

# **IX ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI**

**DIREITO E RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS**

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

#### **Diretoria - CONPEDI**

**Presidente** - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini - FMU - São Paulo

**Diretor Executivo** - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

**Vice-presidente Norte** - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

**Vice-presidente Centro-Oeste** - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

**Vice-presidente Sul** - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

**Vice-presidente Sudeste** - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

**Vice-presidente Nordeste** - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

**Representante Discente:** Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

#### **Conselho Fiscal:**

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFRSA - Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Fernando Passos - UNIARA - São Paulo

Prof. Dr. Ednilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

#### **Secretarias**

#### **Relações Institucionais:**

Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal

#### **Comunicação:**

Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

#### **Relações Internacionais para o Continente Americano:**

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM - São Paulo

#### **Relações Internacionais para os demais Continentes:**

Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI - Santa Catarina

#### **Educação Jurídica**

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - PR

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - SP

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - MS

#### **Eventos:**

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo

Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

#### **Comissão Especial**

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UFRJ - RJ

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - PB

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - MG

Prof. Dr. Rogério Borba - UNIFACVEST - SC

D597

Direito e Relações Étnico-raciais [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Benjamin Xavier de Paula; Sébastien Kiwonghi Bizawu; William Paiva Marques Júnior – Florianópolis: CONPEDI, 2026.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-609-2

Modo de acesso: [www.conpedi.org.br](http://www.conpedi.org.br) em publicações

Tema: Constituição, Processo e Justiça Social: o papel da jurisdição constitucional na efetivação de direitos

2. Direito. 3. Relações Étnico-raciais. IX Encontro Virtual do CONPEDI (2: 2026: Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



# IX ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

## DIREITO E RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS

---

### **Apresentação**

#### Direito e Relações Raciais I

É com grande satisfação que apresentamos a presente coletânea dos Anais do Grupo de Trabalho (GT) “Direito e Relações Raciais”, que teve lugar na programação científica do IX Encontro Virtual do CONPEDI, promovido pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Direito (CONPEDI) entre os dias 22 e 26 de junho de 2026, sob a coordenação dos professores Doutores Benjamin Xavier de Paula, da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília (UnB), Sébastien Kiwonghi Bizawu, da Escola Superior Dom Helder Câmara, e William Paiva Marques Júnior, da Universidade Federal do Ceará.

Este volume reúne contribuições que tencionam o dogmatismo jurídico tradicional e desvelam as estruturas coloniais e racistas subjacentes às instituições do Direito contemporâneas.

Os textos articulam debates contemporâneos e interseccionais, perpassando o protagonismo indígena digital, o racismo ambiental, a precarização do trabalho plataformizado e as barreiras institucionais na implementação de políticas de ação afirmativa e educação antirracista no Brasil.

O primeiro artigo, intitulado “Internet: O novo arco e flecha de luta para a concretização dos direitos e consequentemente combate ao etnocídio”, de autoria de Manuela Saker Moraes e Livio Augusto de Carvalho Santos, investiga as consequências do uso das tecnologias digitais por comunidades tradicionais. Sob uma abordagem qualitativa de natureza

coletivo. A partir da análise do Projeto de Lei nº 3.799/2025, proposto pela deputada Célia Xakriabá, a investigação examina o diálogo interpretativo entre os poderes Executivo e Judiciário à luz do artigo 231 da Constituição Federal e da Convenção 169 da OIT. Amparados pela jurisprudência do Sistema Interamericano de Direitos Humanos e do Supremo Tribunal Federal, os pesquisadores concluem que o reconhecimento desse dano transcende a inovação dogmática, constituindo um imperativo ético voltado à proteção dos vínculos místico-culturais das comunidades com seus territórios.

O terceiro artigo, intitulado “Ética ambiental e comunidades tradicionais: Povos do Norte de Minas na construção de alternativas sustentáveis”, de autoria de Hamilton Pimentel Lopes Pires, Vandeí Antunes Pereira e Wladimir Tadeu Silveira Coelho, discute os conflitos socioambientais decorrentes da apropriação predatória do território e do trabalho de populações tradicionais por grupos econômicos hegemônicos no Norte de Minas Gerais. O arcabouço metodológico, de caráter qualitativo e interdisciplinar, dialoga com a Filosofia Ambiental, o Direito, a Sociologia e a Antropologia para analisar os impactos da monocultura de exportação e da concentração fundiária sobre os modos de vida locais. Os autores evidenciam que os saberes acumulados por essas populações oferecem alternativas de sustentabilidade baseadas no respeito aos limites da natureza, justificando historicamente suas trajetórias de resistência.

O quarto artigo, intitulado “Agrovilas quilombolas e recomposição da propriedade coletiva em Alcântara: Alternativas jurídicas para compatibilizar moradia familiar, reparação territorial e justiça étnico-racial”, de autoria de Arianna Rodrigues de Carvalho Saraiva, aborda os desafios decorrentes da implementação da sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos no caso Comunidades Quilombolas de Alcântara vs. Brasil. O trabalho emprega o método dedutivo para analisar a viabilidade de harmonizar a segurança habitacional individual das famílias nas agrovilas — criadas após os deslocamentos forçados pelo Centro de Lançamento espacial — com a natureza indivisível e coletiva das terras tradicionais. A hipótese confirmada demonstra que instrumentos internos de ordenação de

desencadeiam litígios de âmbito nacional e internacional. O estudo conclui que as experiências de resistência dessas comunidades servem como vetores pedagógicos que impulsionam o aperfeiçoamento normativo e jurisprudencial do socioambientalismo e do Direito Ambiental no país.

O sexto artigo, intitulado “A fábrica sem cor? Forma jurídica, algoritmos e divisão racial do trabalho em plataformas digitais na cidade de São Paulo”, de autoria de Éder Ferreira, investiga a reprodução das assimetrias raciais estruturais no capitalismo contemporâneo sob o viés da plataformização do trabalho. Fundamentando-se na crítica da economia política de Karl Marx e na teoria da forma jurídica de Evgeny Pachukanis, a pesquisa cruza dados socioeconômicos secundários com o debate contemporâneo sobre o trabalho digital. O autor sustenta que a neutralidade das infraestruturas algorítmicas e a aparente igualdade jurídica contratual mascaram e intensificam a exploração, resultando em uma nítida sobrerepresentação de trabalhadores negros nos segmentos laborais mais precarizados e desprotegidos da capital paulista.

O sétimo artigo, intitulado “Direito, educação e relações étnico-raciais no Brasil: Desafios para uma educação antirracista”, de autoria de Maria Isabel Queiroz dos Santos e Maria Isabely Silva De Medeiros Leal, propõe um mapeamento das barreiras históricas que perpetuam a exclusão da população negra nas instituições de ensino brasileiras. A investigação destaca a relevância político-jurídica da Lei nº 10.639/03 como marco para a inserção da história e da cultura africana e afro-brasileira nos currículos escolares. Apoiadas em revisão bibliográfica e análise documental, as autoras asseveram que, apesar dos avanços formais e normativos, a consolidação de uma pedagogia efetivamente antirracista ainda enfrenta graves entraves institucionais, especialmente no tocante à formação docente e à descolonização curricular.

