

FACULDADE LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO

MARIA DO SOCORRO NORMANHA DE CARVALHO

A SAÚDE DA MULHER NEGRA NO ÂMBITO DA POLÍTICA
ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS MULHERES: Um
Estudo sobre a Integralidade da Saúde no Hospital da Mulher Maria Luzia
Costa dos Santos, em Salvador - Bahia

Salvador – Bahia
2023

MARIA DO SOCORRO NORMANHA DE CARVALHO

A SAÚDE DA MULHER NEGRA NO ÂMBITO DA
POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL
À SAÚDE DAS MULHERES: Um Estudo sobre a
Integralidade da Saúde no Hospital da Mulher Maria
LuziaCosta dos Santos, em Salvador - Bahia

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado,
Gobierno y Políticas Públicas da Faculdade Latino-
Americana de Ciências Sociais e Fundação Perseu
Abramo, como parte dos requisitos necessários à
obtenção do título de Magíster en Estado, Gobierno y
Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Livia Sant'Anna Vaz

Salvador – Bahia
2023

Ficha Catalográfica

CARVALHO, Maria do Socorro Normanha

A saúde da mulher negra no âmbito da política estadual de atenção integral à saúde das mulheres - Um Estudo sobre a Integralidade da Saúde no Hospital da Mulher Maria LuziaCosta dos Santos, em Salvador – Bahia/ Maria do Socorro Normanha de Carvalho. Salvador: FLACSO/FPA, 2023.

Quantidade de folhas:100p

Dissertação (Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas), Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, ano.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Livia Sant'Anna Vaz

Referências bibliográficas: f. 86-91.

1. Museus. 2. Patrimônio. 3. Coleções. 4. Objetos. 5. Espanha. I. Gonçalves, José Reginaldo Santos. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia. III. Título.

Bibliografia:

1. Serviço Social – Brasil – Teses 2. Políticas Públicas 3. Medidas Socioeducativas

MARIA DO SOCORRO NORMANHA DE CARVALHO

A Saúde da Mulher Negra no Âmbito da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde das Mulheres:
Um Estudo sobre a Integralidade da Saúde no Hospital da Mulher Maria Luzia Costa dos Santos, em Salvador - Bahia

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais e Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Livia Sant'Anna Vaz

Aprovada em: 29 de Junho de 2023.

Prof.^a Dr.^a Livia Maria Santana e Sant'Anna Vaz – Orientadora
Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa
FLACSO Brasil/FPA

Prof.^a Dr.^a Josemeire Alves Pereira - 2º membro da banca
Faculdade Latino -Americana de Ciências Sociais

Prof. Dr. Renan Vieira de Santa Rocha - 3º membro da banca
Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia - UFBA

AGRADECIMENTOS

Agradeço a uma rede de mulheres que se formou junto comigo para chegar até aqui.

A minha mãe Waldeth, bisneta de índia da tribo Karajá, hoje em outro plano. Mesmo defensora da alopatia, foi minha primeira professora a oferecer chás e compressas para dores, como o de losna, que tomava, além de divulgar a importância do uso da semente da umburana para diversos incômodos e dores. Sem deixar de registrar que guardava em sua bolsa um vidro contendo as sementes, divulgando sua importância e distribuindo entre suas irmãs e amigas.

A diversas amigas que muito me ensinaram sobre a alimentação e saúde integral. Destaco aqui a professora, socióloga, terapeuta ocupacional Margarete Luis de França, que, por muitas vezes, discuti comigo sobre o projeto de pesquisa, me ensinando e compartilhando sua experiência pessoal com pesquisa acadêmica e na sua própria formação e defesa da saúde integral. Sem contar que contribuiu com tratamento de saúde pelo qual precisei passar durante o período do curso: Covid, faringite, lombalgia, estafa e estresse.

À minha família: a minha tia Nenzinha que explicou sobre o chá de louro e me oferecia como um remédio para fortes cólicas menstruais. Ao meu tio Normanha – ou como chamamos carinhosamente, Zuzinha –, por ter me aproximado de um universo de outras práticas de saúde e alimentação de verdade, ainda criança e que sempre nos ensinou, já na minha infância: “peixe morre pela boca”. Aos meus irmãos, meus “cuidadores”, que distantes defendem e cuidam da minha saúde integral a partir de aprendizagens.

Ao meu partido, o Partido dos Trabalhadores, que me proporcionou participar desse Mestrado, em condições favoráveis de acesso e permanência.

Às minhas amigas educadoras e professoras, que sempre me incentivaram a estudar, estudaram comigo, ofereceram suporte bibliográfico, emocional, sempre cuidadosas com os trabalhos desenvolvidos nesse Curso, na leitura e discussão do projeto de pesquisa, nos questionamentos, sempre buscando o meu retorno às leituras e pesquisas e sempre na torcida: Rosana Mara, Regina Rocha, Salete Amorim, Natalícia Batista, Maria Isabel Soares, Méri Nietto e Lili, a tradutora Elysa Portela. Nivaldo Dultra, que sempre me incentivou na torcida, desde a inscrição da seleção do mestrado até este momento de conclusão.

Às (aos) professoras (es) do Curso à distância, que, por meio de uma plataforma virtual, deram muitas oportunidades de questionamentos, disponibilidade de bibliografia, retorno com devoluções dos trabalhos realizados, sempre incentivando a leituras e estudos.

À minha professora, educadora, promotora, Livia Sant’Anna Vaz, que aceitou ser minha orientadora nesse Mestrado, segurou na minha mão o tempo todo me convidando para dar continuidade ao processo de leitura e estudo, mesmo durante uma pandemia, à época já com certa flexibilização e meu envolvimento completo na campanha eleitoral em apoio à minha candidata. Com todas as minhas dúvidas, incertezas e inseguranças, ela diz: “Vamos”?

À equipe de trabalho que muito me ensinou e colaborou nesta pesquisa durante as discussões das atividades em um espaço de assessoria parlamentar. Em especial à nossa vereadora Marta Rodrigues, educadora e professora que me possibilitou estar nesse Mestrado, incentivando meu aprendizado, na escuta a partir de cada debate por ela proporcionado e cada ação desenvolvida no legislativo. Meu agradecimento.

Às minhas colegas e companheiras de jornada que fazem parte da turma do Mestrado. Vivenciamos juntas as incertezas, os estudos e os prazos de entrega com muita aflição, solidariedade e atenção mútuas. Saibam que vocês muito contribuíram com minha formação durante os debates realizados nos Fóruns, com a troca de conhecimento e aprendizado por meio de um grupo de discussão virtual criado e mantido durante o curso.

Ao meu professor e amigo Reinaldo, que aceitou fazer o papel de revisor dessa dissertação, compreendendo minhas dúvidas e inseguranças. Além de revisor, atentamente me ouviu relatando conflitos e incertezas. A leveza de suas falas muito contribuiu nesse processo de estudo.

Às amigas que me indicaram as mulheres a serem entrevistadas. Sem vocês, eu não teria a oportunidade de fazer uma pesquisa do meu interesse nesse formato.

Às mulheres entrevistadas, verdadeiras guerreiras na luta e busca de saúde, que enfrentam com suas dores, às vezes, a invisibilidade de suas demandas, brigam consigo e com suas doenças na tentativa de resolver com brevidade, e, mesmo um ano depois do primeiro acesso, buscam por outros meios, como suas próprias estratégias, garantir acesso aos direitos que são delas.

“Se a gente diz que tem racismo no Brasil é porque tem racismo nas relações, nas pessoas, na história das pessoas. Então você tem que adotar uma série de mecanismos para impedir que os efeitos do racismo levem à morte, ao sofrimento. Quando a gestão de saúde não se interpõe, é o racional institucional. O racismo internalizado, o racismo interpessoal. É a forma como o racismo estrutural vence no final. É a forma como os brancos vivem seu privilégio”.

Jurema Werneck
Diretora Executiva da Anistia Internacional Brasileira

RESUMO

No presente estudo, o objetivo precípua é o de conhecer sobre a atenção à saúde da mulher negra no âmbito da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, com enfoque nas pacientes atendidas no Hospital da Mulher Maria Luzia Costa dos Santos, na cidade de Salvador – BA, cujas abordagens aqui desenvolvidas buscam compreender como acontece a integralidade na assistência à saúde dessas mulheres. A integralidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que, junto com a universalidade do acesso, o controle social e outros princípios, organizam a sustentação do Sistema. A integralidade é compreendida como um direito, uma ruptura de protocolos a partir da articulação entre as políticas públicas que venham a impactar e/ou promover a qualidade de vida da população. Ao adotar uma metodologia compreensiva no percurso dessa investigação, instaura-se um constante diálogo com vistas ao enfrentamento perante o modelo hegemônico, de natureza curativa e fragmentária no atendimento à saúde, que prevalece até então no Brasil. Ademais, este estudo busca revelar a natureza do atendimento no referido Hospital, notadamente com as mulheres negras que se dirigem a essa unidade, a fim de garantir o seu direito à saúde, via atenção integral.

