

MULHERES NEGRAS E SAÚDE PÚBLICA: PARTICIPAÇÃO E DISCURSO NA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

ANA RITA DOS SANTOS FERREIRA
ANDRÉA VIUDE

APRESENTAÇÃO

A partir de uma perspectiva histórica e política, o presente capítulo tem o objetivo de refletir sobre a proposta de humanização dos serviços em saúde buscando compreender a interface desse processo com a desumanização de determinados grupos e a relação que estabelece com a qualidade do acesso das mulheres negras ao serviço público de saúde. Para tanto refletiremos sobre as possibilidades de cuidado na relação entre profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) bem como a participação das mulheres negras nesse processo, a partir da reflexão acerca da produção discursiva de uma Promotora Legal Popular (PLP) atuante no Hospital Geral de São Mateus (HGSM).

Diante da complexidade do tema da humanização focaremos tal discussão a partir de sua circunscrição no campo da alteridade, especificamente no que diz respeito ao reconhecimento da humanidade do Outro nas relações. Embora pareça contraditório refletir sobre humanização nos serviços de saúde uma vez que este é, em todas as suas dimensões, desenvolvido e posto em prática por seres humanos, quando afirmamos que os serviços de saúde precisam ser humanizados temos a intenção de propor uma reflexão que nos leve a um momento anterior daquele descrito por Deslandes (2004). Para esta autora a humanização constitui um amplo conjunto de iniciativas que se traduzem em diretrizes de trabalho para reverter o estado de precariedade, de violência e desrespeito nos serviços de saúde pública. Embora estejamos de acordo com os resultados apresentados pela autora, buscaremos neste artigo refletir sobre os processos sócio-históricos e ideológicos que atribuem humanidade a determinados grupos em detrimento de outros, isto baseados na hipótese de que a necessidade de humanizar uma

assistência gerida por, e para seres humanos aponta para o fato de haver um Outro cuja humanidade não está sendo reconhecida nas relações postas neste espaço institucional.

A DESUMANIZAÇÃO NO PROCESSO DE COLONIZAÇÃO EUROPEIA.

Partiremos do entendimento de humanidade enquanto atribuída histórica, cultural e ideologicamente partindo da expansão da civilização europeia no processo de construção de identidade miram os “outros”, não europeus, ora como não humanos, ora como humanos inferiores, concepções que justificam o processo de escravização de negros e índios.

Este período é marcado pela construção do dualismo entre civilização e barbarismo e neste contexto determinados corpos são definidos como monstruosos, destituídos de humanidade, ou portadores de uma “semi-humanidade”. Segundo Ferreira e Hamlin (2013) esta concepção tinha por objetivo controlar estes seres fronteiriços e salvaguardar o mundo da cultura, assim produziu-se um discurso civilizador que atribuiu ao Outro um lugar de alteridade monstruosa marcado “*pela fronteira criação e corrupção, ordem e caos, civilização e barbárie*”, sendo as mulheres e os negros, sujeitos destinados a habitarem este lugar a partir de suas representações culturais marcadas por estes elementos ambíguos.

Segundo estes autores estes corpos identificados com o monstruoso tornam-se objetos concebidos em consonância com o contexto sócio econômico de cada época, assim enquanto na sociedade medieval estes eram concebidos como objetos de julgamento moral dado a ideia de circulação imprópria pela configuração de mercado restrita e local, na sociedade moderna sua concepção foi constituída sobre a lógica da colonização europeia e da expansão do mercado envolvendo a circulação de corpos e objetos imediatamente transformados em mercadorias pela expansão capitalista, ato legitimado pelo sistema de classificação taxonômico que era à base da ciência moderna.

Como podemos perceber o discurso científico forjou estas imagens de alteridade e alguns indivíduos e grupos foram estigmatizados como seres que possuiriam características naturais que os definiriam como menos humanos, como no racismo científico cujo objetivo era promover hierarquias raciais e localizar o “não civilizado” na base desta hierarquia. Com a expansão do capitalismo e a divisão social do trabalho os pobres, negros em sua maioria passam a ocupar um lugar à margem da sociedade, onde seus direitos são negados e o exercício de sua cidadania comprometido, o que entendemos como processo de desumanização. São estes os usuários dos

serviços públicos de saúde, pessoas com baixa renda, sendo em sua maioria as mulheres negras.

ESCRAVISMO, CAPITALISMO E DESUMANIZAÇÃO.

A representação social das mulheres pobres e negras em nossa sociedade constitui-se a partir de um discurso e de um olhar que as essencializam neste lugar de alteridade destituída de humanidade, o que marca as relações de poder circunscritas neste campo. Esta representação foi produzida através dos séculos e justificou de diversas formas a relação de exploração, opressão e subordinação, que marcam de forma significativa a inserção destas mulheres na sociedade brasileira.