O oitavo artigo, intitulado “Da inconstitucionalidade da lei estadual catarinense n. 19.722 /2026: Reflexões sobre a busca pela erradicação das cotas raciais”, de autoria de Simone

O nono artigo, intitulado “Racismo ambiental na implantação do sistema rodoviário ponte Salvador – Ilha de Itaparica: Licenciamento ambiental, consulta prévia e violação de direitos de comunidades tradicionais”, de autoria de Manoela Carla Felix Seixas Souza, examina os desdobramentos de um megaempreendimento orçado em mais de dez bilhões de reais à luz do conceito de racismo ambiental. Valendo-se de uma metodologia jurídico-dogmática associada ao estudo de caso, o texto aponta falhas estruturais no licenciamento ambiental e a inobservância da Consulta Prévia, Livre e Informada prevista na Convenção nº 169 da OIT. A autora conclui que o projeto invisibiliza institucionalmente populações vulnerabilizadas, gerando graves riscos de expulsão territorial e ameaças diretas a comunidades pesqueiras, quilombolas, indígenas e a 116 terreiros de matriz africana.

Diante do exposto, os artigos reunidos nesta coletânea não apenas diagnosticam as múltiplas manifestações do racismo estrutural e ambiental que desafiam o ordenamento jurídico brasileiro, mas também apontam caminhos hermenêuticos e práticos para a consolidação de uma justiça social e étnico-racial efetiva. Espera-se que as reflexões aqui compartilhadas sirvam de subsídio para novas investigações acadêmicas e, sobretudo, para a práxis transformadora de um Direito comprometido com a emancipação social.

Os coordenadores,

Prof. Dr. Benjamin Xavier de Paula - Faculdade de Direito da Universidade de Brasília (UnB)

Prof. Dr. Sébastien Kiwonghi Bizawu - Escola Superior Dom Helder Câmara

Prof. Dr. William Paiva Marques Júnior - Universidade Federal do Ceará

**VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL E RACISMO RELIGIOSO NA INTERNAÇÃO  
HOSPITALAR PÚBLICA: O DIREITO À LIBERDADE RELIGIOSA DE ADEPTOS  
DE RELIGIÕES AFRO-BRASILEIRAS DIANTE DA DISCRIMINAÇÃO DE  
PRÁTICAS ANCESTRAIS**

**INSTITUTIONAL VIOLENCE AND RELIGIOUS RACISM IN PUBLIC HOSPITAL  
ADMISSIONS: THE RIGHT TO RELIGIOUS FREEDOM FOR FOLLOWERS OF  
AFRO-BRAZILIAN RELIGIONS IN THE FACE OF DISCRIMINATION AGAINST  
ANCESTRAL PRACTICES**

**Fabiana Kuele Moreira dos Santos Lima**

**Resumo**

O presente artigo se propõe a analisar as violações de direitos humanos e fundamental, em especial à liberdade religiosa, que adeptos de religiões de matriz africana costumam sofrer durante internações na rede pública de saúde. Partindo do espectro da violência institucional e do racismo religioso cometidos por profissionais que atuam nessas instituições, o estudo examina situações recorrentes como a imposição coativa de crenças cristãs; o desaparecimento, a vedação do uso ou a destruição de objetos sagrados (guias patuás, imagens de orixás, ervas); a vedação ou dificuldade do acesso de lideranças religiosas aos pacientes internados; e a proibição ou repressão de práticas litúrgicas ancestrais, tais como rezas em línguas africanas, cantigas sagradas, ebós, entre outras. O artigo demonstra que tais condutas não configuram meros atos isolados de intolerância religiosa, mas expressões concretas do racismo estrutural e da violência institucional, uma vez que o próprio Estado, por meio de seus agentes e da ausência de protocolos adequados, reproduz e naturaliza a hierarquização das crenças, colocando as religiões afro-brasileiras em posição de inferioridade em relação ao cristianismo hegemônico. A pesquisa percorre o princípio constitucional do Estado laico e o direito humano e fundamental à liberdade religiosa ao analisar as violações concretas no âmbito do SUS, e avaliar as políticas antirracistas existentes para que seja possível traçar um panorama adequado que efetivamente impeça a perpetuação de tais práticas.

patients; and the prohibition or repression of ancestral liturgical practices, such as prayers in African languages, sacred songs, and ebós, among others. The article demonstrates that such conduct does not constitute mere isolated acts of religious intolerance, but rather concrete expressions of structural racism and institutional violence, since the State itself, through its agents and the absence of adequate protocols, reproduces and normalizes the hierarchization of beliefs, placing Afro-Brazilian religions in a position of inferiority relative to hegemonic Christianity. This study examines the constitutional principle of a secular state and the fundamental human right to religious freedom by analyzing specific violations within the Unified Health System (SUS) and evaluating existing anti-racism policies, with the aim of providing a comprehensive overview that can effectively prevent the perpetuation of such practices.

**Keywords/Palabras-claves/Mots-clés:** Racism, Religion, Health, Discrimination, Violence

## INTRODUÇÃO

O racismo enquanto estrutura que molda a sociedade não encontra limites para sua demonstração, nem mesmo em espaços aparentemente neutros e orientados por supostos critérios objetivos, como o ambiente hospitalar e o campo científico. Pelo contrário, é justamente nesses espaços, revestidos de autoridade técnica e legitimidade social, que o racismo frequentemente se reproduz de maneira mais perversa, pois se apresenta sob o manto da neutralidade científica, da protocolização técnica ou das práticas assistenciais.

Historicamente, a ciência moderna, especialmente entre os séculos XIX e XX, foi um dos principais instrumentos de legitimação do racismo científico. Desde os episódios de eugenia, que defenderam a superioridade biológica de pessoas brancas e a necessidade de “higienização racial” da população por meio de políticas de esterilização forçada, restrições migratórias e, nos casos extremos do nazismo, extermínio sistemático, a ciência produziu e validou hierarquias raciais como se fossem fatos naturais. Essa suposta superioridade biológica branca foi refutada de maneira definitiva pelo Projeto Genoma Humano, concluído no início do século XXI, que demonstrou que todas as pessoas compartilham 99,9% do seu DNA, e que as variações genéticas são maiores dentro de grupos raciais do que entre eles, tornando biologicamente insustentável qualquer teoria de raças humanas distintas.

Apesar disso, o racismo científico não desapareceu, apenas se reconfigurou, passou pelas teses criminológicas do final do século XIX e início do XX, como as desenvolvidas pela Escola Positiva de Criminologia, liderada por Cesare Lombroso e seus seguidores no Brasil (como Nina Rodrigues), que tentaram defender, com base em supostas medições cranianas e características fisionômicas, que pessoas negras seriam mais tendentes a cometer crimes, mais impulsivas, menos civilizadas e, portanto, merecedoras de um tratamento penal diferenciado e mais severo. Todas as teorias, embora amplamente desacreditadas no meio acadêmico contemporâneo, ainda ecoam de maneira subterrânea nas práticas de perfilamento racial policial, na seletividade do sistema de justiça criminal e nos diagnósticos diferenciais feitos por profissionais de saúde como um processo de genocídio negro<sup>1</sup>.

