

Racismo institucional: o serviço público de saúde na perspectiva de mulheres da periferia de Brasília

Anita Cunha Monteiro

Resumo:

Estudo de caso que analisa as relações entre pacientes e profissionais de saúde da especialidade de ginecologia e obstetrícia em unidades de saúde do SUS -DF. Por meio de entrevistas semi-estruturadas, onze mulheres distribuídas em quatro cidades satélites revelam mais que um problema estrutural de falta de recursos humanos e materiais no atendimento médico público. O estudo identifica as relações profissional de saúde / usuárias travadas no ato do atendimento. Tomando por base a bibliografia correlata e os dados empíricos coletados no trabalho de campo, busca-se compreender o micro-cosmos das relações entre profissionais e usuárias do SUS. O panorama esboçado segundo a perspectiva das mulheres mostra que, além dos entraves estruturais da saúde pública de escassez de recursos humanos e materiais, há problemas de humanização na atenção.

Palavras chaves: SUS, racismo institucional, discriminação e humanização.

Introdução

Compreender as manifestações das diferentes maneiras de atendimento prestadas pelo serviço público de saúde às mulheres usuárias de serviços de ginecologia e obstetrícia, é o objeto desse trabalho. A articulação entre questão racial e as teorias sociais se dá na participação das autoras no Programa Brasil Afroatitude da Universidade de Brasília. Trata-se de uma política afirmativa com objetivo de apoiar os estudantes cotistas de dez universidades brasileiras e desenvolver estudos na área de saúde da população negra, sendo uma de suas frentes o Programa Nacional de Combate a Aids. Os órgãos governamentais responsáveis pelo projeto foram: Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde (PN DST/AIDS-MS), Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação (SESU-MEC), Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) e Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) (Ministério da Saúde, 2006).

Pesquisa de caráter etnográfico, realizada com onze moradoras de quatro cidades satélites do DF esboça um panorama do Sistema Único de Saúde visto pelo ângulo das mulheres que se deparam frequentemente com a problemática realidade do serviço público de saúde. Para compreender o contexto em que ocorrem essas relações no atendimento prestado a uma população, a princípio, homogênea em termos de raça, gênero e classe, é necessário passar por algumas abordagens que envolvem a temática. Assim sendo, a primeira sessão do artigo aborda sucintamente um panorama sócio-econômico da população afrodescendente, articulado com teorias sociais e do campo da saúde coletiva. Analisa-se como as relações de gênero podem influenciar no entendimento das relações interpessoais que se desenvolvem no campo da saúde coletiva, particularmente no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos assim como as formas em que se manifesta o racismo institucional. A segunda parte descreve a metodologia utilizada e, por último, se apresentam resultados e discussão.

Desigualdade e discriminação racial no Brasil

Estudos apontam que a desigualdade social no Brasil remete a uma distribuição desigual das riquezas do país e atinge brancos e negros. Porém, os indicadores sociais revelam uma relação diretamente proporcional entre negritude e pobreza na sociedade brasileira. Dados produzidos pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) e os resultados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) vêm mostrando a desigualdade dos indicadores sócio-econômicos entre brancos e negros, como ilustram os seguintes dados: dos 25 milhões de brasileiros que vivem abaixo da linha de pobreza, condição definida para aqueles que não consomem o nível mínimo de calorias recomendado pela Organização das Nações Unidas, 70% são negros. Para cada 100 crianças brancas em situação de pobreza existem 170 crianças na mesma situação (Henriques, 2001 apud Carvalho, 2005). A literatura aponta diversas reflexões para esse fenômeno sendo uma delas de caráter histórico considerando a exclusão decorrente da escravidão e as limitações de inserção social após a abolição que gerou mecanismos de desigualdade entre a população negra e não negra no Brasil. Por outro lado, do ponto de vista sociológico, se observam argumentos de cunho econômico e social favorecendo a reprodução da pobreza na população negra. Soma-se a isso o preconceito cultural sobre a condição das pessoas negras e as dificuldades para sua ascensão social.

