



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

TEREZINHA CONCEIÇÃO DOS SANTOS

**REALIDADE OU MITO? UM OLHAR SOCIOLÓGICO SOBRE A VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA E O RACISMO INSTITUCIONAL EM MATERNIDADES PÚBLICAS.**

Salvador
2022

TEREZINHA CONCEIÇÃO DOS SANTOS

**REALIDADE OU MITO? UM OLHAR SOCIOLÓGICO SOBRE A VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA E O RACISMO INSTITUCIONAL EM MATERNIDADES PÚBLICAS**

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Sociologia.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Edilza Correia Sotero

Salvador
2022

AGRADECIMENTOS

A presente monografia de bacharelado em ciências sociais, não poderia chegar a uma boa conclusão sem o apoio de várias pessoas.

Em primeiro lugar, e de maneira muito especial, não posso deixar de agradecer a minha orientadora Professora Doutora Edilza Correia Sotero por todo acolhimento, dedicação e paciência com que me orientou neste trabalho.

Desejo igualmente agradecer ao Professor Doutor Lucas Amaral de Oliveira, também por toda paciência, empenho que sempre me orientou neste trabalho e em todos que realizei durante os encontros nas aulas de seminário em Sociologia.

Aos meus pais, José Emídio e Maria da Conceição, que mesmo não estando fisicamente ao meu lado são fontes de inspiração.

Aos meus filhos, Sérgio Ricardo, Rogério Luiz e Fernando Henrique, razão do meu viver e das minhas lutas.

Aos meus netos, Bruna, Gabriel e William, minhas estrelinhas.

A toda a minha família e ao meu compadre Luiz Lopes amigo de todas as horas.

Por fim, quero agradecer a todos os amigos e colegas do Bacharelado da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

A carne mais barata do mercado
É a carne negra
(Tá ligado que não é fácil, né, mano?)
Se liga aí
A carne mais barata do mercado é a carne negra
A carne mais barata do mercado é a carne negra
A carne mais barata do mercado é a carne negra
A carne mais barata do mercado é a carne negra
(Só-só cego não vê)
Que vai de graça pro presídio
E para debaixo do plástico
E vai de graça pro subemprego
E pros hospitais psiquiátricos
A carne mais barata do mercado é a carne negra
(Dizem por aí)
A carne mais barata do mercado é a carne negra
A carne mais barata do mercado é a carne negra
A carne mais barata do mercado é a carne negra
Que fez e faz história
Segurando esse país no braço, meu irmão
A cabra que não se sente revoltado
Porque o revólver já está engatilhado
E o vingador eleito
Mas muito bem-intencionado
E esse país vai deixando todo mundo preto
E o cabelo esticado
Mas mesmo assim ainda guarda o direito
De algum antepassado da cor
Brigar sutilmente por respeito
Brigar bravamente por respeito
Brigar por justiça e por respeito (pode acreditar)
De algum antepassado da cor
Brigar, brigar, brigar, brigar, brigar
Se liga aí
A carne mais barata do mercado é a carne negra
(Na cara dura, só cego que não vê)
A carne mais barata do mercado é a carne negra
A carne mais barata do mercado é a carne negra
(Na cara dura, só cego que não vê)
A carne mais barata do mercado é a carne negra
(Tá, tá ligado que não é fácil, né, né mano?)
Negra, negra
Carne negra
É mano, pode acreditar
A carne negra

(Compositores: Seu Jorge / Ulises Capelleti / Marcelo Fontes Do Nascimento.

Intérprete: Elza Soares)

RESUMO

Esta pesquisa toma o racismo institucional e a violência obstétrica como objetos de estudo, com foco na identificação e sistematização destas dimensões que interferem na qualidade da atenção a saúde prestados a mulheres negras. A pesquisa procurou sistematizar estudos na área das ciências sociais que tenham como foco definir racismo e violência obstétrica, bem como identificar comportamentos caracterizados como racismo institucional e violência obstétrica, no que tange ao atendimento prestado às mulheres negras em situação de parto e outras patologias, compreendendo em que medida esses comportamentos interferem na qualidade da atenção a elas dispensadas. De forma específica, o estudo objetivou compreender as principais causas dos problemas apontados na literatura que possam contribuir na busca por um sistema mais humanizado de atendimento. O que se espera com este trabalho é a geração de reflexões acadêmicas e atitudes para adoção de medidas de conscientização, no sentido de humanização do atendimento e no parto, que sirvam como norteadoras para implementação de políticas públicas que atuem nos serviços de saúde para a sua melhoria.

Palavras-chave: Racismo Institucional; Mulheres Negras; Violência Obstétrica.

LISTA DE SIGLAS

CF = CONSTITUIÇÃO FEDERAL

C N S = CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

LEI. 3.351= LEI AUREA

MRF= MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA

MS = MINISTÉRIO DA SAÚDE

OMS = ORGANIZAÇÃO MUDIAL DA SAÚDE

PNAD = PESQUISA NACIONAL DE AMOSTRA EM DOMICÍLIO

PNSIPN = POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

PNS = PLANO NACIONAL DE SAÚDE

PHP = PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO

SUS = SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SCS = SISTEMA DE CUIDADO DE SAÚDE

UFBA = UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

USP = UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2 DESVENDANDO A REALIDADE INTRÍNSECA DO RACISMO INSTITUCIONAL: DEFINIÇÃO, HISTORICIDADE E RACISMO NA SAÚDE.....	12
2.1 RACISMO INSTITUCIONAL	12
2.2 RACISMO INSTITUCIONAL: CONTEXTO HISTÓRICO	14
2.3 RACISMO NA SAÚDE	16
3 UMA ANÁLISE SOBRE O ATENDIMENTO HUMANIZADO EM MATERNIDADES PÚBLICAS.....	20
3.1 COMPREENDENDO AS FALHAS NO ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	21
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO HUMANIZADO	24
3.3 A IMPORTÂNCIA DOS ATORES ENVOLVIDOS NO ATENDIMENTO EM SAÚDE.....	25
4 RAÇA E GÊNERO EM UM PENSAMENTO SOCIOLÓGICO SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E RACISMO INSTITUCIONAL.....	30
4.1 RAÇA E GÊNERO COMO DETERMINANTES SOCIAIS.....	30
4.2 RACISMO GENDERIZADO	33
4.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	37
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS:.....	47
Anexo A.....	51

1. INTRODUÇÃO

Esta monografia tem como objetivo central a identificação e sistematização de estudos sobre racismo institucional e violência obstétrica como dimensões que interferem na qualidade da atenção a saúde prestadas às mulheres negras. De modo específico buscamos: identificar de que forma artigos acadêmicos, livros, bancos de teses e outras fontes bibliográficas tratam a questão do racismo institucional e da violência obstétrica e, compreender quais são as principais causas dos problemas apontados pela literatura que possam contribuir na busca por um sistema humanizado de atendimento.

O racismo institucional aplicado na saúde encontra-se aliado as perspectivas de negação, de concessão e defesa dos direitos humanos e, para melhor compreendermos como o viés racial encontra-se implícito e incide nas possíveis práticas de violência obstétrica contra as mulheres negras, devemos levar em consideração que essa prática ganhou força diante do não reconhecimento, silenciamento, favorecendo assim a sua perpetuação, terminando por legitimá-los. Entretanto, vale ressaltar que embora as mulheres brancas também sejam vitimadas, é fato que as mulheres negras são as mais achacadas por essa prática considerada nefasta, e pelo motivo da incidência de duas hierarquias: o fator gênero e a pele negra.

Nos casos concernentes aos atendimentos à saúde o racismo e discriminação racial e de gênero surgem e vão se estabelecendo de forma lenta, e imperceptível aos demais membros da sociedade. Entretanto, para as mulheres negras é possível a observação de situações constrangedoras, como o caso das mulheres em estado de gestação diagnosticadas como gravidez de risco, que são expostas a tratamentos inadequados e ações limitadas nos cuidados e atenção para as gestantes.

As ações provenientes do racismo institucional na saúde, mostram como as desigualdades atuam como determinantes sociais e desse modo, resultando em desigualdades na vida da população negra. Compreendendo que a utilização do arcabouço teórico e empírico dessa área do conhecimento possa oferecer instrumentos importantes para o entendimento das questões múltiplas que se interconectam de modo específico nas relações raça, gênero e classe social.

A principal motivação para tomar o racismo institucional como objeto de estudo para a elaboração da monografia, vem de observações relativas ao atendimento dispensado às mulheres em hospitais e maternidades públicas e, tomando como base

a minha experiência profissional como técnica de enfermagem, profissão exercida em hospitais e maternidades das redes pública e privada na cidade de Salvador, capital da Bahia.

Como estudante do curso de ciências sociais, e em fase de finalização do bacharelado em Sociologia da UFBA, compreendo que a utilização do arcabouço teórico e empírico sobre o racismo institucional na saúde, racismo genderizado, violência obstétrica, pode oferecer instrumentos necessários que mostram as desigualdades como questões que se interseccionam em múltiplas facetas.

A questão que propomos responder no presente estudo refere-se as abordagens sociológicas sobre os comportamentos expressos e entendidos como racismo institucional nos serviços prestados às mulheres quando estas buscam atendimento em maternidades públicas

É necessário, pois, observar que por meio da pesquisa exploratória, foi verificado a existência de poucas pesquisas sociológicas direcionadas para o tema e objeto pesquisados, daí a necessidade de verificação das fontes de informação e artigos publicados em bases de periódicos nacionais como: Capes, Scielo Brasil, Google Acadêmico, repositórios da UFBA, da USP, e Revistas Científicas destinadas a produções em ciências sociais, utilizando os seguintes descritores: “mulheres negras,” “racismo institucional,” “violência obstétrica” utilizados como relevantes para esse estudo. Como resultado da busca foi possível encontramos um número reduzido de pesquisas realizadas nas ciências sociais que abordem especificamente o tema.

Considerando o levantamento realizado, foram formuladas hipóteses como: pouca atenção em pesquisas sociológicas e análises sobre o atendimento prestado a mulheres negras em maternidades públicas e em situação de parto motivados pelo racismo institucional e que resultam em violência obstétrica. A vasta produção de trabalhos acadêmicos que tratam dos assuntos: racismo institucional, mulheres negras e violência obstétrica foram encontradas em outras áreas como: antropologia, serviço social e psicologia.

As hipótese nos levam a conclusão: que a compreensão da violência sofrida por mulheres negras em situação de parto é prejudicada pela ausência de um debate público sobre o tema, o que tem espelhamento na dificuldade de inserção de práticas antirracistas no atendimento público de saúde. Procurando identificar, como a

literatura que trata de racismo institucional vem se debruçando sobre os serviços prestados às mulheres que buscam atendimento em maternidades públicas?

Para tal, propomos investigar e responder como as mulheres que são atendidas avaliam a qualidade do atendimento prestado nessas maternidades e, como são executadas as políticas públicas de saúde na forma de programas e ações implementadas pelo governo que têm a função de colocar em prática os serviços de saúde previstos em lei. Sendo que o direito à saúde para todos os cidadãos está garantido na Constituição Federal de 1988, como um direito fundamental e social.

Os problemas de saúde enfrentados pelas mulheres negras, não devem ser vistos como algo isolado e existente apenas no Brasil, ao redor do mundo muitas mulheres são vitimadas de situações que afetam a qualidade do atendimento como: diferenças e dificuldades de acesso aos serviços de saúde; atendimento diferenciado pela cor da pele; consultas nas quais são examinadas inadequadamente. A discussão em torno desta questão apresenta grande amplitude e complexidade. É importante, de partida, esclarecermos que não estamos excluindo outras mulheres pelo fato de não se declararem negras ou serem brancas, mas é importante ressaltar que certas patologias apresentam maior incidência entre as mulheres negras, como por exemplo: câncer de mama, de útero, hipertensão arterial, anemia falciforme, entre outras patologias.