Mais recentemente, e de modo ainda mais insidioso por ocorrer dentro dos hospitais e consultórios, o racismo estrutural se manifesta na chamada disparidade racial no tratamento da dor, em que alguns estudos em que pessoas negras receberiam significativamente menos analgesia (medicação para dor) do que pessoas brancas, porque profissionais de saúde, muitas

---

<sup>1</sup> Para Abdias do Nascimento o genocídio negro não constitui apenas e tão somente a morte física, mas as diversas violências que visam matar exterminar também a história e a cultura da população negra. De modo que as religiões de matriz africana constituem expressão da cultura e da população negra.

vezes de forma inconsciente e não intencional, operam com o estereótipo racista de que pessoas negras são biologicamente mais resistentes à dor. De modo que o quadro de racismo estrutural na saúde, historicamente consolidado por meio de teorias eugênicas, teses criminológicas racializadas e práticas diferenciais de cuidado como a subanalgesia de pessoas negras, continua existindo na contemporaneidade, embora muitas vezes de maneira subterrânea, naturalizada e não intencional por parte dos agentes de saúde.

Entretanto, este estudo não pretende esgotar todas as dimensões desse racismo institucional no âmbito da saúde pública, mas sim se ater a enfrentar uma manifestação específica que tem sido sistematicamente negligenciada tanto pela produção acadêmica quanto pelas políticas públicas: a deslegitimação de práticas ancestrais de matriz africana; a imposição coativa de crenças cristãs sob a alegação de um suposto acolhimento espiritual que, coincidentemente, só prestigia uma única denominação religiosa; a destruição, o desaparecimento ou a vedação do uso de objetos sagrados (guias, patuás, ervas, imagens de orixás); e a obstrução ou dificuldade do acesso de lideranças religiosas aos pacientes internados na rede pública de saúde.

Todas essas violações, vistas em conjunto, revelam-se faces do mesmo fenômeno estrutural que organiza o racismo à brasileira, qual seja a recusa persistente, por vezes consciente e deliberada, na maioria das vezes inconsciente, reproduzida por hábitos institucionais e ausência de protocolos, em reconhecer a humanidade plena, a dignidade inerente e a autonomia existencial de corpos e subjetividades negras e periféricas. Essa recusa torna-se ainda mais grave quando esses corpos estão doentes, fragilizados, hospitalizados e, portanto, sob a tutela e a responsabilidade do Estado, que deveria garantir não apenas a cura biológica, mas o cuidado integral, físico, psicológico, social e espiritual, em respeito ao princípio constitucional da dignidade da pessoa humana e da laicidade estatal.

Apesar de não serem religiões compostas apenas por pessoas negras, uma vez que as tradições de matriz africana brasileiras vão muito além do Candomblé e da Umbanda, abrangendo também o Tambor de Mina, o Catimbó, a Jurema Sagrada, o Culto aos Egunguns, Ifá, Quimbanda e diversas outras manifestações afro-religiosas que variam conforme a região e a tradição de nação (como Ketu, Jeje, Angola, entre outras), congregando também pessoas brancas, indígenas e pardas em suas fileiras, o que reflete a complexidade étnica e a dinâmica de trocas culturais que marcam a sociedade brasileira. É inegável que seus adeptos são majoritariamente negros e que a violência simbólica e institucional dirigida a essas práticas religiosas opera fundamentalmente a partir de um marcador racial.

Diante desse cenário, o problema que orienta a presente pesquisa pode ser assim formulado: de que modo a violência institucional e o racismo religioso praticados por agentes públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) violam o direito fundamental à liberdade religiosa de adeptos de religiões afro-brasileiras, e quais instrumentos normativos seriam necessários para prevenir e reprimir tais violações de maneira efetiva?

O objetivo geral do artigo é analisar essas violações à luz do princípio constitucional do Estado laico e das políticas antirracistas existentes no SUS. Como objetivos específicos, busca-se: (i) examinar as situações recorrentes de violência institucional e racismo religioso no ambiente hospitalar público; (ii) avaliar a adequação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e da Estratégia Antirracista para a Saúde; e (iii) propor a necessidade de instrumentos normativos específicos que assegurem, de maneira vinculante, o respeito à diversidade religiosa no ambiente hospitalar público.

Quanto aos aspectos metodológicos, a pesquisa adota o método indutivo, partindo da observação de situações concretas de violência institucional e racismo religioso contra adeptos de religiões afro-brasileiras no âmbito do SUS para, em seguida, alcançar proposições gerais sobre a necessidade de proteção normativa à liberdade religiosa. Utiliza-se, ainda, o método estruturalista, que permite analisar o racismo religioso não como fenômeno isolado ou fruto de más condutas individuais, mas como expressão de uma estrutura social e institucional mais ampla que hierarquiza crenças com base em critérios étnico-raciais, bem como o método sistemático, que examina o ordenamento jurídico como um todo coerente, articulando os princípios constitucionais do Estado laico (art. 19, I, CF/88), da liberdade religiosa (art. 5º, VI, CF/88) e da administração pública (art. 37, CF/88) com a legislação infraconstitucional e as políticas públicas setoriais.

Quanto aos fins, a pesquisa é exploratória, por buscar maior familiaridade com o problema do racismo religioso no ambiente hospitalar público, ainda pouco investigado pela produção acadêmica brasileira, e descritiva, ao expor e classificar as manifestações recorrentes dessa violência institucional (imposição de crenças cristãs, destruição de objetos sagrados, vedação ao acesso de lideranças religiosas e repressão a práticas litúrgicas). Quanto aos procedimentos técnicos, trata-se de pesquisa documental e bibliográfica com base em elementos normativos como a Constituição Federal, tratados internacionais, leis e portarias ministeriais bem como literatura sobre racismo estrutural, intolerância religiosa e outros marcadores raciais. A análise do material coletado segue a técnica de análise de conteúdo categorial temática, a partir da qual se identificaram quatro categorias recorrentes de violações que orientam a estrutura dos capítulos seguintes.