No sistema escravocrata os corpos negros eram classificados como mercadoria e esvaziados de humanidade pelo olhar do dominador/civilizador, assim no período pós-abolição o trânsito destes corpos sem valor material ou simbólico foi limitado a lugares mais periféricos, todavia próximos o suficiente para marcar o lugar de oposição ao civilizado, adequado, superior. Esta dialética torna-se ainda mais complexa em uma sociedade onde as relações sociais são permeadas pela força capitalismo (Ferreira e Hamilin, 2010).

Hoje vemos refletidas nos indicadores de desigualdade socioeconômica a desigualdade e a pobreza no Brasil, um dos indicadores mais elevados do mundo e torna-se ainda maior se considerarmos a condição étnico/racial, neste sentido Bandeira (2005) aponta a atenção para o fato de a “feminização” da pobreza ser racializada, ou seja a maioria dos pobres são mulheres e dentre estas mulheres a maioria são negras.

A representação social da mulher negra constituiu-se a partir da ideia de hierarquias raciais e de gênero marcada pelas relações de poder circunscritas neste campo. Este lugar produziu-se através dos séculos por diversas formas de exploração que marcou de forma significativa sua inserção na sociedade brasileira.

Estas relações de poder estão presentes na estrutura do racismo e do sexismo e se encontram com outras formas de opressão para viabilizar os objetivos ideológicos de dominação que em sua prática cotidiana implica em desumanização do grupo oprimido, pela desconstituição do ser, do indivíduo (Costa citado por Bertúlio, 2007).

A atenção em saúde da mulher negra e pobre fica ainda mais comprometida dada a desigualdade persistente que expõe estas mulheres, principalmente as negras a um alto grau de vulnerabilidade, violência doméstica, conta-

minação pelo vírus HIV e outras situações de degeneração física, social e psicológica. Por este motivo concluímos, conforme sugerido por Bandeira (2005) que quanto mais baixos forem os extratos em que estas mulheres se encontram, mais precária será sua condição de vida e seu grau de instrução e maior a restrição no acesso aos cuidados devidos com a saúde, como por exemplo no caso de contrair o vírus HIV.

HUMANIZAÇÃO E ALTERIDADE.

Teixeira (2005) identifica outras posições importantes nessa discussão e outros possíveis sentidos da humanização a partir das quais propõe formas de ampliar a capacitação dos profissionais de saúde para melhor atender as demandas e expectativas do público, sendo mais respeitosos e menos violentos na prestação de cuidados. Ele sugere uma reflexão na relação de alteridade estabelecida neste encontro em que o outro pode se assemelhar a nós e ser facilmente reconhecido à medida que reflete a nossa própria imagem, ou ser um outro irredutível, diferente e radicalmente singular, neste ponto nos deparamos com o verdadeiro desafio de aceitar o outro como, um outro legítimo. O autor sugere que nestas zonas experimentamos novas intensidades para as quais fomos conduzidos primeiramente pelos afetos de confiança, que posteriormente desliza para um afeto de acolhimento, assim se a diferença é o que há de irredutível no outro, o afeto diz respeito à aceitação de um legítimo outro, ou seu acolhimento. Por fim um campo de confiança se constitui entre os sujeitos, à medida que estes podem se mostrar com toda a diferença marcada em seus corpos e almas sem medo de serem rotulados.

No sentido de ampliar a discussão acima, apresentamos um recorte do cotidiano hospitalar a partir do qual uma Promotora Legal Popular narra sua experiência. Esta produção discursiva faz parte de entrevista com uma Promotora Legal Popular (PLP) em 2013, no Hospital Geral de São Mateus, como parte do trabalho de campo para pesquisa de mestrado intitulada: **Mulher negra e saúde pública: O discurso feminino nos movimentos negros**. Esta pesquisa teve como objetivo entender as questões implicadas no acesso das mulheres negras à saúde pública, a partir da perspectiva das militantes dos movimentos negros de São Paulo.

A entrevista foi concedida em um trabalho de campo, no qual buscamos entender as diversas formas de atuação dos movimentos negros envolvidos com o tema da saúde pública, com ênfase no acesso da mulher negra e pobre a estes serviços. A gravação da conversa foi autorizada pela PLP por meio do termo de consentimento livre e esclarecido. Ao conversarmos

sobre sua percepção em relação a como a violência e o preconceito racial são trabalhados no âmbito do hospital a PLP produziu o seguinte discurso:

A violência pra mim já começa pelo olhar, do momento que uma pessoa entra em um órgão público e aquela outra que está do outro lado nem se quer olha pra ela, não dá um bom dia, nem pra saber... pra mim já é uma violência. Eu acho que já é uma violência porque é o mínimo que agente quer pra gente. Então o que agente quer pra gente a agente precisa passar pro outro (PLP, 2013)

