



Número: **5010623-51.2020.4.03.6100**

Classe: **AÇÃO CIVIL PÚBLICA CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível Federal de São Paulo**

Última distribuição : **16/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.000,00**

Assuntos: **Não Discriminação, COVID-19**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **SIM**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DEFENSORIA PUBLICA DA UNIAO (AUTOR)			
DEFENSORIA PUBLICA DO ESTADO DE SAO PAULO (AUTOR)			
UNIÃO FEDERAL (REU)			
ESTADO DE SÃO PAULO (REU)			
MUNICIPIO DE SÃO PAULO (REU)			
ASSOCIACAO NACIONAL DOS REGISTRADORES DE PESSOAS NATURAIS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33850393	16/06/2020 18:13	<a href="#">Petição inicial</a>	Petição inicial - PDF

AO JUÍZO DA <sup>a</sup> VARA CÍVEL DA SUBSEÇÃO JUDICIÁRIA DE SÃO PAULO

PAJ nº 2020/020-07232

*“Ninguém nasce odiando outra pessoa pela cor de sua pele, por sua origem ou ainda por sua religião. Para odiar as pessoas precisam aprender e, se podem aprender a odiar, podem ser ensinadas a amar”. (Nelson Mandela)*

A **DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO**, através da Defensoria Regional de Direitos Humanos de São Paulo, e a **DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO**, através do Núcleo Especializado de Defesa da Diversidade e da Igualdade Racial (NUDDIR), instituições essenciais à função jurisdicional do Estado, a quem incumbe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, dos necessitados, vêm, com fundamento no art. 134 da Constituição Federal, no art. 3º-A, I, II e III, e no art. 4º, I, III, VII, X e XI, da Lei Complementar 80/94 e no art. 5º, II, da Lei de Ação Civil Pública ajuizar **AÇÃO CIVIL PÚBLICA** contra **UNIÃO FEDERAL**, representada judicialmente pela Procuradoria-



Regional da União da 3a. Região, **ESTADO DE SÃO PAULO**, representado judicialmente pela Procuradoria-Geral do Estado, e contra o **MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**, representado judicialmente pela Procuradoria-Geral do Município, **ARPEN- Brasil**, Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Rua Mal. Deodoro, 51 - Galeria Ritz - 18º Andar - CEP 80.020-905 Curitiba – Paraná, pelos motivos de fato e de direito que passa a expor.

## 1. Dos fatos

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde(OMS) declarou que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional.

No dia 11 de março de 2020 a OMS caracterizou a circulação do Novo Corona Vírus (COVID-19) como pandemia mundial.

O Ministério da Saúde declarou, no dia 20 de março, o reconhecimento da transmissão comunitária do coronavírus (Covid-19) em todo o território nacional.<sup>1</sup>

De acordo com os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde no dia 14 de junho de 2020, o número de casos confirmados acumulados no país alcançou a cifra de 867.624, com **43332 óbitos** confirmados. Nas últimas 24 horas, o país registrou 612 óbitos<sup>2</sup>

Com esta marca trágica, o Brasil se torna o segundo país no mundo com maior número de mortos pela covid-19, atrás apenas dos Estados Unidos. Em número de casos, ocupa o também segundo lugar do ranking como mostra um painel global da universidade John Hopkins.<sup>3</sup>

O Estado de São Paulo, até a 14/06/2020, é aquele com maior número de contaminados, atingindo o patamar de **178.202**, e também de óbitos , os quais alcançaram a cifra de **10.694**.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46568-ministerio-da-saude-declara-transmissao-comunitaria-nacional>

<sup>2</sup> <https://covid.saude.gov.br/>

<sup>3</sup> <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

<sup>4</sup> <https://www.seade.gov.br/coronavirus/>



O Município de São Paulo, por sua vez, registra **91.198** casos acumulados e **5.624 óbitos**,<sup>5</sup> apresentando números que indicam que a cidade é o maior epicentro da pandemia no país.

Nos Estados Unidos da América, que recentemente se tornaram o epicentro global da pandemia, já se constatou, com alarde, o impacto desproporcional gritante da pandemia sobre a população negra.

Embora 18% da população do país seja negra, 52% dos casos e 58% das mortes por Covid-19 são de pacientes negros, segundo um relatório da amfAR publicado no início de maio.<sup>6</sup> Em estados como Geórgia, Louisiana e Alabama, situados no Sul do país e de herança escravista, as disparidades são ainda maiores, conforme mostra o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC)<sup>7</sup>: na Geórgia, 83% dos internados são negros, que correspondem a 32% da população; em Louisiana, estado com 33% da população negra, as mortes afro americanas equivalem a 70%; e, no Alabama, a proporção de mortes entre negros é de 44% embora representem apenas 26% da população.

O contexto brasileiro se assemelha ao norte-americano em virtude da presença expressiva de afrodescendentes em sua composição populacional, efeito do tráfico transatlântico de africanos e da sua escravização no continente americano, situação que em nosso país perdurou por três séculos, até a promulgação da Lei 3.353, de 13 de maio de 1888, que aboliu legalmente a escravidão, mas cujos resquícios ainda se fazem presentes, implicando na existência de diversas barreiras que alijam a população negra do acesso equitativo a políticas públicas, inclusive no campo da saúde, e impedem o exercício pleno da cidadania.

Recentemente, no dia 22 de maio, Michael Ryan, diretor-executivo da OMS (Organização Mundial da Saúde), em entrevista pela internet declarou que a América Latina é o novo epicentro da pandemia de coronavírus e o Brasil é o país mais preocupante.<sup>8</sup>

Estimativas divulgadas na mesma data pelo Imperial College<sup>9</sup> indicam que a transmissão da doença continua acelerando no Brasil. A taxa de contágio (Rt), que indica para quantas pessoas em média cada infectado transmite o coronavírus, foi

<sup>5</sup> Idem.

<sup>6</sup> [https://ehc.amfar.org/Assessing%20Differential%20Impacts%20of%20COVID-19%205-3-20\\_final.pdf](https://ehc.amfar.org/Assessing%20Differential%20Impacts%20of%20COVID-19%205-3-20_final.pdf)

<sup>7</sup> [https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6915e3.htm?s\\_cid=mm6915e3\\_w](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6915e3.htm?s_cid=mm6915e3_w)

<sup>8</sup> <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/05/america-latina-e-o-epicentro-da-pandemia-e-brasil-e-pais-mais-preocupante-diz-oms.shtml>

<sup>9</sup> <https://mrc-ide.github.io/covid19-short-term-forecasts/index.html#introduction>



calculada em 1,3, considerando-se que a transmissão está fora de controle quando o cálculo ultrapassa 1.

A líder técnica da OMS, Maria van Kerkhove, ao responder a resposta sobre o Brasil, afirmou que os países devem ficar atentos para o fato de que há grupos vulneráveis, com menos acesso a tratamentos de saúde e menos informações, e que governos precisam garantir que todos possam ser testados e tratados caso estejam contaminados pelo coronavírus.<sup>10</sup>

Não obstante, no Brasil, os dados do Ministério da Saúde sequer eram desagregados por raça-cor no início da pandemia. Os boletins só passaram a incluir tais números a partir do dia 11 de abril – sem detalhar dados sobre casos confirmados ou de testes -, quase um mês e meio depois da confirmação do primeiro caso de Covid-19, e graças à pressão de entidades da sociedade civil, a exemplo da Coalizão Negra por Direitos, um grupo de 150 entidades que, no início de abril, enviou uma carta ao Ministério da Saúde e às secretarias de saúde de todos os estados pedindo a divulgação da cor, do gênero e dos bairros dos infectados (anexa) e da ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva).<sup>11</sup>

A ABRASCO, em sua carta, datada de 23 de abril de 2020, recomenda a a) divulgação de dados desagregados por raça/cor nos painéis de monitoramento, boletins epidemiológicos, notas técnicas e demais documentos oficiais relativos à Covid-19; b) a inclusão dos mesmos fatores de risco/comorbidades na ficha de notificação de Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG-Hospitalizado) e na ficha de notificação da Covid-19 e c) inclusão do campo raça/cor nas fichas de hospitalizações dos casos da Covid-19 quando em leitos públicos ou privados, por considerar a disponibilização da informação sobre raça/cor fundamental para assegurar o enfrentamento da epidemia e prioridade no planejamento das ações e monitoramento em nosso país, especialmente tendo em vista o perfil de extrema desigualdades raciais existentes no Brasil.

Ocorre que, lamentavelmente, os dados sobre internações e mortes por COVID-19 desagregadas por raça-cor somente foram divulgados pelo Governo Federal nos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde até o dia 26 de abril.

<sup>10</sup> Idem.

<sup>11</sup> <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/carta-ao-ministerio-da-saude-sobre-a-informacao-raca-cor-nos-sistemas-de-informacao-da-covid-19/47320/>



As informações colhidas neste curto período foram analisadas pela Agência Pública<sup>12</sup> que produziu matéria demonstrando que durante esse intervalo de duas semanas a quantidade de pessoas negras que morrem por Covid-19 no Brasil quintuplicou. Como resultado, houve uma morte para cada três brasileiros negros (pretos e pardos) hospitalizados por Covid-19, enquanto entre brancos a proporção foi de uma morte a cada 4,4 internações.

A Agência Pública detectou que em São Paulo, bairros com maior concentração de negros têm mais óbitos pela doença, sendo que dos dez com o maior número absoluto de mortes por coronavírus, oito têm mais negros que a média municipal.