Palavras-chave: Estado; Políticas de saúde; Saúde da Mulher; Mulheres negras e integralidade.

RESUMEN

En el presente estudio, el objetivo principal es conocer la atención a la salud de las mujeres negras en el ámbito de la Política Estatal de Atención Integral a la Salud de la Mujer, con foco en las pacientes atendidas en el Hospital da Mulher Maria Luzia Costa dos Santos, em la ciudad de Salvador – BA, cuyos enfoques aquí desarrollados buscan comprender cómo ocurre la integralidad en el cuidado. La integralidad es uno de los principios del Sistema Único de Salud (SUS) que, junto con el acceso universal, el control social y otros principios, organizan el sostenimiento del Sistema. La integralidad es entendida como un derecho, una ruptura de protocolos a partir de la articulación entre políticas públicas que puedan impactar y/o promover la calidad de vida de la población. Al adoptar una metodología comprensiva en el transcurso de esta investigación, se establece un diálogo constante con miras a confrontar el modelo hegemónico, de naturaliza curativa y fragmentaria de atención a la salud que prevalecía hasta entonces. Además, este estudio busca revelar la naturaleza de la atención en dicho Hospital, en particular con las mujeres negras que acuden a esta unidad, con el fin de garantizar su derecho a la salud, a través de la atención integral.

Palabras llave: Estado; Políticas de salud; La salud de la mujer; Mujeres negras e integralidad.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Perfil das mulheres entrevistadas.....	Pág. 63
-----------------	--	----------------

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Motivo de Atendimento no Hospital.....	Pág. 64
Figura 2	Quadro analítico: Dimensões presentes no racismo institucional.....	Pág. 71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	População residente estimada, estratificada por sexo – Bahia.....	Pág. 34
Tabela 2	Mulheres de 25 a 64 anos de idade que realizaram o exame preventivo para câncer de colo de útero nos últimos 3 anos anteriores à pesquisa, por rendimento mensal domiciliar per capita e situação do domicílio.....	Pág. 35
Tabela 3	Número e proporção de internações por transtornosfalciformes, segundo componente cor/raça. Estado da Bahia, 2008 a 2018.....	Pág. 35

SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
AMC	Atenção de Média Complexidade
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CERS	Centro Executivos Regionais de Saúde
CF	Constituição Federal
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CSE	Código Sanitário Estadual
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DGSP	Diretoria Geral da Saúde Pública
DELIS	Desenvolvimento Local, Integrado e Sustentável
DIRES	Diretorias Regionais de Saúde
FENTRAS	Fórum Nacional de Trabalhadores da Área de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDS	Inspetorias e Delegacias Sanitárias
IFF	Instituto Fernando Filgueiras
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MDA	Ministério do Desenvolvimento Agrário
MESP	Ministério de Educação e Saúde Pública
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
NRS	Núcleos Regionais de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde

PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PBF	Programa Bolsa Família
PCS	Programa Comunidade Solidária
PEASIM	Política Estadual de Atenção à Saúde Integral das Mulheres
PFZ	Programa Fome Zero
PIB	Produto Interno Bruto
PPA	Plano Plurianual
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNPICS	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNSPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PRONAT	Programa de Desenvolvimento Sustentável dos Territórios Rurais
PSF	Programa Saúde da Família
SIPAS	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SSAP	Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

INTRODUÇÃO	14
1 ESTADO E POLÍTICA DE SAÚDE.....	20
1.1 DE QUE ESTADO ESTAMOS FALANDO?.....	20
1.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	24
1.3 A POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA.....	31
2 A INTEGRALIDADE NA SAÚDE: EM BUSCA DE UM CONCEITO DE SAÚDE INTEGRAL.....	38
2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	42
2.2 O QUE DIZ A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS.....	44
2.3 A POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE INTEGRAL DA MULHER E A SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS	47
3 O HOSPITAL MARIA LUZIA COSTA DOS SANTOS.....	55
3.1 UM BREVE PREÂMBULO	52
3.2 O HOSPITAL DA MULHER	57
3.3 METODOLOGIA.....	58
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	61
3.4.1 Participantes da Pesquisa.....	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICES.....	92
ANEXOS	97

INTRODUÇÃO

O propósito deste estudo concentra-se em compreender como acontece a integralidade na assistência no âmbito do Hospital da Mulher Maria Luzia Costa dos Santos, em Salvador – Bahia, considerando o atendimento às mulheres negras, sob a ótica da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PEAISM). A integralidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que, junto com a universalidade do acesso e o controle social¹, entre outros princípios, organizam a sustentação do Sistema.

O Ministério da Saúde (MS) indica uma abordagem inovadora ao tratar do tema, afirmando que “o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos” (BRASIL, 2020).

Partindo desse posicionamento do MS, em relação ao Sistema Único de Saúde, eis que surge um campo de estudo e conhecimento sobre essa articulação institucional, apresentando uma definição de Estado, por meio da política pública, com implementação de ações que vão além de um setor específico, aqui sob nossa investigação: a saúde. A intersetorialidade pretendida é uma ruptura de protocolos e procedimentos na assistência à saúde até então

¹ São Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde: Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017). Para maiores informações ver a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15/04/2023.

consolidada, logo, configura-se como uma ação contrária à posição hegemônica assumida nas políticas de saúde.

Ao conceituar o termo “saúde”, a Organização Mundial de Saúde (OMS) compreende-o como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (BRASIL, 2002). Isso significa dizer que, além de o indivíduo estar gozando de uma disposição, deve ter, simultaneamente, acesso à infraestrutura que lhe permita condições de deslocamento, lazer, moradia, segurança alimentar e nutricional, conhecimento, arte, cultura, entre outros bens que concorrem para a sua qualidade de vida. Apesar de tais premissas parecerem distantes e muito exigentes para um conceito de saúde, vale ressaltar que tal concepção coaduna com o texto constitucional relativo aos direitos fundamentais da pessoa humana.

A redação encontrada na Lei nº 12.864, de 2013, em seu art. 3º, expressa os determinantes e condicionantes sobre níveis de saúde, a saber: “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2013).

As organizações sociais, por sua vez, defendem uma política de saúde que seja universal, pública, gratuita e de qualidade, conforme preconizado pelo Movimento da Reforma Sanitária (MRS) na década de 1980, que também conduziu à formação de um amplo debate em nível nacional e, posteriormente, também influenciou a legislação com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Verifica-se, ao longo das décadas seguintes, a institucionalização do SUS, a legitimidade desses princípios e diretrizes, que são, dentre outros, “a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade de assistência e a participação da comunidade” (BRASIL, 1990).

De acordo com o princípio da integralidade, pensando nos diferentes níveis de atenção dada a quem procura por serviços de saúde, podemos questionar: o que é a integralidade? Como esta é implementada no SUS? A Lei nº 8.080/90 “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 2020), também reconhecida como Lei do SUS. A sua definição encontra-se bem posta no art.7º, inciso II, como sendo um “(...) conjunto articulado das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

O que mais se aproxima de um conceito articulado entre políticas é o que está disposto na Lei nº 2.821, de 2019, sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS). Trata-se, de uma conquista para o movimento de saúde integral cujo

acesso era visto, até então, apenas nas ações privadas. Contudo, observamos tensões nesse processo histórico-social no que diz respeito à composição da classe trabalhadora, bem como ao atendimento às (aos) usuárias (os), pois, de lá para cá, não tem havido aumento de vagas nos concursos públicos ou contratação de profissionais nas áreas da medicina preventiva. Ao contrário, a corrida pelo atendimento curativo foi sendo privilegiada, em detrimento da saúde preventiva, para dar conta de filas de espera por consultas e por cirurgias.