Outra questão que tem sido alvo de muitos questionamentos por parte de alguns setores da sociedade e lideranças negras é a observação de carência na implementação de políticas públicas em saúde reprodutiva, esses questionamentos surgem diante da constatação da existência de práticas conservadoras, que em muitos dos casos incluem esterilização forçada, parto cesariana realizados sem o consentimento ou conhecimento das gestantes, episiotomia que consiste em uma incisão efetuada na região perineal para ampliar o canal do parto e assim torna-lo mais rápido, e o uso de tecnologias de controle populacional.

A Constituição Federal Promulgada em 05 de outubro de 1988, na seção II, da saúde, versa sobre os direitos que são inerentes a todos os cidadãos e como esses devem contemplar a todos sem distinção de raça / cor, gênero /sexo, orientação religiosa e outras características que sejam tomadas como causa para a sua não efetivação. O Art. 196 a 200, dedicado a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que as ações e serviços

para a sua promoção, proteção e recuperação estejam mantidos visando a redução do risco de doenças e outros agravos que possam impedir o acesso ao atendimento universalizado e igualitário.

A implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), de 13 de maio de 2004, é uma resposta do Ministério da Saúde às desigualdades em saúde que acomete uma parcela considerável da população reconhecendo que as condições precárias da população negra são resultantes de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do país.

O movimento de mulheres negras, alinhado a vários estudiosos do campo da saúde coletiva, tem elaborado princípios para um projeto solidário de nação que se sustenta nos princípios constitucionais de cidadania, dignidade da pessoa humana, igualdade e do repúdio ao racismo. No âmbito da política institucional e sua relação com a sociedade civil, o Movimento Reforma Sanitária (MRS) influenciou a formulação do Plano Nacional de Saúde (PNS), baseado no que está previsto no artigo 196 da Constituição Federal (1988), que afirma: “ A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam 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.”

Nos capítulos seguintes buscaremos problematizar o racismo institucional, a partir da definição do conceito e da historicidade. A dimensão institucional do racismo será utilizada para identificar como este encontra-se inserido no campo da saúde. O capítulo dedicado ao atendimento humanizado em maternidades públicas, com finalidade na compreensão do modelo hegemônico que perdura no país reservou para a população negra os lugares das classes mais pobres e condições de vida mais precárias. No último capítulo serão analisados os conceitos de raça e gênero como determinantes sociais em um pensamento sociológico que incidem para as práticas do racismo institucional e violência obstétrica.

2 DESVENDANDO A REALIDADE INTRÍNSECA DO RACISMO INSTITUCIONAL: DEFINIÇÃO, HISTORICIDADE E RACISMO NA SAÚDE

Neste capítulo procura-se problematizar o conceito de racismo institucional para melhor compreensão do objeto da monografia, que trata da forma como racismo institucional e violência obstétrica se articulam, com consequências negativas para mulheres negras gestantes e em situação de parto. A partir da definição do conceito e da historicidade, a dimensão institucional do racismo será utilizada para identificar como este pode ser inserido no campo da saúde. O racismo institucional, na discussão desenvolvida neste estudo está aliado à perspectiva de concessão e defesa dos direitos humanos como garantia básica para o exercício da cidadania. A perspectiva dos direitos humanos permite compreender como o viés racial relaciona-se com a persistência de práticas que afetam os sujeitos no usufruto dos direitos que lhes foram concedidos por lei.

2.1 RACISMO INSTITUCIONAL

O racismo institucional é um dos modos de operacionalização do racismo patriarcal heteronormativo. Ele está relacionado a um modelo organizacional, que se configurou no seio da sociedade de forma a atingir coletividades, como um sistema que atua de maneira a excluir grupos ou pessoas consideradas minoritárias social ou politicamente como: negros, indígenas, e outros tantos que assim sejam considerados.

O conceito de racismo institucional ou sistêmico foi cunhado na década de 1960, pelos ativistas do grupo Panteras Negras, Stokely Carmichael e Charles Hamilton, como “a falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica” (CARMICHAEL; HAMILTON, 1967, Apud WERNECK, 2016). Ao definir o conceito, os autores passaram a identificar o racismo institucional não como um fenômeno individual, mas como uma falha coletiva, permitindo a partir disso, a luta pela promoção a todas as pessoas de um atendimento apropriado, baseado em equidade, independente de seus marcadores sociais.

Para Silvio Almeida (2020), o racismo institucional constitui-se na produção sistemática da segregação étnico-racial e nos processos institucionais, manifestadas por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano dos serviços de saúde, resultando em atitudes de ignorância, falta de empatia, preconceitos ou estereótipos racistas.

A autora Grada Kilomba (2019), define em sua obra o termo racismo institucional como um padrão de tratamento desigual nas operações cotidianas tais como em sistemas de agendas educativas, mercado de trabalho, justiça criminal, etc. O racismo institucional opera de tal forma que coloca os sujeitos brancos em clara vantagem em relação a outros grupos radicalizados.

As questões e relações da abrangência do racismo atinge de maneira bem ampla diversos setores da sociedade brasileira, como descrevem os autores que se dedicam à análise do fenômeno. Organizações da sociedade civil, como o conceituado Geledés -Instituto da Mulher Negra¹, que tem como missão a defesa das mulheres negras, também busca contribuir para a definição do racismo como um apoio às suas lutas contra o racismo e o sexíssimo:

O racismo é uma ideologia que se realiza nas relações entre pessoas e grupos, no desenho e desenvolvimento das políticas públicas, nas estruturas de governo e nas formas de organização dos Estados. Ou seja, trata-se de um fenômeno de abrangência ampla e complexa que penetra e participa da cultura, da política e da ética. Para isso requisita uma série de instrumentos capazes de mover os processos em favor de seus interesses e necessidades de continuidade, mantendo e perpetuando privilégios e hegemonias. (GELEDÉS, 2016).

O racismo institucional, objeto de estudo que está sendo aqui desenvolvido é, um sistema que funciona como barreiras construídas para impedir o acesso da população negra de usufruir de atendimento digno e igualitário. Nesse sentido as mulheres em sua maioria negras atendidas em maternidades públicas, são vistas como vítimas potenciais, das mais variadas formas de exclusão e os efeitos desses processos, certamente deixam sequelas que em alguns casos podem se manifestar como: episódios estresse, alteração de humor, possibilidade de baixa autoestima que pode afetar diretamente a saúde mental dessas mulheres.

¹ Geledés – Instituto da Mulher Negra foi criado em 30 de abril de 1988. É uma organização política de mulheres negras que tem por missão institucional a luta contra o racismo e o sexíssimo, a valorização e promoção das mulheres negras, em particular, e da comunidade negra em geral.

Tendo como base as considerações que foram feitas nesse segmento, é possível o entendimento de que o racismo institucional, encontra sustentação nas mais variadas formas de injustiças, marginalização e opressão para pessoas negras, em um processo de hierarquia social previamente construída. No caso das mulheres negras atendidas em maternidades públicas, o racismo institucional as limita de desfrutarem desse serviço com dignidade e equidade.

2.2 RACISMO INSTITUCIONAL: CONTEXTO HISTÓRICO

Segundo Ana Cláudia Pacheco (2013), durante o século XIX até início do século XX, várias foram as teorias que se preocupavam em explicar o problema racial brasileiro. Nas palavras da autora, por trás das explicações baseadas em teorias sócias antropológicas estava subjacente preocupações ligadas a fatores de ordem econômica e social, muitas vezes relacionadas ao desejo de criar ou reforçar barreiras na convivência entre grupos raciais, como o contato sexual-afetivo de mulheres e homens de grupos raciais e culturas diferentes.

De acordo com essa afirmação, nota-se que havia uma tendência nas teorias do eugenismo, de produzir uma seleção nas coletividades humanas, baseada em leis genéticas (SCHWARCZ, 1993). As teorias eugenistas tinham como argumento que o contato sexual-afetivo de homens e mulheres de “raças” e culturas diferentes, não era bem visto pelos cientistas sociais nesse período. Ao expressarem, seus posicionamentos através de concepções que o contato entre esses povos era considerado algo degenerativo, defeituoso ou grotesco um mal que deveria ser curado e que essa mestiçagem representava um perigo para qualquer nação que tinha como pretensão um dia torna-se uma nação racial e socialmente evoluída. Essas sustentações encontraram apoio, no mito da democracia racial, representadas como dificuldades do Estado, pela não promoção de políticas públicas voltadas para o combate dessas iniquidades.

Para Maria C. Eurico (2011), as teorias eugenistas foram ganhando espaço no cenário social brasileiro e contribuindo muito para as facetas cruéis do racismo. Além das teorias, o cotidiano de exploração e violência da escravidão a que foram submetidos os africanos e seus descendentes bem como indígenas e mestiços, não desapareceu com a assinatura da Lei 3.351 - que ficou conhecida como Lei Aurea,

em 1888². A escravidão e a configuração social pós abolição marcada pelo racismo deixaram marcas, que foram usadas como justificativas para atitudes racistas, com o passar dos anos estas adquiriram formas veladas e naturalizaram-se no seio da sociedade brasileira.

É comum encontrarmos afirmações que todos os problemas ainda enfrentados pela população negra são decorrentes do período da escravidão. A constante relação do racismo com as situações degradantes que eram impostas aos negros escravizados, impendem a compreensão de que o país passou por diversos processos de desenvolvimento, que poderiam ter feito com que atitudes racistas fossem aos poucos perdendo força. Entretanto, o que observamos é a permanência do racismo e das desigualdades raciais e a persistência de grupos que insistem em manter práticas nefastas em praticamente todas as esferas da sociedade, com frases e bordões *“aqui não é o seu lugar.”*

O racismo foi maléfico para os negros escravizados, mas benéfico para todos aqueles que, apropriando-se do discurso da relação do racismo com a escravidão, construíram alegorias que resultaram na dificuldade de acesso às políticas públicas, assim como a discussão da questão racial de forma ampla na sociedade. O Estado brasileiro tem continuamente adotado atitudes de descaso, deixando em evidência a diferenciação entre negros e brancos, principalmente no tocante a criação de medidas para combater desigualdades persistentes na saúde, em nosso país. (EURICO, 2011).

O trabalho escravo continuava sustentando a economia nacional e os grupos dominantes. Considerar os negros como sujeitos implicaria alterar o cenário brasileiro, o que acarretaria ainda mais problemas ao regime da escravidão, abalado pelas constantes pressões da população negra. A escola enquanto espaço de socialização, saber e poder não poderia ser frequentada por um grupo considerado inferior. Os efeitos de tal medida podem ser identificados principalmente nas funções pouco qualificadas que são ocupadas majoritariamente pela população negra no Brasil. (EURICO, 2011).

As consequências do racismo de modo geral e de sua institucionalização no seio da sociedade brasileira, partiram de convicções machistas, racistas de pessoas ou grupos específicos que para impor seus poderes foram aos poucos utilizando-se

² A Lei Áurea, ou Lei Imperial número 3.353, foi aprovada em 13 de maio de 1888, abolindo a escravidão no Brasil. Na época, a ordem libertou cerca de 700 mil escravos que ainda existiam no país. Apresentado pelo senador Rodrigo Augusto da Silva ao Senado Imperial Brasileiro no dia 11 de maio de 1888, o projeto de lei foi aprovado em dois dias. Após a aprovação, o projeto foi enviado para sanção da Princesa Isabel, que na época era Princesa Regente.

de brechas existentes nas legislações já existentes no país, para se manterem e perpetuarem seus interesses políticos e econômicos. Os efeitos dessas ações são claramente observados quando o assunto é promover mudanças e melhorias para essa parcela da população.