Segundo a reportagem, *“o avanço do coronavírus na periferia de São Paulo vem encurtando a distância de mortes entre bairros mais ricos, onde surgiram os primeiros casos de Covid-19. Em 17 de abril, bairros com menos população negra que a média da cidade tinham 13% a mais de mortes que as regiões onde moram mais negros. Duas semanas depois, essa diferença caiu para 3%. **Se a tendência se mantiver, os bairros onde vivem mais negros que a média da cidade devem ultrapassar os bairros onde vivem menos negros**”*.

Muito embora, até o momento, não tenham sido identificados componentes genéticos que aumentem o risco da população negra acometida pelo novo coronavírus, sabe-se que ela tem maior predisposição a diabetes e hipertensão<sup>13</sup>, que aparecem como comorbidades em vítimas de Covid-19. Não bastasse, há também a prevalência, por razões genéticas, da doença falciforme em pessoas negras, situação que já gera dificuldades em contextos “normais” e que pode ensejar complicações ainda maiores no cenário de pandemia.

Conforme consta da publicação “População negra e Covid-19: desigualdades sociais e raciais ainda mais expostas” da ABRASCO<sup>14</sup>, *“a doença falciforme é hereditária e a estimativa é de que atinja mais de 70 mil pessoas em todo o país. Dentre as*

<sup>12</sup> <https://apublica.org/2020/05/em-duas-semanas-numero-de-negros-mortos-por-coronavirus-e-cinco-vezes-maior-no-brasil/>

<sup>13</sup> A diabetes mellitus (tipo II) atinge com mais frequência os homens negros (9% a mais que os homens brancos) e as mulheres negras (em torno de 50% a mais do que as mulheres brancas). A hipertensão arterial tende a ser mais complicada em negros, de ambos os sexos. Fonte: [http://portal.arquivos.saude.gov.br/campanhas/saude-da-populacaonegra/divulgacao.html#:~:text=A%20diabetes%20mellitus%20\(tipo%20II,negros%2C%20de%20ambos%20os%20sexos.](http://portal.arquivos.saude.gov.br/campanhas/saude-da-populacaonegra/divulgacao.html#:~:text=A%20diabetes%20mellitus%20(tipo%20II,negros%2C%20de%20ambos%20os%20sexos.)

<sup>14</sup> <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/populacao-negra-e-covid-19-desigualdades-sociais-e-raciais-ainda-mais-expostas/46338/>



*principais causas de morbimortalidade nos indivíduos com essa enfermidade está a síndrome torácica aguda (STA), termo usado para uma constelação de achados que incluem dor no peito, tosse, febre, hipóxia (baixo nível de oxigênio) e infiltrados pulmonares. Alguns desses sintomas podem facilmente ser confundidos com a Covid-19 e levar as pessoas à emergência dos serviços de saúde. Altair Lira alerta para a agilidade que os unidades de assistência precisam ter para lidar com esse quadro: “Precisamos garantir o seu atendimento dentro de protocolos de classificação de risco, dando a prioridade necessária para seu atendimento e tomando as medidas necessárias para que, caso seja coronavírus, ações ainda mais imediatas e específicas sejam adotadas, pois o curso da infecção nesses pacientes imunodeprimidos será efetivamente grave.”*

A publicação também menciona nota da Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular (ABHH) que expediu documento contendo recomendações para a redução de morbidades em pacientes que lidam com a doença falciforme. O documento destaca “*uma preocupação significativa de que a sobreposição de doença pulmonar da Covid-19, no cenário pulmonar em doença falciforme marcados pela síndrome torácica aguda, possa resultar em complicações significativas e na ampliação da utilização da assistência médica*”.

Todavia, as comorbidades específicas que afetam a população negra, conquanto relevantes à medida em que são responsáveis por potencializar as chances de adoecer e morrer pela Covid-19, não são suficientes para explicar os dados acerca do desproporcional e crescente impacto da pandemia em relação a este grupo.

Há que se considerar também a **letalidade social**, que abrange fatores históricos, políticos, institucionais e sociais relacionadas ao **racismo sistêmico ou estrutural**, que determinam o grau de exposição e modo de exposição da população negra a agravos de saúde, assim como influenciam no acesso a recursos que permitem se proteger desses agravos e de suas consequências indesejáveis.

*Desse modo, ao contrário do que se poderia imaginar, **as doenças não são entidades democráticas**, apresentando incidências determinadas não apenas de acordo com a renda, idade e gênero, mas também em função da raça.*

A esse respeito, em 2005, a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDS) da Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou o conceito de **determinantes sociais de saúde**, conceituando-os como um processo complexo no qual participam **fatores estruturais e fatores intermediários** na produção de iniquidades em saúde.



Nesse sentido, forçoso reconhecer o racismo como um determinante social de saúde. O racismo estrutural ou sistêmico, o racismo institucional e o racismo direto e interpessoal atuam para gerar iniquidades diversas e cumulativas no (in)acesso à saúde.

Segundo levantamento feito pela Agência Pública, **os locais onde vivem mais negros na cidade de São Paulo são justamente os com menor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)**. Os dez bairros com pior IDHM em São Paulo têm mais negros que a média da cidade. Já os dez com melhor IDHM têm menos negros que a média. Nos dez bairros com maior número absoluto de mortes por covid-19, oito têm IDHM considerado médio, abaixo de 0,8. São justamente esses oito bairros onde a média de moradores negros está acima da média da cidade. Há portanto, uma relação histórica e intrínseca entre pertença étnico-racial e condição de classe, entre discriminação racial, empobrecimento e falta de acesso a riquezas, bens e políticas públicas essenciais.

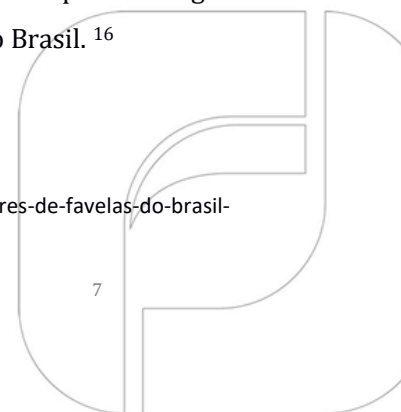
Convém salientar este ponto, pois especialistas costumam destacar que a sociedade brasileira é assimétrica, mas não conseguem ver os estoques raciais alocados em cada um desses mundos radicalmente opostos – o do muito branco e amarelo) e o do nada (não branco). Entretanto, conforme leciona Hélio Santos<sup>15</sup>, **são as dinâmicas raciais que movem a assimetria social brasileira**.

Segundo o economista Hélio Santos, o barbarismo social patrocinado pelo Brasil é, em realidade, de cunho étnico-racial. A arquitetura política e social projetada para a coexistência de dois países dentro do mesmo espaço territorial, ou seja, o cimento dessa construção é o racismo brasileiro dissimulado e “cordial”.

Segundo dados do Censo 2010 divulgados pelo IBGE, a região metropolitana de São Paulo é a área com maior número de pessoas vivendo em favelas do Brasil, atingindo a cifra de **2 milhões de pessoas que vivem em lugares pequenos, pouco arejados, aglomeradas em pequenos cômodos, onde não existe saneamento básico e o acesso à água é reduzido**, sendo evidente a predominância de pessoas negras nesse contingente, dada a relação indissociável entre raça e classe no Brasil.<sup>16</sup>

<sup>15</sup> Em busca de um caminho para o Brasil: a trilha do círculo vicioso.

<sup>16</sup> <https://exame.abril.com.br/brasil/sao-paulo-e-metropole-com-mais-moradores-de-favelas-do-brasil-segundo-o-ibge/>





Uma vez que a escassez de água é uma realidade em diversas favelas, pessoas negras não conseguem cumprir as determinações das autoridades de saúde para lavagem frequente das mãos. O isolamento domiciliar pode se tornar contraproducente, pois muitas famílias moram em uma única residência, frequentemente composta por cômodo único. O *home office* não costuma ser uma opção para tais famílias, já que possivelmente não contam com os recursos tecnológicos necessários para tal – como conexão estável com a internet - ou, simplesmente, realizam trabalhos como seguranças, porteiros, empregadas, lavadeiras, técnicos de enfermagem, pedreiros, jardineiros, etc. que demandam comparecimento pessoal.

Uma enquete apontou que 72% das pessoas negras têm medo de sair de máscara pelo temor de serem perseguidas e criminalizadas injustamente pelos agentes de segurança pública, informados que são por uma política criminal racialmente seletiva e por estereótipos que associam negritude e criminalidade.

Não bastasse, a população negra, pobre e periférica depende do transporte público para se deslocar até o trabalho, o que também a expõe a maiores riscos de contaminação.

Aliadas às dramáticas condições de vida e moradia que dificultam o cumprimento das recomendações dos órgãos de saúde para contenção da pandemia, o cumprimento ortodoxo das ações de isolamento social é inviável para a população economicamente ativa desse grupo vulnerável, estabelecendo óbices à obtenção de renda, pois muitos trabalham em caráter informal, em funções precárias, de forma autônoma e sem acesso aos benefícios que compreendem a estrutura constitucional de proteção social do trabalhador.

O racismo molda a opressão de classe e com ela se imbrica estabelecendo, a partir de uma dinâmica interseccional, de forma tendencialmente duradoura e permanente, a posição ocupada pela população negra e pobre no seio de nossa estrutura social estratificada, situando-a na base da pirâmide social.