Diante disso, é relevante refletirmos sobre o que vem a ser, efetivamente, a saúde integral. O acesso simultâneo ao conjunto dos itens dispostos anteriormente revela o caminho à saúde integral, associada à intervenção de profissionais de saúde que enxergam a si e ao outro na sua complexidade. A dimensão da atenção à saúde integral é pertinente para o estudo aqui proposto, pois objetiva conhecer, de um lado, a concepção instituída pelo Estado e, do outro, a realidade fática, perquirindo como de fato a política é aplicada aos cuidados com a saúde, com base na leitura de estudos teóricos com aderência a essa temática.

Diversas(os) autoras(es) que se debruçaram a estudar e avaliar as políticas públicas de saúde, a partir de uma concepção de integralidade, contribuem na discussão pretendida neste estudo. Edmeia Coelho *et al.* (2009, p. 155) consideram a integralidade na perspectiva da “multidimensionalidade dos sujeitos”², ou seja, a observação de todos os aspectos atribuídos nas múltiplas dimensões do indivíduo deve ser levada em conta na saúde da mulher negra. A resenha elaborada por Rafaella Cyrino (2017), com base no livro *Mulheres, Raça e Classe* (2016), da escritora Ângela Davis, contribui ao explicitar as opressões ressignificadas que legitimam a dominação capitalista e, para isso, essa autora adverte que “(...) uma política verdadeiramente radical deve lutar contra todas as opressões, estabelecendo os nexos causais entre capitalismo, sexismo e racismo e combatendo toda forma de divisão que a desvie do seu caráter revolucionário” (CYRYNO, 2016, p.272). Igualmente válida é a discussão proposta por Sílvia Almeida (2020), a respeito do racismo estrutural, também é um importante contributo para os debates aqui suscitados.

² A discussão sobre a “multidimensionalidade dos sujeitos” apresentada pelas autoras contribui com o estudo da integralidade, aqui proposto. As autoras partem do princípio de reconhecer outras dimensões para compreender a integralidade, ou seja, os problemas de saúde iniciam “na articulação de contextos sociais, culturais, econômicos, políticos”. (COELHO, et al., 2009, p.155). Dimensões essas que devam estar na reorganização da gestão das Unidades de Saúde e das práticas de saúde. Para maior aprofundamento do tema, ver: COELHO, Edmeia de Almeida Cardoso; OLIVEIRA, Jeane Freitas; SILVA, Carla Tatiae; ALMEIDA, Mariza Silva. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. Esc Anna Nery. **Rev Enferm** 2009 jan-mar; 13 (1): 154-16 Salvador-Bahia. Disponível em:

< <https://www.scielo.br/j/ean/a/wBdMvvhJTLJnr7cC8S64NXx/?format=pdf&lang=pt>>

Dias (2012), por sua vez, contribui com novos elementos sobre a importância de políticas universais de direitos para superação de desigualdades étnico-raciais. E, finalmente, encontram-se na mesma linha de discussão, Emanuelle Goes e Enilda Nascimento (2013, p.573), ao reafirmarem o debate da interseccionalidade sob o viés de “sistema múltiplos de subordinação”, elaborado por Kimberlé Crenshaw (2002, p.183). Portanto, associar a compreensão sobre a saúde integral e o acesso e oferta de serviços às mulheres negras é o eixo do debate empreendido neste mestrado. Considerando as ideias de Crenshaw, podemos entender como raça, gênero e classe são elementos categóricos que se entrecruzam para a produção e reprodução de violências e vulnerabilidades.

Diante do exposto, o propósito desta dissertação é o de compreender como se desenvolveu, de modo efetivo, o princípio da integralidade em um equipamento de saúde – neste caso, como *locus* desta pesquisa, o Hospital da Mulher Maria Luzia Costa dos Santos – situado em Salvador, Bahia, no bairro dos Mares, no período entre 2017 e 2022, sob a ótica da Política Estadual de Atenção à Saúde Integral da Mulher, instituída em 2016.

Pretendeu-se analisar o cumprimento das diretrizes e dos objetivos da Política Estadual de Atenção à Saúde Integral da Mulher, em especial a integralidade, a partir da compreensão de mulheres atendidas no referido Hospital da Mulher. Para tanto, foram traçados alguns objetivos específicos:

- 1) Compreender a concepção de saúde integral das mulheres negras, adotada pelo Estado a partir da execução do Programa Estadual de Atenção à Saúde Integral das Mulheres.
- 2) Avaliar o atendimento da mulher negra/quilombola no Hospital da Mulher e sua relação com a Política de Atenção à Saúde Integral da Mulher
- 3) Identificar quem são as mulheres atendidas no Hospital da Mulher, e os motivos que as levaram a procurar atendimento em uma Unidade Hospitalar.
- 4) Analisar o atendimento à saúde da mulher negra sob a perspectiva das usuárias em relação às ações de integralidade, quanto à prevenção, por meio de práticas integrativas e complementares;
- 5) Investigar se essas medidas alternativas empoderaram ou não as mulheres sobre si, bem como se tais práticas efetivamente configuram-se como ações de prevenção.

Como hipótese, tem-se que o tratamento de saúde ofertado às mulheres negras não abrange a concepção de integralidade, conforme prescrito na Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Supõe-se, ainda, que ocorram diferenças no tratamento ofertado às mulheres negras.

A estrutura da dissertação foi organizada em três capítulos, visando responder aos

objetivos do trabalho. Na sequência da Introdução, que apresenta o problema de pesquisa, os objetivos e os pressupostos da dissertação, o primeiro capítulo traz em seu panorama uma análise política, discutindo a relação entre Estado e políticas de saúde.

No capítulo segundo propõe-se um diálogo sobre a integralidade em seus aspectos teórico-conceituais, abordando em seguida a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares para contribuir no debate conceitual e sua influência na Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Destaca-se a inserção dessa ação enquanto política de Estado, apresentando os elementos de sua constituição, para em seguida descrever a Unidade que foi objeto de estudo e análise, com inferências sobre como ocorre sua implementação em um equipamento de saúde, ou seja, se de fato acontece a integralidade nas ações de assistência à mulher negra, e de que forma tal princípio é implementado e assegurado. Conforme exposto por Celina Souza, importa-nos compreender que tipo de problemas a integralidade visa responder, como essas demandas chegam até as instituições públicas e como o equipamento público de saúde irá modelar a política pública (SOUZA, 2006, p. 42).

No capítulo terceiro apresenta-se o aporte metodológico, os resultados da pesquisa e a análise dos dados. A metodologia utilizada foi de cunho compreensivo, desenvolvida em três etapas: a primeira constituiu-se de uma pesquisa bibliográfica a respeito das contribuições já existentes sobre o tema, bem como de um levantamento de dados secundários no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), visando recolher dados sobre a população de Salvador e a população negra, verificando a situação socioeconômica, o acesso aos serviços básicos, e nos sites oficiais do governo do estado da Bahia, sobre a implantação do equipamento hospitalar em estudo, especialmente na Secretaria da Saúde, no período de 2017-2021.

Para a segunda etapa da pesquisa, foram realizadas entrevistas com 08 (oito) mulheres usuárias do equipamento de saúde, selecionadas a partir da técnica de amostragem “bola de neve”.

A terceira etapa consistiu no tratamento e análise dos dados, à luz do referencial teórico e na perspectiva da Análise de Conteúdo (AC), proposta por Laurence Bardin (2000).

Por fim, é feita uma retomada do arcabouço teórico e analítico do presente trabalho e se apresentam as considerações sobre a importância da efetiva concretização da integralidade na assistência à saúde da mulher negra na unidade hospitalar analisada, sendo então apontadas possibilidades de futuras pesquisas sobre o tema.

O interesse no desenvolvimento da pesquisa deve-se à minha aproximação com o tema, que a meu ver é favorável de uma concepção ampliada sobre saúde, reconhecendo as multidimensionalidades, sem que esteja focalizada ou dividida; a reafirmação da execução de políticas públicas de saúde, em acordo com a Portaria do Ministério da Saúde, em maio de

2006, em relação às práticas integrativas a serem utilizadas no SUS e posterior aprovação de uma Política Nacional; a intervenção de profissionais, compreendendo a centralidade para quem procura os serviços de saúde e a compreensão da articulação das políticas em sua totalidade. Também por ser usuária de Práticas Integrativas Complementares (PICs), como instrumentos facilitadores na abordagem para identificar, promover e intervir na complexidade de doenças.