## **1. O ESTADO LAICO E A LIBERDADE RELIGIOSA COMO DIREITO HUMANO E FUNDAMENTAL**

Segundo o Censo do IBGE de 2022, cerca de 1,0% da população brasileira se declarou pertencente ao Candomblé e à Umbanda, o que representa um aumento de sete pontos percentuais em relação à pesquisa anterior de 2010, quando o quantitativo era de apenas 0,3%. No entanto, esses números merecem ser lidos com cautela crítica, pois é amplamente reconhecido por estudiosos do tema e por lideranças religiosas que há uma significativa subnotificação dos adeptos de religiões de matriz africana nos levantamentos censitários, muito em razão do histórico de perseguição, intolerância e racismo religioso que ainda hoje resulta em ataques a terreiros, agressões físicas, assassinatos de líderes religiosos e discriminação em espaços como escolas, hospitais e repartições públicas, optam por declarar sua filiação religiosa de maneira dissimulada, registrando-se como “espíritas” ou simplesmente omitem sua pertença religiosa. Esse fenômeno do mascaramento estatístico, alimentado pelo medo e pela vergonha socialmente imposta, faz com que os números oficiais subestimem drasticamente a real dimensão da população afro-religiosa no Brasil, o que, por sua vez, enfraquece políticas públicas de enfrentamento ao racismo religioso e invisibiliza a magnitude das violações de direitos, incluindo aquelas que ocorrem no ambiente hospitalar público.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as religiões de matriz africana enfrentam um racismo religioso estrutural e cotidiano que se manifesta desde a recepção hostil na portaria até a violação de direitos dentro das enfermarias. Os profissionais de saúde que atuam nesse ambiente, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, equipes de limpeza e administração, não exercem suas funções em um vácuo ético ou jurídico, mas ao contrário, enquanto servidores públicos (ou prestadores de serviço público, no caso de contratados e terceirizados), estão sujeitos aos princípios constitucionais da administração pública, expressos no *caput* do art. 37 da Constituição Federal de 1988, quais sejam, legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Dentre esses, destacam-se a moralidade administrativa, que exige conduta proba, respeitosa e alinhada aos valores constitucionais, incluindo o respeito à diversidade religiosa. E a impessoalidade, que veda qualquer tratamento discriminatório baseado em raça, religião, origem ou qualquer outro marcador social. Quando um profissional de saúde impõe sua crença cristã a um paciente umbandista, ou quando a instituição hospitalar permite que objetos sagrados de matriz africana sejam descartados como lixo enquanto crucifixos são preservados, há clara violação ao dever de neutralidade religiosa do Estado laico, previsto no art. 19, I, da CRFB/88, que proíbe a União, os Estados, o Distrito

Federal e os Municípios de estabelecer cultos religiosos ou igrejas, subvencioná-los, impedi-los o funcionamento ou manter com eles ou seus representantes relações de dependência ou aliança. E, para evitar tais violações, o poder público pode e deve adotar um conjunto de medidas concretas.

A relação entre Estado e religião no Brasil atravessou significativas transformações até alcançar o modelo laico consagrado pela Constituição Federal de 1988. Durante o período colonial e imperial, o Estado brasileiro era confessional, mantendo estreitos laços com a Igreja Católica Apostólica Romana, o que relegava as demais manifestações religiosas a um espaço de tolerância limitada e subordinação. Apenas com o Decreto nº 119-A, de 1890, e, posteriormente, com a Constituição Republicana de 1891, consolidou-se a separação formal entre Igreja e Estado, permitindo que o Brasil se constituísse como um Estado efetivamente laico. Essa laicidade, contudo, não significou indiferença ou hostilidade ao fenômeno religioso, mas sim a imposição de neutralidade estatal diante das diferentes crenças, garantindo espaço plural para sua livre manifestação.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 elevou a laicidade estatal e a liberdade religiosa à condição de princípios estruturantes da República, em seu art. 19, I, dispõe:

Art. 19. É vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios:  
I - estabelecer cultos religiosos ou igrejas, subvencioná-los, embaraçar-lhes o funcionamento ou manter com eles ou seus representantes relações de dependência ou aliança, ressalvada, na forma da lei, a colaboração de interesse público;  
II - recusar fé aos documentos públicos;  
III - criar distinções entre brasileiros ou preferências entre si.

O referido dispositivo impõe ao Estado tanto a vedação à promoção ou favorecimento de qualquer confissão religiosa, quanto o dever de abstenção quanto à interferência nas práticas religiosas dos cidadãos, salvo para proteger outros direitos fundamentais igualmente relevantes.

De modo complementar, o art. 5º, VI, da CF/88 assegura a inviolabilidade da liberdade de consciência e de crença, garantindo o livre exercício dos cultos religiosos e a proteção aos locais de culto e suas liturgias. A liberdade religiosa, nesta diapasão, não se exaure na dimensão negativa de não sofrer coerção estatal, mas alcança também uma dimensão positiva por meio do direito de professar, de praticar e difundir a própria fé, individual ou coletivamente, tanto na esfera privada quanto nos espaços públicos.

No plano internacional dos direitos humanos, a liberdade religiosa encontra guarida em diversos instrumentos dos quais o Brasil é signatário. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) em seu art. 18 que dispõe que:

“Todo ser humano tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; esse direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença pelo ensino, pela prática, pelo culto em público ou em particular.”

No mesmo sentido, o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (1966), incorporado ao ordenamento brasileiro pelo Decreto nº 592/1992, em seu artigo 18, reforça esse direito, acrescentando que “ninguém sofrerá coerção que possa prejudicar sua liberdade de ter ou adotar uma religião ou crença de sua escolha”. A Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica, 1969), promulgada pelo Decreto nº 678/1992, em seu artigo 12, assegura que “ninguém pode ser objeto de medidas restritivas que possam limitar sua liberdade de conservar sua religião ou suas crenças, ou de mudar de religião ou crenças”.

Conforme ensina Ingo Wolfgang Sarlet (2022), a liberdade religiosa (ou de religião) engloba no seu núcleo essencial tanto a liberdade de ter, quanto a de não ter ou deixar de ter uma religião, desdobrando-se em diversas outras posições fundamentais. No âmbito do presente estudo, que se dedica às violações perpetradas contra adeptos de religiões de matriz africana no Sistema Único de Saúde, interessa particularmente a dimensão positiva da liberdade religiosa, ou seja, o direito de ter e de praticar a própria fé, uma vez que as violações analisadas não dizem respeito à imposição coativa de uma crença ou à recusa a determinados procedimentos com fundamento em objeção de consciência, mas sim à deslegitimação sistemática das tradições afro-brasileiras por meio de práticas como a destruição de objetos sagrados, a vedação ao acesso de lideranças religiosas e a repressão a rituais ancestrais.

Portanto, a laicidade estatal, não se confunde com laicismo, ou seja, com a tentativa de excluir a religião da esfera pública. Antes, exige do Estado uma postura de imparcialidade ativa diante do pluralismo religioso que caracteriza a sociedade brasileira, composta por católicos, evangélicos, espíritas, adeptos de religiões de matriz africana, populações de religiões indígenas, muçulmanos, judeus, budistas e tantas outras tradições de fé, além de pessoas sem qualquer filiação religiosa, ateus e agnósticos. A laicidade é, neste sentido, condição de possibilidade para o exercício efetivo da liberdade religiosa por todos, especialmente por grupos minoritários historicamente discriminados, como os adeptos das religiões afro-brasileiras.

A despeito desse desenho constitucional robusto, a concretização da laicidade e da liberdade religiosa no cotidiano das instituições públicas brasileiras enfrenta obstáculos consideráveis. A presença de símbolos religiosos majoritários, como crucifixos em repartições públicas, tribunais e hospitais, e a influência de bancadas confessionais no processo legislativo evidenciam tensões entre o princípio constitucional da neutralidade estatal e práticas institucionais enraizadas na tradição católico-cristã do país.

