessa-nos, em especial, discutir um pouco a relação que se estabelece entre a saúde e o trabalho, buscando explicitar a forma exploradora e por mais das vezes indigna em que o trabalho se realiza.

Parece-nos importante, nesta discussão que se situa entre direito, saúde e justiça, colocarmos ainda o que alguns autores estão discutindo a respeito de determinadas áreas específicas do direito, no caso a do trabalho, tendo em vista a sua importância ao se pensar a questão da saúde do trabalhador.

A relação que se estabelece entre o corpo do homem trabalhador e da mulher trabalhadora e o processo de trabalho a que estão submetidos encontra-se calcada de forma impositiva e desigual, na qual os trabalhadores desenvolvem uma luta, por mais das vezes totalmente desigual, que tenta controlar os resultados negativos que a exposição aos riscos causam em sua saúde.

Neste contexto, os trabalhadores encontram-se diante de uma situação de adoecimento ou morte que os encaminha à discussão do direito que se tem à vida, que não é respeitado, e o direito que se gostaria de ter, o do trabalho que não leve à morte.

É necessário assumirmos uma visão dialética da questão, que busca, através da justiça social, leis que de fato caminhem para eliminar as desigualdades e que coloquem em destaque o processo da luta social que a sociedade produz, na construção de uma sociedade democrática.

Neste sentido, a luta por justiça social torna-se uma perspectiva, sem que seja mascarada a questão da justiça real, em nome de leis que são ditas iguais para todos, quando esse todo é composto de seres desiguais. Assim, a saída é a de resgatar a diversidade e a diferença que existe na sociedade, tendo a preocupação de avaliar criticamente o que o homem vem fazendo e poderá fazer juridicamente em nossa sociedade.

Finalmente, é preciso saber trabalhar com a pluralidade e a diferença, entretanto sem jamais relegar o uno, pois se assim o fazemos, perdemos o norte da razão, sendo o caráter histórico desse uno, o bem comum. A luta contra essa perspectiva pós-moderna funda um novo direito, que não abre mão da positividade, da razão. Nessa nova forma, o direito passa a ser o interlocutor do social, buscando dar conta da pluralidade do real.



A Categorização de Cor e o Debate Recente sobre Ação Afirmativa no Brasil: algumas ponderações

Alberto Lopes Najar ¹

¹ Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
najar@ensp.fiocruz.br

[...] o abolicionismo apareceu uma geração mais tarde do que era preciso, para impedir a escravidão de completar sua obra. Essa obra está consumada, nas províncias como no caráter nacional, na fortuna do Estado como em toda a nossa vida pública e privada; e é relativamente quase um fato insignificante que os últimos escravos sejam agora convertidos em dívida perpétua do Brasil, porque as conseqüências piores da escravidão já foram todas produzidas, e nós por séculos ainda teremos esse vício em nossa constituição social [...]

[Discurso de Joaquim Nabuco de 14 de setembro de 1885]
(BONAVIDES; AMARAL, 2002).

Resumo

O artigo resume o debate recente sobre ações afirmativas no Brasil, partindo da constatação de que a estrutura social do País, além de profundamente desigual, é marcada pela diferença de cor, apontada por diversos trabalhos, em diversos domínios, tais como saúde, educação, renda, situação familiar, gênero e violência policial. Após assinalar em largos traços os pontos principais do debate sobre ação afirmativa vis-à-vis à classificação por cor utilizada pelo IBGE, o artigo pondera algumas das principais limitações e riscos deste tipo de política pública, chamando atenção para o fato de que o debate colocado em termos dicotômicos, do a favor ou contra, incorre no risco de camuflar questões mais substantivas e estruturais, ligadas a um projeto mais abrangente de inclusão social no Brasil.

Palavras-chave: Brasil – racismo; Brasil – ação afirmativa; Brasil – categorização de cor.

Apresentação

A estrutura social brasileira possui base larga e ápice estreito, existe, entretanto, uma característica ainda mais particular: à medida que se vai da base para o topo dessa mesma estrutura, as cores das diversas camadas sociais embranquecem. Os descendentes de negros – pretos e pardos, na terminologia utilizada pelo IBGE – representam 45% da população do País, mas totalizam 69% dos indigentes (IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000). Os dados sugerem de maneira sistemática que os brasileiros de ascendência negra estão em desvantagem, quaisquer que sejam os indicadores analisados e/ou áreas analisadas: saúde (WOOD; LOVELL, 1992; OLINTO, M.; OLINTO, B., 2000); educação (HASENBALG; SILVA, 1992); renda (SILVA, 1988); mobilidade social (GARCIA-ZAMOR, 1970; PASTORE, 1979; Pastore & Silva, 2000); situação familiar (HENRIQUES, 2001); urbanização (TELLES, 1992); gênero (LOVELL, 1994) e violência policial (MITCHELL; WOOD, 1999; ESCÓSSIA, 2001), apenas para citar alguns entre muitos artigos, relatórios e reportagens. Se alguns indicadores sociais do Brasil melhoraram nos últimos anos, foram os brancos que usufruíram de forma substantiva esses benefícios. Passados 115 anos da abolição da escravidão, apenas agora o País ensaia enfrentar um problema surgido em 1888, qual seja, como inserir os negros na sociedade; neste sentido, o discurso de Joaquim Nabuco, em epígrafe, é lapidar.

O Brasil importou, entre 1550 e 1855, 4 milhões de africanos durante quatro séculos de tráfico transatlântico (IBGE, 2003). A essas vítimas somar-se-iam algo em torno de 40 milhões de crioulos, escravos já nascidos em terras brasileiras. Inúmeras foram as rebeliões e diversas as formas de resistência desenvolvidas pelos negros escravizados, entre as quais, os chamados *quilombos*, dos quais Palmares é o exemplo mais expressivo (ANDERSON, 1996). O Estado Brasileiro reconheceu Zumbi como herói nacional apenas recentemente; todavia, Domingos Jorge Velho e outros bandeirantes, responsáveis pela destruição de inúmeros *quilombos*, continuam a ser homenageados, e a sede do governo do estado de São Paulo, o mais desenvolvido economicamente do País e de importância incontestável para toda a América Latina, chama-se Palácio dos Bandeirantes. No entanto, não há no Brasil nenhum monumento, ou memorial, aos 44 milhões de vítimas da escravidão. A única política diferencial que o Estado brasileiro tem para a população negra é a política de inclusão penal. O sistema penal e a Justiça criminal tratam a população negra de modo diferenciado, manifestando uma sinistra predileção por negros (JÚNIOR, 2001).

Alguns indicadores

Em um dos primeiros trabalhos sistemáticos de que se tem notícia, já está registrada a situação sanitária assustadora em que se encontravam os africanos e os afro-brasileiros (TEUSCHER, 1853). Em 1929, a diferença entre a escolaridade média, medida em termos de anos de estudo, dos adultos, brancos e negros, era de 2,3 anos. No governo de Washington Luiz (1926-1930), um branco possuía, em média, pouco mais de 4 anos de estudo, e um negro, neto de escravos, tinha 2 anos de estudo. Em 1954, ao final do período do presidente Getúlio Vargas, o filho do branco tinha, em média, pouco mais de 7 anos de estudo, enquanto o filho do afro-brasileiro detinha 5 anos. Em 1980, ao final do chamado “milagre brasileiro”, o neto do branco estava próximo aos 8 anos de estudo, em média, e o neto do afro-brasileiro patinhava na marca dos 6 anos. Em 1999, segundo mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, a despeito dos êxitos conseguidos, o bisneto do afro-brasileiro da República Velha tinha 6,1 anos de escolaridade e o bisneto do branco, 8,4. O conjunto subiu, mas a diferença foi preservada. Atualmente, os negros são menos de 2% da massa de alunos das universidades (HENRIQUES, 2001).

A taxa de analfabetismo é de 17,2% no País. Entre brancos é de 10,6%, mas sobe para 25,2% entre pardos e 28,7% entre negros (IBGE, 2000). Em 1998, o rendimento médio era de 5,6 salários mínimos entre brancos, mais que o dobro do rendimento de pardos (2,61) e negros (2,71). Mesmo quando estudam mais, negros e pardos têm mais dificuldade de aumentar os salários. Para cada ano de estudo a mais, os brancos elevam a renda em 1,25 salário mínimo. Já a renda de negros e pardos cresce 0,53 salário para cada ano a mais de estudo (HERINGER, 2001; ACCOUD; BEGHIN, 2002).

Portanto, no caso do Brasil, é evidente que negros ganham menos e pulam menos degraus sociais do que pessoas de outras cores e competências iguais. Mas não tanto menos do que os classificados como “pardos”, de modo que, pelos dados divulgados pelo Censo 2000 (IBGE, 2000), quase metade do Brasil precisaria de um programa de ação afirmativa, o que não faria sentido como política pública. Decerto os brasileiros mais negros padecem mais nas cadeias, têm sua auto-estima massacrada pelo nosso racismo cordial, são humilhados nos condomínios da classe média, estão postos em miséria e ignorância desde que se decretou o fim da escravidão etc. Desta forma, uma das questões que se coloca no caso brasileiro é a seguinte: o racismo existe, sendo uma questão maior que imperiosamente deve ser equacionada, mas de que maneira lidar com ele sem a reforma social que o País ainda não fez?

A questão torna-se mais complexa quando se observam alguns dos resultados a que se chegou na América do Norte (TOPLIN, 1971; SKIDMORE, 1972, 1993). Quase quarenta anos depois da promulgação da Lei dos Direitos Civis,¹ que pôs fim à segregação racial nos EUA, o racismo ainda está no cotidiano dos americanos, com o surgimento de novos alvos de discriminação – como hispânicos e muçulmanos. O país tem cerca de 34,6 milhões de afro-americanos, segundo o censo realizado em 2000. Isso equivale a 12,3% da população americana, de 281,4 milhões de pessoas: o racismo seria, desse ponto de vista, uma espécie de “calcanhar de Aquiles” da América do Norte, uma aresta originalmente apontada contra os negros, mas que hoje afeta também os hispânicos, assim como outras etnias.

O debate recente no Brasil (2001-2003)

No Brasil, a classificação de cor ou raça utilizada nas pesquisas domiciliares conduzidas pelo IBGE, no Censo Demográfico assim como em várias bases de registros administrativos, divide as pessoas em cinco categorias: preto, pardo, branco, amarelo e indígena.