2.3 RACISMO NA SAÚDE

O racismo na saúde pode ser considerado como um fator que determina diferenças nos padrões e nas concepções sobre saúde e doença, baseado em características raciais e que, por sua vez, dissemina a existência de diferenças entre os povos. Características relacionadas à raça, são associadas a outras, como gênero e classe social, resultando em discriminação por parte de profissionais da saúde nos atendimentos a usuários(as), que muitas vezes encontram bases nos marcadores sociais destes.

Os problemas da saúde pública no Brasil são atribuídos ao Estado, já que estão assegurados pela constituição como direito fundamental e obrigatório. Porém, a obrigatoriedade no cumprimento desse e outros direitos só começaram a serem discutidos no início do século XX, em virtude da necessidade de implantação de um modelo de bem-estar social, que fosse capaz de minimizar as fragilidades existentes naquele momento, as Constituições Brasileiras, promulgadas no período democrático, nem todas apresentaram em seus artigos e incisos preocupação com a saúde, como direito obrigatório. A primeira a citar saúde como um direito de cidadania, quase que exclusivamente para os trabalhadores, foi a Carta de 1934, promulgada no governo de Getúlio Vargas. A Constituição seguinte, de 1937, trazia uma preocupação com a saúde, ainda que tímida, mencionando apenas a saúde das crianças (BRASIL, 1934; BRASIL, 1937).

As Constituições seguintes também demonstraram pouca preocupação com os problemas relacionados à saúde da população. Nesse sentido, só a Carta Magna de 1988, vigente no país atualmente, foi mais específica e incisiva na promoção de garantia de direitos à saúde, além de apresentar preocupação, de forma específica, com outros direitos fundamentais e sociais, ficando conhecida como a Constituição Cidadã.

A Constituição Federal, promulgada em 1988 e atualmente vigente no país, é considerada para os brasileiros como uma conquista e esperança na garantia dos seus direitos básicos tendo à saúde como item fundamental, visto que as constituições anteriores apresentavam certas limitações, na concessão desses direitos básicos. A Constituição Federal de 1988, cujo o artigo 196, dispõe que “*A saúde é direito de todos e dever do Estado*”, com a missão de garantir perante por intermédio de políticas públicas, sociais e econômicas, medidas necessárias para combater ou diminuir os riscos de doenças.

O seu objetivo principal é o de colocar à saúde como um direito fundamental e acessível a todos, baseando-se nos direitos internacionais e na própria Constituição Brasileira. O artigo 200, delega ao SUS, uma série de competências e atribuições como: controlar, fiscalizar e dar proteção para os trabalhadores, executando ações de vigilância sanitária e proteção para os profissionais da saúde. BRASIL, (1988).

No tocante às mulheres negras, as relações entre racismo e saúde estão associadas a discriminação, que muito contribui para adoecimento e morte, que poderiam ser evitadas, caso os direitos adquiridos e concedidos por lei e constitucionais fossem aplicados com equidade.

Jurema Werneck (2006), menciona em sua obra, intitulada *O Livro da Saúde das Mulheres Negras, Nossos Passos Vêm de Longe*, que a saúde das mulheres negras está atrelada a passos que, foram certamente percorridos por outras mulheres ao longo da nossa história. Referindo-se de modo geral a momentos pelos quais as mulheres negras conviveram com uma realidade cruel, na qual não encontravam um certo apoio sociedade para exercerem direitos mínimos de sobrevivência como: direito a saúde, moradia digna, educação, condições de trabalho, emprego e renda dentre outros tantos.

As deduções de Werneck (2006), também foram observadas por outras autoras (res), que compartilham que o descaso com a saúde da população negra é considerado como um fato histórico. Em um artigo publicado por Dandara Correia (2014), a autora afirma que esse descaso já vinha de séculos passados, porém só começou a ganhar corpo ou seja, fazer parte do roteiro de discussões no século XX, tomando como base fatos históricos e se apoiando em um discurso hegemônico e nas políticas que visavam o progresso do país.

O racismo institucional aplicado na saúde impôs à população negra a condição de que fossem responsáveis pelas suas próprias condições de vida. Ao se eximir de tomar certas decisões em relação à saúde da população negra, o Estado, contribuiu para o preconceito e a discriminação racial, patrocinando a falta de acesso à saúde para essa parcela da população.

As experiências vividas por pessoas negras, dando aqui ênfase maior para as mulheres no momento em que necessitam de atendimento em hospitais e maternidades públicas, são muitas vezes desagradáveis, marcadas por rejeição social, ofensas dirigidas em relação a raça/cor, uso de termos e palavras tidas como pejorativas que as fragilizam no momento em que deveriam receber um tratamento acolhedor e digno.

Para Santos (2019), a situação a qual foi exposta a população negra, e em especial mulheres negras, incentivou os movimentos sociais a adotar uma postura de enfrentamento aliada a uma perspectiva política. A postura política dos movimentos sociais demanda igualdade de tratamento nos serviços de saúde, sem perder de vista as diferenças de cunho racial e étnico, de gênero e culturais entre os grupos sociais.

Segundo Barbosa (1998), as questões relativas à problemática das desigualdades na saúde devem ser analisadas com base na variável raça/cor, considerando que esta compreende fatores determinantes para o aumento das desigualdades sociais, levando uma parcela da população a situações extremas de vulnerabilidade social, aumentando assim para esses sujeitos o risco de adoecimento e conseqüentemente morte. As considerações da autora sobre desigualdades permitem compreender o quadro mais amplo, embora não estejam diretamente ligadas ao objeto que está sendo desenvolvido nesta pesquisa.

O atendimento dispensado às mulheres negras em maternidades públicas sinaliza que as problemáticas existentes nas relações étnico-raciais deixam sequelas que, se não forem curadas ou analisadas, resultam em um reducionismo no processo avaliativo da referência empírica para análise dos casos concernentes ao racismo na saúde.

Laura C. López (2012) mostra que o atendimento público realizado pelo SUS, em saúde no Brasil, tem como ponto central funções baseadas em três pilares importantes: oferecer atendimento extensivo para todos os brasileiros; atendimento que preencha as necessidades que a patologia requer; e humanização para todos os

tipos de atendimentos. Ainda de acordo com a autora, os anos de 2000 ficaram marcados, por estudos mais aprofundados em observar as desigualdades já existentes e o fato de algumas patologias que até aquele momento, não terem sido enquadradas como problema de saúde pública.

Nesse sentido, o fato de o racismo institucional se tornar objeto das reflexões acadêmicas articuladas a mobilizações da sociedade civil põe em evidência estratégias contemporâneas de intervenções sobre a existência coletiva em nome da vida e da morte, que atingem, diferencialmente populações do ponto de vista racial. Ao mesmo tempo, visibiliza modos de subjetivação em relação a discursos de verdade que historicamente, vêm radicalizando indivíduos. Esses sujeitos passam hoje a definir sua cidadania em termos de seus direitos à vida e à saúde. LOPÉZ, (2012).

Os transtornos causados pelo racismo e sua inserção na saúde, não devem ser tratados como algo comum e de fácil resolução, compreendemos que se trata de uma luta constante pelo motivo de o racismo se apresentar com novas técnicas bastante diversificadas, dando assim o entendimento que as questões relacionadas ao racismo afetam diretamente o indivíduo não só fisicamente, podendo promover conflitos externos e internos para a dignidade humana.

3 UMA ANÁLISE SOBRE O ATENDIMENTO HUMANIZADO EM MATERNIDADES PÚBLICAS.

Este capítulo tem como objetivo analisar, por meio de arcabouço teórico, o conceito de humanização e seus usos na saúde. A abordagem histórica será utilizada para uma melhor compreensão do modelo tradicional e hegemônico que perdura no país, visando observar como a história construída sobre a base da desigualdade reservou para população negra o lugar das classes sociais mais pobres e condições de vida mais precárias.

Para melhor entender o porquê de tantas desigualdades é necessário que se faça uma abordagem que abrange um certo período da história do Brasil. Segundo Monica Maia (2008), a questão da saúde pública no Brasil é um problema que tem dimensões históricas, durante o período colonial, que durou de 1520 a 1822, que corresponde a chegada da expedição colonizadora chefiada por Martin Afonso de Souza, que aqui chegou não com a intenção de promover melhorias.

A chegada dos colonizadores tinha como único objetivo explorar nossas terras. Por exemplo, em meados do século XVII, já estava estabelecido o cultivo da cana de açúcar, do café, e a exploração nas baixadas do litoral sul de São Paulo, permitiu o descobrimento de ouro no leito dos rios. Toda a exploração colonial não foi acompanhada por uma preocupação em promover melhorias e, nem tão pouco, garantir a saúde dos que aqui viviam, assolados por diversas epidemias. Nessa época contava-se apenas com as Santas Casas³ e poucos hospitais. (MAIA, 2008).

As mudanças começaram a surgir com a chegada da família real ao Rio de Janeiro no início do século XIX, com o desembarque da família real foram criados os dois primeiros cursos de medicina do Brasil, bem como a junta de Saúde Pública, entretanto, as primeiras ações de saúde pública nessa época ficaram apenas concentradas na capital do Rio de Janeiro e se limitava ao controle das epidemias por meio de medidas de saneamento, inspeção sanitária e de inspeção dos portos. Somente com a Proclamação da República, em 1889, pouco a pouco os sucessivos governantes passaram a propor e gerir políticas de saúde. Entre o final do século XIX

³ No Brasil, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia surgiu ainda no período colonial, instalando-se em Santos desde 1543, seguido pela Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Olinda e São Paulo, sendo a primeira instituição hospitalar do país, destinada a atender aos enfermos dos navios dos portos e moradores das cidades.

até 1920, começa a surgir os centros de formação de profissionais de saúde como: médicos, odontólogos, farmacêuticos e enfermeiros.

A Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, estabeleceram direitos legais para todos os brasileiros. A realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1992, tendo como tema oficial: Sociedade, Governo e Saúde, permitiu a realização de diversos debates para promover políticas públicas, baseadas em ações e decisões.

A implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), em 2009, tinha em seu objetivo geral promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS. (BRASIL, 2013). A política foi apresentada como perspectiva para enfrentar as iniquidades existentes na saúde.

Tanto a constituição de 1988, como a PNSIPN, têm em suas propostas à atenção na prevenção de doenças e maior participação da sociedade, incentivo na produção de conhecimento e formação de trabalhadores qualificados visando à promoção da equidade na saúde independente de situações adversas ou externas.

3.1 COMPREENDENDO AS FALHAS NO ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

São muitos os problemas que afetam serviços de saúde pública no Brasil, e no mundo nesse seguimento serão analisados alguns fatores tidos como causadores de problemas no atendimento humanizado em maternidades públicas. Salientando que os problemas raciais no país estão atrelados a natureza e a cultura se transformando assim em problemas de saúde pública e que situações como essas, são fundamentais para a análise do processo saúde-doença.

A violência obstétrica é caracterizada por atos de violência praticadas por profissionais da saúde, na prestação de atendimento às mulheres durante o período de gravidez, no parto e pós-parto a ausência de diálogo entre os profissionais e as pacientes resultam em um reducionismo do ser humano. Desse modo é necessário que os profissionais em saúde sejam conscientizados para que esse atendimento aconteça baseado em práticas de acolhimento e escuta.