De modo que a compreensão do Estado laico e da liberdade religiosa como direito fundamental é imprescindível, pois constitui o parâmetro normativo a partir do qual se avalia a legitimidade das condutas de agentes públicos no ambiente hospitalar. A imposição de crenças cristãs, a destruição de objetos sagrados de matriz africana e a vedação ao acesso de líderes religiosos aos pacientes internados na rede pública de saúde configuram violações diretas não apenas à liberdade religiosa (art. 5º, VI da CRFB/88), mas também ao próprio princípio da laicidade estatal (art. 19, I da CRFB/88), uma vez que revelam preferência institucional por determinada confissão religiosa em detrimento de outras. O Estado brasileiro, ao atuar por meio de seus agentes nos hospitais públicos, deve manter-se neutro e respeitoso diante da diversidade de crenças, sob pena de transformar o direito fundamental à liberdade religiosa em letra morta para as populações historicamente marginalizadas.

## **2. RACISMO RELIGIOSO E VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NO ATENDIMENTO HOSPITALAR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS**

A violência institucional praticada contra adeptos de religiões de matriz africana no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) não pode ser compreendida como mero conjunto de atos isolados de intolerância religiosa praticados por profissionais de saúde mal-intencionados. É preciso compreender o fenômeno a partir de uma perspectiva macro, trata-se de racismo religioso, categoria analítica que desloca o foco da discriminação religiosa para a interseção entre raça e religião, demonstrando que a violência contra o Candomblé, a Umbanda e demais tradições afro-brasileiras é, antes de tudo, uma violência racializada.

O racismo religioso, conceito que vem ganhando espaço na produção acadêmica e na jurisprudência brasileira, designa a hierarquização das crenças com base em critérios étnico-raciais, na qual as religiões de matriz africana são sistematicamente deslegitimadas, demonizadas e reduzidas a diversos adjetivos negativos, enquanto o cristianismo hegemônico é tratado como norma religiosa universal, aceitável e digna de respeito. Essa hierarquização racial das crenças tem raízes históricas profundas. Durante o período colonial, a Coroa Portuguesa e a Igreja Católica empreenderam sistemática perseguição às práticas religiosas africanas, criminalizando os terreiros, destruindo objetos sagrados e submetendo os sacerdotes e sacerdotisas a processos inquisitoriais sob a acusação de feitiçaria. A proibição das línguas africanas, dos tambores e das danças sagradas integrava um projeto mais amplo de apagamento das memórias e resistências culturais africanas no Brasil, projeto este que visava à construção de uma identidade nacional pautada no ideário de branqueamento e na subalternização do negro e de suas tradições. A República, longe de romper com esse legado, aprofundou a

criminalização das religiões afro-brasileiras, submetendo seus praticantes à repressão policial sistemática, por muito tempo líderes religiosos foram perseguidos e registrados nas delegacias, seus terreiros eram constantemente alvo de averiguações, criminalização de práticas religiosas, por exemplo, o curandeirismo ainda é vigente no atual Código Penal.

Como bem analisa Sidnei Nogueira, esse estigma encontra suas bases no etnocentrismo europeu que hierarquizou culturas e religiões, colocando a tradição judaico-cristã como padrão universal de espiritualidade e relegando as manifestações africanas e indígenas à marginalidade e à suspeição, para quem sempre foi subalternizado:

O racismo religioso quer matar existência, eliminar crenças, apagar memórias, silenciar origens. É a existência dessas epistemologias culturais pretas que reafirmam a existência de corpos e memórias pretas. É a existência dessas epistemologias pretas que evidenciam a escravidão como crime e o processo de desumanização de memórias existenciais pretas. Aceitar a crença do outro, a cultura e a episteme de quem a sociedade branca escravizou é assumir o erro e reconhecer a humanidade daquele que esta mesma sociedade desumanizou e matou.

Isso posto, estamos em um processo de subalternização do outro. O papel da subalternização que leva ao epistemicídio e ao apagamento daquilo que a hegemonia não suporta ver vivo, humano e verdadeiro. No seio da negação de conhecimentos, saberes e culturas não assimiladas pela cultura branca/ocidental está a colonialidade do poder. (Nogueira, 2020, págs. 77 e 78)

No ambiente hospitalar público contemporâneo, esse racismo religioso estrutural se manifesta de múltiplas formas, todas constitutivas de violência institucional, categoria que designa a violência praticada por agentes do Estado no exercício de suas funções, ainda que de maneira velada, naturalizada, não intencional ou amparada por omissões normativas e ausência de protocolos adequados. A violência institucional, neste sentido, não depende necessariamente da má-fé individual do agente, porque se reproduz por meio de rotinas, silenciamentos, despreparo técnico e práticas discriminatórias cristalizadas ao longo do tempo, que tornam o ambiente hospitalar hostil para corpos e subjetividades que fogem ao padrão branco-cristão hegemônico.

Entre as manifestações mais recorrentes do racismo religioso no SUS, destacam-se quatro categorias de violações, que têm sido amplamente denunciadas por adeptos de religiões de matriz africana, por suas lideranças e por organizações da sociedade civil, como a Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (Renafro Saúde). A primeira delas é a imposição coativa de crenças cristãs como suposta “assistência espiritual ou religiosa”, que ocorre quando profissionais de saúde, em especial em setores de alta vulnerabilidade como UTI’s, enfermarias oncológicas e alas de cuidados paliativos, impõem orações, leituras bíblicas, exortações e rituais cristãos a pacientes inconscientes ou fragilizados, sem qualquer consentimento prévio e sem oferecer alternativas espirituais igualmente respeitadas. Em muitos casos, a recusa em participar

dessas práticas é interpretada como ingratidão, rebeldia ou mesmo com condenações ao “inferno”, agravando a violência psicológica sofrida pelo paciente.

A segunda manifestação é o desaparecimento, a vedação do uso ou a destruição de objetos sagrados. Guias (colares de contas ritualmente consagrados), fios de contas, patuás, imagens de orixás, ervas sagradas, velas e demais objetos litúrgicos de matriz africana são frequentemente retirados dos pacientes sem autorização, sumariamente descartados como “lixo” ou “sujeira”, ou destruídos sob justificativas higienistas sob a alegação de violência hospitalar. O que se agrava bastante, uma vez que os objetos sagrados não são meros adornos ou pertences pessoais, são, na verdade, a extensão material da própria identidade religiosa, frequentemente consagrados em rituais específicos e dotados de força espiritual (axé) para proteção e cura do adepto.

A terceira violação é a vedação ou dificultação do acesso de lideranças religiosas aos pacientes internados. Pais e mães de santo, babalorixás, yalorixás, ogãs, ekédjes e demais lideranças de terreiros são sistematicamente impedidos de visitar seus filhos e filhas, irmãos de santo internados, sob os mais variados pretextos, dentre os quais, o mais comum é por não serem familiares, em uma demonstração de preconceito explícito que vai desde a equipe de portaria, enfermagem ou segurança patrimonial. Enquanto capelães católicos e evangélicos frequentemente circulam livremente por alas hospitalares, as lideranças afro-religiosas são tratadas com suspeição e hostilidade.