O preconceito racial se manifesta na forma de discriminação racial quando um indivíduo negro tem sua trajetória de vida prejudicada por qualquer atitude motivada num pensamento de inferiorização da sua condição. Portanto, considera-se discriminação racial qualquer atitude embasada em um estereótipo preconceituoso, seja ele, étnico, racial, nacional ou religioso que inferiorize, coloque em desvantagem ou tire a oportunidade de alguém. Ela pode ser direta ou indireta. A primeira se configura constitucionalmente crime de racismo e se materializa nos boletins de ocorrência e nos processos judiciais quando é denunciada. Já a segunda, que é o alvo do presente estudo, não está prevista explicitamente na carta constitucional, mas já é objeto de debate de algumas jurisprudências. A discriminação indireta se refere ao conjunto de práticas comportamentais inconscientes e desprovidas de intencionalidade estruturadas na sociedade que prejudique os direitos de uma coletividade (Guimarães, 2005).

Nessa perspectiva, pretende-se verificar se existe uma estrutura discriminatória no SUS que prejudique de uma maneira geral as mulheres negras atendidas na especialidade de ginecologia / obstetrícia. A pergunta da pesquisa é, portanto, se existe o prejuízo do direito à saúde às mulheres negras usuárias do SUS, e se o possível prejuízo seria resultante do racismo institucional.

Teoria social, saúde pública e questão racial

O interesse em estudar as desigualdades que se revelam na diferença de atendimento médico prestado à população foi motivado pela leitura de algumas teorias sociais. A partir dos conceitos de vida política e vida nua (Agambem, 2002), de micro-poder (Foucault, 1979), de controle social (Foucault, 1997), de violência doce (Bourdieu, 1989) e da noção de holocausto (Bauman, 1998) foi desenvolvido o projeto de pesquisa articulado com a questão racial.

Agambem (2002) utiliza o conceito de “vidas políticas e vidas nuas”. Considera que nos processos sociais várias vidas, automaticamente, estão socialmente fora da sociedade, seriam as vidas nuas porque não existem mecanismos previstos para mantê-las. Para ele na sociedade capitalista moderna, criam-se vidas consideradas “políticas e outras apolíticas”. As vidas políticas produzem dispositivos constitucionais e simbólicos que as permitem sua reprodução social, as apolíticas se inserem numa dinâmica sem perspectivas. Para este autor as vidas nuas não são eliminadas declaradamente, são “sacrificadas” cotidianamente tornando insustentável sua sobrevivência. Dessa forma, o Estado, em suas micro esferas, deixa morrer ou faz viver.

Foucault (1997) também analisa o tratamento diferenciado dos indivíduos ao abordar a distribuição de pessoas nos espaços compartimentalizados e bem vigiados como, por exemplo, as prisões e os hospícios. Segundo a teoria foucaultiana, esses locais são administrados pelo Estado a fim de mantê-los dóceis e as principais ferramentas utilizadas para se atingir esse objetivo é a disciplina e a arte da distribuição do tempo e dos indivíduos em espaços separados. O espaço social tomado como exemplo nesse trabalho é o SUS. A realidade apontada pelas entrevistadas revela descaso das autoridades e de alguns profissionais da área. Com muita frequência os profissionais de saúde não percebem a seus pacientes como cidadãos, plenos sujeitos de direito, portadores de integridade física e mental, sendo vistos como casos clínicos ou casos patológicos. Salvo algumas exceções, os profissionais de saúde estão menos cuidando da saúde da população, do que reproduzindo um sistema de segregação. Essa segregação estrutural não se revela apenas nas unidades públicas de saúde, mas também em outras instituições como prisões, hospícios e nas periferias. Todos esses espaços sociais são fortemente marcados pelo contingente populacional pobre cuja maioria é negra.

Na perspectiva de Bourdieu (1989) esses processos podem ser considerados como “violência doce” ou “simbólica. Estes conceitos são úteis para pensar formas em que se expressam estes processos no âmbito das relações travadas entre profissionais de saúde e paciente. Portanto, a preocupação fundamental do estudo é entender melhor as formas em que se expressa o tratamento diferenciado entre profissionais de saúde e pacientes. Nesse contexto, articulam-se os conceitos de “campo” e “hábito”, trazidos por Bourdieu, pois o objeto da pesquisa analisa relações entre profissionais de saúde e usuárias num campo social específico. Esse campo social vai além do local de atendimento médico, englobando aos profissionais de saúde e os agentes de saúde que atuam na residência das pacientes. Já o conceito de hábito se refere ao comportamento e isso envolve práticas e concepções da classe médica. Nesse contexto, será analisado especificamente qual as possíveis repercussões negativas do imaginário dessa classe na percepção das pacientes.