A discriminação interseccional de classe e raça afetam as condições de vida e saúde da população negra, também porque define os hábitos saudáveis de vida, o nível educacional e de renda; o grau de acesso a informações e de compreensão das linguagens e orientações adotadas pelos órgãos de saúde; a cobertura e garantias incluídas em planos de saúde privados etc.



Um aspecto a ser considerado, notadamente em vista do fato de quase 80% da população brasileira que depende do Sistema Único de Saúde (SUS) se autodeclara negra<sup>17</sup>, são as possibilidades de acesso e utilização por parte de usuários de grupos raciais discriminados aos diferentes níveis de atenção, da primária à de alta complexidade, no tempo necessário, assim como de acesso a medidas preventivas, de diagnóstico e tratamento.

Outro nível de análise diz respeito ao fator humano, que está associado à qualidade de atuação dos profissionais de saúde, vale dizer, suas possibilidades de favorecer ou limitar o acesso de usuários pertencentes a grupos subalternizados aos diferentes recursos necessários; sua capacidade de respeito à diversidade racial e cultural; sua capacidade de comunicação; seu comportamento (se é preconceituoso e se reforça estereótipos); a adequação do cuidado oferecido, a eficácia do tratamento e o grau de adesão de usuários.

Destacando a interferência do preconceito racial internalizado pelos agentes de saúde no serviço de saúde institucionalizado, Jurema Werneck consigna: “*é importante recordar que o racismo e a longa trajetória de discriminações, combinados à persistência da precariedade e baixa qualidade dos serviços destinados a determinadas camadas da população, interpõem-se entre profissionais e usuários, influenciando visões preconceituosas e estereotipadas por parte de profissionais em relação a integrantes de grupos subordinados e dificultando o estabelecimento de relações de confiança, seja entre profissionais e usuários, ou entre estes e os serviços e todo o sistema de saúde*”.<sup>18</sup>

As dimensões da discriminação estrutural e institucional conformam um quadro de (in)acesso da população negra e pobre ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Corroboram essa afirmação inúmeros dados, dentre os quais destacam-se: a) conforme pesquisa do IPEA, homens brancos são favorecidos no acesso a transplantes no Brasil<sup>19</sup>; b) mulheres negras apresentam os piores indicadores de atenção pré-natal e parto, quando comparadas a mulheres brancas, sendo que as mulheres pretas

<sup>17</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2017, p. 22. Ver também: <<https://nacoesunidas.org/quase-80-da-populacao-brasileira-que-depnde-do-sus-se-autodeclara-negra/>>.

<sup>18</sup> <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>

<sup>19</sup> MARINHO, A.; CARDOSO, S. de S.; ALMEIDA, V. V. de. Desigualdade de transplantes de órgãos no Brasil: análise do perfil dos receptores por sexo e raça/cor. Brasília, DF: IPEA, 2011.



recebem menos analgesia no momento do parto<sup>20</sup>; c) a cada 100 mil mulheres pretas que deram entrada em uma unidade de saúde para ter seus filhos entre 2008 e 2017, 22 morreram. O número representa o dobro em relação às gestantes brancas, que morrem 11 a cada 100 mil internações para parto.<sup>21</sup>

Pautado por estes elementos, foi implementado no Brasil em 2005 o **Programa de Enfrentamento ao Racismo Institucional (PCRI)**, que resulta de um processo de construção que agregou organizações feministas e antirracistas brasileiras, o Governo Federal (Ministério da Saúde) e o Sistema das Nações Unidas com o objetivo de oferecer novos elementos para a construção de diagnósticos, planos de ação e indicadores que permitam o enfrentamento do Racismo Institucional e de contribuir para a criação de um ambiente favorável à formulação e implementação de políticas públicas, buscando equalizar o acesso a seus benefícios.

Conforme consta do Guia do Programa, o Racismo Institucional <sup>22</sup> é um conceito que visa demonstrar “o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância.

**Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações. (CRI, 2006, p.22).**

<sup>20</sup> [file:///Users/isadora/Desktop/Defensoria%20](file:///Users/isadora/Desktop/Defensoria%20MESA%20A%20cor%20da%20dor_iniquidades%20saude_mulheres%20negras.pdf)

[MESA%20A%20cor%20da%20dor\\_iniquidades%20saude\\_mulheres%20negras.pdf](file:///Users/isadora/Desktop/Defensoria%20MESA%20A%20cor%20da%20dor_iniquidades%20saude_mulheres%20negras.pdf)

<sup>21</sup> <http://www.gerenero.media/racismo-mortalidade-materna/> Assim, não se pode ignorar o racismo na saúde que repercute em tratamentos deficitários e até maus tratos a pessoas negras e que podem ser potencializados em situação de pandemia, na qual a escassez de recursos e profissionais pode conduzir escolhas perversas e trágicas, conscientes e inconscientes, orientadas pelo racismo estrutural e institucional históricos. A presença desse racismo já foi reconhecida em estudo da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com base em ampla pesquisa nacional sobre partos e nascimentos, a “Nascer no Brasil”, realizada com prontuários médicos de 23.894 mulheres coletados entre 2011 e 2012 e resultou no artigo “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil” [12] em que evidenciou-se que mulheres negras recebiam menos anestesia local para a realização da episiotomia — corte feito na região do períneo para ampliar a passagem do bebê em partos vaginais - em comparação com mulheres brancas. Em relação a isso constatou a Pesquisadora Maria do Carmo Leal: “O que a gente encontrou foi que, durante a episiotomia, que por sinal não é mais uma prática que se recomende que seja feita, a chance de a mulher negra não receber anestesia é 50% maior. Isso [o corte] é algo que realmente dói bastante.”

<sup>22</sup> <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Guia-de-enfrentamento-ao-racismo-institucional.pdf>



Mais recentemente, Jurema Werneck definiu o racismo institucional como “um modo de subordinar o direito e a democracia às necessidades do racismo, fazendo com que os primeiros inexistam ou existam de forma precária, diante de barreiras interpostas na vivência dos grupos e indivíduos aprisionados pelos esquemas de subordinação desse último”<sup>23</sup>.

Seu impacto na vida da população negra no Brasil, segundo o Guia de Enfrentamento ao Racismo Institucional, pode ser percebido tanto na sua relação direta com os serviços e as instituições que deveriam garantir seus direitos fundamentais, quanto no cotidiano de suas vidas. A ausência reiterada do Estado, em alguns casos, e a baixa qualidade dos serviços e dos atendimentos prestados pelas instituições à população negra em geral, são sinais explícitos do racismo institucional a partir do qual essas instituições operam historicamente.

Indo além, deve-se salientar que o impacto que o racismo institucional produz não é somente a falta de acesso ou o acesso de menor qualidade aos serviços e direitos, mas é também a perpetuação de uma condição estruturante de desigualdade em nossa sociedade. O racismo se torna marca estrutural das relações sociais a partir do momento em que está presente na totalidade de instituições, configurando o que denominamos de racismo sistêmico ou inter-institucional.

O Guia de Enfrentamento ao Racismo Institucional aponta **a importância de produção de dados e informações cadastrais a respeito do público, sugerindo o treinamento de equipes para coleta da informações e preenchimento dos formulários no tocante ao quesito raça-cor, segundo classificações do IBGE.**

A variável raça/cor nos sistemas de informações de saúde é, portanto, de extrema relevância em condições “normais” para o estudo do perfil epidemiológico dos diferentes grupos populacionais segundo critérios raciais/étnicos em seus entrecruzamentos com sexo, localização etc.

Na atual conjuntura de grave crise sanitária que o país atravessa, mostra-se essencial para mensurar o impacto da pandemia de covid-19 sobre a população negra que, conforme os dados preliminares divulgados, está especialmente vulnerável aos agravos dela decorrentes. Essa aferição é imprescindível ao planejamento de políticas

<sup>23</sup> Werneck, Jurema, Racismo Institucional – uma abordagem conceitual, texto produzido para o Projeto Mais Direitos e Mais Poder para as Mulheres Brasileiras, abril de 2013.



públicas focais que levem em conta as necessidades específicas destes grupos e possam mitigar os efeitos prejudiciais do racismo sistêmico e institucional no acesso ao serviço de saúde.

É urgente que as autoridades sanitárias desenvolvam estratégias de contenção da Covid-19 específicas para a população negra mais vulnerável, sob pena de testemunharmos uma tragédia humanitária sem precedentes.

Atento a esta realidade, o NUDDIR oficiou a Secretaria Estadual de Saúde no dia 14 de abril de 2020 (Ofício NUDDIR n.º 130 de 2020) indagando quanto à existência do quesito raça-cor nos prontuários eletrônicos/ sistemas de informação de agravos de notificação / sistemas de informação em saúde e vigilância epidemiológica utilizados pelo Estado e suas unidades de saúde no contexto da pandemia mundial de coronavírus (e respectiva metodologia de preenchimento, se via autodeclaração ou heterodeclaração).

Foram também solicitadas informações sobre o número de casos confirmados/ casos suspeitos/casos testados e óbitos constatados no Estado de São Paulo em todos os níveis de atenção, com os **dados desagregados por raça/cor/etnia e gênero** dos usuários, assim como de acordo com os **municípios de residência dos pacientes**.

A Secretaria Estadual também foi indagada quanto à existência, dentro de sua estrutura, de uma instância de governança e planejamento de políticas de saúde específicas para as populações vulneráveis do Estado em razão da sua pertença étnico-racial (a exemplo da população negra, povos indígenas e das comunidades tradicionais).