Na minha trajetória profissional estive trabalhando em organizações governamentais e, em diversos momentos, na assessoria às organizações não governamentais, cujo público também inserido diz respeito aos rurais, hoje com a denominação de agricultores familiares. Em ambas as instâncias acompanhei de perto o debate sobre a comercialização de produtos, os desafios em relação ao beneficiamento e transporte, dentro do município ou em municípios vizinhos, para a distribuição de suas mercadorias.

Somente após 2003, com o governo Lula, foram concretizadas as ofertas das políticas públicas para a agricultura familiar acessar com mais facilidade. E, nesse momento, atuei como Consultora do Programa de Desenvolvimento Sustentável dos Territórios Rurais (PRONAT), sob a coordenação e execução do Ministério de Desenvolvimento Agrário (MDA), nos estados de Goiás, Tocantis e Distrito Federal. Nessa oportunidade conheci a experiência de uma associação no município de Diorama - Goiás, responsável pela construção de um projeto que consistia no fortalecimento da cadeia produtiva de plantas fitoterápicas. Os integrantes defendiam o incentivo do plantio, beneficiamento e comercialização de produtos a serem destinados às Prefeituras em seus Postos de Saúde. Também realizei a capacitação de agricultores familiares para o plantio orgânico, sem o uso de agrotóxicos ou qualquer aditivo químico, e fomentei a discussão, com os profissionais de saúde, sobre o uso desses produtos fitoterápicos (tintura, pomadas, extratos e chás) produzidos no próprio laboratório da associação.

Uma outra experiência vivenciada no município de Ceres - Goiás refere-se à inserção, no Posto de Saúde, do uso de chás, tinturas e auto-hemoterapia no cuidado e prevenção de doenças da população local. O Posto de Saúde tinha um horto de plantas medicinais e uma loja com os produtos já beneficiados do horto.

A Portaria e a Política de PICs naquele momento fortaleciam essas e tantas outras iniciativas espalhadas no País, ainda embrionárias nos Postos de Saúde e não tanto ofertadas de maneira ampliada no Sistema Único de Saúde (SUS).

1. ESTADO E POLÍTICAS DE SAÚDE

1.1 DE QUE ESTADO ESTAMOS FALANDO?

As principais metamorfoses do Estado estão voltadas para atender às demandas impostas pelo capitalismo. Observam-se também, em oposição, a presença e as ações promovidas pelos movimentos sociais face às suas reivindicações e confrontos. Como resultado desse ambiente de disputa emergem as ações políticas instituídas pelo Estado.

A primeira abordagem a respeito de que Estado estamos falando para discorrer sobre uma ação pública, parte do princípio do entrelaçamento existente entre o Estado, a sociedade e o mercado, suas proximidades, cumplicidades, contradições e antagonismos. Importa compreender a participação de cada um desses organismos e as consequências de seu envolvimento na formulação e execução de políticas públicas, inclusive na esfera da saúde.

Portanto, a política de saúde se encontra na interface entre Estado, sociedade e mercado. Por exemplo, a sociedade financia com seus impostos e contribuições, tem atitudes e preserva valores em relação ao corpo e ao bem-estar, comporta-se de formas que afetam a saúde, coletivamente e/ou individualmente (poluição, sedentarismo, consumo de drogas). O Estado, por exemplo, define normas e obrigações (regulação dos seguros, vacinação), recolhe os recursos e os aloca em programas e ações, cria estímulos para produção de bens e serviços, cria serviços de atenção, define leis que sancionam o acesso, desenvolve tecnologias e forma recursos humanos. O mercado produz insumos, oferece serviços de seguro e participa da oferta de serviços e da formação de recursos humanos (FLEURY; OUVÉNEY, 2013, p. 17).

O entrelaçamento pode ser verificado desde a formação do recente Estado brasileiro – resultado da invasão portuguesa e da conseqüente dependência em relação à Coroa, quando Portugal decide ampliar o comércio marítimo. A sanha pela lucrativa extração de pau-brasil e ouro, além da produção de cana-de-açúcar, ampliou o interesse econômico de segmentos que apostavam em terras brasileiras com o uso violento da mão-de-obra escravizada. Essa herança colonial e patrimonialista, com forte característica do apadrinhamento, da tentativa de impor a subserviência, contribuiu com a formação do Estado brasileiro. Ademais, a intensa comercialização de mulheres, homens e crianças trazidos de África na condição de escravos resultou na modelação e concretização do que seria o Estado brasileiro.

A investida financeira e política na monocultura no período colonial deu início à formação de poder e riqueza para uma parcela pequena da sociedade, por meio de uma perversa relação entre capital e trabalho. Assim, também se define a postura do Estado quando se trata de sua expressividade e de como ele se comporta no trato com a classe trabalhadora. Ou seja, quais seriam suas políticas públicas sob a égide do capitalismo?

Na mediação entre capital e trabalho, o Estado se faz presente no interior dessa relação de contradições e conflitos. Ao seu papel de mediador, acrescenta-se o de providência e o assistencial, para contenção do acúmulo de pobreza constituído ao longo de décadas. A convergência entre essas naturezas assumidas é evidente em alguns aspectos analisados por Aldaiza Sposati *et al.* (1991), a saber: quando o Estado intervém ao implantar mecanismos, instituições, profissões, capazes de exercerem o controle sobre as desigualdades sociais; ao se dispor a resolver as reivindicações populares em pequenas doses, de maneira reformista; na constituição e retalhamento social com a fragmentação e diversidade de programas assistenciais (Ibid, p. 121).

Milena Santos (2021), ao analisar em sua tese, a partir das contribuições do filósofo húngaro István Meszáros, os chamados “defeitos estruturais do capital”, colabora para o nosso estudo a respeito do papel do Estado e do que estamos falando. A autora conclui, em conformidade com Meszáros, que o Estado é um sistema imprescindível na reprodução do capital. Por ser imprescindível, ele assume um papel na continuidade da produção e circulação de mercadorias, no permanente apoio para reprodução do capital e na “reforma das rachaduras sociais” provocadas pelo sistema capitalista. A mesma autora acrescenta que, como mantenedor da ordem capitalista, o Estado necessita, além de outros elementos, de um “(...) aparato e este aparato é formado pelo chamado estado moderno capitalista”, cuja função é “(...) a de provedor, mediador, conciliador, legislador, orientador ou, concordando com a interpretação da autora, de administrador “dos defeitos estruturais de controle do capital” (Ibid, p. 86).

O papel contraditório que será percebido no decorrer deste estudo em relação ao Estado é o de absorver demandas da sociedade civil organizada ou negar essas demandas sociais. É o de interceder nos seus próprios “defeitos estruturais”, afirmados por Santos (2021, p. 21). Pertence à sua natureza contribuir com a manutenção da ordem social, econômica e política, desde a Colônia até os dias atuais. É, pois, no interior desse sujeito político contraditório que encontramos a integralidade, para analisar como ela se insere e como é implementada a partir de uma política de Estado.

Por outro lado, verifica-se que, a depender das condições postas pelo movimento do capital, a organização da classe trabalhadora é uma resposta ao seu enfrentamento, e a resolução do Estado é a de conceder, para não fortalecer as tensões ou manifestações, arrefecendo a

investidura dos movimentos sociais. Dito de outro modo, trata-se de um movimento de contradições permanente. Como leciona Jorge Abrahão de Castro (2012), a elaboração e implementação das políticas sociais resulta das “(...) tensões políticas, sociais e econômicas latentes na sociedade”(Ibid, p. 1017). No embate entre essas duas forças políticas vão ser disputadas e construídas as chamadas políticas públicas.

(...) política social como sendo composta por um conjunto de programas e ações do Estado que se concretizam na garantia da oferta de bens e serviços, nas transferências de renda e regulação de elementos do mercado. Para tanto, a política social busca realizar dois objetivos conjuntos que são a proteção social e a promoção social para dar respostas aos direitos sociais e a outras situações não inclusas nos direitos as quais dizem respeito às contingências, necessidades e riscos que afetam vários dos componentes das condições de vida da população, inclusive os relacionados à pobreza e à desigualdade. Ademais, a oferta de bens e serviços similares aos oferecidos pelo Estado pode ser fornecida por entidades privadas sejam lucrativas ou não (CASTRO, 2012, p. 1014).

Nas contribuições de Jairnilson Paim e Carmen Teixeira (2006), os autores agregam a resposta do Estado frente às demandas da sociedade:

Entende-se como política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (Politics), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (Policy) (Ibid, 2006, p. 74).