Segundo o IBGE, esse esquema classificatório se mostrou eficaz: em julho de 1998, foi incluída a pergunta na Pesquisa Mensal de Emprego (PME), com liberdade total para a resposta. O resultado, segundo o IBGE, foi que, não só a maior parte das pessoas se definiu utilizando as cinco categorias propostas, como as que não o fizeram lançaram mão de designações que eram perfeitamente reclassificáveis, *a posteriori*, nas citadas categorias. Na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, de 1996, havia, além da autodeclaração de cor ou raça, um registro para que os entrevistadores classificassem os entrevistados com relação a este aspecto. Nesta pesquisa, teria havido concordância entre entrevistador e entrevistado, em boa parte dos casos. Outros trabalhos indicam que o esquema classificatório é razoável, mas que deve ser muito aperfeiçoado (SCHWARTZMAN, 1999; TELLES, 2002). Destaque-se, entretanto, que, no artigo de Telles, a consistência da classificação depende do

¹ A política oficial de segregação vigorou nos EUA, em diferentes graus em cada estado, até 1964, quando foi promulgada a Lei dos Direitos Civis. Em alguns estados, havia até bíblias separadas para que brancos e negros fizessem seu juramento nos tribunais. Separados, mas iguais, era o lema oficial da política de segregação, com vagões de trem, escolas e bebedouros separados para negros.

nível educacional, da idade, do sexo e da região geográfica, havendo mesmo uma tendência, seja ao "branqueamento", seja ao "escurecimento", em função do ponto de vista, ou do entrevistador ou do entrevistado; em outras palavras, notou-se a propensão de os entrevistadores "corrigirem" a cor declarada, "clareando" a declaração de cor do entrevistado, no caso de ele possuir alto nível socioeconômico e se declarar como pardo, em particular em áreas geográficas com pouca presença de negros. Essa questão é importante para a discussão aqui esboçada.

Independentemente das ponderações metodológicas que possam, e devam, ser feitas, por exemplo, na perspectiva de Lal (1983), devem-se ponderar as indicações anteriores, em virtude de outras conclusões, sugestões e indicações encontradas no artigo de Parra et al. (1998) no qual se afirma que nem todo negro no Brasil é geneticamente um afro-descendente, e nem todo afro-brasileiro é necessariamente um negro. O trabalho questiona frontalmente a possibilidade de encontrar um critério científico para a estratificação de grupos raciais, uma vez que, na origem genética da população brasileira, a complexidade envolvida é imensa, não havendo base objetiva, para, por exemplo, a introdução de cotas raciais nas universidades públicas, assim a única variante que se pode usar é a autoclassificação, sujeita a inúmeros problemas metodológicos (SIMON, 1997). Portanto, se a expectativa de direito a uma compensação pelas injustiças sofridas por negros no Brasil tiver por fundamento a ancestralidade, a pesquisa citada embarralha tudo, pois demonstra que possuir a pele escura não indica, com segurança, que a pessoa tem a maioria de seus genes herdada de ascendentes africanos. Os dados sugerem que, no Brasil, no plano individual, a cor determinada por avaliação física é um fraco fator de predição de ancestralidade genômica africana, estimada por marcadores moleculares,² podendo-se afirmar que a cor, a etnia, a raça são construções sociais, da mesma forma que o gênero.

² Os marcadores utilizados possuem alta correlação com a origem africana, ou europeia, da população (pelo menos 48% mais comuns numa das populações) e embasam o chamado Índice de Ancestralidade Africana (AAI).

Outro aspecto da discussão, mais político, assinala que o País necessita de um viés positivo que direcione a atuação de instituições públicas e privadas para a posição de favorecimento dos negros, ou seja, discriminar positivamente, eliminando barreiras que impeçam o acesso dos negros à educação, à renda e aos melhores empregos, uma vez que há limites para um progresso adicional significativo na redução da pobreza e da desigualdade, caso não se verifique um claro redirecionamento das ações públicas e privadas, com forte viés racial, a favor dos negros: “apenas” o combate à pobreza pode não contribuir para uma redução significativa das desigualdades.

Sem dúvida, a cor impõe uma diferenciação entre brasileiros e se justapõe à estratificação social, seja por classes, seja por ocupações. Nas classes mais altas, quase não há negros. Entre os trabalhadores de menor qualificação, os negros predominam. Os de maior qualificação são majoritariamente brancos (TELLES, 1994). A maioria dos mais pobres é de negros e, principalmente, negras, vítimas de dupla discriminação, pela cor e pelo gênero (ACCOUD; BEGHIN, 2002). Dentro de cada grupo social, ou ocupacional, os brancos têm, na média, situação bem melhor que a dos negros: um trabalhador manual rural branco tem um salário médio que é o dobro daquele pago a um trabalhador manual rural negro. Ambos são trabalhadores manuais rurais, mas um é branco e o outro negro. Essa única diferença está associada a uma distância salarial de 100% (PASTORE, 1979; HASENBALG; SILVA, 1992; PASTORE; SILVA, 2000).

Há que se considerar também que a questão étnica no Brasil foi, e é, essencialmente assimilacionista, fundada na miscigenação e na aculturação. A mestiçagem nunca foi punida, mas, ao contrário, louvada; as uniões inter-raciais nunca foram tidas como crime, ou como pecado, disfarçando e mascarando a discriminação, este aspecto fica mais claro no chamado período getulista da “construção do homem novo” (GOMES, 1982).

No que se refere à adoção de políticas de discriminação positiva, as principais objeções dos críticos estão relacionadas a três fatores que merecem reflexão. Em primeiro lugar, a questão legal: políticas que diferenciam raças são consideradas discriminatórias contra as não favorecidas. Em segundo lugar, essas políticas acabariam prejudicando os próprios beneficiados, pois medidas de favorecimento de determinadas minorias causam problemas de estigmatização para aqueles que deveriam ser ajudados, além de serem uma desculpa que as torna menos capazes de competir em igualdade de condições com os outros gru-

pos sociais. Por fim, assinala-se a coesão social: os críticos da ação afirmativa também crêem que ela provoca divisões sociais e políticas.

Conclusão: perspectivas atuais

A perspectiva adotada por esse artigo permite afirmar, com Darcy Ribeiro, que o Brasil só não é uma democracia racial porque não é uma democracia social. A luta mais árdua do negro africano e de seus descendentes brasileiros foi, e ainda é, a conquista de um lugar e de um papel de participante legítimo na sociedade nacional. As classes dominantes brasileiras, feitas de filhos e netos dos antigos senhores de escravos, guardam, diante do negro, uma atitude de desprezo. Todos eles são considerados culpados de suas próprias desgraças, explicadas como características da raça e não como resultado da escravidão, da opressão e das condições miseráveis a que estão submetidos. A nação brasileira sempre teve suas elites recrutadas entre os descendentes dos antigos senhores da sociedade escravocrata e nunca fez nada pela massa negra que a construiu (OLLIE, 1998).

O formato do debate intelectual e social a respeito da inclusão dos negros no Brasil tem se apoiado muito mais em fórmulas dualistas, como se questões de tal envergadura não fossem passíveis de dúvida. A questão é a um só tempo, antiga, contemporânea e relevante, não apenas no Brasil, mas em todo o mundo. O tema do racismo representa a própria hierarquia reinventada em sociedades supostamente igualitárias, e se apresenta com várias faces, mostrando, de acordo com a realidade social, um de seus rostos, como, por exemplo, o caso francês recente (FASSIN, 2002). Dessa maneira, esse aspecto da discriminação passa a integrar a pauta do mundo globalizado, crescentemente marcado por ódios históricos, freqüentemente nomeados através, ou a partir, da etnia, da origem ou da condição.

No Brasil, país de larga e violenta convivência com a escravidão, como também de outros conflitos de natureza interétnica (LUEBKE, 1983), o racismo pode assumir outras formas, contra os norteados, por exemplo (O'DOUGHERTY, 2002), tão violentas quanto aquelas relatadas contra os negros, por isso, talvez fosse melhor investir em um amplo e profundo debate sobre racismo, sem reduzir tudo à questão das cotas. A reserva de vagas para minorias, por exemplo, em absoluto cobre o conjunto de possibilidades das políticas de ação afirmativa e ainda corre o risco de ser absolutamente artificial e discricionária, em particular quando se levam em consideração as questões substantivas envolvidas, todas derivadas de um projeto de justiça social. Deve-se ponderar, por exemplo, que uma reserva desse tipo pode assegurar, artificial-

mente a entrada, mas não a permanência, em um curso universitário, pois os prejuízos da história não têm como ser ressarcidos exclusivamente por uma vontade formal. Talvez, no contexto norte-americano, a solução das cotas tenha respondido à teoria do *one drop blood*, segundo a qual a existência de um único ascendente negro na árvore genealógica do indivíduo é suficiente para classificá-lo como negro, levando a uma racialização da questão, em um contexto em que desigualdade era entendida a partir dos direitos civis. No Brasil, porém, o contexto político, sociológico e cultural é outro.

Agradecimentos

Beneficiou-se o autor do ambiente de discussão da equipe do prof. Edmond Préteceille e de toda a infra-estrutura de pesquisa colocada à sua disposição no Observatoire Sociologique du Changement – Fondation Nationale de Science Politique – CNRS, Paris – France, ao longo do ano de 2003, período durante o qual também recebeu uma bolsa de pós-doutorado da Fundação Capes. A todos o autor registra os seus agradecimentos.

Referências Bibliográficas

ACCOUD, L.; BEGHIN, N. *Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da ação governamental*. Brasília: Ipea, 2002.

ANDERSON, R. N. The Quilombo of Palmares: a new over view of a maroon state in seventeenthcentury Brazil. *Journal of Latin American Studies*, n. 28. (Brazil: History and Society), n. 3, p. 545-566, 1996.

BONAVIDES, P.; AMARAL, R. *Textos políticos da história do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 2002.

ERINGER, R. Mapeamento de ações e discursos de combate às desigualdades raciais no Brasil. *Estudos afro-asiáticos*, v. 23, n. 2, 2001.

ESCÓSSIA, F. D. A política de inclusão de negro é a penal. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 9 jul. 2001. p. A6. Entrevista.

FASSIN, D. L'invention française de la discrimination. *Revue Française de Science Politique*, v. 52, n. 4, p. 403-423, 2002.

GARCIA-ZAMOR, J. C. Social mobility of negroes in Brazil. *Journal of Inter-American Studies and World Affairs*, v. 12, n. 2, p. 242-254, 1970.

GOMES, A. M. D. C. A construção do homem novo: o trabalhador brasileiro. In: OLIVEIRA, M. P.; GOMES, A. M. de C. *Estado Novo: ideologia e poder*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982. p. 151-166.

HASENBALG, C.; SILVA, N. D. V. e. Raça e oportunidades educacionais no Brasil. In: SILVA, N. D. V. e.; HASENBALG, C. *Relações raciais no Brasil*. Rio de Janeiro: Rio Fundo Editora, 1992. p. 79-100.