Perguntado se referia-se apenas ao hospital em questão e ela respondeu:

Olha, acho que acontece em todos os lugares porque já aconteceu comigo várias vezes, porque eu sou funcionária pública estadual, eu chego num posto de saúde, até hoje eu chego nos postos de saúde tanto em Suzano como aqui em São Paulo, você chega lá e as colegas continuam, elas não sabem quem eu sou, não sabem como é que eu ajo, se eu trabalho com público como é que eu faço com o meu público e aí elas continuam batendo papo, as vezes até com fone no ouvido, aí eu fico parada só prestando atenção nas pessoas... (PLP, 2013)

Conforme relato da PLP a atitude de alguns atendentes nas recepções de serviço público de saúde aponta para invisibilidade do usuário, tal fato nos leva refletir que dentre vários fatores que dificultam o processo de humanização dos serviços os de ordem subjetiva e relacional parecem ser os mais preponderantes. Embora não tenhamos elementos suficientes para analisar o descaso dos atendentes, podemos dizer que tal invisibilidade refere-se antes de qualquer coisa a um desrespeito aos direitos do usuário, identificado pela PLP como uma forma de violência.

Estes aspectos do relacionamento entre profissionais e usuários no âmbito da assistência hospitalar foram analisados por Deslandes (2004) nos documentos oficiais do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, segundo os quais os usuários avaliaram o atendimento dispensado por profissionais do serviço de saúde como precário, desrespeitoso e até mesmo violento, sendo este aspecto mais valorizado que a falta de médicos e medicamentos. Neste sentido a autora apresenta a humanização em contraposição à violência na sua dimensão de antítese do diálogo e sendo assim da negação da humanidade do outro.

Conforme observado e relatado pela entrevistada alguns atendentes apresentam dificuldades em estabelecer um contato com o usuário cuja presença é ignorada juntamente com suas necessidades de atenção em saúde.

Assim, podemos identificar a violência manifestada nos serviços de saúde pensando a sua interface com a alteridade presente na relação profissional-usuário, que vai desde o não reconhecimento das necessidades do outro usuário, até os “maus tratos” que aponta para o rompimento dos contratos básicos de sociabilidade. De forma mais abrangente a violência pode estar associada à imposição de certos valores morais e comportamentos, pode estar presente na própria estrutura da instituição. Neste sentido, não podemos deixar de lado o contexto institucional que produz uma determinada forma de atuação profissional nos moldes da sua própria cultura, assim o processo de humanização é mais eficaz quanto maior for a possibilidade da instituição em reconhecer e valorizar os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais das partes envolvidas na produção de cuidado e em promover boas condições de trabalho.

Assim a humanização da assistência pode ser refletida conforme nos sugere Teixeira (2005) enquanto um processo de aprimoramento das práticas em saúde essencial para garantir a qualidade do acesso, ou até mesmo a adesão dos usuários ao tratamento no âmbito do atendimento clínico ou hospitalar. No entanto tal questão envolve o desenvolvimento de uma nova ordem relacional baseada no reconhecimento da alteridade, na qual os direitos e a subjetividade dos pacientes são reconhecidos, assim como as expectativas dos profissionais e pacientes enquanto sujeitos envolvidos no processo terapêutico, que se refira não apenas a mudanças estruturais, ou à implementação de novos conceitos e práticas, mas à reflexão dos múltiplos sentidos da humanização na produção de cuidados primários de saúde visando encontrar os meios para promover tais mudanças.

ACOLHIMENTO, RESPONSABILIDADES E IDENTIDADES

O acolhimento do Outro, a possibilidade de olhar nos olhos confere humanidade aos envolvidos no processo de cuidado. Este acolhimento só é possível quando há a capacidade de uma escuta diferenciada, ou seja, não condicionada a busca de procedimentos adequados. Neste sentido Ayres (2004) afirma que Privilegiar a dimensão dialógica do encontro a partir de um interesse autêntico em ouvir o outro está relacionado à possibilidade de “ouvir-se a si mesmo e fazer-se ouvir, quebrando a conformidade com o papel exclusivo de porta-voz da discursividade tecnocientífica”, fazendo surgir o médico, seu paciente e vice-versa.

Este autor afirma que há uma dimensão dialógica estabelecida no encontro entre o médico e seu paciente, ou de forma mais abrangente, entre os profissionais de saúde e os usuários, que se relaciona com a alteridade, a qualidade da interação com o outro que surge nesta relação. Não apenas a capacidade de escuta e diálogo ganha relevância nas propostas de humanização da saúde, mas o acolhimento enquanto recurso fundamental que possibilite o surgimento do outro do cuidador de forma positiva no espaço assistencial tornando suas demandas no norte das intervenções propostas. Desta forma o horizonte normativo que orienta a relação terapêutica modula o tipo de escuta em jogo, assim esta escuta pode estar orientada por uma perspectiva que conceba os aspectos existenciais dos sujeitos como secundários ou relevantes.