A teoria de Bauman (1998) também traz elementos essenciais para o melhor entendimento da micro-cultura do SUS. A análise do holocausto judeu desenvolvida pelo autor é um recurso para pensar a sociedade ocidental moderna. Argumenta que o genocídio judeu não deve ser visto como uma contradição no processo civilizador dessa sociedade, ao passo que o desenvolvimento da sociedade capitalista e o ideal da economia de mercado, exerceram papel fundamental para o acontecimento desse evento. Longe de uma visão mecanicista, seu argumento aponta para um contexto onde o fenômeno do genocídio não se considerasse irracional na lógica social imperante. Essa visão crítica pode ser articulada com a forma em que a pobreza foi pensada no Brasil, onde não são considerados os mecanismos de sua produção e reprodução ~~da pobreza~~. Exemplo disso se observa nas políticas de incentivo a migração européia com fins de branqueamento da população e de esterilização em massa das mulheres nas regiões mais pobres (Carvalho, 2005).

Desigualdade de gênero na saúde

Considerando mulheres usuárias do SUS a sua abordagem requer uma interface com as relações de gênero e com os direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Nessa temática, há vários dispositivos jurídicos nacionais e internacionais que garantem às mulheres saúde sexual e reprodutiva.

“A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir quando e quantas vezes deve fazê-lo” (Plano de Cairo apud Ventura, 2004).

Em que pese a garantia em lei dos direitos sexuais e reprodutivos, a saúde coletiva das mulheres negras brasileiras apresenta inúmeras fragilidades que se traduzem em condições precárias desses segmentos. Estudos verificam, por exemplo, taxas mais altas de mortalidade entre as mulheres negras e também entre crianças. A trajetória de vida de uma mulher negra é constantemente confrontada com as dificuldades impostas pela condição de raça/cor e gênero (Batista, L. E. et al, 2004). A condição de gênero e a estigmatização pela cor é agravada pela condição sócio-econômica em que se encontra a maioria dessas mulheres. Como 63% da população pobre é de negros e 61,2 % da população negra é constituída de pobres ou indigentes observa-se como a carga simbólica negativa atribuída à mulher negra se potencializa pela grande possibilidade de ela ser também pobre (Henriques, 2001 apud Carvalho, 2005). Outro estudo importante para compreensão do tema da discriminação na área da saúde é a pesquisa desenvolvida por Lopes (2003) que demonstra empiricamente a vulnerabilidade das mulheres negras no estado de São Paulo em relação ao tratamento do HIV/AIDS. Tendo como um dos indicativos o menor tempo médio de atendimento dessas mulheres em relação às brancas, sua tese de doutorado traz elementos importantes para a discussão da desigualdade racial no atendimento médico público. Outra publicação relevante é o estudo elaborado por (Segato e Ordinez, 2006) que revela o déficit em saúde da mulher negra.

O racismo institucional na saúde pública

“O Racismo institucional é o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas devido a sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem de acesso aos benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações” (DFID e CRI, 2007, pg. 2).

O racismo institucional que o presente estudo aborda refere-se ao tipo de discriminação estrutural da qual está sujeita a população negra. Portanto, só pode ser investigada em espaços coletivos e ao mesmo tempo considerados espaços de educação para criar mecanismos que ~~de~~ combatam essas formas de violência simbólica.