As situações de parto são consideradas críticas, especialmente pela vulnerabilidade em que se encontram as mulheres. Para Janaina Aguiar (2011), o momento do parto é único e requer cuidados e, por sua relevância, é considerado sublime, a autora descreve como um processo fisiológico, normal, necessitando de atenção e cuidado. Ainda assim, a autora afirma que “de acordo com a leitura vigente esse momento é, várias vezes, permeado pela violência institucional, cometida justamente por aqueles que deveriam ser seus principais cuidadores”. (AGUIAR, 2011, p. 80).

Essa situação de violência no parto tem sido causa de muitos dilemas e entraves para implementação de um modelo humanizado de atenção à saúde em maternidades públicas. Guilherme Reis (1993) e Lenice Reis (2011), concordam quando afirmam que a gestação produz profundas alterações no organismo materno, sendo um processo fisiológico, com o objetivo fundamental de adequá-lo às necessidades orgânicas próprias do complexo materno-fetal e do parto.

Necessariamente, todas as mulheres quando são atendidas nos serviços obstétricos seja nos ambulatórios ou hospitais/maternidades necessitam inicialmente apenas de cuidados básicos. Entretanto, esses cuidados deveriam vir acompanhados de muita atenção, pois na obstetrícia podem ocorrer diversas situações que podem evoluir para emergência ou urgência, uma vez que as modificações fisiológicas maternas, de alguma forma envolve todo ou quase todo metabolismo das gestantes como: o sistema cardiocirculatório, respiratório e gastrintestinal, além de alterações metabólicas e hematológicas.

Em uma entrevista feita com Ângela Davis, Jurema Werneck (2002), expõe a temática do sofrimento das mulheres, principalmente das mulheres negras, deixando evidente que essas mazelas não são uma peculiaridade única e exclusiva do nosso país. Tomando os EUA como exemplo, o sofrimento enfrentado pelas mulheres negras americanas não é muito diferente dos enfrentados pelas mulheres negras brasileiras.

As mulheres negras nos EUA também convivem com muitos dilemas como a grande incidência de câncer de mama, pressão alta e de anemia falciforme, além de também sofrerem com a violência obstétrica em hospitais e maternidades. Outro ponto crucial tanto no Brasil como nos EUA são as políticas de saúde reprodutivas conservadoras, entendidas como a expansão de métodos contraceptivos que

acontecem mundialmente, porém com maior incidência nos países latinos americanos.

Como descreve Werneck (2002), ao se referir a questões obstétricas, como: esterilização forçada, a grande quantidade de partos cesáreas, e o uso de tecnologias de controle populacional. Os dados revelados pela autora colocam o Brasil, na condição de liderança sobre a quantidade de mulheres esterilizadas com aproximadamente 12 milhões de mulheres submetidas a esse tipo de procedimento.

Um fator importante a ser descrito nesta pesquisa são as recorrentes situações de abuso, desrespeito, negligência e maus tratos vivenciados em maternidades públicas em nosso país. Situações que as mulheres em sua maioria negras, são obrigadas a conviver no período da gravidez, durante o trabalho de parto e no pós-parto, situações como essas e outras tantas contribuem para que o momento que deveria ser especial na vida dessas mulheres se transforme em momentos aterrorizantes.

Liana Guimarães, Eline Jonas e Leila do Amaral (2018), em um estudo exploratório realizado entre os anos de 2010 a 2013 sobre a violência obstétrica em instituições públicas e entidades filantrópicas do Estado do Tocantins, chegaram a seguinte conclusão: das 56 gestantes entrevistadas, 43 sofreram violência no atendimento e conseguiram identificar situações de violência; seis das entrevistadas relataram que também fora vitimadas, porém não sabiam citar e finalmente sete delas disseram não terem sofrido nenhum tipo de violência por parte dos profissionais da saúde.

Neste estudo, os autores não fizeram recorte racial, avaliando apenas a quantidade de mulheres atendidas as amostras foram coletadas por conveniência obedecendo critérios estabelecidos pelas maternidades de acordo com órgãos responsáveis por esses tipos de atendimentos no Estado do Tocantins.

Estudos mostram que atendimentos inadequados em maternidades é uma das principais causas para persistência da violência obstétrica, ocorrida durante os atendimentos nas maternidades públicas e estão diretamente ligadas à violência de gênero. Os dados obtidos por meio da pesquisa foram desenvolvidos entre os anos de 2010 a 2013, por pesquisadoras ativistas e estão relacionados à violência obstétrica, nas maternidades no estado do Tocantins, com intensão de promover discussões voltadas para possíveis condições de minimizar o problema.

Ellen Oliveira (2018), chama atenção para um dos entraves existentes no cruzamento entre poder e saúde, observando diversas subjetividades em relação à violência de maneira geral, suas formas e tipificações. Ressaltando que, de acordo com o objeto desenvolvido na pesquisa, a violência obstétrica é tida como a mais contundente por exercer contra as mulheres conceitos que já estão enraizados e pautados em atos de intimidação nas relações de poder.

A autora analisa a seção sobre Homicídio de Mulheres no Brasil no mapa da violência de 2015, os dados apresentados não mostram diretamente observações ligadas à violência obstétrica ou recorte racial concluindo que:

(...) a violência física é a mais frequente em 48, % dos atendimentos, com especial incidência nas etapas jovens e adulta da vida da mulher, quando chega a representar perto de 60% do total de atendimentos. Em segundo lugar, a violência psicológica, presente em 23,0% dos atendimentos em todas as etapas, principalmente da jovem em diante. Em terceiro lugar, a violência sexual, objeto de 11,9% dos atendimentos, com maior incidência entre as crianças até 11 anos de idade (29, 0 % dos atendimentos) e as adolescentes (24, 3%). (OLIVEIRA,2018).

As considerações realizadas nesta seção têm como objetivo, a apresentação de uma síntese sobre fatores que impedem ou ocasionam a persistência de dificuldades existentes e que agem como empecilho no atendimento realizados em maternidades públicas, não deixando de lado que a discriminação na saúde ocorre também em instituições privadas.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO HUMANIZADO

O uso ou utilização do termo humanizar, em linhas gerais não é recente, e ainda é considerado de difícil entendimento, pois esse conceito historicamente vem passando por diversas modificações no Brasil. A concepção de humanização no campo da saúde, como política pública emergiu em 2003, passando a ser utilizada pelo Ministério da Saúde, com a implementação da Política Nacional de Humanização, como um conjunto de instrumentos agindo com as demais políticas de saúde impactando e interferindo na qualificação da atenção e gestão do SUS.

Os temas ética e humanização foram inseridos no campo de atenção à saúde de maneira bastante reflexiva na década de 1970, quando surgiram as primeiras discussões a respeito de outro tema muito falado e até então pouco discutido: os

direitos dos pacientes. Como afirma Paulo Fortes (1998), a primeira declaração de direitos dos pacientes a ser reconhecida pela literatura foi emitida pelo Hospital Mont Sinai, em Boston/EUA, em 1972. Um ano depois, a Associação Americana de Hospitais lançou a *Patient's Bill of Rights* [Carta dos Direitos dos pacientes], que foi posteriormente revisada em 1992.

O direito dos pacientes consiste em promover uma formação mais extensiva para os atores envolvidos no atendimento ao paciente/usuário(a) dos serviços de saúde. O atendimento é considerado como uma relação que se baseia no respeito e dignidade, como parte fundamental para o sucesso da interação com o paciente/usuário(a) e os profissionais de saúde. Ainda de acordo com Fortes (1998), ética é a reflexão crítica sobre o comportamento humano que interpreta, discute e problematiza os valores, os princípios e as regras morais, à procura da “boa vida” em sociedade, do bom convívio social.

O constante uso da ética aplicada na saúde de maneira coerente nos faz compreender o quanto é importante para qualquer profissional que esteja atuando nesse segmento, ou seja, nos serviços de atenção à saúde ofereçam aos pacientes/usuários (as), um atendimento baseado em: eficácia, otimização e eficiência, no respeito aos princípios básicos que motivam e orientam o comportamento humano.

Conhecer e reconhecer que à aplicação da ética na saúde é fundamental, uma vez que o uso o termo humanização, quando inserido no campo das políticas públicas de saúde e humanização encontram-se ligados aos modelos de atenção e gestão nos serviços e sistemas de saúde, funcionando como um indicador da necessidade de um serviço continuado, e inserção de novas técnicas relação entre usuários (as) e dos trabalhadores (as) entre si.

3.3 A IMPORTÂNCIA DOS ATORES ENVOLVIDOS NO ATENDIMENTO EM SAÚDE

Falar dos atores envolvidos na atenção à saúde, é falar dos profissionais como indivíduos, ou seja, pessoas com habilidades diversas que trabalham na provisão do serviço de saúde. Nesse sentido é importante entendermos que a humanização entre esses profissionais / atores, envolvidos na atenção à saúde pública ou privada parte

do princípio de que para melhorar a qualidade nos atendimentos prestados, não é só investir em equipamentos de última geração e tecnologias avançadas.

A área da saúde teoricamente é composta por profissionais com diversas especificidades, como: enfermeiros, técnicos de enfermagem, serviço social, nutrição entre outros, porém historicamente foi dado ao profissional médico um lugar privilegiado, diferenciando-o dos demais profissionais. Merhy reforça esse pensamento que: “Nos últimos séculos, o campo da saúde foi constituindo-se como um campo de construção de práticas e técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, dentro do qual o modo médico de agir foi tornando-se hegemônico.” (2002, p.117)

No Brasil, a relação com o processo de medicalização teve início no século XIX, por meio de medidas institucionais que regulamentaram a medicalização da sociedade. Esse processo não contemplava todos os membros da sociedade, pois a preocupação do momento era a criação de medidas preventivas que impedissem a proliferação de epidemias que assolavam o país naquele período. A primeira grande epidemia que atingiu o Brasil foi a da febre amarela, em 1850, com grande surto no Rio de Janeiro⁴.

Mattos (2002) e Castro (2003), concordam que o processo de medicalização em nosso país, vem reforçar a amplitude do profissional médico diante das decisões em momentos críticos que afetaram e afetam a sociedade como um todo. Para Mattos (2002), a medicalização foi “o processo social através do qual a medicina foi tomando para si a responsabilidade sobre o número de aspectos da vida social” (p.49). Castro (2003) explica que com a medicalização “o discurso médico tornou-se assessor do Estado, para assuntos ligados à resolução dos problemas sanitários” (p.96).

É importante citar que o século XX, foi marcado por avanços como o início da medicina social, não esquecendo que, nos séculos que antecederam a essas mudanças os hospitais eram popularmente conhecidos como “*deposito de gente*”, uma expressão nada agradável quando falamos em pessoas, mas não podemos deixar de lado a existência de vulnerabilidades que acometiam uma parcela considerável da população fazendo com que pobres, loucos entre outras situações

⁴ O histórico de epidemias do Brasil surge com a vinda dos portugueses, tendo como a primeira epidemia relatada a de varíola em 1563, afetando principalmente os indígenas por nunca terem tido contato com a doença e usarem pertences pessoais e roupas dos europeus contaminados.

vulneráveis fossem deixadas de lado quando deveriam receber tratamento digno ou humanizado.

Embora o conceito de medicalização não seja de uso recente, o mesmo só passou a constar na literatura científica a partir da segunda metade do século XX. O uso constante do termo medicalização na atualidade, principalmente e nas ciências humanas e sociais, geraram diversas subjetividades em relação ao uso do termo pela sociedade, em culturas diferentes.

Rafaela Zorzanelli (2014), em seu artigo sobre as variações do conceito de medicalização, de 1950 a 2010, descreve que nesse período esse conceito passou por diversas definições. Segundo a autora a mais recente apresenta semelhanças com outras anteriores, ou seja: “medicalização descreve um processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos.” (CONRAD, 2007 apud ZORZANELLI, 2014).