Em resposta apresentada no dia 24 de abril a Secretaria Estadual de Saúde afirmou que o sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe, conhecido como SIVEP - Gripe, é um sistema que agrega as fichas de notificações de Síndrome Respiratória Aguda Grave e óbitos (SRAG), por diferentes agentes etiológicos, incluído o do COVID-19. Segundo instrutivo de preenchimento da Ficha de SRAG hospitalizado disponível no site do SIVEP com a última atualização em 02 de abril de 2020, o preenchimento de raça/cor/etnia é de acordo com a autodeclaração do paciente, sendo considerado pelo sistema como um campo essencial. O campo apresenta as seguintes opções: 1-Branca; 2-Preta; 3-Amarela; 4-Parda; 5-Indígena e; 9- Ignorado. Acrescentou-se que a raça/cor "parda" inclui as pessoas que se declararem como tal ou como mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça. A



raça/cor "Indígena" incluem as pessoas que se declararem como tal ou como índia ou índio. Se a cor ou raça for desconhecida, o preenchimento se dá como "Ignorado".

Constou do ofício que os casos SRAG hospitalizados ou óbitos totalizam, no período entre 29-12-2019 e 16-04-2019, **22.443** casos. Desse total, observa-se 4.238 hospitalizações pelo COVID-19 (18,9%) confirmados para COVID-19, 328 (1,5%) para o vírus influenza, 293 (1,3%) para outros vírus respiratórios, 39 (0,2%) para outros agentes etiológicos, 5.153 (22,9%) SRAG não especificada e 12.392 (55,2%) em investigação.

Entre os SRAGs em investigação, em 94,1% (n=11.667) dos casos foram coletadas amostras para investigação de algum agente etiológico. **A completude de preenchimento do campo de raça/cor é de 64,7% (n=14.522)** e do sexo é de 100% (n=22.443).

Apresentou-se tabela contendo dados SRAG COVID 19 em investigação por sexo, raça-cor e evolução do caso em 17.04.2020. Como tais dados foram colhidos em fase inicial de disseminação da doença no Brasil, há presença de maior número de contaminados e óbitos entre pessoas brancas.

Por último, a SES divulgou que o Grupo Técnico de Ações de Saúde GTAS III da Coordenadoria de Planejamento de Saúde responde pelas Áreas Técnicas Saúde da População Negra, Saúde da População Indígena, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade e que não há área técnica específica na SES para pessoas em situação de rua e outras comunidades tradicionais.

A análise da resposta chama atenção para os seguintes aspectos: o fato de a diferença entre o número de contaminados e mortos na comparação entre brancos e não brancos reduzir quando se migra do universo de casos com diagnóstico confirmado para COVID-19 para aquele universo dos casos sob investigação, o que poderia indicar menor acesso da população negra aos testes de detecção da doença.

Também causa alarme a altíssima taxa de não completude do campo raça-cor, que é de 35,3%, representando mais de um terço do universo. Tal dado indica omissão estatal na adoção de ações que garantam o preenchimento de dado essencial para a formulação de estratégias de contenção e prevenção da pandemia direcionadas à população negra.

Constata-se, ainda, que os boletins epidemiológicos diários publicados pela SES consideram sexo, faixa etária, município de residência e presença de



comorbidades, mas não possuem informações desagregadas segundo raça-cor-etnia, tampouco análise respectiva.<sup>24</sup>

No mais, é motivo de preocupação o fato de o Grupo Técnico de Ações de Saúde GTAS III não incluir entre seus destinatários as comunidades quilombolas, já que o racismo estrutural e institucional também afeta o acesso desses grupos aos serviços de saúde.

Não bastasse, há que se considerar que comunidades tradicionais possuem modo de vida comunitário, o que dificulta o cumprimento à risca das medidas de isolamento domiciliar, aumentando as possibilidades de contágio e disseminação acelerada do novo coronavírus. Pondere-se a situação de isolamento geográfico de diversas comunidades tradicionais – muitas das quais se encontram em áreas rurais distantes dos equipamentos de saúde de atenção básica, frequentemente separadas dos mesmos por vias de acesso precárias. Ainda, as especificidades socioculturais das comunidades tradicionais podem dificultar o acesso a informações a respeito de métodos de prevenção e contingenciamento da pandemia, aumentando as possibilidades de contágio, disseminação acelerada e mortalidade pelo novo coronavírus nesses contextos.

O art. 3º, inciso VII, do Decreto n.º 6.040 2007 garante aos povos e comunidades tradicionais o acesso aos serviços de saúde de qualidade e adequados às suas características sócio-culturais, suas necessidades e demandas, com ênfase nas concepções e práticas da medicina tradicional, motivo pelo qual não se justifica a ausência de um olhar institucional direcionado à realidade específica das comunidades quilombolas.

A Secretaria Municipal de Saúde também foi acionada mediante ofício NUDDIR n.º 136 de 2020 contendo os mesmos questionamentos direcionados à Secretaria Estadual, com a ressalva de que no tocante à localização dos pacientes, foram solicitados dados desagregados de acordo com os respectivos bairros de residência.

A Secretaria respondeu, através do Ofício n.º 524 SMS.GO/OC/2020 (anexo), datado de 14 de maio de 2020, informando que existem dois sistemas de notificação compulsória do coronavírus (SIVEP Gripe – para casos de síndrome

<sup>24</sup> <http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coronavirus-covid-19/situacao-epidemiologica>



respiratória aguda grave hospitalizados e óbitos e E-SUS VE para casos de síndrome gripal), que são de competência da vigilância epidemiológica. Em ambos os sistemas existem campos para preenchimento da informação sobre raça-cor e sexo sendo somente o campo de sexo de preenchimento obrigatório.

A SMS apresenta, na 1ª seção, dados desagregados por sexo (tabela 1) e dados desagregados por raça-cor e distrito administrativo (bairro de residência) (tabela 2) em relação ao conjunto dos casos de SRAG (incluindo COVID-19).

Na 2ª seção, apresenta dados desagregados por sexo (tabela 1) e dados desagregados por raça-cor e distrito administrativo (bairro de residência) (tabela 2) em relação aos casos de SRAG em que restou confirmado o diagnóstico de COVID-19.

Na 3ª seção, apresenta dados desagregados por sexo (tabela 1) e dados desagregados por raça-cor e distrito administrativo (bairro de residência) (tabela 2) em relação aos casos de SRAG hospitalizados que evoluíram para óbito.

A 4ª sessão apresenta os dados de casos de síndrome gripal leve notificados no sistema e-SUS VE, os quais, entretanto, não estão desagregados por raça – cor, sob a justificativa de que a inclusão do campo foi recente, tendo ocorrido, segundo a SMS, apenas no dia 24 de abril de 2020.

No mais, a SMS informa que no sistema SIVEP-Gripe (utilizado para registro de casos de SRAG e óbitos, inclusos os casos de COVID-19), o campo raça – cor é preenchido de acordo com a auto declaração do paciente. Quanto ao sistema SUS-VE, criado com o advento da pandemia de COVID-19, não há qualquer esclarecimento acerca da metodologia para seu preenchimento. Contudo, como regra geral, tem sido utilizada a auto declaração na área da saúde.

No tocante aos óbitos, que são notificados através do sistema SIVEP-Gripe, caso o óbito tenha ocorrido sem que o agente de saúde tenha tido a oportunidade de perguntar ao paciente, a orientação é para que o quesito seja preenchido de acordo com a informação prestada pelos familiares.

A SMS também informou que as diretrizes que norteiam as ações para o enfrentamento à pandemia do novo coronavírus (COVID-19) se fundam na atenção básica como porta de entrada ao SUS, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Assistência Médica Ambulatorial (AMA), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Unidades de Vigilância em Saúde, sendo essa rede assistencial a responsável por oferecer ações estratégicas para alcançar as comunidades e indivíduos com maiores vulnerabilidades.





Por fim, a SMS informa a expedição da Recomendação nº 38 de 17 de abril de 2020 que versa sobre “COVID-19 e População Negra”. Em que pese o título genérico, a Recomendação se limita a fornecer orientações e recomendações para pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias, que são consideradas integrantes do grupo de risco.

Posto isso, em análise preliminar, é motivo de preocupação a informação prestada pela SMS no sentido de que o campo raça-cor somente passou a ser adotado no sistema SUS-VE (que serve para a notificação de casos de COVID-19 – síndrome gripal leve) a partir de 24.04.2020, indicando a deficiência das informações para fins de subsidiar ações de combate ao racismo institucional.

Outrossim, merece destaque o grande percentual de não preenchimento do campo raça-cor (casos em que o campo é deixado “em branco”) e também o grande percentual de casos em que a pertença étnico-racial foi preenchida como sendo “ignorada”. Tais elementos indicam que aliada realidade de subnotificação (não preenchimento do campo raça-cor) já constatada nos dados apresentados pela SES, provavelmente há falhas na capacitação técnica oferecida aos agentes de saúde para manejo da classificação do IBGE e não há o esgotamento das providências que poderiam ser adotadas para preenchimento do quesito sem recurso à opção “ignorado”.

A guisa de exemplo, no bairro de Brasilândia, sabidamente o bairro com maior percentual de pessoas negras do Município de São Paulo, somando-se os casos em que o campo raça-cor-etnia não foi preenchido (60) com os casos em que foi preenchida a informação “ignorado” (79) alcançamos o montante de 30% do total de 460 casos de SRAG hospitalizados notificados.