Metodologia

Trata-se do desdobramento de uma pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública da UnB (NESP) na qual foi verificado a influência do nível de informação a respeito de DST, HIV e AIDS na população brasileira, inclusive em quilombolas. O caráter majoritariamente quantitativo dessa pesquisa abriu a possibilidade de exploração de outros fatores subjetivos como, por exemplo, o racismo institucionalizado nos ambientes de atendimento. É oportuno lembrar que essa perspectiva do atendimento público não desconsidera os sérios problemas de infra-estrutura e investimentos governamentais insuficientes. Sendo o SUS digno de vários elogios pela ampla abrangência de atendimento, os problemas estruturais em que opera o sistema são bem conhecidos pela população usuária. As práticas de saúde dos profissionais se associam às condições precárias de trabalho às quais estão submetidos. O estudo busca identificar as formas de atenção às usuárias a partir de categorias tais como classe, gênero e cor. O estudo foi norteado por três diferentes raciocínios em que essas categorias influenciam as relações entre profissionais do SUS e as usuárias:

- cor/raça das pacientes: como expressão de racismo institucional no SUS;
- classe social da paciente: a condição de pobreza como elemento de diferenciação na atenção;
- sexo do profissional: a área de ginecologia e obstetrícia apontaria para uma possível diferença de atendimento entre médicas e médicos.

As entrevistas foram realizadas nas cidades satélites de Sobradinho (1) , Granja do Torto (4), Paranoá (1) e Samambaia (4) no período de 17 de abril a 09 de agosto. Foram entrevistadas onze mulheres, sendo dez pacientes e uma enfermeira aposentada. As entrevistas, orientadas por perguntas abertas, abordaram os seguintes aspectos: situação sócio-econômica, pertença étnica, hábitos de lazer, cuidados com a saúde e percepções sobre o atendimento médico no serviço público de saúde. A escolha das regiões levou em consideração a presença do Programa Saúde da Família (PSF) na respectiva Região Administrativa. A presença do PSF foi fundamental para localizar as mulheres de forma mais segura, pois existe um forte vínculo entre as famílias mais desfavorecidas e o agente do PSF. Os relatos de campo, produzidos ao final de cada visita, tiveram o objetivo de registrar o máximo de informações e idéias que surgissem ao longo da entrevista. A especialidade médica escolhida foi motivada pelo recorte de gênero do que se predispõe o projeto.

Resultados

A narrativa das entrevistas com as mulheres usuárias foram sistematizados em sete categorias que correspondem às concepções mais relevantes e recorrentes dos seus discursos:

- 1-Negligência médica às dores/falta de humanização na atenção;
- 2-Problemas de infra-estrutura do SUS (poucos médicos, demora para ser atendida, desistência do atendimento e dificuldade de marcar consultas);
- 3-Erro médico;
- 4-Agressão verbal;
- 5-Socorro prestado por outro paciente na falta de um profissional da saúde;
- 6-A motivação dos agentes que não atendem bem as pacientes;
- 7-Denúncia ao órgão competente.

Quanto à análise da entrevista da profissional de saúde, a categorização incluiu três aspectos:

- 1-A existência ou não de preconceito racial por parte de qualquer agente de saúde no ambiente de trabalho;
- 2-A existência ou não de cenas discriminatórias no ambiente de trabalho;
- 3- A motivação das práticas discriminatórias, se existirem.

Negligência médica às dores/falta de humanização na atenção: cinco mulheres declararam já terem passado por esse tipo de experiência. Foi possível observar que elas sempre correlacionam essa categoria com o período da gravidez, porque é o momento que elas se sentem mais frágeis e sensíveis. M.F., parda, 37 anos, moradora da Granja do Torto, conta que durante sua gravidez, sentia muitas dores e sempre pedia para o médico verificar a causa dessas dores com mais exames, mas ele sempre dizia que estava tudo normal. Ela teve um parto complicado, pois o bebê demorou a nascer porque estava com o cordão umbilical enrolado no pescoço e os médicos só

perceberam na hora do parto. Quando a criança nasceu após muita dificuldade, estava sufocada e com a clavícula deslocada. Segundo o médico, havia perigo da criança sofrer paralisia psicomotora.

Outro caso ocorreu com outra moradora da Granja do Torto, autodeclarada preta, 35 anos, no momento em que o médico estava fazendo a limpeza pós-parto “de maneira estúpida”. Ela pediu para que ele tivesse mais cuidado, mas ele respondeu que “aquele procedimento doía mesmo e não poderia fazer nada para melhorar a situação dela”².