Embora o objeto de estudo que está sendo desenvolvido nesta pesquisa esteja concentrado no atendimento dispensado às mulheres negras atendidas em maternidades públicas, não podemos deixar de fora as instituições de saúde privada, que mesmo sendo entendida e reconhecida por uma parcela da sociedade como locais diferenciados, pelos seus usuário por apresentarem um “padrão” de atendimento diferenciado, poderíamos dizer que em alguns momentos é observada a necessidade de melhorias na qualidade de vida dos trabalhadores e usuários desses serviços de saúde.

As situações enfrentadas pelos profissionais de saúde, no exercício da profissão não são poucos e devem ser caracterizados como mazelas sofridas por esses atores envolvidos no atendimento de atenção à saúde, ressaltando que os profissionais também são afetados pelo racismo e discriminação, na medida em que os direitos humanos da população usuárias e dos profissionais são negados. Nelson Santos (2001) fala desse processo como:

“evidentemente caótico, se considerado os direitos humanos da população usuária e dos próprios profissionais, que se obrigam a atender no “sufoco” e/ou com condutas técnicas nem sempre as mais recomendadas, e /ou com relação fria (não solidária e acolhedora)” (SANTOS, 2001).

Ainda de acordo com o objeto de estudo que está sendo desenvolvido na elaboração da monografia e buscando compreender como as iniquidades provocadas pelo racismo institucional, afetam as mulheres negras não só como usuárias/pacientes do sistema de saúde, mas também as dificuldades existentes para o acesso das mesmas no campo do conhecimento científico nos diversos setores em nosso país.

As mazelas provocadas historicamente pelo racismo institucional e suas facetas não podem ser consideradas como algo recente, mas é possível observar que a segunda metade do século XX, ficou marcada por novas mudanças no sentido de impulsionar ativistas, profissionais negras(os) ligados a saúde a reivindicarem concessão de direitos que garantissem melhores condições de saúde, incrementando assim a criação de políticas públicas que fossem capaz de minimizar as iniquidades sofridas e impostas pelo racismo institucional nas instituições de saúde.

O poder hegemônico que foi dado ao saber médico iniciado no Brasil, ainda no século XIX, no qual esse profissional era predominantemente branco, desconsiderava a existência de profissionais negras (os). Com a criação de grupos de ativistas, e a criação da área de saúde voltada para atenção às mulheres negras a implementação da (PNSIPN), serviu para impulsionar e desconstruir as ideias impostas pelo racismo institucional, como afirma Sônia Santos (2019):

Significou mais do que a denúncia do racismo institucional, pois na tarefa de confrontar estereótipos, imaginários, discursos e práticas de uma lógica heteronormativa, os grupos proponentes necessitaram construir, reconstruir e contrapor formulações epistemológicas tanto nas ciências da saúde quanto nas ciências humanas. SANTOS, (2019)

Ainda de acordo com Santos (2019), a situação a qual foi exposta a população negra e neste caso às mulheres negras, que os movimentos ativistas tiveram que adotar uma postura de enfrentamento aliada a uma perspectiva política que deve levar a dimensões das diferenças e diferenciais raciais/étnicos, da opressão de gênero e do racismo na manutenção, recuperação e perda da saúde, em uma sociedade classista.

O racismo institucional na saúde e a grande disparidade na taxa de morte de mulheres negras se deve, sobretudo ao papel que elas têm nessa sociedade capitalista de tradição escravocrata, segundo Roberto (2016) do Esquerda Diário:

´No caso dos serviços de saúde, se assinala pela desigualdade no atendimento devido à cor do usuário, que se manifesta através de negligência no atendimento, insultos ou a dificultação no fornecimento do serviço. Além disso, profissionais da saúde negros também sofrem discriminação no interior das unidades de saúde, sobretudo por ser uma área majoritariamente de pessoas brancas. (ROBERTO, 2016).

A história das mulheres negras no Brasil sempre foi cercada por muitos questionamentos, quando o assunto são as relações raciais, se imaginarmos que aos negros sempre foram designados os lugares onde prevalece a subalternidade. Durante muitos séculos as mulheres, principalmente as negras, não tinham seus direitos trabalhistas reconhecidos, as suas ocupações giravam em torno do trabalho escravo nas lavouras, nas ruas como vendedoras, quituteiras e por muitas vezes sem conseguirem se manter se rendiam a prostituição

Com a inserção das mulheres nos estudos acadêmicos e sua atuação como profissional da saúde, independente da área de atuação, surgiram diversas argumentações que ainda perduram nos dias atuais, em relação a qual seria o melhor método de análise e o mais adequado para se pensar a vida e realidade das mulheres negras na sociedade.

4 RAÇA E GÊNERO EM UM PENSAMENTO SOCIOLÓGICO SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E RACISMO INSTITUCIONAL.

O objetivo deste capítulo é apresentar uma reflexão que gira em torno de uma temática antiga, porém nas discussões acadêmicas é considerado como recente. Desde a antiguidade que as mulheres ao redor do mundo sofrem com as mais variadas formas de violências, praticadas em um momento que é único na vida da mulher: o momento do parto.

Nesse sentido, o que buscamos é identificar como essas violações que são praticadas contra as mulheres em sua maioria negras, em maternidades públicas durante o período da gestação, que consiste no: pré-natal, parto, pós-parto em um momento no qual a mulher deve ser acolhida e protegida em especial por todos que estão envolvidos no seu atendimento. Entretanto, em maternidades no Brasil e ao redor do mundo as mulheres sofrem com a violência obstétrica, no momento do parto, que incluem maus tratos físicos, verbais, psicológicos e outros tipos de violência.

A violência obstétrica é um tema que precisa ser discutido uma vez que o sofrimento vivenciado por essas mulheres se apresenta na forma de preconceitos, baseado na cor da pele, na condição social e de gênero como determinantes para essas práticas nefastas, portanto o que pretendemos é uma análise sociológica de como a violência obstétrica aliada ao racismo institucional, podem ser devastadores para a mulher. Considerando que o parto é um processo fisiológico que deve ser acolhido e assistido.

4.1 RAÇA E GÊNERO COMO DETERMINANTES SOCIAIS

Para entendermos o racismo na saúde da população negra em nosso país, é importante o entendimento das condições de vida dessa parcela da sociedade, levando em consideração fatores que interferem na forma como vivem e afetam até a estimativa de vida, independente de faixa etária. Analisando como essas questões afetam os brasileiros nos diversos aspectos e de maneira mais expressiva, a população negra que historicamente é condicionada a viver em sua maioria em condições de precária.

O racismo provém de ideologias alimentadas em caráter histórico e se mantém nos dias atuais providas por privilégios daqueles que se consideram superiores, com inúmeros fatores obrigados a conviver com as iniquidades, desigualdades e situações difíceis, principalmente para as mulheres negras atendidas em maternidades públicas.

As ideologias provenientes do racismo têm suas características próprias, nesse sentido vão se estabelecendo entre grupos considerados como frágeis, não respeitando assim as suas vontades e opiniões. Ao longo da história, foram realizadas diversas mobilizações na intenção de combater certos tipos de desigualdades como *A Declaração da Unesco sobre a Raça e os preconceitos Raciais*, proclamada em 27 de novembro de 1978, a assinatura deste documento mostra uma preocupação mundial em relação ao respeito; a liberdade; as práticas discriminatórias nas suas mais diversas formas.

Outro evento importante, especialmente para as mulheres, ocorrido em 18 de dezembro de 1979, foi a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher da ONU, que traz em no seu inciso 4º a seguinte declaração:

a adoção pelos Estados de medidas temporárias especiais visando acelerar a instauração de uma igualdade de fato entre os homens e as mulheres não é considerada como um ato de discriminação, tal qual como definido na presente Convenção, mas não de nenhuma forma ter como consequência a manutenção de normas desiguais ou distintas; estas medidas devem ser postas à parte quando os objetivos em matéria de igualdade de oportunidades e de tratamento tiverem sido atingidos. (BRASÍLIA, 2011).

Em 1984, o governo brasileiro passou a adotar os compromissos assumidos na Convenção de 1979, se comprometendo em garantir os direitos para as mulheres com base na Carta das Nações Unidas de 1949.

Apesar dos compromissos adotados pelo governo brasileiro ao longo da segunda metade do século XX junto a organismos internacionais, como a ONU, a existência do racismo e do sexismo continuavam a ser práticas cotidianas na sociedade.

O termo raça apresenta-se com vários significados no Brasil, observando as desigualdades e os diversos tipos de discriminações incluindo as de gênero termos e conceitos relativos às diferenças étnicas raciais, são comparadas a uma ferida aberta no seio da sociedade não só no nosso país como no mundo, tornando-se necessário a busca da cura para uma patologia que parece não ter fim. Lélia Gonzalez (1984) denominou o racismo como sintomático que caracteriza a neurose cultural brasileira.

A definição de raça na história é descrita por Silvio de Almeida (2020) como um termo com sentido atrelado às circunstâncias históricas em que é utilizado. Por trás da *raça* sempre há contingência, conflito, poder e decisão, de tal sorte que se trata de um conceito nacional e histórico.

Os problemas causados pelas desigualdades e discriminações, principalmente as de gênero e raça no Brasil, desde chegada dos colonizadores portugueses, eram vistas até certo ponto como motivo para o desenvolvimento no país. Não podemos dizer que essas ações de desenvolvimento não aconteceram, ao longo desse processo, porém para uma parcela considerável da sociedade as limitações de acesso a direitos e impossibilidades de oportunidades aconteciam sendo evidenciada como; uma duplicidade explícita a cor da pele e a condição de gênero.

Na história brasileira, os negros sempre foram obrigados a viver como uma série de dificuldades, entre elas as ligadas a condição de igualdade social entre negros e brancos. Viver em condições de igualdade e ter uma vida saudável deveria ser uma condição inerente a todos os povos. Porém quando pensamos na população negra no Brasil, entendemos que é uma realidade distante para uma parcela considerável da população.

No tocante às mulheres negras no Brasil, é preciso compreender que conviver com hábitos de vida saudável sempre foi considerada uma tarefa difícil, pois as ideias da falsa democracia racial impõe a essas mulheres uma difícil condição de sobrevivência. Essa situação vem sendo observada nas leituras destinadas a mostrar as condições da vida cotidiana das mulheres negras como: condições de moradia precária; alimentação insuficiente; altos níveis de estresse e ansiedade e as mais diversas formas de violências, inclusive nos casos relacionado à saúde. No tocante ao direito reprodutivo, a falta de acesso aos recursos preventivos (testes e preservativos), a falta de habilidades para utilizar ou negociar o uso, no caso do preservativo masculino, incrementam a vulnerabilidade de mulheres e homens negros, independente da sua idade. (LOPES, 2005).

Neste segmento foi realizada uma síntese com relação a alguns dos fatores responsáveis por determinantes sociais, na saúde, com enfoque para as mulheres negras, que permeiam e incidem para contribuir com situações que colocam essa parcela da população em posições sociais desfavoráveis, como indica o Sistema de Cuidados de Saúde (SCS), responsável na elaboração da distribuição de saúde e bem

estar compreendidas como: circunstâncias materiais, coesão social, fatores psicossociais, comportamentos e fatores biológicos. Os dados aqui citados constam no quadro que demonstra o conceito de Determinantes Sociais da Saúde Utilizados da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2007.