Em relação aos casos de SRAG hospitalizados com diagnóstico confirmado para COVID-19, considerando-se os dados relativos à Brasilândia, esse percentual é de aproximadamente 31% do total de 132 casos notificados.

Quanto aos casos de SRAG hospitalizados que evoluíram para óbito, o bairro de Brasilândia é o que apresenta o maior número de mortes: um total de 35, porém em relação a 22,8% dessas mortes não é possível saber a cor-raça da pessoa falecida, diante do fato de que em 5 casos a informação não foi preenchida e em 3 casos constou como “ignorada”.



Também é motivo de alarme a inexistência, dentro da estrutura administrativa da SMS, de comitê de contingenciamento da pandemia de Coronavírus voltado para a elaboração e coordenação de ações estratégicas para mitigar o seu impacto sobre a população negra (aí incluídas as comunidades quilombolas).

Verificou-se, ainda, que os boletins epidemiológicos diários divulgados pelo Município de São Paulo não contêm dados desagregados por raça-cor, sexo ou distrito administrativo.<sup>25</sup>

Registre-se a gravidade da pandemia da COVID-19 em relação a população negra foi admitida amplamente pelo Prefeito de São Paulo, Bruno Covas que afirmou o seguinte:

*“A população negra tem 37,5% maior de chances de óbito do que a população branca na cidade de São Paulo. Isso ocorre, ele explica, porque a população negra vive na periferia, onde a letalidade do vírus é maior, e pela prevalência na comunidade negra de comorbidades importantes, como a hipertensão e a diabetes”<sup>26</sup>*

Ora, tais declarações indicam que há clara percepção de que a autoridade municipal tem ciência das disparidades de saúde e as condições de vidas desfavoráveis que atingem a população negra. Entretanto, não tem olvidado esforços para que as políticas públicas construídas em resposta a pandemia da COVID-19 levem em consideração tal realidade.

Ademais, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, através do seu Núcleo Especializado de Defesa da Diversidade e da Igualdade Racial (NUDDIR) oficiou o ARPEN –SP (Ofício NUDDIR nº 137 de 2020) solicitando informações sobre: a) número certidões de óbito registradas no **Estado de São Paulo** nos meses de fevereiro, março e abril, cuja causa da morte tenha sido (i) “COVID-19” ou (ii) “insuficiência respiratória a esclarecer/morte a esclarecer/síndrome respiratória aguda grave a esclarecer, desde que relacionadas a suspeita ou provável COVID -19”, desagregadas por raça-cor e sexo e de

<sup>25</sup> [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/14052020boletim\\_covid19\\_diario.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/14052020boletim_covid19_diario.pdf)

<sup>26</sup>

<https://www.geledes.org.br/bruno-covas-cita-protestos-por-joao-pedro-e-george-floyd-racistas-nao-passarao/?fbclid=IwAR3Nen1OHG7Ow0NRU1xGg3hjoztHGG6o5HkLoi1eBICiP8uUodkFs19tld8>



acordo com os Municípios de residência/domicílio da pessoa falecida e b) número certidões de óbito registradas no **Município de São Paulo** nos meses de fevereiro, março e abril, cuja causa da morte tenha sido (i) “COVID-19” ou (ii) “insuficiência respiratória a esclarecer/morte a esclarecer/síndrome respiratória aguda grave a esclarecer, *desde que relacionadas a suspeita ou provável COVID -19*”, desagregadas por raça-cor e sexo e de acordo com os bairros de residência/domicílio da pessoa falecida.

O ARPEN-SP respondeu informando que existe uma plataforma digital, confeccionada a partir de determinação do Conselho Nacional de Justiça, contendo dados de óbitos causados por “COVID-19”, “Pneumonia”, “SRAG”, “Insuficiência respiratória”, “Septicemia”, “Indeterminada” e “Demais óbitos”, em função por sexo e faixa etária. Todavia, as informações são omissas no tocante ao quesito raça cor.<sup>27</sup>

Considerando a Portaria nº 57 de 20 de março de 2020, que incluiu o caso Coronavírus no Observatório Nacional sobre Questões Ambientais, Econômicas e Sociais de Alta Complexidade e Grande Impacto e Repercussão<sup>28</sup>, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, através do seu Núcleo Especializado de Defesa da Diversidade e da Igualdade Racial (NUDDIR) oficiou a Conselheira do CNJ que preside o referido Observatório, requerendo que se determine imediatamente que a plataforma <https://transparencia.registrocivil.org.br/registral-covid> disponibilize dados das mortes causadas por COVID-19 e outras causas respiratórias, no campo específico “ESPECIAL COVID-19” desagregadas por raça-cor. O ofício segue, contudo, sem resposta.

Registre-se a importância estratégica do acesso às informações dos dados de óbitos produzidos pelos registradores que proporciona um comparativo que ajuda a melhor compreensão do impacto da pandemia do novo coronavírus sobre a sociedade brasileira, contribuindo para a apuração de subnotificações de casos fatais, diante da ausência de testagem massiva, bem como a realidade na qual muitas pessoas tem morrido da COVID-19 em casa, sem procurar cuidados médicos.

O cenário delineado pelas devolutivas dos órgãos (Secretaria Estadual e Municipal de Saúde e ARPEN-SP), evidencia que o Poder Público, nos âmbitos federal, estadual e municipal:

1. deixa de adotar as providências administrativas necessárias para assegurar a

<sup>27</sup> <https://transparencia.registrocivil.org.br/registral-covid>

<sup>28</sup> <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3252>



completude no preenchimento do campo raça-cor nos formulários SUS-VE e SIVEP-Gripe que estão relacionados, respectivamente, à notificação dos casos de COVID-19 (síndrome gripal leve) e de Síndrome Respiratória Aguda e óbitos ( inclusive os casos de COVID-19);

2. falha na expedição de orientações para os agentes de saúde que conscientizem sobre a importância do preenchimento do quesito raça-cor e sobre a metodologia adequada ao seu preenchimento ( observância da autodeclaração como regra geral e, subsidiariamente, coleta da informação perante familiares);
3. falha ao não incluir nos seus boletins epidemiológicos dados sobre números de contaminados, testados, hospitalizados e mortos por COVID-19 desagregados por raça-cor, sexo e local de residência, o que inviabiliza a aferição da real dimensão do impacto da pandemia sobre a população negra, impede a construção de estratégias afirmativas voltadas a mitigar os efeitos prejudiciais das iniquidades em saúde que afetam desproporcionalmente este grupo, e limita as possibilidades de discussão, análise e produção de pesquisa pela sociedade civil, assim como do controle social das políticas públicas em saúde.
4. Falha ao não criar instância de governança e planejamento específica, quer em âmbito municipal, quer na esfera estadual, para planejamento de ações específicas para a população negra em situação de vulnerabilidade do Estado (aí incluídas as comunidades quilombolas).

Trata-se, portanto, de uma ineficiência do Poder Público ou insuficiência das respostas por ele ofertadas para eliminar as disparidades no acesso à saúde existentes entre negros e brancos. O Poder Público claramente tem se omitido de contribuir para impedir o agravamento das vulnerabilidades da população negra causada pelo advento da pandemia de COVID-19.

Essa omissão institucional, pautada por uma perspectiva universalista de direitos humanos que não considera as vulnerabilidades específicas produzidas pelo racismo, em suas interações com a opressão de classe e de gênero, viola o princípio da não discriminação, na medida em que implica na manutenção ou mesmo acentuação de desigualdades no acesso à saúde, que impedem o gozo do direito à vida em condições equitativas entre os diferentes grupos racializados.



## 2. DA LEGITIMIDADE DA DEFENSORIA PÚBLICA PARA A PRESENTE DEMANDA

Eliminando qualquer dúvida acerca da legitimidade da Defensoria Pública para o manejo da ação civil pública, que sempre foi reconhecida pela Justiça Federal em São Paulo, com fundamento na atual redação do art. 134, *caput*, da Constituição Federal, mesmo antes da L. 11.448/07, a atual redação do art. 5o., II, da LACP consagra a Defensoria Pública expressamente como legitimada.

De igual modo, o Supremo Tribunal Federal, no julgamento da ADIn 3943, ao reconhecer a constitucionalidade da legitimidade da Defensoria Pública para o ajuizamento de ação civil pública, entendeu não ser necessária a prévia comprovação da pobreza do público-alvo para justificar o ajuizamento de ação civil pública pela Defensoria Pública, bastando a presunção de que no rol de possíveis beneficiários da decisão constem pessoas economicamente necessitadas. Ressalte-se ainda o julgamento do Recurso Extraordinário (RE) 733433, sob a sistemática da repercussão geral, no qual o Plenário do STF fixou a tese de que a Defensoria Pública tem legitimidade para a propositura da ação civil pública a fim de promover a tutela judicial de direitos difusos e coletivos de que sejam titulares, em tese, pessoas necessitadas. Nesse precedente foi ressaltada a necessidade de pertinência temática nas ações transindividuais relativamente à Defensoria Pública, “a qual consiste na análise da compatibilidade entre o tema discutido e a finalidade para a qual a instituição foi criada”.