Mais dois casos ocorreram com moradoras da Granja do Torto no Hospital Regional da Asa Norte. Elas contam que já permaneceram mais de sete horas passando mal na sala de espera desse hospital. Uma delas conta que estava com infecção intestinal e sentia dores muito fortes e após oito horas de espera, dirigiu-se a um hospital particular porque não estava resistindo.

No relato de M.A., empregada doméstica, preta, 35 anos, moradora do Paranoá, também foi identificado um caso de negligência médica. Quando seu filho sofreu um acidente no moedor de cana, teve alguns ossos da mão quebrados, mas não sofreu lesão na pele. Ela o levou para o Centro de Saúde do Paranoá que fica próximo a sua casa e o médico que os atendeu simplesmente disse que não perderia seu tempo engessando a mão do filho. O médico enfaixou a mão da criança com uma gaze e disse para eles voltarem para casa e esperar.

Problemas de infra-estrutura do SUS: esse tipo de reclamação é relevante porque aponta falhas do Estado na forma de prestação de serviços de saúde aos brasileiros. Apesar das categorias de cor/raça, sexo ou classe social, grande maioria de usuários do SUS se sujeita ao padecimento das filas das unidades de saúde sem receber o devido atendimento garantido por lei. Praticamente todas as mulheres julgaram ruim o atendimento médico público devido à grande dificuldade de ser atendida, causada principalmente pelas longas filas. Outro problema recorrente, tanto nos postos quanto nos hospitais é a pouca chance de se conseguir marcar consultas. A falta de médicos e remédios também foi considerada um problema estrutural nesse estudo, pois não está relacionado diretamente à discriminação pesquisada. Foi observado um total de nove queixas desse tipo que, na maioria das vezes, eram seguidas de elogios ao atendimento médico. Isso mostra uma insatisfação da paciente apenas no momento que antecede a consulta.

Erro médico: essa categoria se remete às mulheres que já foram ou tiveram alguém da família vítima de erro médico. Três das entrevistadas declararam já ter passado por esse tipo de experiência. Um desses casos foi revelado na Granja do Torto. L.M., 35 anos, preta e dona de casa conta que estava fazendo um tratamento para tirar umas verrugas da mão. O médico lhe receitou uma concentração superior à indicada de gás nitrogênio o que provocou umas manchas parecidas com vitiligo as quais provocam constantes constrangimentos nela.

Na mesma localidade, mais uma mulher preta com aproximadamente 37 anos relata que um médico receitou remédios errados para sua mãe quando ela foi ao Hospital de Planaltina com pressão alta. Depois de algumas semanas sem sentir nenhuma melhora, voltou ao Hospital e foi consultada por outro médico que lhe receitou a medicação correta.

O terceiro caso ocorreu com a mesma criança que teve a mão quase triturada pelo moedor de cana. Quando sua mãe notou no dia seguinte que o braço do filho ficava todo roxo, ela retornou ao Centro de Saúde do Paranoá acompanhada de seu marido. Ao chegar lá, outra médica examinou a criança e achou um absurdo o braço dela estar enfaixado. Outros médicos também analisaram o caso e constataram que seria necessária uma operação a qual só poderia ser feita em um hospital, mas os funcionários informaram que não havia ambulância para fazer o transporte. O pai do menino ficou muito nervoso e ameaçou denunciar o caso na secretaria de saúde. Logo em seguida a ambulância apareceu e todos os três foram levados ao Hospital de Base onde o menino foi operado e tratado corretamente.

Agressão Verbal: foram registrados dois casos de agressões verbais relacionadas com a inferiorização das pessoas negras. Um deles aconteceu em Sobradinho, uma jovem negra, por volta dos 27 anos, conta que quando chegou à sala da ginecologista em um dos Centros de Saúde de Sobradinho a médica olhou-a de cima a baixo e disse: “que jaburo é esse?” M.C. ficou sem ação e entrou no consultório médico mesmo assim. Quando ela se deitou na cadeira ginecológica para fazer o exame, a médica perguntou grosseiramente se M.C. nunca tinha feito um exame ginecológico e mandou ela abrir as pernas muito impacientemente. M.C. desceu da cadeira e começou a discutir com a médica, a consulta não foi concluída e ela buscou ajuda na farmácia. O fato de abandonar ou não retornar ao serviço médico e buscar ajuda na farmácia é um dos grandes obstáculos no combate às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e é amplamente abordado em campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde. Portanto, esse caso relatado pode apontar para um dos possíveis motivos pelos quais muitas pessoas desistem do atendimento médico e buscam ajuda na farmácia. O segundo caso de agressão verbal ocorreu em Samambaia quando D. S. presenciou sua amiga ser chamada de “essa nega” por uma médica. Ela encorajou a amiga a denunciar o caso e se ofereceu para prestar seu testemunho. Após discutir com a médica, ameaçando-a de ir à justiça, a amiga de D.S. desistiu de registrar a denúncia.