Sônia Fleury e Assis Ouverney (2013) constroem uma narrativa de que a política de saúde precisa ser vista como uma política social, visto que, “(...) como ação de proteção social, compreendem relações, processos, atividades e instrumentos que visam a desenvolver as responsabilidades públicas (estatais ou não) na promoção da seguridade social e do bem-estar” (Ibid, p. 16).

Outro aspecto a se discutir sobre as políticas públicas é o de associá-las a arranjos institucionais, assim tratadas por Gabriela Lotta e Arilson Favareto (2016), ao analisarem o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), sob a responsabilidade do Governo Federal naquele ano:

Em alguns desses arranjos observa-se a presença de três componentes de destaque: (i) articulação de temáticas intersetoriais; (ii) construção de modelos de gestão de políticas com coordenação entre os entes federativos e a sociedade civil; (iii) a busca de enraizamento nos contextos locais de implementação das políticas. Dito de outra forma, trata-se de uma tentativa de

promover uma integração horizontal (entre setores de políticas públicas) e vertical (entre entes federativos) e de absorver de forma substantiva a dimensão territorial (Ibid, p. 49 e 50).

Adicionando mais reflexões a nosso estudo, Raquel Soares (2020), em sua análise, expressa um conceito acerca da política social que muito contribui, na medida em que trata sobre a disputa, a contradição e as diferenças entre projetos societários. Para a autora, a política social é, “(...) espaço dialético de projetos contraditórios em confronto, constituindo-se em expressão da luta de classes no âmbito do Estado” (Ibid, p. 32).

As contribuições dessas(es) autoras (es) reúnem importantes argumentos que facilitam a análise de uma política pública, desde a sua implementação por parte do Estado e perpassando pelas mudanças que nela vão se instaurando ao longo do tempo. Tais abordagens permitiram-nos compreender que as contradições, tensões e conflitos presentes nas ações do Estado também são vistas como rupturas, ao tratar com a sociedade por meio da intersectorialidade e apresentar um modelo de gestão, a exemplo do monitoramento e da avaliação realizados pela sociedade civil, o que se faz por meio de Conselhos e de Conferências Públicas.

Compreendo aqui, neste estudo, a política de saúde como um conjunto de ações executadas pelo Estado que, por si só, caracterizam um instrumento de arrefecimento do movimento da classe trabalhadora, ou seja, é a ação concreta da instrumentalidade nas mãos do Estado, em seu visível controle no que se refere à tomada de decisões. Como instrumento a serviço do Estado, materializa-se a seu favor, fortalecendo interesses, garantindo a sua manutenção e se constituindo, cada vez mais, como espaço de contradição, quando exerce sua própria função ao responder demandas da sociedade.

Sobre esse ambiente de disputa é o que se pretende discorrer, atentando para o sentido da integralidade no interior de uma das políticas do país, a política de saúde. Trata-se de uma política social e de direito que, no decorrer da história, foi submetida aos contornos das definições econômicas e políticas, subtraindo a participação das (os) trabalhadoras (os) nas suas definições e condicionando o seu acesso. Somente após a Constituição Federal de 1988 (CF/88) modifica-se o seu caráter. Adianto aqui que essa nova política de saúde resulta na concretização implícita de um “pacto” realizado entre o Estado e a sociedade, quando se materializa a assinatura dessa nova Constituição.

1.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Encontramos a expressão de uma nova política pública no interior do arranjo político ocorrido no Brasil entre o final do período da ditadura militar e o início do processo de redemocratização com a promulgação da CF/88. Esta foi resultado da apresentação de propostas, por iniciativas populares, de políticas sociais motivadas pelas tensões e de contestações ocorridas naquele período. É um marco divisório no país e na América Latina que estende o debate da redemocratização com vistas à redução de desigualdades sociais, protagonizado pelas organizações não governamentais e pela diversidade de movimentos sociais. Havia no país, antes de 1988, uma política de saúde restritiva, limitada e direcionada a trabalhadoras(es) de determinadas categorias e com carteira assinada.

Quanto às contradições no âmbito da política de saúde, chama atenção a consideração apresentada por Soares (2020), quando explicita o confronto entre projetos societários representados por diferentes racionalidades, sendo que “demandas dos trabalhadores são absorvidas pela racionalidade hegemônica que as instrumentaliza em favor dos interesses da produção e reprodução do capital” (Ibid, p. 43).

Em seu estudo, a autora nos relembra sobre a Lei Elói Chaves, promulgada em 1926, quando são instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) para algumas categorias beneficiadas: os ferroviários, depois os portuários, os marítimos e funcionários públicos. Em seguida, surge o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAP), em 1933, na mesma orientação voltada para algumas categorias (p. 41). Nesse período, a política de saúde era dividida entre a medicina previdenciária e a saúde pública, com restrição da política previdenciária à população. A saúde pública era voltada à atenção de doenças endêmicas, fruto da ausência de saneamento básico e péssimas condições de saúde da população mais desfavorecida economicamente.

Nesse período, de acordo com Christiane Souza (2017), temos o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e o Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP). O primeiro, responsável por “supervisionar e subsidiar os serviços de saúde oferecidos pelas Caixas e pelos Institutos previdenciários”; o segundo, pela “prestação de serviços de saúde aos desempregados, pobres e aos que integravam o mercado informal de trabalho” (Ibid, p. 270). A autora nos esclarece que esse formato ministerial tinha por base um “período marcado pela coexistência de dois modelos antagônicos de assistência à saúde – o privatista e o de saúde pública, como direito de todos e dever do Estado” (Ibid, p. 270).

No ano de 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a previdência foi unificada, de modo que o universo de trabalhadoras(es) com carteira assinada

passou a ter acesso à cobertura. Estavam de fora trabalhadoras(es) rurais, domésticas(os) e autônomas(os), que passaram a ter cobertura em 1971. Assim a política da previdência começa a “priorizar a contratação de serviços privados para o atendimento de seus beneficiários” (TEIXEIRA; PAIVA, 2014, p. 18).

Denizi Reis *et al.* (2016, p. 32) relatam que, na mesma década, em continuidade com o caráter de serviços privados, é criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS) e, dentro dele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A política de saúde nesse período tem como principal característica a medicina curativa, assistencialista e direcionada à medicalização.

Simultaneamente a esse processo, surgem os cursos de medicina preventiva, a partir da década de 1950, “com uma visão diferenciada e contrária ao regime autoritário que via, na sua derrocada, a única forma de construção de um sistema de saúde eficiente e democrático” (TEIXEIRA; PAIVA, 2014, p. 21). Com uma nova racionalidade e um projeto societário diferenciado em favor de um modelo de medicina e de resistência política, é gestado o Movimento da Reforma Sanitária (MRS,) que reúne trabalhadoras(es) da saúde, movimentos sociais e estudantes, contrários à ordem vigente e que defendiam outra sociedade, outro modelo de medicina, questionando o modelo político vigente.

Nesse sentido, o MRS implementa uma luta contra-hegemônica à racionalidade, não apenas da política de saúde vigente, mas também do Estado brasileiro e do modelo de desenvolvimento capitalista. Esse movimento não era homogêneo e sim constituído por diversos segmentos, desde os que defendiam uma nova ordem societária, fundados numa racionalidade de base emancipatória humana, até os que defendiam um melhoramento da ordem burguesa, com bandeiras de luta da social democracia. Em comum a esse movimento, havia a defesa explícita da emancipação política – seja como estratégia para a emancipação humana, seja no limite dessa ordem societária. Essa emancipação política tinha no direito à saúde um importante elemento, mas não se restringia a ele. Existia, dessa forma, um projeto de sociedade e de Estado que fundamentavam as bandeiras de luta do MRS, com uma concepção de saúde que não está limitada ao corpo e ao indivíduo, mas que está centrada na coletividade, na estrutura social, nas classes sociais. (SOARES, 2022, p. 50).

A política de saúde no Brasil sempre esteve pautada, de acordo com a mesma autora, em um “movimento linear de uma racionalidade fragmentada, curativa, hospitalocêntrica e medicocêntrica, centrada no indivíduo onde a lógica dos interesses privados, principalmente a partir do regime autocrático pós-1964, estava presente” (Ibid, p. 20). Contrário a esse projeto societário, o MRS se fortalece, dando origem, em 1976, ao Centro Brasileiro de Estudos de

Saúde (CEBES) e, em 1979, à Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), com cursos de saúde pública, medicina social e saúde coletiva. Ambos, o CEBES e a ABRASCO, defendiam importantes pautas, que, posteriormente, seriam reunidas no futuro Sistema Único de Saúde (SUS). Entre elas, aquelas debatidas por Teixeira e Paiva (2014): a substituição da natureza autoritária do Sistema de Saúde por uma concepção com participação social; em vez da defesa de controle de doenças transmissíveis, a política da saúde e melhoria da qualidade de vida; em vez de uma política de divisão entre a saúde pública e a previdenciária, um único Sistema, de caráter universal, com controle social (Ibid, p. 22).