Como a questão ora posta atinge diretamente os titulares do direito fundamental à saúde que, conforme o art. 196 da Constituição Federal, a saúde é universal, especialmente a população negra, não resta qualquer dúvida acerca da pertinência do objeto da ação com as funções institucionais da Defensoria Pública da União, porque a maioria absoluta dos beneficiários do que ora se requer integra o público-alvo da atuação da Defensoria Pública da União, bem como do Núcleo Especializado de Defesa da Diversidade e da Igualdade Racial (NUDDIR), órgão que compõe a estrutura da Defensoria Pública de São Paulo com atribuição específica de acompanhamento de políticas públicas em favor da população negra .

## 3. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS DA DEMANDA

DPU/SP - Rua Teixeira da Silva, 217, Paraíso, São Paulo/SP  
Tel. (11) 3627-3400| [www.dpu.gov.br](http://www.dpu.gov.br)

20



Diante dos fatos, é inegável a importância de apontar o direito à saúde, instituído como social, universal e dever do Estado, pela Constituição Federal de 1988 no ordenamento jurídico brasileiro:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a **saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

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

Sendo a Ação Civil Pública o instrumento processual voltado à defesa dos direitos difusos e coletivos, seu objeto abarca a proteção do direito à saúde, junto do qual também se compreende o direito à informação sobre os impactos das doenças sobre a população. No presente caso, o objetivo é a implementação rigorosa de marcadores étnico-raciais, de localização e de gênero no tratamento de dados sobre a população afetada pela pandemia de COVID-19. Essa medida é necessária para avaliação, compreensão, informação e consequente correção da atual situação de desigualdade social.

Ao enfocar o dever de tratamento de dados, surge a Lei 12.288/2010, conhecida como Estatuto da Igualdade Racial, em seu art. 8º, incisos I e II, sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Art. 8º Constituem objetivos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:

I - a promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnicas e o combate à discriminação nas instituições e serviços do SUS;



II - a melhoria da qualidade dos sistemas de informação do SUS **no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero;**

a as Portarias 992/2009<sup>29</sup> e 344/2017<sup>30</sup>, normas internas expedidas pelo próprio Ministério da Saúde, com atenção aos artigos 1º, 3º e 4º da última:

Art. 1º **A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor serão obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde**, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena.

(...)

Art. 3º Compete às esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - estimular e qualificar o uso dos meios institucionais ou ferramentas de gestão existentes relativos ao monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN);

II - **qualificar a coleta, o processamento e a análise dos dados desagregados por raça/cor, bem como nas informações epidemiológicas** divulgadas anualmente pelo SUS; e

III - **incluir o quesito raça/cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos e pesquisas de saúde junto aos conveniados ou contratados pelo SUS.**

Art. 4º O Ministério da Saúde apresentará anualmente Relatório Sistematizado acerca da Situação de Saúde da População Negra no Brasil, reafirmando seu compromisso em contribuir para a efetiva

29 [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html)

30 [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344\\_01\\_02\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html)



implementação do programa de ação e atividades no âmbito da Década Internacional de Afrodescendentes, proclamada pela Assembleia Geral da ONU (Resolução 68/237) para o período de 2015 a 2024.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

A realidade factual demonstra que medidas, como o preenchimento obrigatório da categoria de raça/cor nas notificações do Sistema Único de Saúde (SUS), não estão sendo cumpridas em sua totalidade, apesar das disposições em lei, e a isso se soma a defasagem histórica do alcance dos serviços públicos de saúde sobre a população negra e periférica. Assim, tem-se um silenciamento da temática da desigualdade através da ausência de tratamento de dados adequados, dificultando qualquer avaliação sobre a exposição da população brasileira, majoritariamente negra, às doenças.

No mesmo sentido da presente demanda, pode-se apresentar as orientações da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) para as circunstâncias pandêmicas atuais: a aplicação, por parte dos Estados, de perspectivas interseccionais, dando atenção especial às necessidades e ao impacto diferenciado de medidas de controle aos grupos historicamente excluídos e em especial risco, dentre eles as mulheres, os povos indígenas, pessoas negras, pessoas trabalhadoras e pessoas que vivem em pobreza ou extrema pobreza, especialmente pessoas trabalhadoras informais e pessoas em situação de rua. Entre as recomendações destaca-se:

74. Incluir en los registros de personas contagiadas, hospitalizadas y fallecidas por la pandemia del COVID-19, datos desagregados de origen étnico-racial, género, edad y discapacidad.<sup>31</sup>

Ainda que não seja real enquanto categoria biológica, a raça se apresenta como construção social que determina identidades, acesso a recursos e a valorização da sociedade. A sua interação com marcadores de gênero e localização contribui para a análise dos graus de exposição da população brasileira a diferentes riscos à saúde. A atual conjuntura pandêmica, por inegavelmente se articular aos efeitos da desigualdade social

<sup>31</sup> Resolução nº 01/2020 da Comissão Interamericana de Direitos Humanos: “Pandemia y Derechos Humanos em las Américas”, adotado pela CIDH no dia 10 de abril de 2020. P. 07.





na implementação de políticas públicas, notadamente de saúde e sanitárias, exige a máxima e urgente atenção aos grupos mais vulneráveis.

Outrossim, a Lei 13.979/2020, que impõe as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, dispõe:

**Art. 6º É obrigatório o compartilhamento entre órgãos e entidades da administração pública federal, estadual, distrital e municipal de dados essenciais à identificação de pessoas infectadas ou com suspeita de infecção pelo coronavírus, com a finalidade exclusiva de evitar a sua propagação.**

§ 1º A obrigação a que se refere o caput deste artigo estende-se às pessoas jurídicas de direito privado quando os dados forem solicitados por autoridade sanitária.

§ 2º O Ministério da Saúde manterá dados públicos e atualizados sobre os casos confirmados, suspeitos e em investigação, relativos à situação de emergência pública sanitária, resguardando o direito ao sigilo das informações pessoais.

Sobre o tema, o Parecer Técnico no 6 – SOC RS, elaborado pelo Setor de Sociologia da Defensoria Pública da União no Rio Grande do Sul (doc. anexo), constata diversos problemas nas formas de notificação, entre eles a existência da opção “ignorado” nas fichas de notificação de coleta do quesito raça/cor administrados pelo Ministério da Saúde, culminando num particular elevado número de casos cujo critério de raça/cor não foram registrados, em uma contínua omissão da informação, reforçando as informações também obtidas pelo NUDDR da Defensoria Pública do Estado no âmbito dos órgão de saúde estaduais.

O Parecer Técnico destaca, ainda, o crescimento na proporção de pretos e pardos tanto em óbitos quanto hospitalizações, por síndrome respiratória aguda grave por Covid-19. A urgência do pedido é, portanto, reforçada pela já atual mudança no perfil social e étnico-racial das vítimas da doença, à medida que ela se dissemina em direção a territórios habitados pela população mais socialmente vulnerável.

Ademais, com esteio na Lei 12.527/2011, pode-se considerar que incumbe ao Poder Público a aplicação rigorosa das normativas de coleta e qualificação dos dados,



em defesa da integralidade do direito fundamental de acesso à informação, estabelecido constitucionalmente no art. 5º, XXXIII, art. 37, § 3º e art. 216, § 2º.

Percebe-se, então, que a demanda a ser instaurada pela presente Ação Civil Pública está de acordo com as atividades administrativas que já deveriam ser empreendidas por órgãos da administração pública e cujo desprezo na definição de políticas públicas compromete o planejamento e a execução adequada de ações de saúde durante a pandemia de COVID-19 no Brasil.

### 3.1. Do direito à informação

O direito fundamental à informação, marco civilizatório estabelecido pelo art. 5º, XIV e XXXIII, da Constituição Federal, garante ao indivíduo o direito de acesso à informação (o direito de se informar) e o direito de ser informado pelos órgãos públicos de informações do seu interesse, ainda que gerais ou coletivas, e cria, justamente por prever um direito, o dever do Estado de informar os cidadãos que o compõem.

Por isso, quando trata da Administração Pública, a Constituição da República não só erige a publicidade como um dos princípios que regem a atividade estatal, no art. 37, *caput*, como também estabelece, no § 1º do mesmo dispositivo, que “A publicidade dos atos, programas, obras, serviços e campanhas dos órgãos públicos deverá ter caráter educativo, informativo ou de orientação social, dela não podendo constar nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal de autoridades ou servidores públicos.”

Ou seja, claro está que é dever da Administração Pública prestar informações do interesse da população, educando-a e orientando-a sobre os mais diversos aspectos da vida em sociedade que de algum modo devem ser objeto da atenção estatal. De igual modo, não há dúvida que a atual pandemia evoca esforços hercúleos de toda a sociedade e a necessidade de medidas firmes e céleres por parte dos diversos governos mundiais, o que significa dizer, no caso brasileiro, a articulação entre as três esferas federativas, por força do art. 198 da Constituição Federal, solidariamente responsáveis pelo SUS e pelo direito à saúde da população brasileira.



Não se trata aqui de uma posição discricionária: não pode qualquer chefe de poder executivo, federal, estadual ou municipal, escolher ou não tomar providências de enfrentamento ao coronavírus. Isto é um dever do administrador público. Do mesmo modo que é um seu dever informar correta e adequadamente a população não só sobre as medidas que as pessoas devem adotar para evitar sua contaminação e a dos demais, mas também os atos adotados pelo poder público no combate à disseminação da doença.