HENRIQUES, R. *Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90*. Rio de Janeiro: Ipea, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo demográfico 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

———. *Brasil 500 anos*. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

JÚNIOR, H. S. A política de inclusão de negro é a penal. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 9 jul. 2001, p. A6. Entrevista.

LAL, B. B. Perspectives on ethnicity: old wine in new bottles. *Ethnic and Racial Studies*, v. 6, n. 2, p. 154-17, 1983.

LOVELL, P. A. Race, gender, and development in Brazil. *Latin American Research Review*, v. 29, n. 3, p. 7-35, 1994.

LUEBKE, F. C. A prelude to conflict: the German ethnic group in Brazilian society, 1890-1917. *Ethnic and Racial Studies*, v. 6, n. 1, p. 1-17, 1983.

MITCHELL, M. J.; WOOD, C. H. Ironies of citizenship: skin color, police brutality, and the challenge to democracy in Brazil. *Social Forces*, v. 77, n. 3, p. 1.001-1.020, 1999.

O'DOUGHERTY, M. *Consumption intensified: the politics of middle-class daily life in Brazil*. Durham NC: Duke University Press, 2002.

OLINTO, M. T. A.; OLINTO, B. A. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 4, p. 1.137-1.142, 2000.

OLLIE, A. J. Racial representation and Brazilian politics: black members of the National Congress, 1983-1999. *Journal of Inter-American Studies and World Affairs*, v. 40, n. 4, Special Issue: Brazil: The Challenge of Constitutional Reform, p. 97-118, 1998.

PARRA, E. J. et al. Estimating African American admixture proportions by use of population specific alleles. *American Journal of Human Genetics*, v. 63, n. 6, p. 1839-1851, 1998.

PASTORE, J. *Desigualdade e mobilidade social no Brasil*. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 1979.

———; SILVA, N. D. V. e. *Mobilidade social no Brasil*. São Paulo: Makron Books, 2000.

SCHWARTZMAN, S. Fora de foco: diversidade e identidades étnicas no Brasil. *Novos Estudos Cebrap*, n. 55, p. 83-96, 1999.

SILVA, N. D. V. e. Cor e processo de realização socioeconômica. In: HASENBALG, C.; SILVA, N. d. V. e. *Estrutura social, mobilidade e raça*. Rio de Janeiro: Vértice – Editora Revista dos Tribunais; Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro – IUPERJ. 1988. p. 143-163.

SIMON, P. La statistique des origines: 'race' et ethnicité dans les recensements aux États-Unis, Canada et Grande-Bretagne. *Sociétés Contemporaines*, v. 26, p. 11-44, 1997.

SKIDMORE, T. E. Bi-racial U.S.A. vs. multi-racial Brazil: is the contrast still valid? *Journal of Latin American Studies*, v. 25, n. 2, p. 373-386, 1993.

———. Toward a comparative analysis of race relations since abolition in Brazil and the United States. *Journal of Latin American Studies*, v. 4, n. 1, p. 1-28, 1972.

TELLES, E. E. Industrialization and racial inequality in employment: the Brazilian example. *American Sociological Review*, v. 59, n. 1, p. 46-63, 1994.

———. Racial ambiguity among the Brazilian population. *Ethnic and Racial Studies*, v. 25, n. 3, p. 415-441, 2002.

———. Residential segregation by skin color in Brazil. *American Sociological Review*, v. 57, n. 2, p. 186-197, 1992.

TEUSCHER, R. *Algumas observações sobre a estatística sanitária dos escravos de fazendas de café*. Rio de Janeiro: Typ. Imp. e Const. de J. Villeneuve, 1853.

TOPLIN, R. B. Reinterpreting comparative race relations: the United States and Brazil. *Journal of Black Studies*, v. 2, n. 2, p. 135-155, 1971.

WOOD, C. H.; LOVELL, P. A. Racial inequality and child mortality in Brazil. *Social Forces*, v. 70, n. 3, p. 703-724, 1992.

Desigualdades sociais e equidade em saúde

Rosana Magalhães ¹

¹ Doutora em Saúde Coletiva e pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Resumo

O presente artigo busca promover uma reflexão crítica em torno das dimensões das desigualdades sociais e da equidade em saúde. A partir do debate sobre justiça o trabalho contribui para o reconhecimento da heterogeneidade das demandas e necessidades em saúde e dos dilemas que envolvem a definição de prioridades e critérios para a alocação de recursos na área. Nesta perspectiva, intervenções universalizantes e focalizadas emergem como alternativas combinadas capazes de superar o quadro de iniquidades em saúde.

Palavras-chave: desigualdade social; cidadania; justiça; equidade; iniquidades em saúde.

Introdução

A discussão acerca dos critérios para equacionar o problema da desigualdade social tem acompanhado o debate sobre a justiça e as perspectivas para a solução dos impasses em torno da distribuição de bens e benefícios sociais. Este conflito, como analisa Rawls (1997), surge exatamente porque os indivíduos não são indiferentes ao modo como os benefícios são distribuídos e, portanto, existe uma disputa permanente em torno da definição sobre quais serão os princípios utilizados nesta redistribuição.

Para Rawls, a estrutura social comporta várias posições e os indivíduos nessas diferentes posições ou lugares sociais têm diferentes expectativas de vida e bem-estar. Algumas posições iniciais favorecem certos pontos de partida, gerando, assim, desigualdades profundas que minam as chances iniciais dos indivíduos. Neste cenário, o autor propõe a justiça como equidade, combinando dois princípios: o da justiça formal, da igualdade de todos perante a lei e da justiça substantiva ou “real”, enfatizando que as desigualdades socioeconômicas deverão ser regulamentadas para que resultem em benefícios compensatórios para todos e especialmente para os menos favorecidos.

Portanto para Rawls igualdade não é equidade. A equidade implica tratamento desigual para os desiguais. Se os indivíduos são diferentes, precisam ter tratamento diferenciado. Assim emerge a ideia das desigualdades justas. Ou seja, o tratamento desigual é considerado justo quando é benéfico para o indivíduo mais vulnerável. Neste debate, Walzer (1983) aprofunda a ideia de que cada vez mais as sociedades são heterogêneas e, portanto, a distribuição de bens deve acompanhar tal diversidade. Para Walzer, as diferentes categorias de bens devem ser distribuídas por três principais critérios: mercado, mérito e necessidade. A saúde, por exemplo, envolveria a necessidade e a educação o mérito, embora tais critérios possam ser definidos diferentemente em cada sociedade. No entanto, Walzer chama a atenção para os dilemas e conflitos presentes neste processo redistributivo. Embora a contaminação dessas esferas como, por exemplo, o dinheiro ser usado para comprar diplomas ou votos seja uma alternativa condenada na maioria das sociedades, a tensão e o risco são permanentes. Surge, assim, a necessidade de um “guardião das fronteiras” – o Estado – capaz de impedir a subversão dos princípios de repartição.

Abrindo espaço para novas questões em torno do debate sobre equidade, Elster (1992) radicaliza a importância da dimensão local para

o pacto de justiça. Para o autor, interessa pensar como as instituições definem prioridades e alocam recursos e, principalmente, como esses processos analisados caso a caso podem impactar a vida dos cidadãos. Cada arena em que se colocam as disputas em torno do processo alocativo – saúde, educação, trabalho, renda – pode utilizar diferentes princípios de redistribuição e os atores relevantes também podem ser múltiplos: agentes institucionais, políticos, beneficiários e até forças mais difusas como a mídia.

Elster enfatiza que as diferentes categorias de bens a serem distribuídos criam constrangimentos para a aplicação de critérios de justiça. Bens escassos podem ter sua repartição dificultada, mas, em geral, a própria escassez pode ser contornada pela ação concertada dos indivíduos. Para o autor, “nem todos os bens são como os quadros de Rembrandt”, ou seja, naturalmente limitados. É mais provável uma escassez artificial, como vagas em creches públicas ou postos de trabalho. Em algumas sociedades pode não existir diferenciação formal para admissão no sistema escolar para estrangeiros, mas estes podem pagar taxas maiores. Diferentemente, imigrantes que possuem qualificação específica em setores mais carentes de mão-de-obra podem ser priorizados. Na admissão em instituições escolares, critérios acadêmicos e não acadêmicos podem ser combinados, gerando maior diversidade. O transplante de órgãos também pode favorecer a alocação local diferenciada no caso de se utilizar como critério a urgência médica e a distância entre doador e receptor, na medida em que existam regiões com maior oferta. Estas decisões envolvem critérios de justiça que, às vezes, tornam-se ambíguos e contraditórios.

Na verdade, o estudo detalhado acerca do processo de tomada de decisão para a alocação de recursos ressalta a importância da conciliação de diferentes pontos de vista, os limites de critérios normativos muito rígidos e a pluralidade de concepções de justiça para os diferentes bens a serem distribuídos. Como aponta Elster, ainda que todos concordem em oferecer algum tipo de reabilitação para ex-presidiários, o consenso pode diminuir em torno da definição do público-alvo: serão privilegiados os reincidentes e mais perigosos ou os primários que cometeram delitos mais leves? Ao mesmo tempo, se todos concordam em ampliar as vagas no sistema escolar para deficientes físicos, como será feita a alocação de recursos para garantir classes menores e equipamentos específicos para esta clientela?

Funcionamentos e capacidades: a abordagem de Amartya Sen

Nesta tentativa de tornar a noção de bem-estar mais abrangente e compatibilizar justiça, igualdade e diferença, Sen (2001) sugere que os objetivos e propósitos do indivíduo vão além do ter e incluem, também, o fazer e o ser como indicadores da liberdade efetiva. O enfoque da capacidade – *the capability set* – é, portanto, concentrado na capacidade dos indivíduos funcionarem. Estas capacidades são múltiplas, vão desde estar bem nutrido até conseguir tomar parte em decisões coletivas, ter ambições e compromisso com a realização de objetivos. A noção de bem-estar torna-se mais abrangente do que o consumo pessoal. Como analisa Dahrendorf (1992) A. Sen é economista, obviamente não ignora que toda e qualquer motivação pode ser incorporada no auto-interesse dos indivíduos, mas também é capaz de perceber que o comportamento cooperativo pode surgir como reconhecimento pelos indivíduos da interdependência de seus ganhos.

Para Sen, a igualdade de bens primários não atende os indivíduos que possuem carências especiais. Esses grupos não conseguem converter os bens primários em liberdades efetivas. O autor também chama a atenção para a dificuldade real em estabelecer uma hierarquia de valores. Sua premissa básica é a de que o que tem valor para nós é plural e, conseqüentemente, as carências também são plurais. Assim, Sen propõe um espaço mais aberto e genuíno para que os indivíduos escolham o caminho do bem-estar.