A quarta e última manifestação é a proibição ou repressão de práticas litúrgicas ancestrais como rezas em línguas iorubá, jeje, banto ou outras tradições africanas; cantigas sagradas; ebós; entre outras práticas essenciais à manutenção do equilíbrio espiritual e emocional do paciente, à sua proteção contra influências negativas e à sua conexão com a comunidade de terreiro que acabam sendo frequentemente proibidas sob justificativas como “perturbação do sossego dos outros pacientes”, “risco de infecção hospitalar” ou “incompatibilidade com o tratamento médico”, sendo muitas vezes objeto de ridicularização, escárnio e violência simbólica por parte da equipe de saúde.

Todas essas violências em conjunto acabam produzindo um quadro de sofrimento multidimensional que transcende a dimensão espiritual, afetando diretamente a saúde física e psíquica do paciente. De modo que o desrespeito à dimensão espiritual e religiosa do paciente poderia em alguma medida contribuir em processos de adoecimento e recuperação, reduzindo níveis de ansiedade, depressão, estresse pós-traumático e até mesmo a percepção de dor. A obstrução sistemática desse suporte espiritual por parte da equipe de saúde, portanto, não apenas viola direitos fundamentais, mas também compromete a integralidade da assistência e a eficácia

terapêutica, configurando uma prática iatrogênica, ou seja, que produz sofrimento adicional e agrava o quadro clínico do paciente.

O fato de essas violações ocorrerem dentro do Sistema Único de Saúde que tem entre seus princípios fundamentais a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação social, acaba agravando ainda mais a situação. O SUS foi concebido como um sistema orientado pela justiça social, pelo direito à saúde como direito humano e pelo combate às desigualdades. No entanto, a persistência do racismo religioso em suas instituições mostra uma contradição profunda entre o ideário constitucional do SUS e as práticas cotidianas de muitos de seus profissionais e unidades de atendimento. Os agentes públicos que cometem ou toleram tais violações violam não apenas a liberdade religiosa dos pacientes (art. 5º, VI da CRFB/88), mas também o princípio da impessoalidade da administração pública (art. 37 da CRFB/88), que veda qualquer tratamento discriminatório baseado em raça, religião, origem ou qualquer outro marcador social, e o dever de neutralidade religiosa inerente ao Estado laico (art. 19, I da CRFB/88), além de praticarem o crime de racismo do art. 20 da Lei 7.716/89.

A responsabilização desses agentes, contudo, ainda é algo incomum, muito em razão da falta de formalização de denúncias, desconhecimento dos pacientes e familiares sobre seus direitos, a ausência de canais acessíveis e confiáveis para registro de ocorrências, despreparo das ouvidorias e corregedorias para lidar com casos de racismo religioso e, frequentemente, o corporativismo que protege profissionais de saúde denunciados constituem barreiras estruturais à efetivação da responsabilização administrativa, civil e criminal.

De modo que, o enfrentamento do racismo religioso no âmbito do SUS exige uma abordagem multifacetada, que articule a denúncia das violações concretas, a responsabilização dos agentes públicos infratores, a implementação de protocolos institucionais de acolhimento à diversidade religiosa, a capacitação continuada de todos os profissionais da saúde e o fortalecimento dos canais de participação social e controle democrático sobre o sistema de saúde. Sem essas medidas, o direito fundamental à liberdade religiosa continuará sendo sistematicamente violado dentro do SUS, e o Estado brasileiro permanecerá reproduzindo, sob a aparência de neutralidade e cuidado, a mesma violência colonial que por séculos perseguiu, criminalizou e tentou exterminar as tradições espirituais africanas em território brasileiro.

### **3. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN)**

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 992/GM/MS, de 13 de maio de 2009, após

aprovação do Conselho Nacional de Saúde em 2006, como resultado de uma longa e árdua luta dos movimentos sociais negros que, desde a década de 1970, denunciavam o racismo como importante determinante social da saúde no Brasil. A PNSIPN representa um marco normativo de extrema importância no reconhecimento, por parte do Estado brasileiro, de que as desigualdades étnico-raciais produzem impactos concretos e mensuráveis na saúde da população negra, exigindo respostas institucionais específicas e estruturantes. Seu objetivo central é promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a valorização da identidade, da cultura e das tradições da população negra brasileira.

A PNSIPN se estrutura a partir de um conjunto de diretrizes que abrangem desde a ampliação do acesso da população negra ao SUS até a qualificação da atenção, a promoção da saúde, a gestão participativa e o desenvolvimento de processos de educação permanente dos profissionais de saúde. Entre suas diretrizes mais relevantes para o tema deste estudo, estão o reconhecimento do racismo como determinante social da saúde; a incorporação da dimensão étnico-racial na formação, na educação permanente e na prática dos profissionais de saúde; o estímulo à participação e ao controle social para garantir a equidade étnico-racial nas políticas de saúde; e o respeito aos saberes, práticas e valores das comunidades negras, incluindo suas tradições religiosas de matriz africana, como parte integrante do cuidado integral em saúde. A política estabelece, ainda, a obrigatoriedade de que os serviços de saúde considerem as especificidades culturais, religiosas e identitárias da população negra, o que inclui, necessariamente, o acolhimento das práticas espirituais e litúrgicas afro-brasileiras como parte legítima do processo terapêutico, o que na prática geralmente não ocorre.

Para os adeptos das religiões de matriz africana, que são majoritariamente negros e historicamente atingidos pelo racismo religioso, a PNSIPN deveria funcionar como um instrumento de proteção e acolhimento no âmbito do SUS. A política expressamente reconhece que os terreiros de Candomblé, Umbanda e demais tradições afro-religiosas não são apenas espaços de culto, mas também lugares de promoção da saúde, de acolhimento comunitário, de orientação social e de cuidado emocional e espiritual.

A despeito dos avanços normativos representados pela PNSIPN, sua implementação no cotidiano do SUS ainda é profundamente desigual e insuficiente, muito em razão do racismo institucional, conceito central para a compreensão desse fenômeno, diz respeito às práticas, normas, rotinas e processos das instituições que, mesmo quando aparentemente neutras, produzem e reproduzem desigualdades raciais, perpetuando privilégios a determinados grupos

e discriminação contra outros. No caso específico do racismo religioso contra adeptos de religiões de matriz africana, a ausência de protocolos claros de acolhimento à diversidade religiosa nos hospitais públicos, a falta de capacitação continuada dos profissionais de saúde sobre laicidade, diversidade de crenças e racismo religioso, e a inexistência de mecanismos efetivos de fiscalização e responsabilização dos agentes públicos que violam a liberdade religiosa de pacientes negros são faces do mesmo problema estrutural: a dificuldade do SUS em se traduzir como uma instituição verdadeiramente laica, equânime e respeitosa das diferenças.