E também aqui não cabe discricionariedade absoluta! Ainda que haja uma margem de atuação do Executivo para tentar adotar as melhores práticas possíveis dentro dos insuficientes recursos financeiros, materiais e humanos na luta contra a pandemia, certo é que há um consenso científico mundial acerca de algumas medidas que devem ser adotadas por governo e pessoas, amparado inclusive no conhecimento empírico adquirido pelo prévio enfrentamento da doença em outros países.

Ou seja, em relação à informação que os governos devem prestar, em especial o governo federal, ela dever ser o mais completa e clara possível e, no caso de uma pandemia que exige mudanças diárias de hábitos, também o mais rápido possível.

O direito fundamental ao acesso à informação foi disposto na Constituição Federal, em seu artigo 5º, XIV, e é a base da garantia de obrigatoriedade tanto de transparência quanto de acessibilidade aos dados públicos. A título de regulamentar o direito apropriadamente, foi publicada posteriormente a Lei 12.527/2011 (também conhecida por Lei do Acesso à Informação) para vincular, segundo seu artigo 1º, parágrafo único, os órgãos da Administração Pública Direta e Indireta à prestação adequada das informações.

Quanto à específica informação em relação aos casos de covid-19, a L. 13.979/20, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, estabelece:

**Art. 6º É obrigatório o compartilhamento entre órgãos e entidades da administração pública federal, estadual, distrital e municipal de dados essenciais à identificação de pessoas infectadas ou com suspeita de infecção pelo coronavírus, com a finalidade exclusiva de evitar a sua propagação.**



**§ 1º A obrigação a que se refere o caput deste artigo estende-se às pessoas jurídicas de direito privado quando os dados forem solicitados por autoridade sanitária.**

**§ 2º O Ministério da Saúde manterá dados públicos e atualizados sobre os casos confirmados, suspeitos e em investigação, relativos à situação de emergência pública sanitária, resguardando o direito ao sigilo das informações pessoais.**

No Brasil, atualmente, a disponibilização de informações a respeito da COVID-19 é feita, a nível federal, no site do Ministério da Saúde. Nele, encontram-se três painéis informativos, sendo o primeiro alojado no site “coronavirus.saude.gov.br” e fornecendo informações básicas sobre a doença, como sintomas, transmissão, diagnóstico etc. A partir dele, acessam-se os outros dois, quais sejam o “covid.saude.gov.br” – destinado aos dados sobre mortalidade, contágio e número de casos – e o “covid-insumos.saude.gov.br”, criado para fornecer informações sobre os insumos utilizados no combate à COVID-19.

Dentre estes, o mais importante do ponto de vista do acesso à informação é o segundo, pois cuida dos dados imprescindíveis ao mapeamento do comportamento do vírus no Brasil, uma vez que mostra números e acúmulos de casos, óbitos etc. Apesar disso, dada a complexidade étnico-racial brasileira e a flagrante desigualdade social presenciada sob todos os ângulos no país, rapidamente se conclui a apresentação pura de casos e óbitos como simplista e ineficiente para se identificar os grupos populacionais mais e menos atingidos, assim como a expansão geográfica da doença. Para uma análise responsável, se reportam como absolutamente necessárias as considerações sobre, critérios étnico-raciais, gênero e localidade.

Trata-se visceralmente de criar uma ação estatal apta a sanar a raiz do problema, o que só pode ser atingido por meio de informação precisa, atualizada, metodologicamente correta e detalhada, panorama que traz novamente à baila a Lei de Acesso à Informação e outras normativas de igual teor e importância.

A respeito da referida Lei, destacam-se, neste momento, os artigos 5º e 6º, I e II, *in verbis*:

*Art. 5º É dever do Estado garantir o direito de acesso à informação, que será franqueada, mediante*



*procedimentos objetivos e ágeis, de forma transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão.*

*Art. 6º Cabe aos órgãos e entidades do poder público, observadas as normas e procedimentos específicos aplicáveis, assegurar a:*

*I - gestão transparente da informação, propiciando amplo acesso a ela e sua divulgação;*

*II - proteção da informação, garantindo-se sua disponibilidade, autenticidade e integridade;*

Sobre tais dispositivos, cabe frisar a preocupação com a linguagem de fornecimento da informação, com a transparência dos dados, e, principalmente, sua integridade. Tais dizeres servem, claramente, tanto para informar aos cidadãos a extensão de seu direito à obtenção dos dados quanto para nortear os esforços estatais de produção de dados, de modo que, em interpretação literal do dispositivo, conclui-se a imprescindibilidade e obrigação da colheita de todas as informações quanto sejam possíveis.

A obrigação estatal, entretanto, não se esgota com a captura dos dados. É preciso, posteriormente, dar a devida vazão a eles de maneira facilmente inteligível por parte de todos os cidadãos. No caso, a resolução seria também simples, pois, uma vez já existente o portal “[covid.saude.gov.br](https://covid.saude.gov.br)”, bastaria alimentá-lo com os dados obtidos por meio dos marcadores, sejam eles relativos a gênero, raça, idade, condição socioeconômica e nacionalidade. Dessa forma, seria tornada possível a ampla cognição a respeito da ação do Coronavírus no Brasil e sobre todas suas nuances socioeconômicas, de modo a, assim, desenvolver políticas públicas capazes de tratar a questão em suas raízes, motivo pelo qual se justifica a total imprescindibilidade dos marcadores.

### **3.2 Do direito a não discriminação**

A omissão do Poder Público apontada revela a persistência, nos dias atuais, de uma perspectiva institucional que normaliza as desigualdades raciais no Brasil por meio da inadmissão dos efeitos advindos do histórico de escravidão e da



invisibilização das ações políticas que, já no período pós abolição, sob a roupagem do mito da democracia racial, não abriu mão de estratificações codificadas pela cor.

Cabe, entretanto, ao operador de direito o papel de compreender a dinâmica das desigualdades raciais para uma correta aplicação da norma.

De acordo com os instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos, a noção de discriminação corresponde a *“qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência que tenha o propósito ou o feito de anular ou prejudicar o reconhecimento, gozo ou exercício em pé de igualdade de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos econômico, social, cultural ou em qualquer campo da vida pública”*.<sup>32</sup>

A discriminação pode ocorrer de forma direta e indireta. De acordo com a doutrina do Desembargador Federal Roger Raupp Rios,<sup>33</sup> a discriminação direta é evidenciada por práticas intencionais e conscientes, enquanto a indireta surge em medidas que, em um primeiro momento, apresentam-se como neutras, porém sua efetivação reforça ou reproduz práticas discriminatórias.

A discriminação indireta se perfaz, conforme ensina Adilson José Moreira, mesmo *“...na ausência objetiva de intenção de discriminar um indivíduo e também em situações nas quais não há a utilização de formas de diferenciação legalmente vedadas”*. E prossegue: *“Ela afeta negativamente membros de um grupo porque atores públicos e privados não levam em consideração todos os efeitos que uma norma ou prática pode ter no status social de diferentes segmentos”*.<sup>34</sup>

Muito embora a intenção não seja relevante para fins de caracterização da discriminação indireta, mas sim o efeito prejudicial de determinada norma ou decisão para certos grupos racializados, há uma linha de continuidade histórica entre as formas de discriminação direta e indireta, segundo o jurista:

<sup>32</sup> Artigo 1º, §1º, da Convenção Internacional sobre a eliminação de todas as formas de discriminação racial, adotada pela Resolução nº 2.106-A da Assembleia das Nações Unidas, em 21 de dezembro de 1965, e internalizada no ordenamento jurídico brasileiro pelo Decreto Legislativo nº 23, de 21 de junho de 1967, tendo entrado em vigor a partir de 4 de janeiro de 1969 e promulgado pelo Decreto nº 65.810 de 8 de dezembro de 1969.

<sup>33</sup> RIOS, Roger Raupp. Direito da antidiscriminação: discriminação direta e indireta e ações afirmativas. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2008.

<sup>34</sup> MOREIRA, Adilson José. O que é discriminação? Justificando. Casa do Direito. pg. 103.



*“A discriminação indireta ocorre porque ela perpetua a situação de desvantagem social. Ela existe em função da tolerância de práticas discriminatórias dentro de uma sociedade. Se a discriminação direta cria padrões de discriminação que promovem a estratificação de certos grupos, a discriminação indireta os reproduz quando essa mesma sociedade permite o tratamento desvantajoso de grupos minoritários”.*<sup>35</sup>

O racismo institucional pode ser compreendido, portanto, como uma forma de discriminação indireta, pois prescinde, para sua caracterização, da demonstração da intenção de discriminar. Sendo assim, normas, praxes, fluxos, omissões institucionais, pelo simples fato de contribuírem para a reprodução das desigualdades raciais pré-existentes, podem ser qualificadas como discriminatórias. Isso não afasta, contudo, o peso das condutas dos agentes institucionais, muitas delas pautadas em preconceitos e estereótipos racistas internalizados, para construção da resposta ou omissão institucional discriminatória.