Desigualdades sociais e saúde

Na área da saúde, os temas da justiça, da equidade e do bem-estar têm orientado diversos estudos e pesquisas e há um razoável consenso em torno da idéia de que as necessidades de atenção e cuidado não são iguais. Assim, cresce a perspectiva de discriminação positiva no sentido de garantir mais direitos aos que têm maiores necessidades. Nesta abordagem, também ganha maior relevância o compromisso com a caracterização das iniquidades ou desigualdades injustas em saúde definidas enquanto problemas evitáveis os quais, em geral, tendem a acompanhar as distâncias sociais existentes entre os indivíduos.

No entanto, não é uma tarefa trivial medir, caracterizar e mapear as iniquidades em saúde. Embora a análise do perfil de pobreza e de destituição material e simbólica da população possa contribuir muito para a percepção dos grupos mais vulneráveis no que se refere às condições de

saúde (KLIKSBERG, 2000), a determinação da influência dos níveis de analfabetismo, da renda ou do desemprego na prevalência de enfermidades ou no perfil de acesso aos serviços exige o estudo das profundas e complexas mediações entre saúde e condições de vida a fim de estabelecer nexos sólidos e caminhos para a intervenção.

Nesta direção, no início da década de 80, os resultados do *The Black Report* (TOWNSEND, PETER; DAVIDSON, 1982) consolidaram evidências em torno das relações entre saúde e condições sociais na Inglaterra. À luz das desigualdades verificadas entre os perfis de morbidade e mortalidade dos indivíduos segundo sua posição social, a necessidade de estratégias e ações públicas não focalizadas apenas no “setor saúde” ganharam mais força e consistência. Pesquisas desenvolvidas em vários países (DIDERICHSEN, EVANS; WHITEHEAD, 2002) também têm evidenciado que não só as enfermidades transmissíveis, mas os acidentes, traumatismos, violência e muitas doenças crônico-degenerativas concentram-se entre os grupos sociais mais pobres. As variáveis de gênero, cor, inserção ocupacional, oferta de infra-estrutura assim como o espaço geográfico, o território e os microterritórios urbanos e rurais tornam-se, assim, variáveis inescapáveis para a compreensão da dinâmica dos problemas de saúde e para a definição de prioridades de ação. Por território entende-se não apenas o clima, a topografia, mas algo que é construído coletivamente como a qualidade do saneamento, do transporte, dos serviços de saúde e escolas. Tais bens públicos cujo acesso não é garantido através do mercado têm sido reconhecidos como fundamentais para a compreensão das condições de saúde. A desigualdade na oferta de equipamentos coletivos nas diferentes áreas e microáreas geográficas reflete-se, assim, na qualidade do ar, nos espaços de lazer e convívio social, nos níveis de segurança pública e controle da violência e, também, na existência ou não de serviços de saúde integralizados (WAGSTAFF, PACI; van DOORSLAER, 1991). Assim, são incorporados às análises sobre equidade em saúde os “efeitos do lugar” sugeridos por Bourdieu (1999). Para o autor, enquanto o bairro nobre consagra, os bairros decadentes privam as pessoas de bem-estar e cristalizam situações de vulnerabilidade. Nesta perspectiva, em vez de focalizar as condições de saúde nos indivíduos surge a ênfase em territórios, bairros e espaços sociais.

Ao mesmo tempo, existem importantes assimetrias no que se refere ao capital humano das famílias e perfil de inserção relacional que podem ser traduzidas em iniquidades em saúde. Os efeitos do nível de educação dos pais e de rupturas familiares produzindo isolamento e perda de vínculos, analisados de maneira combinada e interdependente ga-

nam, portanto, centralidade no debate sobre equidade e saúde. Ou seja, as características dos indivíduos tradicionalmente associadas ao perfil de saúde como sexo, peso ou consumo de álcool – os chamados “fatores de risco individuais” – dão lugar aos aspectos ligados ao perfil mais amplo das políticas sociais e do tecido social. Obviamente, não se trata de criar dualidades entre as dimensões individual e coletiva da saúde, mas evitar a análise de variáveis isoladas, buscando explorar processos combinados e heterogêneos.

Considerações finais

No Brasil, o impacto das condições de vida na saúde pode ser percebido através de algumas importantes tendências. O crescimento do número de casos notificados de AIDS entre mulheres com menor escolaridade a partir de 1999, por exemplo, mostra que os grupos sociais não estão expostos homogeneamente aos chamados “fatores de risco” e, também, não apresentam as mesmas condições biológicas e sociais de enfrentar as doenças, podendo, inclusive, apresentar conseqüências diferenciadas da enfermidade.

As desigualdades sociais existentes no consumo de serviços de saúde ou na “organização das respostas sociais aos problemas de saúde” relacionadas às variáveis de gênero, cor e área geográfica também são expressivas (NUNES et al., 2001; TRAVASSOS et al., 2002). Igualmente, a mortalidade entre jovens do sexo masculino por causas externas nas regiões metropolitanas, a desnutrição entre idosos no Nordeste, a incidência de tuberculose entre a população mais pobre emergem como dilemas e desafios que impõem a busca de novas abordagens e a rediscussão dos critérios de universalidade, justiça e focalização das ações de saúde.

Na perspectiva em que a saúde e não a doença torna-se alvo da intervenção pública, as exigências coletivas em torno do trabalho, da renda, da educação, do lazer e, sobretudo, do direito humano de uma “vida de escolhas genuínas”, nos termos de Amartya Sen, devem ser combinadas à redefinição das práticas assistenciais e à melhoria do acesso aos serviços públicos. Nesta direção, as parcerias entre agências estatais, associações civis e múltiplos atores sociais e, conseqüentemente, a definição pública de critérios para a alocação de recursos através de redes sociais e fóruns participativos podem trazer importantes mudanças na agenda e no perfil das alternativas de intervenção. Em linhas gerais, o tema da equidade em saúde no País é indissociável do processo de construção de um novo pacto de justiça social e da reafirmação permanente dos direitos civis, políticos e sociais de cidadania.

Referências Bibliográficas

BOURDIEU, P. *A Miséria do mundo*. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

DAHRENDORF, R. *O conflito social moderno*. São Paulo: Jorge Zahar, 1992.

DIDERICHSEN, F.; EVANS, T.; WHITEHEAD, M. Bases sociales de las disparidades en salud. In: EVANS, T. (Org.). *Desafío a la falta de equidad en la salud*. Washington: OPS; Fundação Rockefeller, 2002. p. 13-26.

ELSTER, J. *Local justice*. Nova York: Russel Sage Foundation, 1992.

KLIKSBERG, B. *Desigualdade na América Latina: o debate adiado*. São Paulo: Cortez, 2000.

NUNES, A. et al. *Medindo desigualdades em saúde no Brasil*. Brasília: OMS; Opas; Ipea, 2001.

RAWLS, J. *Uma teoria da justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

SEN, A. *Desigualdade reexaminada*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

TOWNSEND, P.; DAVIDSON, N. *The black report*. London: Pelican Books, 1982.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 11, p. 365-373, 2002.

WAGSTAFF, A.; PACI, P.; VAN DOORSLAER, E. On the measurement of inequalities in health. *Social Science and Medicine*, v. 33, p. 545-557, 1991.

WALZER, M. *Spheres of justice*. Nova York: Basic Books, 1983.



A atenção ao adolescente em conflito com a lei. Perspectivas de avanço em direitos humanos e saúde

Simone Gonçalves de Assis ¹

Cláudia Regina Brandão Sampaio Fernandes da Costa ²

¹ Doutora em Ciências, Pesquisadora Titular do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde e do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

simone@claves.fiocruz.br

² Professora Assistente de Psicologia Jurídica no Departamento de Psicologia da Faculdade de Educação, Universidade Federal do Amazonas (Ufam). Doutoranda em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

clausamosta@uol.com.br

Resumo

Faz-se uma reflexão sobre direitos humanos de adolescentes em conflito com a lei sob o olhar da saúde e da promoção das condições de vida desses sujeitos. Situa brevemente a história da assistência ao adolescente infrator no Brasil. Apresenta os principais problemas de saúde relacionados à população de adolescentes infratores, indicando caminhos para a ação em saúde. Por fim, reflete acerca das possibilidades de conquista na perspectiva dos direitos humanos desses sujeitos, a partir da efetiva participação do campo da saúde.

Palavras-chave: *adolescente infrator; direitos humanos; violência e saúde.*

Introdução

A história do atendimento à criança e ao adolescente no Brasil pode ser dividida em três diferentes fases. A primeira refere-se ao período anterior à década de 20, caracterizado pelo filantropismo e assistencialismo, no qual a criança era tida como objeto de caridade e não como sujeito de direitos. A segunda fase, entre as décadas de 20 e 80, teve como marca principal a criação de denso corpo jurídico/institucional corporificado pelos Códigos de Menores e pelas fundações de assistência. A orientação básica era o atendimento ao menor em situação irregular, sendo este um “desviante”, quer seja por sua situação de orfandade, abandono, maus-tratos ou cometimento de ato infracional. Era a situação irregular e não o reconhecimento de serem estes possuidores de direitos inalienáveis que mobilizava a ação do Estado para com estes, por meio das instituições (BAZÍLIO, 2000).

A terceira fase (que reflete o momento atual) tem como principais características o reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos independente da situação a qual se encontrem e a atribuição de responsabilidade à sociedade ampla – família, sociedade e Estado –, visando à aplicação integral da nova lei, orientada pela doutrina de proteção integral: o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990).

Os modelos jurídicos que derivam nas formas de atenção a esses sujeitos sempre estiveram vinculados às concepções que as sociedades em seus contextos históricos possuíram acerca do que é ser criança e adolescente (ARIÉS, 1981). Assim, entende-se que as mudanças identificadas ao longo da história refletem avanços (ou retrocessos) da consciência coletiva na luta pelos direitos humanos. Todavia, a especificidade que reveste cada situação referente à infância e adolescência sensibiliza diferentemente a sociedade na construção de suas representações e, por conseguinte, na luta empreendida pela efetivação de ações garantistas na perspectiva dos direitos humanos.

Assegurar dispositivos de proteção a crianças vítimas de abuso sexual, por exemplo, constitui matéria significativamente distinta se comparada à dificuldade de efetivar ações protetivas aos adolescentes infratores, pelo fato destes serem apontados por terem violado direitos de outrem. As dificuldades no avanço tanto do reconhecimento dos direitos quanto da efetivação de políticas públicas em atenção ao adolescente infrator têm exigido a atuação de setores diversos, marcando, assim, a extensão e complexidade da questão bem como os desafios que se colocam para a justiça social. É neste sentido que se analisa neste momento a

busca de uma articulação intersetorial, objetivando a inviolabilidade de um dos direitos fundamentais do indivíduo: a saúde enquanto condições dignas de existência.