Assiste-se nesse período à introdução de um novo debate sobre saúde coletiva em contraposição à saúde pública. Alguns autores, a exemplo de Muniz Sodré (2010), esclarecem o novoparadigma que está em curso e que se fortalece, quando traz para a centralidade do debate um entendimento da política de saúde enquanto resposta às demandas dos movimentos sociais, comum caráter de resistência, contrário à privatização da saúde. “A saúde coletiva desperta para o fato de que o motor do desenvolvimento das políticas públicas são os movimentos de resistência, e não a modernização proposta por mais industrialização” (Ibid, p. 462).

Em 1982, dá-se a criação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), uma primeira iniciativa de políticas integradas, identificada no percurso da história da política de saúde.

Visava à integração das instituições públicas da saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada. Propunha a criação de sistema de referência e contrarreferência e a atribuição de prioridade para rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada, após sua plena utilização; previa a descentralização da administração dos recursos, a simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle, a racionalização do uso de procedimentos de custo elevado e o estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos. (REIS *et al.*, 2016, p. 33).

Em 1986 é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), na qual se propõe um Sistema Único de Saúde (SUS). Posteriormente, em 1988, com a Constituição Federal, institui-se o SUS, com posterior marco regulatório na Lei nº 8.080/90, garantindo a descentralização administrativa e política, assim com a participação social.

De acordo com Cristiani Machado et al. (2017):

Apesar das incongruências no texto constitucional, o Brasil foi o único país capitalista da América Latina que instituiu naquela década um sistema de saúde universal, inserido em uma concepção ampla de Seguridade Social, de base universalista, reunindo as áreas da Previdência, Saúde e Assistência

Social, que deveria ser financiada por impostos gerais e contribuições sociais. Os direitos assegurados pela Constituição e o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) propiciaram avanços nas décadas subsequentes em termos de descentralização político-administrativa, participação social, mudanças no modelo de atenção, expansão do acesso a serviços públicos e melhoria de indicadores de saúde (Ibid, p. 144).

A CF/88 expandiu oportunidades e condições de disputa das iniciativas populares de políticas públicas, assim como também são inseridos direitos sociais e políticos de interesse social. O cenário no país é o de pós-período militar, abertura política que retorna à cena com reações públicas de contestação. É um período de retomada da construção da redemocratização no país, acompanhada de processos semelhantes em outros países da América Latina, com difusão do debate em torno da revisão de pautas sociais. Com o debate sobre democracia e redução de desigualdades sociais, organizações não governamentais e movimentos sociais apresentam iniciativas de políticas a serem incluídas e disputadas na construção da CF/88.

O Brasil sofria influências social democrata e neoliberais na construção de suas políticas públicas. Verifica-se, ao mesmo tempo, a insurgência de movimentos sociais urbanos e rurais que se fortalecem e impulsionam a dinâmica de resposta própria do capitalismo, que é a de ceder para se fortalecer. Se, de um lado, a CF/88 possui importante significado para a democracia e para a política social, de outro representa um freio que, camuflando o avanço do capitalismo, arrefece o avanço dos movimentos sociais.

Muitos anos se passaram desde o fim da monarquia até a década de 1980, para se adquirir acesso a qualquer iniciativa governamental que se aproximasse do alargamento de direitos sociais e políticos. Isso se dá com a Constituição Federal cidadã, como um “arranjo institucional” (CARVALHO, 2008, p. 201), fruto de longas décadas de avanços e retrocessos, ditadura, perseguições e ameaças.

Como influência no país para as políticas de saúde, de assistência social e previdência, temos os modelos Beveridgiano e Bismarckiano os quais vão influenciar a nossa Seguridade Social. O primeiro, de origem inglesa, pós-Segunda Guerra Mundial, ocorreu quando o britânico de mesmo nome elaborou o Plano Beverid, tendo como característica principal a universalidade sem a exigência de contribuição individual. Já o modelo Bismarckiano, de origem alemã, formulado pelo general Bismarck, apresenta-se no âmbito da política de previdência, como resposta às demandas dos trabalhadores. Ele assegura a assistência apenas

para quem contribui, condicionando o acesso à prévia contribuição.³ (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

Ademais, é importante destacar a descentralização da oferta de bens e serviços na nova Carta Constitucional; o advento de uma mudança significativa entre os entes da Federação no que diz respeito às receitas vinculadas; transferências de recursos entre os entes da Federação; financiamento do gasto social e uma certa independência dos municípios em relação à União (CASTRO, 2012, p. 1025).

Durante o primeiro (de 1995 a 1998) e o segundo (1999 – 2003) governos do Presidente Fernando Henrique Cardoso, algumas de suas iniciativas foram: a continuidade do Plano Real; a ampliação dos processos de privatização; o aumento da dívida externa; a introdução do vale-gás e bolsa-escola, para responder aos anseios da oposição com o discurso do crescimento econômico atrelado ao Desenvolvimento Local, Integrado e Sustentável (DELIS); e a instalação do Programa Comunidade Solidária (PCS), cujo mote era a solidariedade e a participação, com o envolvimento de organizações sociais como executoras de políticas públicas. Nesse período, o país assiste à institucionalização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), importantes iniciativas voltadas às ações de “proteção e promoção à saúde dos indivíduos e famílias, em contraposição ao modelo tradicional, centrado na doença e no hospital” (MACHADO, *et al.* 2017, p. 150).

Posteriormente, em 2007, o Governo Federal institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, reconhecendo a mobilização de grupos sociais políticos que clamavam por tal iniciativa. Admite-se que “a construção desta política é resultado da luta histórica pela democratização da saúde encampada pelos movimentos sociais, em especial pelo movimento negro” (BRASIL, 2007, p. 9), cujo objetivo principal é o de “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” (Ibid, p. 38).

³ Em relação ao modelo Beveridgiano, Boschetti (2003) aponta os princípios citados no Plano Beveridgiano: “1) responsabilidade estatal na manutenção das condições de vida dos cidadãos, por meio de um conjunto de ações em três direções: regulação da economia de mercado a fim de manter elevado nível de emprego; prestação pública de serviços sociais universais, como educação, segurança social, assistência médica e habitação; e um conjunto de serviços sociais pessoais; 2) universalidade dos serviços sociais; e 3) implantação de uma ‘rede de segurança’ de serviços de assistência”. Ver BOSCHETTI, Ivanete. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. *Psicologia & Sociedade*; 15 (1): 57-96; jan./jun.2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/GQ38r6yqDBY7cBN4QtbsjSN/?lang=pt> Acessada em: 23/02/2023. De acordo com Behring e Boschetti (2009), “o modelo bismarckiano é identificado como sistema de seguros sociais, pois suas características assemelham-se à de seguros privados.

Somente no período dos governos Lula e Dilma (2003-2016) verifica-se a execução de políticas públicas afirmativas e de inclusão a serem acessadas em larga escala pela população de baixa renda *per capita*. Incluem-se nesse rol, por exemplo, o Programa Fome Zero (PFZ), em 2003 e, no ano seguinte, o Programa Bolsa Família (PBF). Na esfera da política social, durante ambos os mandatos, o governo priorizou as políticas voltadas para o combate à pobreza e de expansão de direitos aos grupos mais vulneráveis, inclusive com a criação de secretarias afins, voltadas para mulheres, população LGBT, negros, indígena e quilombolas. São incorporados debates sobre políticas afirmativas já visualizados desde 1988 e, até então, não absorvidos em ações específicas de políticas de Estado.

Em 2012, temos a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), por meio da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012). Autores como Kliass e Cardoso Junior (2016) e Souza (2018), em suas análises, têm em comum o entendimento de um certo intervalo de fôlego, ocorrido entre 2002 e 2013, quando se constata que houve um crescimento na renda *per capita* da classe trabalhadora. Apontam esses mesmos autores a ampliação da cobertura social por meio das políticas e programas de assistência e previdência social, trabalho e renda, saúde, educação, desenvolvimento urbano e agrário e investimento nas redes de infraestrutura para os devidos atendimentos. Além disso, observa-se a elevação real do salário mínimo, o avanço do Produto Interno Bruto (PIB), marcado pelo aumento do mercado formal de trabalho, redução da pobreza e melhoria na distribuição de renda.