4.2 RACISMO GENDERIZADO

O conceito racismo genderizado utilizado nesta seção, apresenta um uso dos temas raça, gênero de maneira sempre associadas, deixando uma impressão de não possuírem em si significados distintos. Entretanto para uma parcela significativa da sociedade brasileira e mundial estes são considerados debates dissociados e nesse sentido, é importante que esses conceitos sejam discutidos não somente em espaços acadêmicos, mas também por autoridades competentes, ou seja, o Estado, na construção de políticas direcionadas para a população negra.

O racismo genderizado é um conceito que se fortaleceu na Europa e é considerado um problema estrutural, por se estabelecer no dia-a-dia, como uma realidade violenta na implantação do seu plano de escravidão e colonização com intenção de dominar e se expandir em outros territórios. A autora Grada Kilomba (2019), ao apresentar a discussão sobre o racismo cotidiano, refere-se à realidade psicológica do racismo que ocorre rotineiramente, de maneira enfática na vida das mulheres negras, o conceito de racismo cotidiano foi apresentado por Philomena Essed, intelectual do campo de teoria crítica racial, em 1990.

Um dos muitos motivos para que as desigualdades e discriminações, não estejam no topo das discussões referentes à raça e gênero, após as leituras e revisão bibliográfica que estão sendo desenvolvidas para a elaboração da monografia uma hipótese a ser considerada; é o fato de a população negra brasileira, ser apresentada em parte como minorias em algumas obras. O cotidiano expressado pelo racismo não se encontra demarcado como algo pontual e se inserido em um contínuo padrão de abusos, experiências traumáticas, violação de direitos, violências sistemáticas traduzidas em agressões físicas e verbais reveladas por Kilomba:

O racismo cotidiano refere-se a todo vocabulário, discursos, imagens, gestos, ações e olhares que colocam o sujeito negro e as Pessoas de Cor não só como “Outra/o” – a diferença contra a qual o sujeito branco é medido – mas também como Outridade, isto é, como a personificação dos aspectos reprimidos na

sociedade branca (KILOMBA, 2019, p.78).

O racismo genderizado para a autora ocupa a dimensão do racismo cotidiano e está associado às várias formas de expressões racistas presentes no cotidiano das mulheres negras como as observadas após um trabalho de pesquisa semiestruturada na qual as entrevistadas relataram diversos eventos considerados importantes para avaliação de posturas racistas que autora Kilomba, classifica como: políticas espaciais; políticas do cabelo; políticas sexuais; políticas da pele; cicatrizes psicológicas impostas pelo racismo cotidiano; estratégias psicológicas para curar-se do e/ou superar o racismo cotidiano; estratégias de residência. (KILOMBA, 2019, p.92).

No caso do Brasil, considerar a população negra como minoria é um assunto complicado, quando às análises que em sua maioria foram desenvolvidas ao longo do século XX, já nos dá um indicativo em pesquisas como por exemplo: a Pesquisa Nacional de Amostra em Domicílios (PNAD), citada por Laís Abramo (2004), que a dimensão dada ao conceito de raça não deveria ficar fora das discussões e, em especial, nas que fazem referências às mulheres negras, uma vez que essa pesquisa realizada pela autora revela que: as mulheres negras, fazem parte de um número estimado em aproximadamente 20% da população economicamente ativa (ABRAMO, 2004, p.17).

Discussões sobre raça e gênero não só no Brasil, como também em outras partes do mundo, são assuntos importantes. Para a realidade brasileira, há um grande desafio na abordagem dessa temática, pois, como já foi citado, essa parcela da população não se constitui de minorias, principalmente quando é necessário a inclusão das mulheres negras no acesso a direitos como: direitos da mulher, direitos dos negros e o combate ao racismo, enfrentamentos importantes e que são centrais para o debate sobre a saúde da população negra.

De forma relacionada à dimensão de raça e gênero, analisar a situação econômica de desenvolvimento e as diferenças impostas a essa parcela da população é uma parte importante nessa pesquisa. O Brasil com alto índice de desigualdade de renda e de condições de vida, onde a cor da pele se confunde muitas vezes com a condição de classe.

As três últimas décadas do século XX ficaram marcadas pela entrada do contingente feminino no mercado de trabalho no país, considerado como um fenômeno analisado sobre as diversas perspectivas produzidas nas literaturas que

tratam sobre as relações de gênero no Brasil. Mesmo com essa ascensão, o que vem sendo observado é o fato de as mulheres ainda não terem todos os seus direitos igualitários como por exemplo: a mesma remuneração trabalhista em relação aos homens.

Hasenbalg (1979), apresenta uma exposição a respeito da concentração de renda em mãos de poucos disseminando assim a pobreza para muitos, e deixando a população negra em situação de desvantagem; quase dois terços da população branca (64%) concentra-se nas regiões mais desenvolvidas do país, enquanto a população negra, quase na mesma proporção (69%), concentra-se no resto do país, sobretudo em regiões mais pobres como é o caso do Nordeste e de Minas Gerais.

Outro ponto considerado relevante para as discussões que envolvem raça e gênero é pobreza; que em seu significado mais simples é entendido como a falta do mínimo necessário para suprir as necessidades do ser humano. Entretanto o tema pobreza social, abordado nas literaturas, não as generalizando abordam o tema raça e gênero como uma espécie de separação de classe rica e pobre.

Ainda de acordo com Abramo (2004), embora as discussões entre os termos gênero e raça sejam em algum momento tidos como iguais, essa ideia deveria ser repensada, pois cada um dos termos tem seu significado específico, principalmente quando o assunto é a forma como a pobreza social está implícita nas formas de exclusão pelas quais as mulheres negras as enfrentam.

Para as mulheres negras, as diversas formas de exclusão social pelas quais elas são obrigadas a passar em determinadas circunstâncias, as colocam em situação de vulnerabilidade sendo responsável pela superposição de dificuldades de acesso aos diversos setores da sociedade, que de acordo com o objeto de estudo para a monografia está ligado ao acesso das mulheres negras atendidas em maternidades públicas, nas diversas localidades do país.

Para Lélia Gonzalez, as pesquisas realizadas não colocam as mulheres, e em especial as mulheres negras articuladas com a equidade de gênero. Nesse sentido, a ideia de colocar homens e mulheres em condições de igualdade é um processo longo, especialmente no caso de trabalhadoras (res) negras (os) inseridos nas ocupações manuais, significando que a força de trabalho negra tem uma inserção ocupacional caracterizada por baixos níveis de rendimento e escolaridade. (GONZALEZ, 1979 p.4).

Os debates sobre raça e gênero em relação às mulheres negras são importantes, e, como já vem sendo exposto nessa seção, temos a intensão de compreender, ainda que de maneira resumida, a dimensão dos fenômenos e fatores responsáveis, pela condição da população negra e ao ciclo de vida que determinam as formas diversas de vivenciar problemas que são considerados como comuns para essa parcela da população.

A construção dos diversos estereótipos utilizados como adjetivos para definir a mulher negra em nossa sociedade, é um problema difícil ao longo da nossa história. Esse assunto é motivo de debate não só parte de historiadores como nas ciências sociais, com estereótipos elaborados para defini-las encontrados nas literaturas refletem a imagem de homens e mulheres libertados da escravização no Brasil. Não obstante, a liberdade revelou-se restrita por diferentes dispositivos que se mantiveram atuantes no decorrer dos fatos.

Sueli Carneiro (2018), apresenta um relato de que ainda no século XX, persistia a ideia de que termos pejorativos e grosseiros, ouvidos e dirigidos às mulheres negras, retratando-as como exóticas, sensuais e provocantes. Ao ressaltar essas características, fazia-se referência ao fato de as mulheres negras sempre estarem ligadas à ideia de *mulher fácil*, inicialmente esse pensamento foi sustentado pelos colonizadores quando aqui chegaram. Fatos como esses reproduzem discursos que situam as mulheres negras como objeto de desejo, ocupando posições de subalternização, pontuando que:

Assim, a mulher negra é mostrada como responsável por atrair homens com seus dotes, envenenando-o e isentando-o de qualquer culpa, afinal de contas, ela é "irresistível) e, até certo ponto, indispensável. (CARNEIRO, 2018, P.171).

Ainda no contexto das violências, a violência obstétrica deve ser analisada no contexto da violência de gênero, deixando marcas profundas para as mulheres. A violência de gênero é constante, entretanto, varia socialmente, considerando as formas de aplicação que provém de modos ou hábitos individuais ou pessoais de cada cultura.

A violência de gênero é uma constante nos mais diversos ambientes sociais e históricos. Ocupando espaço em variadas instituições sociais como as religiosas, nas escolas e nos seios das famílias, operando na configuração da opressão masculina

sobre as mulheres. A estrutura patriarcal, socialmente construída, é responsável por uma série de violências individuais e coletivas.

Identificar essa e outras tantas violências e compreender seus mecanismos é um passo para a imposição de limites, ou seja, para um enfrentamento do *modus operandi*, considerando que a violência de gênero é relacionada a inúmeras práticas e age diretamente sobre os corpos femininos. Podemos citar, por exemplo, os processos de subvalorização do trabalho que designa lugares específicos para determinar os espaços de trabalho de homens e mulheres. Carneiro, em seu artigo refere-se a tradição cultural que vem perpetuando até os nossos dias a prática impunemente tolerada de utilização de mulheres negras, especialmente as empregadas domésticas, como objetos sexuais destinadas à iniciação sexual dos jovens patrões ou diversão dos mais velhos.

Outro tipo de violência de gênero muito discutida na atualidade é o assédio sexual, para os debates da sociedade é tratado como um fato novo, porém a sua existência e suas práticas são bem antigas. Tradicionalmente institucionalizadas vão acontecendo nos espaços de atendimento à saúde, não só contra as usuárias do sistema em momentos de atendimentos, mas também é observada o uso dessas práticas nefastas contra os profissionais da saúde causando assim danos para as mulheres negras, não deixando de lado as mulheres brancas.

Na conclusão da presente seção o que ficou entendido é que todas as formas de violência que afetam as mulheres deixam suas marcas, além disso, racismo e sexismo como estruturas de produção de opressão tendo efeitos nocivos para a vida em sociedade, atingido mulheres negras. Não se deve esquecer que esse debate aqui posto tem a intenção de contribuir para a busca de soluções dos problemas das violências contra as mulheres negras.

4.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Esta seção tem como objetivo geral compreender o modo de observação das ciências sociais, sobre a violência obstétrica, no seio das instituições públicas e privadas nos atendimentos dispensados às mulheres em maternidades públicas. Na intenção de identificar possíveis causas existentes nesse processo, e os impactos que

a aplicação dessas práticas consideradas como cruel na vida das mulheres, atendidas em maternidades públicas, tendo as mulheres negras como objeto da pesquisa.

Os estudos sobre a violência obstétrica desenvolvido na pesquisa estão sendo realizados por meio de revisão de literaturas obtidas em artigos científicos selecionados em bancos de dados confiáveis que tratam do assunto, porém uma observação a ser feita é o fato da pouca produção de trabalhos que tratem de forma conjugada os temas racismo institucional, mulheres negras e violência obstétrica.

Por se tratar de pesquisa exploratória, o resultado após a busca foi o de aproximadamente 1700 trabalhos nas diversas áreas: antropologia, direito, enfermagem, serviço social e psicologia. Deixando claro que os trabalhos encontrados não tratavam de forma conjugada os temas racismo institucional, mulheres negras e violência obstétrica, nas buscas em teses e dissertações o resultado foi menor com 556 trabalhos que também não tratavam os mesmos descritores conjugados. Alguns dos trabalhos que se enquadram no recorte da pesquisa serão abordados ao longo desta seção.