Socorro prestado por outro paciente na falta de um profissional de saúde: esse caso também é um tipo de negligência médica, mas é mais ampla. Nessa categorização, foram agrupados os casos em que os médicos não estavam por perto de alguém que precisava de socorro dentro da unidade de saúde, mas não necessariamente por culpa deles. Como a demanda na rede pública é geralmente maior que a oferta, às vezes não tem médico para atender alguém porque os poucos que foram contratados ficam sobrecarregados.

Contudo, os dois casos relatados esboçam um panorama um pouco diverso da falta de recursos humanos nas unidades de saúde. Um deles ocorreu na entrevista realizada no Paranoá quando M.A., preta, 35 anos foi ao centro de saúde próximo a sua casa com a perna inchada, impossibilidade de andar (trombose causada pelo anticoncepcional). O médico que a atendeu aconselhou-a ir ao Hospital de Base, pois naquele posto não havia a especialidade que ela precisava. Porém, ele disse que não havia ambulância porque o caso não era considerado grave. Ela questionou, dizendo que não podia andar e a perna doía muito, e, segundo os funcionários, ela poderia pegar uma carona com outros funcionários que estavam indo ao Hospital de Base naquele momento. Quando chegou no hospital, nenhum dos funcionários do posto de saúde que estavam na ambulância ajudou-a a descer. Também não havia nenhum funcionário no Hospital de Base disponível para ajudá-la a chegar no atendimento. Nessa situação, foi necessária a ajuda de uma outra senhora, que estava aguardando para ser atendida, para levar M.A. ao consultório, onde foi devidamente recebida pelos médicos. Fato semelhante aconteceu na Granja do Torto com A.M., parda, 38 anos. Porém, foi ela quem prestou socorro na falta dos médicos. Ela conta que aparou uma criança nascendo, porque não tinha nenhum médico na unidade de saúde para ajudar a parturiente naquele momento. Disse que os médicos passam, olham, dizem que não está na hora do parto e vão embora. Segundo ela, os médicos deveriam tratar as pacientes com mais individualidade, respeitar o que cada uma sente, pois cada mulher tem uma sensibilidade diferente. Na perspectiva dessa usuária, os médicos não se importam com as queixas das mulheres, banalizando o que elas dizem.

Motivação dos agentes que não atendem bem as pacientes: essa categoria foi utilizada para tentar entender melhor como as pacientes explicam as práticas médicas que as agredem de alguma forma. É uma das mais importantes porque é a única categoria explicativa, enquanto as outras são indicativas da existência ou não de algum tipo de violência. Pelo fato de haver várias atribuições de causalidade esse item foi subdividido em três subitens.

1- Raça/cor: três mulheres acreditam que um dos fatores que mais motivou a agressão que sofreram no atendimento médico foi sua cor. Todas que atribuíram ao racismo a causa de seus maus tratos eram pretas e viam esse fator como secundário.

2- Classe social: três das mulheres acreditam que a principal causa das experiências amargas que sofreram em um consultório médico é a sua condição social. Algumas chegaram a admitir que preferiam ser mais escuras e muito ricas. Nessa situação, elas acreditam que mesmo os médicos manifestando algumas atitudes racistas, eles iriam mascarar o preconceito ao lembrar da relação de clientelismo entre ele e a paciente. Percebe-se nesses depoimentos que a paciente nunca exclui a possibilidade do racismo ser uma das causas do mau atendimento, mas acredita que o preconceito de classe é o maior motivador dele.