Nesse mesmo período, alguns anos antes, vê-se a ascensão do capitalismo em uma nova ordem econômica mundial, um novo modelo, agora denominado de neoliberalismo. Aqui o compreendemos com as mesmas reflexões de Pierre Dardot e Christian Laval (2016), ao descreverem o neoliberalismo como uma nova racionalidade, além de ser uma ideologia, uma efetiva orientação econômica, uma ação de “organizar não apenas a ação dos governantes, mas até a própria conduta dos governados” (Ibid, p. 15).

Acrescentando ainda à luz das reflexões destes autores, a efetiva expansão globalizada, econômica e política, o capitalismo, sob a égide da financeirização se modifica, se reorienta, se organiza e se reinventa nas entranhas de uma sociedade. Elege novos hábitos que vão interferir nas relações sociais, dentro do mundo do trabalho, serviços, comércio e no interior das relações pessoais. Esses novos hábitos irão também interferir de maneira intensa no modo de vida e de relacionamento entre as pessoas, as comunidades, no modo de produção e de comercialização e na gestão dos espaços públicos e privados. Por outro lado, a elite se reorganiza em torno de vários setores, inclusive o rural, representado por parlamentares em defesa da concentração e

centralização das terras e de garantia oficial da grilagem de terras, crescentes desde a década de 1970.

Do ponto de vista da classe trabalhadora, tem-se o recrudescimento do desemprego; a flexibilização das leis trabalhistas; a ampliação da terceirização; a substituição de postos de trabalho pelo avanço da eletrônica e microeletrônica, efeitos e consequências da monocultura; a ausência de reforma agrária; a insegurança alimentar; o não acesso universal aos espaços de formação infantil, médio e superior em sua totalidade; a ausência de saneamento básico; a falta de acesso ao crédito financeiro; a competição em ambiente de trabalho, mascarada pelo discurso da colaboração e das células de produção.

Passaram-se 75 anos desde a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), quando estabelece que a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Posteriormente, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata (OMS, 1978), a Organização das Nações Unidas (ONU) alerta a todos os países membros que o cuidado da saúde envolve também “todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores” (Ibid, p. 2).

A OMS, em suas recomendações aos países membros, estende o conceito de saúde para além do estar doente, agregando uma concepção de estar bem, o que engloba o bem-estar físico, mental e social, um conjunto de fatores interligados que dão conta de analisar o estado de doença e saúde do indivíduo. Ao mesmo tempo, a OMS chama atenção sobre a responsabilidade na atenção à saúde para além das instituições de saúde, uma vez que outras políticas também são corresponsáveis em dar conta de responder e construir uma rede de atenção: a agricultura, o abastecimento, a indústria, a educação, entre outros.

Reconhece a OMS a importância da Medicina Tradicional Chinesa (MTC)⁴, sua contribuição e filosofia, tratando-a como um agente propulsor da saúde. Diante desse

⁴ A OMS define a Medicina Tradicional Chinesa como “un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas de MT como por ejemplo la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe, y a las diversas formas de medicina indígena. Las terapias de la MT incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas con base de hierbasa, partes de animales y/o minerales, y terapias sin medicación, si se realizan principalmente sin el uso de medicación, como en el caso de la acupuntura, las terapias manuales y las terapias espirituales. En países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática, o donde la MT no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la MT se clasifica a menudo como medicina “complementaria”, “alternativa” o “no convencional” (OMS:2002, p.1). Para Luca (2008), a MTC se fundamenta em numa estrutura teórica sistemática e abrangente, de natureza filosófica. Ela inclui entre seus princípios o estudo da relação de Yin Yang, da teoria dos cinco elementos e do sistema de circulação da energia pelos Meridianos do corpo humano. Para maiores informações ver: LUCA, A.C.B.de. *Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura e tratamento da*

reconhecimento, propõe aos países membros sua inclusão nas políticas de governo. Esclarece sobre a nomenclatura utilizada em governos ao atribuir a essa medicina o caráter de “complementar”, “alternativa” ou “não convencional” (ibid, 2002, p. 11), quando predomina ainda o paradigma da medicina alopática (Ibid, 2002, p. 11). Nesse mesmo documento, a OMS apresenta uma recomendação aos Estados associados a partir de seis objetivos considerados estratégicos para responder aos desafios postos em relação às condições de doenças presentes, os quais podem assim ser resumidos: 1) integrar a MTC aos sistemas de saúde; 2) implantar políticas e programas nacionais de MTC; 3) fomentar a seguridade, eficácia e qualidade da MTC; 4) fomentar o uso terapêutico apropriado da MTC, tanto aos provedores como os consumidores; 5) aumentar a disponibilidade e; 6) facilitar o acesso às populações pobres (p. 57).

1.3 A POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA

Na Bahia, a política estadual de saúde não difere em seu percurso histórico em relação à política nacional, logo, os movimentos se apresentam semelhantes, de acordo com Gisele Sanglarde (2007). A autora afirma que “na Colônia, no Império e nos primeiros anos da República a Santa Casa manteve a hegemonia da assistência médica no Brasil” (Ibid, p. 23). “De caráter privado, acolhia os desvalidos e foi considerada a mais importante instituição da Bahia, recebendo, paratanto, subvenção pública” (SOUZA, 2017, p.2). No princípio do século XX, ela perde lugar para outros espaços de cura, ligados diretamente às políticas de saúde (Ibid, p. 23).

A mudança ocorrida no estado da Bahia se manifesta em sair da assistência sob o comando da Santa Casa de Misericórdia e construir uma rede de assistência à saúde, a partir da intervenção ocorrida no período do então Governador José Joaquim Seabra (1912-1916), cujas ações contribuíram para “a irmandade da Misericórdia perder primazia na prestação de assistência (RIBEIRO, 2009, p. 2).

O modelo de desenvolvimento econômico no país resulta, desde a Colônia até a República, na ausência de políticas públicas mais robustas que viessem a contornar as demandas sociais, verificando-se ausência de saneamento básico no país e no Estado e, como consequência, a grande incidência de doenças endêmicas.

É no Governo de José Joaquim Seabra que se empreende, pela primeira vez, uma ação pública diferenciada com foco na saúde, com a criação de uma rede assistencial de saúde

pública a cargo da Diretoria Geral da Saúde Pública (DGSP), que coordenava as Inspetorias e Delegacias Sanitárias (IDS), recém-criadas.

Ao assumir seu primeiro mandato como governador, Seabra utilizou dois mecanismos para garantir este domínio sobre a política estadual, a Reforma da Constituição Estadual e a promulgação da Lei de Organização Municipal. Através destas foi conferido ao governador o direito de nomear os intendentess municipais e de distribuir cargos públicos nos municípios. Desta forma, o vínculo de dependência dos intendentess em relação ao governo estadual foi intensificado e a criação de novos cargos comissionados, oriundos da centralização das ações de assistência à saúde, passaram a constituir instrumento político do governador (RIBEIRO, 2009, p. 5).

Vamos assistir, posteriormente – com diferentes condições de organização, recursos humanos e financeiros – à criação de estruturas descentralizadas regionalmente, em atendimento às normas federais de saúde: os Centros Executivos Regionais de Saúde (CERS), em 1967, as Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), em 1980, e, mais recentemente, em 2015, os Núcleos Regionais de Saúde (NRS).

Em 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), materializou-se a concepção da saúde pública de caráter higienista: atividades voltadas para a profilaxia rural, prevenção de endemias nas cidades e zonas rurais, combate de doenças infectocontagiosas (SILVA; MASCARENHAS, 2020, p. 259).

Em 1925, tem-se a criação da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública (SSAP) e aprovação do 1º Código Sanitário Estadual (CSE). Em 1927, foi criada a Secretaria da Saúde e Assistência Pública (SSAP). Pode-se dizer que foram importantes atitudes administrativas do governo à época em constituir ações voltadas a doenças endêmicas, embora o propósito político e econômico fosse prevalente. Livia Silva e Nildo Mascarenhas (2020) constataam os motivos pelos quais são difundidas essas iniciativas em âmbito estadual, que se estendem também em nível nacional(grifo nosso). Para eles, trata-se de “enquadrar aos padrões sanitários aceitáveis para o desenvolvimento econômico” (Ibid, p. 264). Para gestores públicos, tais iniciativas respondiam ao incômodo da elite local. Portanto, justificam a ação higienista, visto que “as constantes epidemias que assolavam os principais centros urbanos desorganizavam a produção e acirculação de mercadorias, inviabilizando o desenvolvimento das atividades comerciais” (Ibid, p. 264).