O adolescente em conflito com a lei e o setor saúde

Do ponto de vista jurídico, adolescente é um indivíduo entre 12 anos completos e 18 anos incompletos que se encontra em condição peculiar de desenvolvimento. Estar em conflito com a lei significa ser reconhecido como autor de ato infracional previsto no Código Penal (Brasil, 1990). Reunir essas condições e, simultaneamente, reconhecer o adolescente infrator como alvo da proteção integral constitui impasses no sentido de direcionar ações que respondam a demandas tão variadas como: coibir o ato infracional, socioeducar (promover desenvolvimento do adolescente em novas perspectivas individuais e sociais) e garantir o exercício dos direitos a ele assegurados pela legislação específica. Ao Sistema Socioeducativo caberia a responsabilidade pela execução de medidas que contemplassem essas três dimensões.

Tendo por base o ECA, as medidas socioeducativas destinadas aos infratores não poderão, sob hipótese alguma, prescindir do direito fundamental de "(...) proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam (...) o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência" (BRASIL, 1990, Lei Federal 8.069/90, art. 7º). Todavia, os avanços conceituais que distanciam os antigos modelos punitivos das perspectivas atuais (que priorizam modelos pedagógicos de atenção e desenvolvimento de potencialidade) ainda não foram suficientes para reverter uma prática institucional conservadora, secularmente arraigada. A despeito da nova doutrina, as instituições pouco têm contribuído para a promoção de qualidade de vida, saúde mental e cidadania dos usuários do sistema (OLIVEIRA; ASSIS, 1999), permitindo (ou produzindo), muitas vezes, formas significativas de violação aos direitos humanos, sobretudo quando a infração cometida e a medida aplicada são de maior gravidade (XAUD, 1999).

O grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90 em torno da temática violência e saúde envolvendo crianças e adolescentes culminou em significativa produção científica, expondo as dificuldades existentes para a promoção da qualidade de vida desses adolescentes, especialmente quando institucionalizados (ASSIS; CONSTANTINO, 2003). Nos primeiros anos do século XXI, esforços ainda são necessários no sentido de conhecer as condições reais sob as quais se encontram os adolescentes em cumprimento de medida.

Destaca-se um levantamento realizado pelo Ministério da Justiça através da Secretaria de Estado de Direitos Humanos (Portaria 10/07/2002), que teve por objetivo avaliar a situação das unidades de medidas restritivas de liberdade e a proposição de medidas de adequação das mesmas em consonância com o ECA. Tal levantamento apontou para a proposição de uma “Política Nacional de Saúde para os Adolescentes que Cumprem Medida Socioeducativa” (BRASIL, 2002b). Os dados apresentados por este e demais estudos na confluência das áreas dos direitos humanos e da saúde evidenciam a urgência na consolidação de pactos intersetoriais que possam produzir um melhor atendimento aos adolescentes. A saúde colocou-se, deste modo, como setor essencial na luta pela garantia dos direitos desses adolescentes, avaliando, discutindo e propondo alternativas, na interface com a justiça: os modelos de atenção ao adolescente infrator.

Apesar de dispor de artigos que regulamentam sobre a prática do ato infracional, garantias processuais e procedimentos relativos às medidas socioeducativas previstas, cada Estado da Federação busca alternativas para prestar os serviços de atenção ao adolescente em conflito com a lei, resultando em diferenças no que tange à metodologia de atendimento e às estratégias de ação (BAZÍLIO, 2000). Contudo, embora se possam constatar progressos em várias cidades brasileiras (construção de unidades em conformidade com a norma legal, descentralização das unidades), persistem problemas que, se não gerais, constituem focos de relevante preocupação na perspectiva dos direitos humanos e saúde desses adolescentes: a existência de instituições ainda sob a concepção dos padrões anteriores, a superlotação, falta de capacitação dos trabalhadores, casos de extrema violência, episódios de rebeliões e mortes, a deficiente assistência médica e odontológica, a medicalização, e a ainda precária escolarização (BRASIL, 2002a; BENTES, 1999).

Dados preliminares obtidos a partir do levantamento do Ministério da Justiça demonstram que entre as principais mudanças ocorridas no que se refere à adequação do sistema ao ECA existem algumas de tendência universal (identificadas em todas ou na maioria das unidades federativas) e outras de caráter menos universal. A criação dos Conselhos de Direitos e a inserção dos adolescentes em escolas públicas são alguns dos reordenamentos que “vêm se processando com maior ou menor rapidez e eficácia em todas as unidades do país” (BRASIL, 2002a: 5).

Apontadas como menos universais estão as mudanças na qualidade do atendimento aos adolescentes que cumprem medida privativa de

liberdade, que ainda evidencia inadequações tanto em relação aos programas socioeducativos quanto às condições estruturais das instituições (ibid., p. 6). Nestes aspectos, a semelhança com o sistema prisional (GOFFMAN, 1992; ASSIS, 1999, ASSIS; CONSTANTINO, 2001) destituiu o caráter ressocializador e protetivo previsto pelo estatuto, assumindo o perfil eminentemente punitivo, contrário à doutrina em vigor.

Cabe registrar a identificação de experiências bem-sucedidas no contexto socioeducativo de algumas localidades, onde o progresso e a efetivação de mudanças su-gerem a possibilidade real da promoção dos direitos a estes sujeitos através de ações bem coordenadas, em consonância com os preceitos do ECA (BRASIL, 2002a: 5)

Para além do conhecimento das situações objetivas que o levantamento realizado pelo Ministério da Justiça proporcionou, destaca-se o impulso gerado no sentido de agregar novos setores e atores em torno desta problemática.

Diante das principais dificuldades existentes em relação às condições de atendimento ao adolescente infrator, o Ministério da Saúde vem refletindo sobre a sua parcela de atuação, trabalhando na elaboração de uma Portaria de Atenção Básica à Saúde nessas unidades. Talvez porque muitos desses adolescentes estejam sob a tutela das Secretarias Estaduais de Justiça, pouca conexão tem existido com as Secretarias Estaduais de Saúde que, comumente, não reconhecem que os adolescentes infratores estão sob sua esfera de ação. Incorporar a atuação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para efetivamente desenvolverem procedimentos de atenção básica à população destas instituições contribuiria sensivelmente para promover uma atenção maior aos adolescentes em conflito com a lei.

A saúde do adolescente no contexto da ação socioeducativa

Pensar a saúde no contexto socioeducativo exige uma reflexão acerca do que se define enquanto “saúde”. Cunha (2000), ao adotar a definição da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, parte da perspectiva de que a saúde é uma resultante de condições diversas, entre elas alimentação, educação, renda, meio ambiente, lazer, acesso a serviço de saúde entre outros, abrangendo dimensões muito mais amplas que a estrita “ausência de saúde”. Sob esta perspectiva, a atenção à saúde do adolescente infrator transcende o diagnóstico, tratamento e prevenção de quadros específicos, apoiando-se no paradigma da promoção da saúde. A precariedade de atendimento a essas questões

mais vinculadas ao paradigma prevencionista evidenciam ainda mais a insuficiência dos modelos de atendimento atuais.

A condição socioeconômica dos adolescentes infratores denuncia a perpetuação do estigma resultante da doutrina da situação irregular, que de modo tão eficaz associou pobreza à marginalidade e delinqüência. Associar mecanicamente pobreza à violência constitui um risco, sobretudo no sentido de naturalizar fenômenos e vulnerabilizar ainda mais parcelas da população que já se encontram em situação desfavorável no contexto da sociedade (MINAYO; SOUZA, 1999). Tal reducionismo é explicado como resultado de processos de exclusão social que tendem a vincular adolescentes pobres do sexo masculino às identidades delinqüentes, ao invés de focalizar a fragilidade social sob a qual tais sujeitos se encontram. Para estes, as medidas de proteção previstas no estatuto, bem como a garantia aos direitos fundamentais, ainda não tiveram o alcance desejado (COSTA, 2001).

Evitando uma simplificação, mas apresentando o perfil desses adolescentes, identificam-se trajetórias familiares marcadas por violência doméstica, uso ou convivência com usuários de álcool ou outras drogas, prejuízo nos processos de escolaridade e profissionalização, além de condições não adequadas de exercício de cidadania. Os problemas psicossociais que mais afetam esta população tendem a ser dificuldades de aprendizagem, baixa auto-estima, pensamentos suicidas e dependência química. Desnutrição, doenças infecto-contagiosas e parasitárias, doenças sexualmente transmissíveis, problemas neurológicos e odontológicos mostram a diversidade do quadro que desafia a ação da saúde neste contexto, além das marcas que resultam da violência – ferimentos, hematomas, violência sexual, que os acometem dentro ou fora das instituições (CUNHA, 2000).

Algumas dessas questões já vêm sendo contempladas, ainda que não na totalidade de sua extensão, pelo Programa de Saúde do Adolescente (Prosad) (CUNHA, 2000: 132), ainda que não necessariamente voltado à singularidade da situação de cumprimento de medida socioeducativa (BRASIL, 2002b: 3).

Outro aspecto relacionado à saúde dos adolescentes no contexto socioeducativo diz respeito à estrutura de Serviços de Saúde das unidades. A ausência de ambulatórios nas próprias unidades coloca como principal alternativa o atendimento pela rede SUS, dificultada pelos entraves no agendamento, pela necessidade da escolta policial, pelo constrangimento do adolescente na fila de espera, além da resistência e despreparo

dos serviços de saúde para lidar com estes jovens (BRASIL, 2002b:10). Tais dados indicam a necessidade de estabelecer estratégias de acessibilidade do adolescente infrator aos serviços. Contudo, a despeito desta flagrante necessidade, identifica-se a execução de várias ações muitas vezes desempenhadas neste contexto, reduzindo a demanda de serviços externos. Entre essas ações estão a coleta e realização de exames laboratoriais de rotina, atendimento em saúde mental e saúde bucal, tratamento a usuários de drogas, acompanhamento nutricional, tratamento específico para a tuberculose, ações de promoção de saúde, além da prevenção do câncer do colo uterino e de mama e realização de pré-natal, acompanhamento de pré-natal, estes especificamente nas unidades femininas (BRASIL, 2002b:11; ASSIS; CONSTANTINO, 2001).

Em relação às equipes de saúde das unidades, estas tendem a ser contratadas diretamente pelas fundações responsáveis, sendo compostas essencialmente de médicos (predominantemente clínicos), seguido de assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, psicólogos e odontólogos (BRASIL, 2002b: 14). A necessidade de qualificação da equipe profissional consiste num aspecto de suma importância quando considerada a dimensão da qualidade da prestação do serviço em saúde, sobretudo diante das especificidades da clientela.