Discutir violência de modo geral como questão social é pensar em um processo estrutural que impera em todos os espaços de coletividades como escolas, espaços culturais e de lazer, instituições públicas e privadas ligadas à saúde e outros setores. Como debate acadêmico é considerado algo novo, daí a importância em apontar as violações dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres que em muito dos casos resultam na violência obstétrica, com o objetivo em compreender como essas violações atingem e deixam marcas para as mulheres negras brasileiras, não desconsiderando que as mulheres brancas também são alvo desse tipo de violência.

Para uma contextualização em termos históricos, o primeiro país latino americano a reconhecer o termo violência obstétrica de forma legal foi a Argentina. Segundo Silvia Veloso (2014), por meio da Ley 25.929 de 2004, também conhecida como Ley de Parto Humanizado, ficou determinado que o tempo do parto fosse respeitado, considerando o caráter biológico e psicológico. Veloso ainda pontua em sua pesquisa que o tema da violência obstétrica era tratado na Venezuela desde 2007, enquadrado como ação delituosa. O Brasil não possui uma lei que trate a violência obstétrica como matéria penal, reconhecendo como violação de direitos para as mulheres. (VELOSO, 2015).

A violência obstétrica como modelo de opressão encontra no racismo estrutural e institucional suportes tecnológicos para operacionalização e expropriação da vida de mulheres negras. Nos casos referentes a violência praticada em maternidades públicas, não só no Brasil como no mundo, fica visível a existência de exclusão social, que, no caso das mulheres negras gestantes, incidem sobre elas em situações onde gênero e raça se tornam fatores determinantes para um atendimento considerado como desumanizado por sua baixa qualidade.

Desse modo, torna-se necessária a existência de interação entre todos os profissionais envolvidos no atendimento e, em especial, por parte do profissional médico a quem é dado o maior poder hierárquico sobre as pacientes / usuárias dos serviços que devem ocorrer ao mesmo tempo pautados em humanização.

Sonia Correia e Rosalind Petcheshy (1996) entendem que os direitos sexuais, não devem ser decididos de maneira única pelo profissional, concordam em uma ação conjunta na qual a gestante possa exercer o seu poder de decisão. Exceto em casos de urgência extrema, em situações que possam pôr em risco a vida de ambos; gestante e bebê.

é preciso pensar os direitos reprodutivos no campo dos direitos sociais, lembrando que o conceito tem se expandido para englobar as necessidades sociais que impedem real escolha sexual e reprodutiva para boa parte das mulheres no mundo, notadamente as mais pobres. (CORREIA, PETCHESHY 1996).

Nos atendimentos ligados à obstetrícia são muitas as formas que podem ser tipificadas como violência obstétrica, suas aplicações no pré-natal estão relacionadas a fatores como poucas informações para as futuras mães; número de consultas reduzidas e poucos exames solicitados nas instituições públicas. O momento do parto ou os que antecedem, são delicados com situações que mostram a falta da autonomia das mulheres, os atos de violência permeiam em atitudes de abusos físicos, e outros procedimentos que não se justificam, a exemplo de toques vaginais em excesso, realização de episiotomia, manobra de Kristeller e procedimentos sem uso de anestesia.

Miranda Fricker (2007;2017), pontua que é necessário contar com uma maior participação cidadã dos brasileiros na fiscalização do sistema político, referentes a concessão de diretos. Neste caso entenderíamos o fenômeno que a autora cunhou como um conceito de injustiça epistêmica, uma exclusão danosa da participação de

uma pessoa, ou de grupo de pessoas, na produção, disseminação e manutenção de conhecimentos. (FRICKER, 2007-2017, p.3).

Os sistemas de segurança adotados pelos Estados, como no caso das políticas de segurança, funcionam em circunstâncias diversas que podem resultar em reforço para a aplicação de estereótipos que reforçam diversos tipos de racismo. Para Achille Mbembe a requisição por um “direito político” que legitima e deseja a morte do outro, daquele inimigo absoluto, como uma “solução final” (MBEMEBE, 2019, p.19).

O autor se refere a uma denominação de espaço baseados em hierarquias, que no caso dos atendimentos de saúde selecionam quem pode ou não ter o direito a vida preservado, como é visto nosso sistema de saúde.

A expressão máxima de soberania reside, em que medida, no poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Por isso, matar ou deixar viver constituem os limites da soberania, seus atributos fundamentais. Ser soberano é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida como a implementação e a manifestação de poder. (MBEMEBE, 2019, p.5)

A maior inclusão do quesito cor na pauta das políticas públicas, a partir de meados dos anos de 1990, representou um marco importante para apontar as desigualdades nos atendimentos de saúde, dando acesso a produção de dados para investigação referente a interseccionalidade de ser mulher, negra e mãe. A violência de gênero é um fenômeno que atinge as mulheres, o que se exacerba quando observamos como ela se entrecruza com fatores como classe social, idade, orientação sexual e raças/etnias, agindo nas instituições públicas e privada, como é o caso das maternidades públicas, demonstrando o quanto o racismo institucional oprime as mulheres negras nos setores de saúde pública.

O Ministério da Saúde instituiu, no ano 2000, o Programa de Humanização do Parto, visando estabelecer que os atendimentos às mulheres gestantes ou em situação de parto desfrutassem de um serviço humanizado, a criação do programa encontra-se estruturada em princípios que estabelecem os seguintes parâmetros:

(...) toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura. (Programa de Humanização do Parto, 2000, p. 5).

É nesse sentido que qualquer conduta, ato ou omissão praticados por profissionais de saúde, nos atendimentos, nas esferas públicas ou privadas estão ligadas a apropriação indevida de processos considerados inadequados, o que para os casos de violência obstétrica é sintetizado em procedimentos compulsórios exemplificando casos de partos cesariana e esterilizações sem que as mulheres possam decidir de maneira consciente sobre os seus corpos.

Ellen Oliveira (2018), em sua pesquisa de mestrado *Mulheres negras vítimas de violência obstétrica: estudo em um Hospital Público de Feira de Santana*, apresentou relatos das entrevistas com as suas interlocutoras, sendo possível uma síntese com dados relevantes da pesquisa. O índice de partos cesarianos, nos quais as entrevistadas relatam que até chegarem à maternidade tinham convicção que o seu parto seria normal, entretanto sem explicações detalhadas são surpreendidas com a notícia de que serão submetidas a uma cesárea, ou seja, um procedimento cirúrgico. Para essas pacientes, ao não terem a cesariana programada e justificada, sua adoção leva a pensar que tinham condições para o parto normal.

Ainda de acordo com a autora, os relatos das pacientes que entenderam essas atitudes como sendo uma coerção, uma vez que a falta de explicação dos médicos é considerada como uma violência que não se explica. Nas análises das entrevistas são observadas a presença do racismo e preconceito racial, ficando evidente a insatisfação das usuárias em relação à estrutura do ambiente, o que para a autora superou as suas expectativas que tinha no início da pesquisa.

Considerando o caso de pacientes com parto de risco, de acordo como os questionamentos foram relatados pelas pacientes do pré-natal, as condições de atendimento nos aspectos de contato com os profissionais e estrutura do ambiente foi o motivo de maiores insatisfações. Como constam nos relatos da paciente Azaléia (PRH2), que afirmou sua revolta com o atendimento que lhe foi dispensado:

O tratamento foi horrível, horrível, horrível, as pessoas cada vez menos humanas. Elas não se colocam no lugar da pessoa, não. Já estava com pavor de ir pra lá, quando falaram: não, não tem vaga em lugar nenhum, vai ter que ser aqui. Pra mim foi assustador. No oitavo mês eu estava me sentindo muito mal e os remédios que eles estavam me aplicando era muito forte, porque as dores estavam muito fortes e comecei a enjoar. Eu comi e vomitei. Eu vomitei era meio dia, o quarto ficou sujo até as duas horas da tarde e ninguém veio limpar, ninguém tomou providência. Depois de muito tempo minha sogra que estava também lá no dia, insistiu e veio uma pessoa e limpou, mas reclamando, soltando piada. A mistura nos leitos, uma paciente psiquiátrica na minha sala... porque ficar no quarto de recém-nascido? Tanta confusão se

aqui é uma sala pra recém-nascido e para mulheres paridas? Só depois do parto que eu fui pra um quarto e fiquei durante o resto da tarde (AZALÉIA, PRH2 apud Oliveira, 2018).

Para compreendermos a violência obstétrica é importante que os direitos sociais sejam compreendidos em sua dimensão prática, para o entendimento de uma lógica que consiste em negligências, que impõe às mulheres atendidas em maternidades públicas uma condição de desvantagem. Questões importantes como falta de informação e o medo em relação ao parto são fatores que contribuem para tornar as mulheres fragilizadas e em condições de vulnerabilidade e aumento dos casos de violência, sejam tidos de forma naturalizada nas instituições.

O desejo da maternidade não é uma imposição para todas as mulheres, porém esse desejo é compartilhado por uma parcela considerável e, nesse sentido, a vontade materna carrega consigo uma série de emoções, desejos e sensações que se apresentam em um misto de alegria, felicidade, prazer entre outros inúmeros sentimentos. Porém uma situação preocupante paira no pensamento dessas mulheres, principalmente quando é pensado que as suas vidas possam estar em risco justamente em um momento esperado e classificado como único ou sublime: o parto.

Lucia Regina Nicida et al. (2021), assinala que, embora a situação das mulheres nos tempos atuais tenha despertado interesse da comunidade científica, entidades de apoio, órgãos nacionais e internacionais recebem constantemente denúncia de acontecimentos e situações desagradáveis, ainda frequentes em maternidades das redes pública e privada, pondo em risco a saúde materna e neonatal. Como afirma a autora:

Apesar dos avanços nas práticas de assistência baseadas em evidências científica formalmente sistematizadas e em recomendações internacionais – como as promovidas pela Rede Cegonha, pelo Projeto de Parto Adequado e, nível internacional, pela OMS – tais dificuldades permanecem ocorrendo. (NICIDA et al, 2021, p. 44326).

Para a autora, de acordo com o estudo desenvolvido não é possível analisarmos os casos de violência contra as mulheres em situação de gravidez, que sempre foi motivo para muitas discussões, mesmo não tendo como datar o seu início e como vem sendo exposto nesta pesquisa, as ações decorrentes da violência obstétrica praticadas contra as mulheres em maternidades, considerando sua contextualização histórica para avaliação do ciclo gravídico-puerperal passou a ser

percebida e entrou no rol das discussões acadêmicas e da esfera pública a partir do século XX.

As motivações para as suas aplicações são antigas e inúmeras a ponto de não ser possível contabilizá-las, mas, ao pensarmos nas mulheres negras e que quando a elas são designadas uma série de situações de vulnerabilidades, o sentimento é de não aceitação quando percebemos condutas produzidas e praticadas em instituições de atendimento público e privado conveniado ao SUS, os atendimentos prestados deveriam estar em consonância com o regramento e tecnologias de atendimento pautados em princípios como equidade.

Considerando o momento atual, os debates sobre assistência ao parto ganharam novas acessibilidades e configurações que podem ser analisados como resultado da visibilidade dos movimentos de mulheres, documentários e investigações judiciais entre outros, como afirmado por autores que se dedicam a estudar o tema (DINIZ et al., 2015; GUIMARÃES, JONAS, AMARAL, 2018).

Na pesquisa *Violência obstétrica: a percepção das mulheres a partir da vivência do parto*, Nicida et al. (2021) realizaram entrevistas semiestruturadas com mulheres domiciliadas no Rio de Janeiro entre novembro de 2018 e julho de 2019, o resultado tem como finalidade apontar os pontos positivos e negativos obtidos pelas gestantes em hospitais / maternidades dos setores públicos e privados.