A PNSIPN, embora seja uma conquista histórica do movimento negro e um marco na luta contra o racismo na saúde, ainda carece de alguns elementos essenciais para sua efetiva implementação no que tange ao enfrentamento do racismo religioso. Entre as lacunas identificadas estão a ausência de metas concretas e indicadores específicos para avaliar o cumprimento das diretrizes relativas ao respeito às tradições religiosas de matriz africana; a insuficiência de orçamento próprio e de fontes de financiamento vinculadas à política; a falta de articulação intersetorial entre o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde, os conselhos de saúde e as organizações da sociedade civil, em especial as redes de terreiros; a carência de dados desagregados por raça e religião que permitam dimensionar a magnitude das violações de liberdade religiosa no ambiente hospitalar; e, acima de tudo, a ausência de vontade política e de priorização institucional para que as diretrizes da PNSIPN saiam do papel e se convertam em práticas cotidianas de cuidado que respeitem a liberdade religiosa e as práticas ancestrais da população negra.

Nesse contexto de implementação deficitária e de retrocessos, a sociedade civil organizada, em especial as próprias comunidades de terreiro e suas redes de articulação, tem assumido um papel protagonista na defesa do direito à saúde e à liberdade religiosa, bem como na pressão pela efetivação da PNSIPN. A Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (Renafro Saúde), criada em 2003, atua como instância de interlocução entre os terreiros e o SUS, participando de espaços decisórios como o Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Ministério da Saúde, a Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra do Conselho Nacional de Saúde, e diversos conselhos municipais e estaduais de saúde. A Renafro Saúde também desenvolve programas de capacitação afrocentrada para lideranças religiosas, gestores e profissionais de saúde, abordando temas como racismo institucional, racismo religioso, violência racial e saúde mental, contribuindo para a interiorização e implementação da PNSIPN em todo o território nacional. A Conferência Nacional Livre de Saúde da População Negra, realizada em maio de 2023, que reuniu mais de 1.200 pessoas de todo o país, teve como uma

das principais demandas a aplicação e efetivação da PNSIPN, incluindo a inclusão das práticas de cuidado das religiões de matriz africana e a educação antirracista permanente na formação dos profissionais de saúde.

A efetivação da PNSIPN no que tange ao enfrentamento do racismo religioso exige, portanto, uma mudança cultural profunda nas instituições de saúde, que ainda tratam as práticas espirituais de matriz africana com desconfiança, ridicularização ou hostilidade, enquanto naturalizam a presença de símbolos, rituais e agentes religiosos cristãos no ambiente hospitalar. Exige, também, o fortalecimento da participação social e do controle democrático sobre o SUS, ampliando os espaços de diálogo entre gestores, profissionais de saúde, conselheiros e lideranças religiosas afro-brasileiras. E, por fim, exige o reconhecimento de que o direito à saúde não se limita ao cuidado biológico do corpo, mas abrange também a dimensão espiritual, emocional e comunitária do ser humano, e que o respeito à diversidade religiosa é parte indissociável da integralidade da assistência e da equidade que devem orientar o SUS. Até que esses passos sejam efetivamente dados, a PNSIPN permanecerá como uma promessa normativa não cumprida, e o Estado brasileiro continuará reproduzindo, sob a aparência de neutralidade e cuidado, a mesma violência colonial que por séculos perseguiu, criminalizou e tentou exterminar as tradições espirituais africanas em território brasileiro.

#### **4. ATUAIS POLÍTICAS ANTIRRACISTAS NO SISTEMA DE SAÚDE E A LIBERDADE RELIGIOSA**

O enfrentamento ao racismo religioso no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) tem avançado nos últimos anos por meio de um conjunto de políticas públicas, normas e iniciativas institucionais de abrangência nacional que buscam garantir equidade no acesso e respeito à diversidade cultural e espiritual da população brasileira, em especial no campo teórico. No entanto, apesar da existência da diversidade normativa, tais políticas ainda se caracterizam como ações isoladas, fragmentadas e desprovidas de um instrumento específico de abrangência nacional que trate de maneira direta e sistemática do direito à liberdade religiosa de adeptos de religiões de matriz africana no ambiente hospitalar.

Além da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009, constitui o marco fundamental dessas políticas antirracistas no SUS e encontra-se em pleno vigor. O Estatuto da Igualdade Racial, instituído pela Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, em pleno vigor, também possui relevância, por exemplo, em seu artigo 2º, estabelece ser dever do Estado e da sociedade garantir a igualdade de oportunidades, reconhecendo a todo cidadão brasileiro, independentemente da

etnia ou da cor da pele, o direito à participação na comunidade, “defendendo sua dignidade e seus valores religiosos e culturais”.

A Portaria GM/MS nº 2.629, de 27 de novembro de 2014, em vigor, redefine o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) no âmbito do Ministério da Saúde, conferindo-lhe a atribuição de acompanhar a implementação da PNSIPN e apresentar subsídios técnicos e políticos voltados para a atenção à saúde da população negra. O Comitê é composto por representantes de diversos órgãos do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, do movimento social negro e de especialistas na área, constituindo-se como espaço institucional de participação e controle social.

No campo das políticas de promoção da igualdade racial em sentido amplo, o Decreto nº 4.886, de 20 de novembro de 2003, em vigor, instituiu a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR), estabelecendo as propostas de ações governamentais para a promoção da igualdade racial, com ênfase na população negra. Já o Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007 (também em vigor), instituiu a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, reconhecendo a diversidade cultural e religiosa como valor fundamental do Estado brasileiro, embora sem previsão específica para o tema da saúde.

A mais recente iniciativa do Ministério da Saúde nesse campo é a Portaria GM/MS nº 2.198, de 6 de dezembro de 2023, em pleno vigor, que institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde, uma das mais importantes no que concerne o tema desse estudo, e estabelece entre seus princípios e prioridades do plano de ação, o “respeito à diversidade cultural, linguística e religiosa”, visando promover a integração das políticas de saúde com as organizações e manifestações culturais e religiosas próprias dos diversos grupos étnico-raciais que compõem a população, com atenção para a religiosidade indígena e de matriz africana”. Trata-se de uma nova abordagem ao promover o enfrentamento ao racismo em todas as ações e serviços de saúde, ao estabelecer um mecanismo transversal para análise de todas as ações, programas e iniciativas promovidas ou apoiadas pela pasta.

A despeito da existência de todo esse arcabouço normativo, todas essas políticas e instrumentos legais tratam o tema da liberdade religiosa e do racismo religioso de maneira transversal, indireta ou subsidiária. Nenhum deles aborda de forma específica, sistemática e vinculante as violações concretas que adeptos de religiões de matriz africana sofrem no ambiente hospitalar público, tais como a imposição de crenças cristãs, o desaparecimento ou destruição de objetos sagrados, a vedação ao acesso de lideranças religiosas e a proibição de práticas litúrgicas ancestrais. As políticas existentes, embora importantes e necessárias,

configuram-se como ações isoladas que, em seu conjunto, não logram oferecer respostas concretas e diretamente aplicáveis às situações de violência institucional e racismo religioso vivenciadas diariamente nos hospitais públicos brasileiros. É preciso trazer o campo normativo empírico, teórico para a prática, por meio da capacitação dos agentes que atuam no serviço público de saúde, que muitas vezes esquecem o seu papel de agente público, e acabam colocando suas crenças e pensamentos à frente de suas atuações profissionais.