As condições já mencionadas acerca da estrutura das instituições (lotação, adequação do espaço à proposta socioeducativa), bem como os modelos de atenção e formas como são executadas as atividades socioeducativas, constituem também interesse no campo de reflexão da saúde do adolescente infrator, sobretudo a partir do conceito ampliado de saúde.

Certamente que a atenção ao adolescente em conflito com a lei a partir da perspectiva da saúde não se restringe à superação das condições aqui apontadas ou outras de natureza semelhante que se coloquem no rol das demandas. Ao identificar as condições de saúde desses adolescentes, há que se manter sob o foco das reflexões e proposições que a garantia dos direitos desses indivíduos transcende o direito à saúde e serviços relacionados, mas inclui uma perspectiva de promoção do indivíduo em todas as dimensões possíveis, através de ações socioeducativas. Não se pode pensar uma política de atendimento calcada no respeito aos direitos humanos que não contribua para amenizar a delicada situação dos profissionais de saúde que trabalham nessas unidades, comumente pouco valorizados e desqualificados por alguns operadores de direito quanto à importância do seu papel (SILVA, 2001).

As perspectivas de avanço em direitos humanos e saúde do adolescente em conflito com a lei estão diretamente relacionadas às modificações na consciência coletiva à medida que aumenta o reconhecimento destes enquanto “detentores de direitos inalienáveis inerentes à pessoa humana” (XAUD, 1999:87).

A sensibilização do setor saúde à questão do adolescente em conflito com a lei vem ao encontro não apenas das demandas emergenciais identificadas no contexto socioeducativo brasileiro, mas também às proposições do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) no que diz respeito à necessidade constante de formulação e acompanhamento de políticas públicas para a infância e adolescência pelos mais diversos setores da sociedade civil e do Estado.

A atuação mais intensiva do setor saúde no contexto socioeducativo certamente impulsionará o reordenamento das instituições executoras de medidas, conformando-as mais aos preceitos do ECA.

O esforço na proposição de programas de atenção à saúde do adolescente no contexto socioeducativo tende a fortalecer vínculos cooperativos entre Ministérios, Secretarias Estaduais e Municipais da Justiça, Saúde e Educação, promovendo, consequentemente, a inclusão e participação de outros segmentos no cenário em questão. A integração operacional desses órgãos pode constituir um caminho propício à efetivação de ações que respondam positivamente às complexas demandas que se colocam a partir do cometimento de ato infracional por um adolescente.

A sensibilização do setor saúde e de profissionais da área constitui, por si só, um avanço na garantia dos direitos humanos mais amplos, uma vez que revela a ampliação da consciência coletiva na construção da justiça social. A dimensão social dos direitos humanos só pode ser garantida quando não o *indivíduo* – alguém descolado do social – mas a *pessoa solidária* for a categoria básica levada em consideração (GUARESCHI, 2000).

A atenção ao adolescente infrator reveste-se de novas perspectivas, a partir do reconhecimento da participação do setor saúde na promoção do cidadão. Garantir direitos é, nesta perspectiva, socioeducar, reforçar vínculos de compromisso entre o indivíduo e a sociedade. Assim sendo, é fundamental que os programas de saúde no contexto das medidas socioeducativas sejam não apenas colocados em prática, mas que visem efetivamente à proteção e ao desenvolvimento dos adolescentes, objetivando simultaneamente ao bem-estar individual e ao bem comum.

Referências Bibliográficas

ARIÉS, P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1981.

ASSIS, S. G. *Traçando caminhos em uma sociedade violenta: a vida dos jovens infratores e de seus irmãos não infratores*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

———; CONSTANTINO, P. *Filhas do mundo: a infração juvenil feminina no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

———; CONSTANTINO, P. *Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90*. In: MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. (Org.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 163-198.

BAZÍLIO, L. C. *Política pública de atendimento à criança e ao adolescente*. In: BRITO, L. T. (Coord.). *Jovens em conflito com a lei*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2000.

BENTES, A. L. S. *Tudo como dantes no quartel de Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial*. 1999. *Dissertação (Mestrado)*– Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

BRASIL. *Lei Federal n.º 8.069, de 13 de junho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Senado Federal, 1990.

———. Ministério da Justiça. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Departamento da Criança e do Adolescente. *Caderno 4. Descrição do sistema de atendimento aos adolescentes cumprindo medida privativa de liberdade*. Brasília: Ipea-Dicod, 2002a.

———. Ministério da Justiça. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Departamento da Criança e do Adolescente. *Caderno 5. Por uma política nacional de saúde para os adolescentes que cumprem medidas socioeducativas de internação, internação provisória e semiliberdade*. Brasília: Grupo de Trabalho Saúde e Justiça, 2002b.

COSTA, C. R. B. S. F. *Da infância à delinquência: a construção de pequenos e grandes bandidos e vilões*. In: JORNADA DE PSQUIATRIA E PSICOLOGIA DA REGIÃO NORTE, 2., 2001. Manaus, AM. *Anais...* Manaus, 2001.

CUNHA, J. M. A saúde do adolescente no contexto da ação socioeducativa. In: BRITO, L. T. (Coord.). *Jovens em conflito com a lei*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2000.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1992.

GUARESCHI, P. Ética, justiça e direitos humanos. In: ———. *Psicologia, ética e direitos humanos*. São Paulo; Brasília: Conselho Federal de Psicologia – Casa do Psicólogo, 2000.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência: reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999.

OLIVEIRA, M. B.; ASSIS, S. G. Os adolescentes infratores do Rio de Janeiro e as instituições que os “ressocializam”: a perpetuação do descaso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 4, p. 831-844, 1999.

PALAZZO, L. O. A evolução dos direitos humanos e suas novas dimensões. In: ———. *Psicologia, ética e direitos humanos*. São Paulo; Brasília: Conselho Federal de Psicologia – Casa do Psicólogo, 2000.

SILVA, A. D. *Fatores que influenciam a medida socioeducativa aplicada ao adolescente autor de ato infracional, na Comarca da Capital do Rio de Janeiro*. 2001. Dissertação (Mestrado)– Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Ence, 2001.

XAUD, G. B. Os desafios da intervenção psicológica na promoção de uma nova cultura de atendimento do adolescente em conflito com a lei. In: BRITO, L. M. T. *Temas de psicologia jurídica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999.

Juventude, saúde e liberdade de ir e vir na cidade do Rio de Janeiro ¹

Sinésio Jefferson Andrade Silva ²

Mariluci Correia do Nascimento ³

Marcia Menezes Thomaz Pereira ⁴

José Wellington Gomes Araújo ⁵

Elaine Sandra A. Savi ⁶

Eduardo N. Stotz ⁷

Teresa Cristina C. L. Neves ⁸

² Graduando em História/UFRJ.
sinesiojefferson@click21.com.br

³ Graduanda em História/UFRJ. Bolsa Pibic-Fiocruz
marilucin@yahoo.com.br

⁴ Graduanda em Ciências Sociais/UFRJ.
marciampt@bol.com.br

⁵ Médico sanitarista, mestre em Saúde Pública.
well@ensp.fiocruz.br

⁶ Psicóloga, especialista em Saúde Pública.
esavi@uol.com.br

⁷ Sociólogo, historiador, doutor em Saúde Pública.
enstoz@ensp.fiocruz.br

⁸ Farmacêutica, mestre em Comunicação e Cultura.
tcneves@ensp.fiocruz.br

¹ O grupo de autores faz parte do Núcleo de Estudos Locais em Saúde (Elos), vinculado ao Departamento de Endemias da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz).

*As favelas são o exagero do resto da cidade.
(Comentário Popular)*

*Pois lá na favela o olheiro é maneiro, esperto, chin-
freiro e não fica às cegas.
(Jorge Carioca/ Marcinho/ Marquinhos PQD –
Versão O Rappa)*

Resumo

O presente artigo apresenta o cotidiano de violência a que estão submetidos principalmente os homens, jovens e negros moradores de favelas e bairros populares. Aborda-se o problema do ponto de vista da liberdade de ir e vir desses jovens no chamado Complexo da Maré, na cidade do Rio de Janeiro. Procura-se chamar atenção para as dimensões simbólicas da violência e da suspensão do Estado de direito que afetam a vida e a saúde dos jovens pobres cariocas. Ao mesmo tempo, assinala-se as possibilidades da superação desta realidade, perceptíveis nas ações coletivas que projetam o objetivo de uma cidadania plena para todos os moradores da cidade.

Palavras-chave: *juventude e direitos humanos; saúde; liberdade de ir e vir; redes sociais; favela; organização popular.*

Algum tempo atrás o assassinato do jornalista Tim Lopes chocou a opinião pública da cidade do Rio de Janeiro e arriscaríamos dizer de todo o Brasil. A questão colocada em evidência pelo conjunto da imprensa naquele momento foi o fato de o jornalista ter sido “julgado, condenado e, logo após, executado por bandidos de uma favela do Rio”. Naquele momento não restava dúvida – como ainda hoje não resta –, foi uma trágica violação dos direitos humanos e um questionamento aberto ao Estado de direito.

Esse caso isolado, de grande repercussão, suscita algumas questões para pensarmos, nos dias de hoje, direitos humanos, qualidade de vida e saúde numa cidade como o Rio de Janeiro. Foi Tim Lopes o primeiro ou o último cidadão a morrer nessas condições? Será que o Estado pratica e garante respeito às prerrogativas básicas dos direitos humanos? Como isso funciona no caso específico da população pobre e jovem? Essas três perguntas irão contribuir para a estruturação de nossos argumentos construídos a partir de vivências nas comunidades.

A maioria dos moradores das favelas do Rio de Janeiro e profissionais que lá trabalham não precisaram conhecer o caso Tim Lopes para saber das atrocidades praticadas contra os direitos humanos na nossa cidade. Vale o relato de três exemplos ocorridos na área do chamado Complexo da Maré, um conjunto de bairros populares e favelas situado entre a Baía de Guanabara e a Avenida Brasil. O primeiro, antes da execução do referido jornalista, conta a história de um jovem morador que, ao visitar outra comunidade do mesmo conjunto de favelas, estava, digamos assim, no lugar errado com as roupas erradas. Isto é, pelo simples fato de estar vestido com roupas cujas marcas, simbolicamente, são atribuídas ao “comando” rival, imediatamente o rapaz foi identificado como um inimigo, um estranho no ninho. O resultado foi que este jovem sofreu por parte dos foras-da-lei – muito provavelmente jovens como ele – mutilações em mais de uma parte do seu corpo. O segundo exemplo, posterior ao caso Tim Lopes, aconteceu novamente com outro homem jovem que, flagrado pela polícia em atividade ilícita, foi capturado e logo em seguida levado para um prédio onde os agentes da lei lhe deram a sentença de morte e o executaram. O último exemplo aconteceu durante um campeonato comunitário de futebol masculino, quando mais de uma equipe teve que abandonar a competição antes do seu encerramento. Isso porque facções anteriormente aliadas passaram a disputar o controle dos pontos-de-venda de drogas nas imediações do campo de futebol, inaugurando uma nova fronteira de risco. Esses três relatos não se tornaram notícia de imprensa, mas são situações cotidianas nos bairros populares e favelas, e a esses casos juntam-se outros que permanecem no anonimato.