3- Peso: uma das entrevistadas atribuiu ao seu excesso de peso a causa da hostilidade sofrida durante seu parto. Mesmo assim, ela não descarta a possibilidade de sua cor e sua situação econômico-social influenciar no tratamento que ela recebe até hoje quando vai ao médico. As demais entrevistadas não souberam identificar o que motivou o comportamento intolerante ou agressivo do profissional.

Denúncia no órgão competente: essa categoria de análise abrange as entrevistadas que denunciaram, ameaçaram denunciar ou presenciaram alguém agir dessa forma. Houve três ameaças de denúncia e uma única denúncia em todos os casos analisados. Duas ameaças foram relatadas por M.A., quando ela precisou da ambulância duas vezes no Centro de Saúde do Paranoá. A primeira vez, quando estava impossibilitada de andar porque estava com trombose. Na segunda vez, seu marido ameaçou denunciar a falta de ambulância para levar seu filho, que estava precisando fazer uma cirurgia de emergência no Hospital de Base. A terceira aconteceu em Samambaia quando a amiga de D.S. ameaçou denunciar a médica por injúria racial.

A análise do discurso da enfermeira aposentada revela a constatação empírica das duas primeiras categorias propostas. A enfermeira admite que existe preconceito racial e de classe onde ela trabalhou. Diz que há médicos que tratam bem todos os pacientes, mas há aqueles que destratam os pobres e os negros. Confessa já ter presenciado práticas discriminatórias por parte de alguns médicos como, por exemplo, deixar o paciente esperando enquanto está conversando com outros colegas de trabalho, ou até mesmo, atender mal a pessoa. Segundo ela, o fato dos pacientes serem pobres é agravado por serem desinformados e negros, confirmando mais uma vez a potencialização de um preconceito por outro. Na perspectiva de D.E., verificam-se distorções importantes no Estado na prestação dos serviços de saúde e na forma em que os profissionais compreendem os direitos dos cidadãos.

Considerações Finais:

Comparando narrativas observa-se uma nítida diferenciação quanto à natureza das queixas entre mulheres brancas e negras. Verifica-se uma forte tendência das mulheres brancas a reclamar das condições precárias de funcionamento do SUS antes do atendimento. As falas são geralmente voltadas para segunda categoria de análise referente à morosidade no atendimento, à falta de médicos, de medicamentos, ou seja, à infra-estrutura. Elas reclamam também da falta de individualidade no atendimento que muitas vezes não é possível devido a grande demanda por esse serviço. Todas as mulheres brancas entrevistadas teceram reclamações que finalizam no momento que entram ao consultório médico. Muitas delas relataram bom atendimento, ao passo que outras confessaram não lembrar de experiências de mal-atendimento.

Já nos depoimentos das mulheres pretas e pardas são encontradas, além das queixas referentes à falta de infra-estrutura do SUS, relatos de falta de respeito e até de profissionalismo. A associação dos fragmentos dos discursos às categorias das pacientes tem o objetivo de evidenciar os indícios da existência das formas de estigma e discriminação que acontecem nos serviços de saúde.

Das oito negras entrevistadas, somente duas mulheres pretas, uma em Samambaia e outra na Granja do Torto, declararam que nunca sofreram nenhuma agressão ou maltrato no serviço público de saúde. Além disso, todas as outras atribuem um conceito ruim ao atendimento do SUS.

Categorias	Frequência por cor da paciente		
	Branca	Parda	Preta
Negligência às dores	1	2	2
Deficiência de infra-estrutura	11	11	11
Erro médico	0	0	3
Agressão verbal	0	0	3
Ausência de profissionais para atendimento	0	1	1
Registro de denúncia	0	0	1