Como resultado positivo, as gestantes que tiveram parto vaginal, ou como é mais conhecido: parto natural, em sua maioria se declararam satisfeitas com o atendimento e principalmente por terem tido recuperação rápida o que lhes possibilitaram o retorno mais rápido para as suas residências e atividades e também por se sentirem autônomas nas tomadas das suas decisões.

Os resultados negativos nas palavras das entrevistadas se concentram nas dores no período que antecede ao parto, compreendido como pré-parto, elas mencionam dores intensas, ou seja, contrações com longo tempo de duração para em seguida serem submetidas a intervenções cirúrgicas o parto cesáreo, situação essa ocorrida com mais incidência em maternidades públicas. Na observação de uma gestante identificada como (E03 – setor público), ela cita como ponto negativo o fato da demora da ambulância da Rede Cegonha Carioca, na sua opinião demorou muito para encaminhá-la ao hospital.

A compreensão sobre o significado de violência obstétrica e as formas que ela se manifesta deveriam estar acessíveis a todas as mulheres na atenção à saúde. Os riscos das situações caracterizadas por esse conjunto de práticas ameaçam direitos e conquistas e se apresenta como prática cotidiana para profissionais da saúde. As discussões sobre a violência obstétrica envolvem muitos questionamentos referentes a autonomia e o protagonismo das mulheres na livre escolha de sua experiência no parto.

O acesso a informação para as mulheres negras atendidas em maternidades públicas seria importante para a construção de seus posicionamentos, o que pode lhes propiciar o protagonismo na demanda por assistência ao parto, para que esse modelo de assistência atenda os seus desejos e expectativas.

Nesta seção dedicada à violência obstétrica um ponto a ser observado foi a grande dimensão do tema, por outro lado, a existência de poucas pesquisas que tratam do tema a partir de perspectivas sociológicas, e além dessa constatação de que as pesquisas existentes em sua maioria desconsideram o caráter interseccional do fenômeno, levando em consideração fatores relacionados a gênero, mas sem relacionar com a questão de classe e de raça quando analisam o atendimento de mulheres em situação de parto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de desenvolvimento da pesquisa para elaboração da monografia, utilizando os descritores racismo institucional, mulheres negras e violência obstétrica, por meio de pesquisa exploratória em base de dados bibliográficos, portais de consultas e repositórios acadêmicos, foi possível perceber a forma como o tema do atendimento dispensado às mulheres negras em maternidades públicas é tratado pela literatura.

Embora laborioso, pois foram vários dias de pesquisas e muitas leituras, o estudo atentou para a situação das mulheres negras, sem esquecer que a situação de violência também é vivenciada por mulheres não negras. Entre as questões que permeiam a temática do atendimento em maternidades públicas, percebemos que as questões de cunho racial se configuram como entrave para um atendimento com equidade.

Em determinados momentos deste estudo nos deparamos com relatos onde as mulheres expõem suas experiências e percepções com relação ao parto e atendimento em maternidades públicas e privadas, assim foi possível ter conhecimento de relatos diversos, com experiências positivas e negativas, relacionados ao atendimento a elas dispensado.

A Constituição Federal de 1988, seção II, da saúde versa sobre os direitos que são inerentes a todos os cidadãos e como eles devem contemplar a todos sem distinção de sexo, cor, religião e outras características que sejam tomadas como causa para a sua não efetivação. O estudo procurou fazer uma correlação entre esses direitos e o que realmente acontece em maternidades e os determinantes sociais impostos pelo racismo que implicam em atendimento de baixa qualidade.

O racismo institucional é uma prática que se constitui na produção sistemática da segregação étnico-racial e nos processos institucionais, manifestados por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano dos serviços de saúde, resultando em atitudes de ignorância, falta de empatia, preconceitos ou estereótipos racistas.

Desse modo, o estudo procurou enfatizar que a análise do atendimento em serviços de saúde deve considerar a dor do racismo, a dor das mulheres, as sequelas que elas vão carregar para sempre, como uma cicatriz invisível, mães que vivenciaram

o sofrimento causado pela violência obstétrica é uma dor de não poder gritar, conformando-se assim com a dor do silenciamento.

Essa pesquisa não teve a intenção de responder todos os questionamentos sobre o assunto, mas promover um debate sobre a falta de informação a respeito de situações que tornam as mulheres vulneráveis, fazendo com que a violência aconteça e seja naturalizada, devido a sua frequência. Os questionamentos que procuramos elencar podem servir como um alerta para um atendimento com equidade, baseados em ações que possam envolver a sociedade e todos os atores envolvidos no processo de atendimento dispensado às mulheres negras, foco deste estudo, no momento do pré-natal, parto e pós-parto.

REFERÊNCIAS:

ABRAMO, Laís. "Perspectiva de gênero e raça nas políticas públicas." (2004). Acesso em 17/06/2022

ALMEIDA, S. Racismo Estrutural. Org. de Djamila Ribeiro. São Paulo: Jandaira Livros, 2020. 264 p (Col. "Feminismos Plurais").

BARBOSA, Maria Inês da Silva. Racismo e saúde. 1998. Tese (Doutorado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998. Disponível em: doi:10.11606/T.6.2020.tde-08042020-101524. Acesso em: 2022-05-06.

BASTOS, Luiza Lena, VENTURA, Miriam e BRANDÃO, Elaine Reis. Saúde sexual e reprodutiva, conservadorismo religioso e acesso a medicamentos: uma discussão sobre a estratégia global de advocacy do Consórcio Internacional sobre Contracepção de Emergência. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro) [online]. 2017, n. 26 [Acessado 29 Junho 2022] , pp. 306-327. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.26.15.a>>. Epub May-Aug 2017. ISSN 1984-6487. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.26.15.a>.

BRASIL. Constituição (1934). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 16 de julho de 1934. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em: 01 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Racismo Como Determinante Social de Saúde. Brasília, DF: Secretaria de Promoção da Igualdade Racial; 2011. Acessado em 08/06/2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/sobre/a-secretaria/subsecretaria-de-articulacao-institucional-e-acoes-tematicas/coordenacao-geral-de-programas-e-acoes-de-saude/acoes-de-saude/politica-nacional-saude-integral-populacao-negra1.pdf> acessado em 30/05/2022

CORREIA, Danara Batista. Racismo institucional: um desafio na atenção à saúde da população negra com doença falciforme em João Pessoa/PB/ Dandara Batista Correia. - Natal, RN, 2014.

CARNEIRO, Sueli. Gênero, democracia e sociedade brasileira / Gender, democracy and Brazilian- society Bruschini, Cristina; Unbehau, Sandra G. *São Paulo; Ed. 34; 2002. 445p.* 2018

EURICO, Marcia Campos. Questão Racial e Serviço Social: uma reflexão sobre o racismo institucional e o trabalho do assistente social/Márcia Campos Eurico; Orientadora: Maria Lúcia Silva Barroco – São Paulo, 2011.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade* [online]. 2004, v. 13, n. 3 [Acessado 29 Junho 2022] , pp. 30-35. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300004>>. Epub 07 Abr 2008. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300004>.

GABRIEL, Alice de Barros; SANTOS, Breno Ricardo Guimarães. “A Injustiça Epistêmica na violência obstétrica”. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 28, n. 2, e60012, 2020.

GUIMARÃES, Liana Barcelar Evangelista, JONAS, Eline e AMARAL, Leila Rute Oliveira Gurgel do. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. *Revista Estudos Feministas* [online]. 2018, v. 26, n. 1 [Acessado 29 Junho 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9584.2018v26n143278>>. Epub 15 Jan 2018. ISSN 1806-9584. <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2018v26n143278>.

KILOMBA, Grada. *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Editora Cobogó, 2019.248.p

MARQUES DE AGUIAR, Janaína; Pires Lucas d'Oliveira, Ana Flávia. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 15, núm. 36, enero-marzo, 2011, pp. 79-91

MOURA, Solange Maria Sobottka Rolim de e ARAÚJO, Maria de FátimaA maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2004, v. 24, n. 1 [Acessado 29 Junho 2022] , pp. 44-55. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000100006>>. Epub 29 Ago 2012. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000100006>.

NICIDA, L. R. A et al. Violência obstétrica: a percepção das mulheres a partir da vivência do parto. *Brazilian Journal of Development* , v. 7, p. 44325-44345, 2021.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de COLLET, Neusa e VIERA, Cláudia Silveira. A humanização na assistência à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2006, v. 14, n. 2 [Acessado 29 Junho 2022] , pp. 277-284. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000200019>>. Epub 08 Maio 2006. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000200019>.

OLIVEIRA, Ellen Hilda Souza de Alcântara. Mulheres negras vítimas de violência obstétrica: estudo em um Hospital Público de Feira de Santana - Bahia. 2018. 119 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

OLIVEIRA, Ana Caroline Amorim. Lélia Gonzalez e o pensamento interseccional. **Revista Interterritórios**, v. 6, n. 10, p. 89-104, 2020.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000004> Acessado em 12/06/2022 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO22753002> . Acessado em 17/06/2022

PACHECO, Ana Cláudia Lemos Mulher negra: afetividade e solidão / Ana Cláudia Lemos Pacheco; [posfácio], Isabel Cristina Ferreira dos Reis. – Salvador: EDUFBA, 2013. 382p. – (Coleção Temas Afro)

PEREIRA, J. S. et al. Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, v. 15, p. 103-108, 2016. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf>.

REIS, Guilherme FF. Alterações fisiológicas maternas da gravidez. Brazilian Journal of Anesthesiology, v. 43, n. 1, p. 3-9, 2020. Acessado em 25/05/2022

ROCHA, Francisca Auricélia Furtado. Trajetória de gestantes e parturientes pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. 2004. 139 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004

ROSAS, Cristiano Fernando (coord.). Cadernos Cremesp - Ética em ginecologia e obstetrícia. . 3ª ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2004.

SILVA, Larissa Maria do Nascimento. Desigualdade Racial no Brasil: a reiteração do racismo estrutural na sociedade brasileira / Larissa Maria do Nascimento da Silva. - João Pessoa, 2020.

SANTOS, Ivanete Aparecida da Silva. O Peso da Cor no Acesso aos Direitos Fundamentais. 2015. 43 f. Artigo Científico (Especialização em Educação das Relações Étnico-Raciais) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015. Disponível em:<<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/52688/R%20-%20E%20-%20IVANETE%20APARECIDA%20DA%20SILVA%20SANTOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>Acesso em: 09/06/2022.

SANTOS, Sônia Beatriz dos. A área de saúde da mulher negra: considerações sobre racismo institucional. in: *Cadernos do Lepaarq*, v. XVI, n.31., p. 134-146, Jan-jun. 2019.

SANTOS, T. T. AS INTERSEÇÕES ENTRE O RACISMO ESTRUTURAL E A NECROPOLÍTICA. *Sapere Aude*, v. 10, n. 20, p. 815-824, 23 dez. 2019.

VIANA, Rejane Vieira. A humanização no atendimento à saúde: construindo uma nova cultura. 2004. 122 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira, Ortega, Francisco e Bezerra, BeniltonUm panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência*

& Saúde Coletiva [online]. 2014, v. 19, n. 06 [Acessado 29 Junho 2022] , pp. 1859-1868. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde e Sociedade [online]. 2016, v. 25, n. 3 [Acessado 6 Maio 2022], pp. 535-549. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>.

Anexo A

Constituição Federal (Artigos 196 a 200)

Seção II

DA SAÚDE

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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor,

nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita

diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e

constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços

assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente

comunitário de saúde e agente de combate às endemias. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006) (Vide Medida provisória nº 297, de 2006) Regulamento § 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o

servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde,

segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.