Considerando esses exemplos ocorridos na Maré como uma pequena amostra do cotidiano vivido pelos moradores de bairros populares e favelas do Rio, podemos supor que a universalidade proposta pela Carta de Direitos Humanos ainda enfrenta dificuldades para chegar até os pobres. O grau de violência que incide sobre a população de baixa renda é maior que no resto da cidade, porém os moradores dessas comunidades não são igualmente atingidos porque existe uma estratificação social entre eles e, além desses estratos, há diferenciações que criam situações específicas para os jovens e para os adultos, para os homens e para as mulheres e também para os negros e para os brancos na hora de fazer valer a cidadania.

Os casos relatados sugerem, portanto, que o direito de ir e vir é exercido pelas pessoas de maneira desigual. Nas favelas e bairros populares, se essas pessoas são homens, jovens e negras as coisas só pioram. Isso não significa dizer que as mulheres, os adultos, os brancos e os que gozam de melhores condições financeiras não estejam também correndo riscos. De todo modo, os homens jovens, negros e pobres carregam o estigma de serem uma potencial ameaça e, também por isso, estão mais vulneráveis ao cerceamento do direito de ir e vir. Seria interessante, por exemplo, verificar as estatísticas – se elas existirem – de quem está sendo abordado nas blitz da polícia espalhadas por toda a cidade. Não será surpresa nenhuma se os números apontarem que na maioria das vezes são os jovens, os homens e os negros os mais visados.

Soma-se a isso outra questão: nas áreas onde existem “divisas” impostas por poderes não oficiais são estes segmentos da população os que mais sofrem. Embora invisíveis e arbitrárias, essas barreiras definem onde, quando e quem pode atravessá-las. Diante disso e tomados pelo medo, os jovens não circulam espontaneamente, mas elaboram trajetos mais trabalhosos para os destinos de sempre, abandonam campeonatos ou, então, acabam por tolher suas relações com amigos(as), namorados(as) e parentes que eventualmente residam do outro lado das “divisas”. Com isso, um clima de terror é internalizado e, mesmo que não haja qualquer evidência clara de perigo, faz com que determinadas regras sejam seguidas por todos, apesar de absurdas do ponto de vista dos direitos humanos.

Estamos falando de um sentimento de vulnerabilidade que introduz nas pessoas o medo, a desconfiança e, por conseqüência, uma atitude de autovigilância. Seria algo parecido com o mecanismo panóptico que Foucault (1986) nos apresenta no seu *Vigiar e Punir*. O panóptico é um sistema de vigilância e controle dado pela internalização de um senti-

mento de vulnerabilidade diante de um observador que, por não ser identificado quando e onde está a serviço, gera uma atitude de auto-regulação nos observados. O panóptico é um laboratório de poder eficiente e funcional. Segundo este autor, o mecanismo pode servir para diversas instituições, entre as quais prisões, fábricas, hospitais, escolas. Cada uma dessas aplicações valeria para objetivos específicos, no caso, submeter o prisioneiro à disciplina, o operário a uma maior produtividade e assim por diante. Nesse sentido, o panóptico é um instrumento ordenador.

Arriscaríamos dizer que na nossa cidade estão presentes elementos panópticos de controle, ainda que não reconhecidos como tais. São avisos com os dizeres "Sorria, você está sendo filmado!", indicando a presença de circuitos de gravação; ou então olheiros espalhados pelas lajes das casas nas comunidades "divididas". Conseqüentemente o ato de ir e vir passa a ser cuidadosamente calculado. Essa cautela, já impregnada nas pessoas, surge da sensação – às vezes exagerada, às vezes verdadeira – de estarem sendo vigiadas o tempo todo. Na dúvida parece ser melhor a auto-regulação, o não atrevimento. Assim, sutilmente ou de forma trágica, as pessoas aprendem a agir segundo um código de poder que estabelece regras e limites.

Contudo, se por um lado o narcotráfico representa, em muitos lugares, um elemento que limita o exercício de alguns direitos, por outro, ele é a ferramenta mais rápida para se alcançar certas demandas. Estas, por sua vez, não são relacionadas apenas a questões de primeira necessidade, como ter o que comer ou ter onde dormir. São muitas vezes apelos por justiça. Por mais arbitrário e ilegal que seja é nesse "tribunal de rua" que várias pessoas resolvem seus anseios.

Portanto os bandidos ocasionalmente podem ser solicitados para resolver conflitos entre os moradores. Mas, se a violência cruel das facções armadas impede os direitos civis – o de ir e vir, por exemplo –, a violência da polícia contra os cidadãos pobres nega o próprio Estado de Direito (PANDOLFI, 1999). O Estado detém o monopólio do uso da violência por meio da polícia, porém, quando ela não prende mas tortura, quando mata ao invés de defender, ocorre um claro abuso dos direitos. Neste sentido, polícia e bandidos fazem valer o "tribunal de rua", uma vez que julgam, condenam e executam suas sentenças de forma sumária e privatizada.

A maioria das comunidades da Maré possui água, esgoto e coleta de lixo, e a maioria de suas casas são de alvenaria. Mesmo que esses ser-

viços urbanos não tenham qualidade satisfatória, convém lembrar que grande parte das pequenas cidades brasileiras não possuem essa infra-estrutura. Então por que, no imaginário carioca, a Maré é uma imensa favela? Por que não chamá-la de bairro popular? Para esse imaginário, a favela é o lugar da carência, da falta, do vazio; e os seus moradores são o “bode expiatório” para os problemas da cidade (ZALUAR; ALVITO, 1998); ou seja, uma vez favela, sempre favela.

Essa imagem de ‘favela’, historicamente construída pela classe dominante, diluída em todas as instituições brasileiras e difundida pela mídia, nada mais é do que uma seqüela do pensamento e sentimento escravista. Permanece um preconceito elitista contra os lugares onde residem as classes trabalhadoras. Dois versos da poesia intitulada *Na Casa da Madame*, da poeta Jovelina Jô, ex-empregada doméstica e ex-moradora da Maré, ilustram bem esse sentimento:

*Da seiva da minha escravidão privada
Nutre-se a sua liberdade pública.*

Certamente esse imaginário preconceituoso é reproduzido e atualizado principalmente pela grande imprensa nos dias atuais, que é a porta-voz dos sentimentos da elite. A essa mídia não interessa mostrar o imenso esforço empreendido pelas pessoas dessas comunidades no intuito de suprir os efeitos da ausência do Estado. Esforço que é motivado pela necessidade, mas também, principalmente, por valores humanos superiores, como a solidariedade, acrescida de uma grande capacidade associativa. São famílias que empreendem uma luta incansável contra a falta de perspectiva para os seus jovens.

Na Maré, a capacidade de organização das pessoas é denotada em um estudo de Marteleto (1999). É grande o número de pequenas organizações sociais em torno de temas específicos como saúde, moradia, gênero e cultura. Essas organizações costumam ser duradouras, reproduzindo-se nas pequenas formas de se relacionar; e mesmo as mais efêmeras quase sempre ressurgem de modos diferentes.

Por último disseminou-se a idéia de “redes sociais” (ELIAS, 1994), um avanço na capacidade organizativa das comunidades da Maré e outras favelas do Rio, promovida pela constante interação ou reticularidade social.

Embora a classe média continue pensando o morador da favela como o “coitado”, o “carente”, o que nada tem e precisa ser assistido, ou

em outro extremo, o “bandido”, o “perigoso” que ameaça o resto da sociedade e por isso precisa ser eliminado, uma observação mais atenta aponta para uma realidade bem diferente. Os moradores desses espaços se negam a aceitá-la como um lugar separado, à margem, e lutam dia-a-dia por fazer valer a cidadania a que têm direito. Surgem assim diversos grupos, organizações e movimentos que procuram alterar essa realidade e exigir do Estado que assuma efetivamente a favela como parte integrante da cidade e se faça presente em todas as instâncias.

Este é o caso do Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré (Ceasm). Essa Organização Não-Governamental vem, desde 1997, realizando trabalhos em toda a região da Maré, numa luta constante por instauração de políticas públicas e garantia da cidadania da população local.

Ao contrário da mídia oficial, que apenas faz reforçar esse imaginário historicamente construído da favela, o jornal *O Cidadão* – editado pelo Ceasm e distribuído gratuitamente por toda Maré – traz notícias sobre o cotidiano da comunidade e mostra, de maneira bem interessante, o que o resto da cidade se nega a enxergar: uma comunidade alegre, eclética, que tem problemas como qualquer outro lugar, mas onde novas experiências e possibilidades são criadas a cada dia.

A fim de resolver os principais problemas da juventude local, a *Rede Maré Jovem* reúne jovens de diversas instituições e comunidades da Maré. Esta rede surgiu com a proposta de conhecer e articular as instituições que trabalham com e para os jovens da Maré, num trabalho conjunto de debate e mobilização, visando à melhoria na qualidade de vida – presente e futura – da juventude local. Como o problema da livre circulação por diferentes espaços – conforme já apontado anteriormente – é um problema sentido com mais intensidade pelos jovens, a *Rede Maré Jovem* tornou esta uma das suas bandeiras de luta, organizando-se para que a juventude mareense possa circular livremente por toda a Maré. Este objetivo norteia inclusive a dinâmica de suas reuniões, que se dá de forma itinerante pelas diversas comunidades do bairro.

O Ceasm, o jornal *O Cidadão* e a *Rede Maré Jovem* são apenas três exemplos de luta por garantia e prática dos direitos humanos no Bairro. A esses somam-se diversos grupos que, muitas vezes pontualmente, negam-se a aceitar o lugar de diferentes, marginal, excluído.

Assim, vemos que temas como juventude, saúde e a liberdade de ir e vir há muito estão recebendo a devida atenção pelos moradores das

comunidades. É estranho que o “resto da cidade” não perceba a necessidade de inserir a favela no contexto de cidadania do Rio de Janeiro e superar o imaginário da cidade partida.

Referências Bibliográficas

ELIAS, N. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1986.

MARTELETO, R. M. *Cultura, espaço e textualidade: relações intercampos, rede sociais e novas configurações comunicacionais/informacionais*. Relatório final de pesquisa enviado ao CNPq, 1999.