A análise dos dados permite mais apontamentos que conclusões generalizáveis para um tema complexo como o racismo institucional. Entretanto, as narrativas das mulheres são evidências das formas em que este se manifesta nas instituições de saúde. Essa constatação pode ser feita a partir dos relatos das experiências vividas pelas pacientes. O resultado mais interessante não está na confirmação da existência de discriminações no SUS, mas nos significados que as mulheres lhe atribuem. O preconceito de classe e o racismo têm o mesmo número de referências respectivamente quando se associam às motivações do mal-atendimento. Isso é indicativo da presença de barreiras bastante tênues entre o preconceito racial e de classe. Porém, não se pode dizer o mesmo da com relação ao gênero, pois nenhuma entrevistada percebeu diferença de atendimento entre médicos e médicas. A abordagem das relações de gênero na perspectiva dos profissionais de saúde na pesquisa não foi suficientemente explorada para se afirmar a inexistência dessa diferenciação. Contudo, o fato da pesquisa não ter conseguido captar essa dimensão, não deve ser visto como irrelevante na compreensão das diferentes práticas médicas. Chama a atenção a falta de incorporação na os usuáriua os do seu papel ativo de cidadania. Falta de informação na os pacientes em geral foi apontado como obstáculo para um relacionamento amistoso entre usuários e profissionais. Embora apareceu em apenas uma usuária, a representação da obesidade parece um elemento importante. Ela informou que o excesso de peso constitui grande impedimento ao atendimento respeitoso e eficiente.

Por fim, é interessante registrar dois pontos importantes observados na pesquisa. Um deles é a insatisfação generalizada das pacientes com o atendimento médico público. Mesmo quem nunca sofreu um destrato, julga o serviço médico ruim. Isso revela condições precárias de trabalho, escassez de recursos materiais e humanos e falta de infra-estrutura que compromete seriamente o trabalho dos profissionais e o tratamento dos pacientes, provocando insatisfação de ambos os lados. Embora esse problema estrutural não tenha sido o enfoque da pesquisa, é importante colocá-lo como uma característica do campo estudado. Além disso, é relevante mencionar os elogios de parte significativa das entrevistadas às agentes do PSF para mostrar uma política que vêm dando certo.

O estudo das percepções das práticas discriminatórias nas práticas de saúde no SUS é importante para implementar políticas de humanização no atendimento. Identificar conflitos inter-relacionais permite criar mecanismos para resolvê-los da maneira menos traumática possível para sociedade. O combate a qualquer tipo de discriminação deve passar pela reeducação das instituições e de seus componentes. Destaca-se a importância de uma ação coletiva uma vez que cada agente tem limitações de autonomia para combater individualmente a discriminação no âmbito institucional e fortalecer as ações de educação em saúde tanto para profissionais de saúde quanto para o(a)s usuário(a)s.

Referências

AGANBEM, Giorgio. *Homo Sacer: O poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte, Ed. UFMG. 2002.

BATISTA, L.E., ESCUDER, M.M.L. E PEREIRA, J.C.R. Revista de Saúde Pública. 2004, vol. 38, n. 5: 630-6.

BAUMAN, ZYGMUNT. *Modernidade e Holocausto* - Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar.

BOURDIEU, PIERRE. O poder simbólico – Lisboa: DIFEL, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. *Brasil Afroatitude: Primeiro ano do Programa*. Série Anais, Seminários e Congressos nº 6. Brasília, DF. 2006.

CARVALHO, JOSE JORGE. *Inclusão étnica e racial no Brasil: a questão das cotas no ensino superior* -São Paulo: Attar Editorial, 2005.

DFID e CRI *Combate ao racismo institucional*. Brasília, 2007.

FOUCAULT, M. “Aula de 17 de março de 1976. Do poder de soberania ao poder sobre a vida...”, In: *Em defesa da sociedade*. Curso no Collège de France (1975-1976)

_____ *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1979.

_____ *Vigiar e Punir*. Petrópolis, Vozes, 1997.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. *Racismo e Anti-racismo no Brasil*. São Paulo: 34 Ltda, 2005.

HENRIQUES R. *Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90*. Brasília (DF): IPEA; 2001. (texto para discussão, n. 807)

LOPES, FERNANDA. *Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no Estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades*. São Paulo, USP, Tese de Doutorado, 2003.

SEGATO, R. e Ordinez, C. *Mulher Negra = Sujeito de direitos e as convenções para a eliminação da discriminação*- Brasília: AGENDE (Ações de Gênero Cidadania e desenvolvimento), 2006.

VENTURA, M. *Direitos Reprodutivos e Sexuais no Brasil*. Fundo de População das Nações Unidas, 2ª Ed, 2004.