O Direito Antidiscriminatório corresponde a um direito de proteção genérica do Estado por meio do estabelecimento material de garantias, fundadas em critérios lícitos de diferenciação entre indivíduos, a exemplo das opressões de raça, gênero e socioeconômicas, objetivando a equidade, em notória busca pela concretização do princípio constitucional da igualdade, em sua dimensão formal e material.<sup>36</sup>

A partir desse aporte teórico, facilmente se conclui que a ineficiência do Estado no que tange: a) à adoção das providências administrativas necessárias para assegurar a completitude no preenchimento do campo raça-cor nos formulários SUS-VE e SIVEP-Gripe que estão relacionados, respectivamente, à notificação dos casos de COVID-19 (síndrome gripal leve) e de Síndrome Respiratória Aguda e óbitos (inclusos os casos de COVID-19); b) à expedição de orientações técnicas para que os agentes de saúde se conscientizem sobre a importância do preenchimento do quesito raça-cor e sobre a metodologia adequada à coleta dessa informação, inclusive nas hipóteses em que não é

<sup>35</sup> MOREIRA, Adilson José. O que é discriminação ? Justificando. Casa do Direito. pg. 103.

<sup>36</sup> RIOS, Roger Raupp. Direito da antidiscriminação: discriminação direta e indireta e ações afirmativas. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2008.



possível realizar entrevista pessoal com o paciente, seja em razão do seu quadro de saúde, seja em razão do advento do óbito, evitando-se o uso do campo “ignorado” e priorizando a busca ativa de familiares quando a auto declaração não pode ser colhida; c) à ausência, nos boletins epidemiológicos do Estado e Município e na plataforma do ARPEN-Brasil, de dados sobre números de contaminados, testados, hospitalizados e mortos por COVID-19 desagregados por raça–cor, sexo e local de residência; d) à inexistência de uma instância de governança e planejamento específica, quer em âmbito municipal, quer na esfera estadual, para planejamento de ações específicas para a população negra em situação de vulnerabilidade do Estado (aí incluídas as comunidades quilombolas) caracteriza omissão passível de enquadramento como racismo institucional.

A partir disso, o que se pede nesta lide, em leitura inversa, é reprovação de tratamentos que instituem, aprofundem ou perpetuem situações de subordinação, a partir da compreensão da necessidade de observância da vulnerabilidade que se acentua durante a pandemia em relação à população negra e periférica. Um desses tratamentos é, evidentemente, a omissão na produção de dados que englobem os recortes étnico-raciais ( cruzados em função de localização e de sexo) e na adoção de instâncias de governança para planejamento de ações estratégicas focadas na realidade específica da população negra em situação de vulnerabilidade.

Vale lembrar que o impacto do racismo sistêmico e institucional no acesso da população negra ao sistema de saúde é objeto da Declaração e Programa de Ação adotados na III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, que, em seu item 92:

***“Insta os Estados a coletarem, compilarem, analisarem, disseminarem e a publicarem dados estatísticos confiáveis em níveis local e nacional e a tomarem todas as outras medidas necessárias para avaliarem periodicamente a situação de indivíduos e grupos que são vítimas de racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata.***

*(...)*

***b) As informações e dados estatísticos devem ser coletados com o objetivos de monitorar a situação de grupos marginalizados, bem como o***





**desenvolvimento e avaliação da legislação, das políticas, das práticas e de outras medidas que visem prevenir e combater o racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata, bem como para o propósito de determinar se quaisquer medidas tenham impacto involuntário desigual nas vítimas”.**

Dito isto, há arcabouço jurídico suficiente para justificar o pleito de coleta de informações desagregadas por raça/cor, localidade e que essa coleta seja coordenada e uniformemente produzidas pelos três entes federativos, uma vez que há responsabilidade solidária no que diz respeito à assistência nos diversos níveis de complexidade de saúde no contexto da pandemia, conforme estabelecido pela Lei nº. 13.979/2020 e Portaria MS nº. 356/2020.

## **5. DA TUTELA ANTECIPADA**

Presentes os requisitos do art. 300 do CPC, deve-se, desde logo, sem que se oportunize a manifestação prévia dos réus, conceder-se a tutela provisória de urgência, para espancar qualquer possibilidade de que o tempo corra o resultado útil do processo.

A probabilidade do direito está amplamente demonstrada ao longo do presente petitório, desmerecendo-se repisar aqui aqueles mesmos argumentos.

A escalada de informações sobre os números de pessoas negras infectadas e mortas são alarmantes e indica a necessidade não somente da Administração Pública produzir dados concretos e desagregados pela fator étnico-racial, a respeito da afetação diferenciada que os afrodescendentes vem sofrendo no contexto da pandemia, mas também incentivar a redução ao máximo o nível de subnotificação e de não preenchimento desses dados pelos profissionais de saúde.

Tendo isso em conta, a coleta adequada de informações se revela essencial para o estabelecimento de protocolos de mobilização da população para a contenção da propagação do vírus e a formulação de políticas públicas de saúde adequadas para o tratamento da população que está sendo mais atingida.

A investigação mais completa possível das condições de vida das pessoas que se encontram em situação de maior de vulnerabilidade, decorrente de fatores raciais e sociais, durante a pandemia é essencial para que se oportunize uma melhoria no direcionamento de recursos públicos em saúde, saneamento e bem estar social à



população majoritariamente negra, feminina e periférica, predominantemente de baixa renda.

O risco ao resultado útil do processo, por seu turno, também está clarificado pela urgência que decorre da necessidade de divulgação de dados claros e pormenorizados acerca dos casos de COVID-19 para o enfrentamento da pandemia sob pena da corrida contra o tempo se revelar inútil. Isso porque esperar a divulgação desses dados apenas ao final do processo, contribuirá para a manutenção e o aumento da lacuna já existente no preenchimento de dados étnicos raciais mais precisos.

Ademais, há o risco de o nível de subnotificação e de não preenchimento dos dados pelo quesito raça/cor, gênero e localizar continuar aumentando de forma que a leitura das informações impossibilite a real compreensão da magnitude da afetação em relação a população negra, pobre e periférica.

Dito isso, respaldado os requisitos de concessão, pede-se a antecipação da tutela de urgência com base no art. 300 do CPC.

## 5. DO PEDIDO

Diante do exposto, requer-se:

1. Seja concedida liminar para determinar:

- A)** aos réus União, Estado de São Paulo e Município de São Paulo, por meio do Ministério da Saúde e das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, a expedição de diretrizes e implementação de ferramentas de preenchimento obrigatório do quesito raça-cor, conforme as conhecidas categorias do IBGE, adotadas por suas portarias 344/2017 e 992/2009, constante dos formulários cadastrais (digitais ou impressos) dos Sistemas SUS-VE e SIVEP-Gripe, acompanhadas de manual que aborde a importância do preenchimento do quesito raça-cor e contenha orientações acerca da metodologia adequada à coleta dessa informação, inclusive nas hipóteses em que não é possível realizar entrevista pessoal com o paciente para colher a sua autodeclaração (em razão do quadro de saúde ou óbito posterior), evitando-se o uso do campo “ignorado” e priorizando-se a busca ativa de familiares, ainda em momento posterior, que possam fornecer o dado correto.
- B)** aos réus União, Estado de São Paulo e Município de São Paulo, por meio do Ministério da Saúde e das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, a confecção de boletins



epidemiológicos a serem divulgados diariamente em sítio eletrônico da rede mundial de computadores, vinculados ao Ministério da Saúde, as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, contendo informações sobre a pandemia, inclusive, sobre números de contaminados, testados, hospitalizados e mortos por COVID-19 desagregados por raça-cor, gênero e local de residência (Município ou bairro), ordenando-se, ainda, a revisão dos boletins já publicados até o momento para inclusão de tais informações.

- C)** aos réus União, Estado de São Paulo e Município de São Paulo, por meio do Ministério da Saúde e das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, que utilizem, obrigatoriamente, as informações referidas no item “B” na produção de dados oficiais de contaminação e mortalidade pelo novo Coronavírus e nas apresentações públicas dos dados de infecção e mortalidade, inclusive em coletivas de imprensa;
- D)** aos réus União, Estado de São Paulo e Município de São Paulo, por meio do Ministério da Saúde e das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, a criação de uma instância de governança e planejamento específica, quer em âmbito municipal, quer na esfera estadual e federal, para planejamento de ações especialmente dirigidas à população negra em situação de vulnerabilidade do Estado (aí incluídas as comunidades quilombolas);
- E)** à ré ARPEN que atualize a plataforma <https://transparencia.registrocivil.org.br/registrar-covid> para que passe a disponibilizar dados das mortes causadas por COVID-19 e outras causas respiratórias, no campo específico “ESPECIAL COVID-19” desagregadas por raça-cor, sexo e localização (Estado de residência);
2. a dispensa da audiência de conciliação prévia com a citação dos réus para que, querendo, possam apresentar defesa, no prazo legal, sob pena de revelia;
  3. ao final do processo seja julgada totalmente procedente a demanda com a confirmação integral dos pedidos liminares do item 1;
  4. a produção de prova por todos os meios admitidos em direito;
  5. a dispensa ao pagamento de custas e despesas processuais nos termos do art. 18 da Lei 7347/85
  6. a condenação dos réus nos ônus sucumbenciais;
  7. a intimação do Ministério Público Federal, nos termos do art. 5º, § 1º, da L. 7.347/85.



Dá-se a causa o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

São Paulo, 16 de junho de 2020.

RITA CRISTINA DE OLIVEIRA  
Defensora Pública Federal  
Coordenadora do GT sobre Políticas Etnorracias da DPU



ISADORA BRANDÃO ARAUJO DA SILVA  
Defensora Pública Coordenadora do NUDDIR



VINICIUS CONCEIÇÃO SILVA SILVA  
Defensor Público Coordenador – auxiliar do NUDDIR

JOÃO PAULO DORINI  
Defensor Público Federal  
Defensor Regional de Direitos Humanos em São Paulo