A humanização da assistência ou do processo terapêutico diz respeito a responsabilidades e compromissos assumidos e implica em produção de identidades. Neste sentido Ayres (2004) afirma que tomar para si determinadas responsabilidades na relação com o outro implica em ocupar um lugar diante deste outro num processo de contínua reconstrução reflexiva.

Desta forma, o processo de expansão das relações terapêuticas para além do âmbito da tecnicidade requer uma reflexão sobre as identidades em jogo, uma vez que estas são constantemente reconstruídas nos encontros possibilitando o surgimento de novas alteridades. O cuidado em saúde também se aplica aos coletivos humanos, considerando a dimensão social dos processos de adoecimento e a busca de respostas para estes processos.

Neste sentido, importa refletir sobre algumas considerações feitas por Ayres (2004) sobre a relação terapêutica, ampliando esta concepção para o espaço de assistência como um todo, no qual propõe que esta relação não começaria no primeiro encontro uma vez que tanto o funcionário quanto o usuário são anteriormente carregados de significados.

Assim, a dinâmica de alteridade em jogo relaciona-se diretamente com o modo como o usuário se identificará como paciente, em contrapartida como o profissional de saúde se identificará no seu papel de cuidador ou técnico, bem como o outro de cada um é identificado a partir de sua representação social, dos estereótipos e preconceitos e por fim afirmar conforme sugerido por este autor que a relação não é estabelecida naquele primeiro momento, mas retomada.

Para concluir, tendo em vista os aspectos técnicos e subjetivos como a relação de alteridade presentes na produção de cuidados enquanto aspectos importantes no processo de humanização, acreditamos que alguns segmentos socialmente marginalizados sejam mais expostos aos maus tratos, a invisibilização de suas demandas em saúde que outros por terem sido

inserido em um contexto onde os valores de humanidade não lhes são atribuídos.

Neste sentido, a humanização da assistência deve ser pensada em relação ao processo histórico de desumanização de determinados grupos, bem como em relação ao contexto socioeconômico e político. Em uma sociedade como a nossa pautada em valores produzidos pelo capitalismo, vale questionar quais princípios estariam norteando a atribuição de humanidade, ou seja, quais sujeitos são considerados dignos de respeito, cuidados e assistência de qualidade? Em uma sociedade onde o poder aquisitivo determina quem tem voz, direito e visibilidade, quais as reais possibilidades de escuta e acolhimento das mulheres pobres e negras, usuárias do sistema público de saúde?

A mulher negra e pobre busca atendimento que dê conta das suas demandas em saúde, todavia a precária condição de vida à qual foi histórica e sistematicamente submetida, a exploração e desvalorização de sua imagem associadas ao preconceito coloca em questão sua própria humanidade e limita suas reais possibilidades de receber cuidados adequados. Sua necessidade de atenção e cuidados em saúde quando percebidas mobiliza discursos ambíguos que variam entre a vitimização e culpabilização pelo descuido com a própria saúde. No espaço assistencial geralmente deparam-se com profissionais despreparados para reconhecer a humanidade daqueles que chegam “diferentes”, assim a proximidade, o olhar, a escuta e o cuidado, anteriormente mencionados enquanto elementos importantes no processo de humanização, não acontecem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J.C.M. O cuidado, os modos de ser do humano e as práticas de saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, v.13,n.3, p. 16-29, 2004.

BANDEIRA, L. Avançar na transversalidade da perspectiva de Gênero nas Políticas Públicas. In: Fortalecimento da Secretaria de Políticas para as mulheres. Universidade Federal de Brasília, 2005.

BRASIL, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE . Planejamento Estratégico do Hospital Geral de São Mateus – 2009-2014. Coordenadoria de Serviços de Saúde.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência&Saúde Coletiva*, 9(1):7-14, 2004.

FERREIRA, J. e HAMLIN, C. Mulheres, negros e outros monstros: um ensaio sobre corpos civilizados. In: Estudos feministas, v.18, n.13,p.811-836, 2010.

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: Contribuições para compreender as reestruturações produtivas no setor saúde. Interface- comunicação, saúde e educação, n.6, p.109-116, 2000.

OLIVEIRA, S. G. Humanização da assistência: um estudo de caso. RAS, v.9, n.35, 2007.

TEIXEIRA, R.R. Humanização e Atenção primária à Saúde. Ciência &Saúde Coletiva. 10(3), p. 585-597, 2005.