## CONCLUSÃO

A imposição coativa de crenças cristãs e a discriminação de condutas de adeptos de religião de matriz africana, configuram violações diretas não apenas à liberdade religiosa, mas também ao princípio da impessoalidade da administração pública e ao dever de neutralidade religiosa inerente ao Estado laico. O fato de essas violações ocorrerem dentro sistema público de saúde concebido sob os princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social, agrava ainda mais a situação, evidenciando uma contradição profunda entre o ideário constitucional do SUS e as práticas cotidianas de muitos de seus profissionais e unidades de atendimento.

Quase não há responsabilização dos agentes públicos que cometem ou toleram tais violações seja em razão de múltiplas barreiras estruturais como a ausência de denúncias formalizadas, o desconhecimento dos pacientes e familiares sobre seus direitos, a falta de canais acessíveis e confiáveis para registro de ocorrências, o despreparo das ouvidorias e corregedorias para lidar com casos de racismo religioso e o corporativismo que frequentemente protege profissionais de saúde denunciados.

No plano das políticas públicas, é possível afirmar que há um arcabouço normativo relativamente amplo, composto pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria GM/MS nº 992/2009; pela Estratégia Antirracista para a Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 2.198/2023; pelo Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010); pela Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (Decreto nº 4.886/2003); pela Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (Decreto nº 6.040/2007); e pelo Comitê Técnico de Saúde da População Negra (Portaria GM/MS nº 2.629/2014). Contudo, todas essas iniciativas, conquanto louváveis e necessárias, caracterizam-se como ações isoladas e fragmentadas, que abordam o racismo religioso de maneira transversal e indireta, sem oferecer respostas específicas e vinculantes para

as violações concretas que adeptos de religiões de matriz africana sofrem no ambiente hospitalar público.

Inobstante os avanços normativos representados pelas políticas antirracistas existentes, o direito fundamental à liberdade religiosa dos adeptos de religiões de matriz africana continua sendo sistematicamente violado nos hospitais públicos brasileiros, em razão da ausência de um instrumento normativo específico de abrangência nacional que trate de maneira direta, sistemática e vinculante das violações concretas que essas populações sofrem no ambiente hospitalar. É preciso que se estabeleça protocolos obrigatórios de acolhimento à diversidade religiosa em todos os hospitais públicos e conveniados ao SUS; o direito à guarda e à preservação de objetos sagrados durante a internação; o direito ao acesso irrestrito de lideranças religiosas de matriz africana aos pacientes internados, em condições de igualdade com os capelães das religiões hegemônicas; o direito à realização de práticas litúrgicas ancestrais que não interfiram negativamente nos tratamentos médicos; a obrigatoriedade de capacitação continuada de todos os profissionais de saúde em laicidade estatal, diversidade religiosa e racismo religioso; a criação de ouvidorias especializadas e canais de denúncia acessíveis para vítimas de racismo religioso no âmbito do SUS; a previsão de sanções administrativas, civis e criminais para os agentes públicos que praticarem discriminação religiosa no exercício de suas funções; e a instituição de comitês de ética hospitalar com composição diversa, incluindo representantes de religiões de matriz africana.

Diante do quadro de violações exposto, torna-se necessário transitar do campo normativo empírico e teórico para a prática concreta, por meio da capacitação obrigatória e continuada dos agentes que atuam no serviço público de saúde. Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, equipes de portaria, segurança e administração, todos aqueles que, no exercício de suas funções, interagem diretamente com pacientes internados, muitas vezes esquecem seu papel de agentes públicos, subordinados aos princípios constitucionais da impessoalidade, moralidade e legalidade (art. 37, CF/88), e acabam colocando suas crenças religiosas pessoais, seus valores e preconceitos à frente de suas atuações profissionais. Essa confusão indevida entre a esfera privada de convicção e o dever público de neutralidade religiosa é que alimenta práticas como a imposição coativa de orações cristãs, a destruição de objetos sagrados de matriz africana e a recusa de acesso a lideranças religiosas afro-brasileiras. Portanto, não basta a existência de normas constitucionais e infraconstitucionais protetivas, ou regulamentares, é preciso avançar nesse campo e investir em programas permanentes de educação antirracista e em direitos humanos nos hospitais públicos, com ênfase no conceito de laicidade estatal, no reconhecimento da diversidade religiosa e no

enfrentamento ao racismo religioso, de modo que os agentes públicos compreendam que o ambiente hospitalar não é espaço para proselitismo, mas para cuidado integral, respeitoso e universal.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2026]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 10 mai. 2026.

BRASIL. **Decreto no 4.886, de 20 de novembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial - PNPIR e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/D4886.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4886.htm). Acesso em 10 mai. 2026.

BRASIL. **Decreto no 6.040, de 07 de fevereiro de 2007**. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Diário Oficial da União: Brasília, 2007. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/Decreto/D6040.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/Decreto/D6040.htm). Acesso em 10 mai. 2026.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2022. **Religiões: Resultado Preliminares da Amostra**. Disponível em: <[https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com\\_mediaibge/arquivos/3f1708b5d315aca50d5a7d8764469c45.pdf](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/3f1708b5d315aca50d5a7d8764469c45.pdf)>. Acesso em 10 mai. 2026.

BRASIL. **Lei no 12.288, de 20 de julho de 2010**. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Diário Oficial da União: Brasília, 2010. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm). Acesso em 10 mai. 2026.

BRASIL. **Portaria GM/MS no 2.198, de 6 de dezembro de 2023**. Institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Ministério da Saúde: Brasília, 2023c. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.198-de-6-de-dezembro-de-2023-528577869>>. Acesso em 10 mai. 2026.

BRASIL. **Portaria no 2.629, de 27 de novembro de 2014**. Redefine o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Ministério da Saúde: Brasília, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2629\\_27\\_11\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2629_27_11_2014.html). Acesso em 10 mai. 2026.

BRASIL. **Portaria no 992, de 13 de maio de 2009.** Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União, Ministério da Saúde: Brasília, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html). Acesso em 10 mai. 2026.

FERREIRA, Lucas Maciel. **Rede nacional de religiões afro-brasileiras e saúde (Renafro saúde): Ativismo afrorreligioso em saúde como possibilidade de decolonização da saúde pública.** Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/93943/55513>>. Acesso em 10 mai. 2026.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LAVILLE, Cristian (autor); DIONNE Jean (autor); MONTEIRO, Heloísa (tradução); SETTINERI, Francisco (tradução). **A Construção do Saber: Manual de Metodologia de Pesquisa em Ciências Humanas.** Porto Alegre: Editora Artmed, 1999.

MUNANGA, Kabengele. **Deve um sistema de saúde pública levar em conta as diferenças existentes em sua sociedade?** In: MONTEIRO, Celso Ricardo; OLIVEIRA E SOUSA, Paula de; BATISTA, Luís Eduardo (orgs.). *Religiões Afro-brasileiras, políticas de saúde e a resposta a epidemia de AIDS.* São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP, 2014.

NASCIMENTO, Abdias do. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado.** 1. ed. São Paulo: Perspectivas, 2016.

NOGUEIRA, Sidnei. **Intolerância religiosa.** São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2020.

OAS - Organization of American States. **Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão.** Disponível em: <<https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>>. Acesso em 12 mai. 2026