MESQUITA NETO, P. Violência policial no Brasil: abordagens teóricas e práticas de controle. In: PANDOLFI, D. C. (Org.). *Cidadania, justiça e violência*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999.

SANTA CATARINA (Estado). Centro de Estudos, Cultura e Cidadania. *Qualidade de vida e cidadania: indicadores da qualidade de vida em Florianópolis*. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

SOUZA E SILVA, J. de. *Por Que uns e não outros: caminhada de jovens pobres para a universidade*. Rio de Janeiro: Sette Letras, 2003.

ZALUAR, A.; ALVITO, M. (Org.). *Um século de favela*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1988.

Alimentação saudável como direito humano

Denise Oliveira e Silva ¹

Denise Cavalcante de Barros ²

Esther Lemos Zaborowski ³

¹ Nutricionista, Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília e Pesquisadora da Diretoria Regional da Fundação Oswaldo Cruz em Brasília.

deniluz@coreb.fiocruz.br

² Nutricionista, Mestre em Ciências da Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz e Pesquisadora do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/Ensp/Fiocruz.

barrosdc@ensp.fiocruz.br

³ Pediatra, Mestre em Saúde da Criança pelo Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz e Coordenadora do Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição da Região Sudeste/Ensp/Fiocruz.

crsisvan@ensp.fiocruz.br

Resumo

O direito humano à alimentação faz parte dos princípios fundamentais da pessoa humana criados a partir de 1948, sendo o Brasil o país pioneiro a assumir esse ideário em uma política setorial. O texto traz as experiências desenvolvidas nesse campo pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Palavras-chave: *alimentação; direitos humanos; experiências setoriais.*

Introdução

Ao longo de sua evolução, o ser humano lidou com a prerrogativa de ser onívoro. A partir de sua sobrevivência no planeta – onde muitas vezes teve que superar flagelos determinados por catástrofes ambientais e guerras –, determinou o reconhecimento da importância da construção de um mundo mais justo e equânime. A solidariedade e a compaixão estão na história de várias culturas e sociedades, mas é depois da Segunda Guerra Mundial que a proposição de leis nacionais e internacionais de direitos humanos são promulgadas no bojo da criação das Nações Unidas.

O direito humano à alimentação faz parte desse processo, sendo o Brasil o país pioneiro a assumir esse ideário em uma política setorial. O Ministério da Saúde, em 1999, assumiu nos pressupostos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN, 2000) o direito humano à alimentação. Desde então essa premissa tem balizado diversas estratégias de promoção à alimentação saudável no País tanto no campo governamental como para a sociedade civil e várias ações têm sido desenvolvidas a partir da parceria responsável entre instituições, sociedade e iniciativa privada.

A globalização da economia tem determinado o incremento do processo produtivo, com redução da oferta de trabalho e distribuição desigual da renda. Esse quadro reflete uma situação ambígua, onde em um mesmo espaço geográfico e temporal pode-se satisfazer os anseios e gostos sofisticados e os altos níveis de consumo de alguns setores populacionais e, ao mesmo tempo, produzir um contingente importante de famílias que não conseguem sequer satisfazer os requerimentos diários mínimos de consumo alimentar.

No Brasil como na maioria dos países, a renda é fator de acesso ao alimento e iniquidade social. Nas últimas décadas, a desigualdade na distribuição de renda no País tem piorado muito, o que ocasiona um balanço desigual no consumo tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo. Existem famílias que compram e consomem quantidades mais que suficientes de alimentos; outras que consomem quantidades suficientes de alimentos; e, finalmente, famílias que não conseguem sequer satisfazer os requerimentos mínimos do consumo alimentar.

O principal ideário é que o ser humano deve ter a garantia de todas as condições de acesso aos alimentos básicos seguros e de qualidade, em quantidade suficiente para atender aos requisitos nutricionais, de modo

permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, contribuindo assim para uma existência digna, em um contexto de desenvolvimento integral do ser humano (SILVA, BELIK; TAKAGI, 2001).

Como isto tem sido viabilizado no País?

No campo governamental diversos programas de governo têm assumido a conquista da melhoria das condições de saúde, alimentação e nutrição na formulação das macropolíticas como geração de emprego e de renda, políticas agrícolas e agrárias, melhoria do poder aquisitivo, de redução do custo da cesta básica e distribuição de alimentos a grupos de risco específicos, entre outras. Isto tem sido viabilizado a partir do estímulo de alianças de cooperação entre o governo, a sociedade e a iniciativa privada. As políticas e os programas têm assumido em seu escopo de atuação a promoção da alimentação saudável como âncora, dentro do desenvolvimento social e econômico a ser pactuado no País. A proposta é trazer a alimentação e nutrição da sociedade brasileira de forma equânime, libertadora e solidária, à luz da visão que o ato de escolher e preparar os alimentos por excelência será bem-sucedido, sendo visto como um ato humano.

E o que a sociedade civil tem desenvolvido?

Eclodem no País diversos movimentos de organização social para permitir o exercício do direito humano à alimentação. Os representantes da sociedade civil têm levado ao setor Legislativo e Judiciário uma pauta de reivindicações para permitir que a população saiba de seus direitos e o exerça. A participação do Ministério Público na consolidação das leis de proteção ao consumidor, no acompanhamento de programas e políticas públicas é um dos exemplos que isto é uma ação concreta no País.

A contribuição da Fiocruz na criação de espaços de promoção da alimentação saudável

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) tem em seu plano de ação como meta fundamental a promoção da saúde em vários campos de sua atuação relacionados à investigação, ao ensino e à prestação de serviços à população brasileira. Destacam-se nessas estratégias o incentivo e a valorização da ciência e tecnologia em saúde, de forma precoce, tendo como alvo crianças, adolescentes e aparelhos formadores em nível do ensino básico e fundamental.

O Instituto Oswaldo Cruz através do Museu da Vida tem executado essa tarefa no *campus* da Fiocruz, em Manginhos, na cidade do Rio de Janeiro, com o desenvolvimento de um circuito de visitação ao *campus* e discussão de questões relevantes de ciência e tecnologia em saúde e atualmente com a criação da Olimpíada de Meio Ambiente e Saúde.

O Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, pólo difusor de estratégias de promoção à saúde, vem através do Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição da Região Sudeste desenvolvendo ações voltadas para a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis que é uma das diretrizes básicas da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 1999). Entre essas ações, foram adotadas metodologias educativas com a construção de uma pirâmide alimentar que vem sendo usada na rotina do serviço de saúde, nas escolas e em eventos de saúde, sempre associada a outras ações, como avaliação antropométrica e aferição de pressão arterial; promoção da atividade física: ginástica e ioga; ou, ainda, com atividades lúdicas educativas como "Aprendendo com o *self service*", "Amarelinha da saúde" e distribuição de material impresso com jogos e brincadeiras sobre alimentação saudável (cartilhas).

Além disso, a Direção Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz (Direb/Fiocruz) vem se preocupando com a questão da iniciação científica no ensino básico e fundamental. Desde 2001 tem promovido em municípios da Região Centro-Oeste a *Premiação Literária – o jovem e a saúde pública* para os alunos de 7ª e 8ª séries de escolas municipais, nas quais os alunos responsáveis pelas três melhores redações são premiados com uma ida à sede da Fiocruz, no Rio de Janeiro, para conhecer o Museu da Vida. Ao mesmo tempo, coordena a fase Centro-Oeste da Olimpíada de Meio Ambiente e Saúde.

Essas experiências vivenciadas pelos três grupos de pesquisadores anteriormente referidos têm apresentado excelente aceitação e grande participação por parte da população e dos alunos e professores das Secretarias Municipais de Educação e de Saúde envolvidas e já permitem observar a importância de levar conhecimentos sobre questões de saúde a esse público-alvo. Desta forma, surge a iniciativa da inclusão do tema da promoção à alimentação saudável e atividade física no circuito básico de visitação ao Museu da Vida, com pressupostos de referência para proposição de um projeto. Seu caráter inovador situa-se no fato de fazer com que os alunos do ensino fundamental tenham contato com as principais diretrizes conceituais e estratégicas da promoção à ali-

mentação saudável, como estratégia de informação e comunicação para contribuir para a mudança de modos de vida da população em prol da prática de hábitos saudáveis, no processo de escolha alimentar.

O desenho do projeto baseou-se em ter como característica metodológica a descrição do imaginário de alunos de várias classes sociais, dos seus responsáveis familiares e de seus professores sobre o conceito de alimentação saudável. As informações foram obtidas através da realização de grupos focais e entrevistas em escolas da rede pública e privada do Grande Rio e serviram para orientar a identificação e definição de um circuito de informação e comunicação sobre alimentação saudável no Museu da Vida.

Na primeira fase do projeto, o principal objetivo foi descrever os principais fatores bioculturais e socioeconômicos relacionados à construção do conceito de alimentação saudável de professores, crianças e adolescentes da rede pública e privada de 5ª e 6ª séries da área referente à 4ª CRE do município do Rio de Janeiro.

No dia da visitação ao Museu da Vida na Fiocruz, os visitantes terão a oportunidade de passar pelas atividades: "A pirâmide alimentar", "Aprendendo com o self service", "Amarelinha da saúde" e interagir com um CD-ROM sobre alimentação saudável, sendo acompanhados por monitores capacitados para ajudar na interação com a Mostra.

O trabalho encontra-se em fase experimental e no curso desse processo espera-se que o projeto alcance uma segunda fase: a confecção do desenho operacional do circuito básico do Museu da Vida relacionado ao componente da promoção da alimentação saudável, para posteriormente ser replicado em circuitos de exposições itinerantes no País.

A promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis é uma das diretrizes da atual Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 1999). A implantação e a implementação de estratégias de informação, comunicação e educação no campo da promoção da alimentação saudável, quando compreendidas na ótica da promoção da saúde, ampliam a concepção de vida saudável e ajudam a dar passos importantes na sua construção.

Os profissionais da saúde e a sociedade devem estar em um caminho só, na busca da saúde, agindo a favor da saúde e adotando hábitos de vida saudáveis. Desta forma, se estabelece a conquista de direitos, a

busca de relações mais solidárias e a participação dos cidadãos na criação de políticas públicas que incidam positivamente na saúde de todos e possibilitem o acesso a escolhas mais saudáveis para a sua vida.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 710, de 10 junho de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, n. 110, 11 jun. 1999. Seção 1, p. 14.

SILVA, J. G. da; BELIK, W.; TAKAGI, M. (Org.). *Projeto Fome Zero*. São Paulo: Instituto Cidadania, 2001. Disponível em: <<http://www.fomezero.gov.br>>.



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, emendas, impressão, acabamento e expedição)

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, março de 2004

OS 0068/2004