Em 1930, o estado da Bahia assiste à extinção da SSAP e ao restabelecimento da Diretoria Geral de Saúde Pública da Bahia, com a mudança do caráter da saúde na Bahia, “cujo foco seria para atenção médico-hospitalar, em detrimento das ações de saúde pública destinadas

à coletividade” (Ibid, p. 273-274). Na década de 1940, durante o Governo Vargas – e conforme suas diretrizes voltadas às(aos) trabalhadoras(es) e a política de assistência de saúde e previdência social direcionadas a determinadas categorias –, a Bahia assiste à construção do Hospital do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas, atual Hospital Ana Nery. A década seguinte é marcada pela construção de novos Hospitais: o Hospital das Clínicas e o Aristides Maltez.

Da década de 1960 até recentemente, ocorrem significativas mudanças na regionalização da saúde, já descritas anteriormente, e que vão responder ao formato hoje encontrado em nível estadual a partir dos nove Núcleos Regionais de Saúde constituídos⁵.

Em 2016, o estado da Bahia, no que lhe concerne, estabeleceu a Política Estadual de Atenção à Saúde Integral das Mulheres (PEASIM), que prevê diversas ações considerando as especificidades e diferentes realidades dos Territórios da Bahia. Em seus princípios e diretrizes, evidencia o alinhamento com princípios do SUS: “universalidade, integralidade e equidade” (BAHIA, 2016, p. 20). Ou seja, institui a integralidade “como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1980).

Uma das ações específicas da política estadual é o atendimento à Mulher Negra/Quilombola. Trata-se, de acordo com seu objetivo:

Promover a saúde integral da mulher negra/quilombola, desenvolvendo ações que permitam a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS (BAHIA, 2016, p. 102).

É possível concluir que a política de saúde integral da mulher negra abrange uma rede complexa de ações para dar conta de seu principal objetivo que é o de permitir a promoção de serviços com vistas à redução de desigualdades étnico-raciais. Reconhece a presença do racismo e alerta para a necessidade de seu enfrentamento, trazendo para si, de acordo com a Lei, a tarefa institucional de combate às práticas de discriminações e do racismo.

⁵ De acordo com a Lei de Nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014, que modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. Em seu Art. 13, § 2º “Ficam extintas as Diretorias Regionais de Saúde DIRES e criados os Núcleos Regionais de Saúde NRS, com a finalidade de acompanhar as atividades de regulação e de vigilância sanitária, bem como as ações relativas à Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços de Saúde, à Central de Aquisições e Contratações da Saúde e à Corregedoria da Saúde, contribuindo para o fortalecimento da gestão junto aos Municípios”. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/NRS-Sobre/NRS-LEI_13204_DE_11-DEZ-2014.pdf>. Acessado em: 15/04/2023.

Dados do Censo Demográfico de 2010, a respeito da população feminina, justificam a importância da implementação de Políticas de Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil e no estado da Bahia. Vê-se descrita na justificativa da Política Estadual que “97 milhões de pessoas se declararam negras⁶, pretas ou pardas e 91 milhões, brancas, no Brasil” (BAHIA, 2016, p. 9), e que “na Bahia, 79,02% da população é composta por negros/as e pardos/as, sendo a sua maioria usuária exclusiva do SUS” e as mulheres representam 50,9% da população.

O documento revela, ainda de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que 39,8% de domicílios são chefiados por mulheres e que, em 2013, os óbitos maternos, em sua maioria, ocorreram entre mulheres solteiras e negras (85,3%) e com baixa escolaridade (65%). Pode-se concluir que o atendimento à saúde na Bahia, por meio de políticas públicas, concentra seus propósitos à maioria da população composta por mulheres negras, ou deveria estar debruçado a essa maioria da população. Portanto, seus objetivos estão voltados à prevenção e ao trato dessa parcela da sociedade, assegurando direitos previstos no Capítulo II, Art. 6.º da Constituição Federal de 1988, que discorre sobre os direitos sociais (BRASIL, 1988, p. 18), ao elencar os direitos à saúde, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao transporte, ao lazer, à segurança, à previdência social e à proteção à maternidade e à infância.

Ao recorrer a outras fontes e dados estatísticos abaixo para o ano de 2021, conforme tabela 1, disponibilizado pela Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, vemos que a população residente na Bahia, estratificada por sexo é a seguinte:

Tabela 1 - População Residente Estimada, Estratificada por Sexo – Bahia - Período 2021

Situação	Masculino	Feminino	Total
Urbana	7.280.454	7.704.830	14.985.284
Total	7.280.454	7.704.830	14.985.284

Fonte: IBGE/DATASUS/Ministério da Saúde - MS/SESAB/SUVISA/DIVEP/GT Demográfico

⁶ As considerações aqui tratadas em relação a cor/raça seguem duas orientações: a do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) ao pesquisar a cor ou raça é atribuída em acordo com a autodeclaração. O IBGE pergunta com as seguintes opções: preta, parda, indígena ou amarela. Para maiores informações, ver: <<https://cnae.ibge.gov.br/en/component/content/article.html?catid=0&id=18319&Itemid=6160>> E a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em seus registros de pesquisas em relação à saúde pública também tem como referência as informações utilizadas pelo IBGE, embora, o seu Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde, ressalva que, ao contrário das pesquisas domiciliares do IBGE, em que raça/cor são autodeclarados pelos próprios cidadãos, nos Sistemas de Informação em Saúde o registro é feito, “em muitas situações, pelos profissionais da atenção à saúde, sem necessariamente perguntar aos usuários dos serviços” Ver: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-indica-aumento-de-informacoes-sobre-raca-e-cor-em-internacoes-no-sus-0>>

O mesmo instituto de pesquisa citado anteriormente apresenta dados de 2019 em relação à saúde da mulher, dados estes que contribuem com as afirmações sobre um olhar mais atento direcionado à população feminina e de baixa renda. Os dados estão distribuídos na Tabela 2 sobre a realização do exame preventivo e eles se alteram à medida que aumenta a renda mensal.

Tabela 2 - Mulheres de 25 a 64 anos de idade que realizaram o exame preventivo para câncer de colo de útero nos últimos 3 anos anteriores à pesquisa, por rendimento mensal domiciliar per capita e situação do domicílio

Variável - Mulheres de 25 a 64 anos de idade que realizaram o exame preventivo para câncer de colo de útero nos últimos 3 anos anteriores à pesquisa (Mil pessoas)						
Ano – 2019						
Brasil e Unidade da Federação	Situação do domicílio	Rendimento mensal domiciliar <i>per capita</i>				
		Total	Sem rendimento até 1/4 do salário mínimo	Mais de 1/4 a 1/2 do salário mínimo	Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	Mais de 3 a 5 salários mínimos
Brasil	Total	48847	4027	6920	13591	3276
	Urbana	43553	2814	5585	12001	3174
	Rural	5294	1213	1335	1589	103
Bahia	Total	3398	576	751	1061	96
	Urbana	-	-	-	-	-
	Rural	-	-	-	-	-
	Rural	-	-	-	-	-

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde (2019)

Tabela 3 - Número e proporção de internações por transtornos falciformes, segundo componente cor/raça. Estado da Bahia, 2010 a 2018*

Cor/ Raça	Branca		Preta		Parda		Amarela		Indígena		Sem informação		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
2008	48	7,1	24	3,6	200	29,7	-	-	-	-	401	59,6	673	100,0
2009	32	3,6	21	2,4	253	28,6	1	0,1	-	-	578	65,3	885	100,0
2010	35	3,1	61	5,4	331	29,1	-	-	-	-	711	62,5	1.138	100,0
2011	66	4,7	86	6,1	320	22,7	-	-	1	0,1	935	66,4	1.408	100,0
2012	48	3,4	62	4,4	269	19,0	-	-	-	-	1.037	73,2	1.416	100,0
2013	50	3,7	55	4,1	454	33,6	3	0,2	-	-	790	58,4	1.352	100,0

2014	59	4,1	84	5,9	660	46,3	9	0,6	-	-	612	43,0	1.424	100,0
2015	41	2,9	64	4,6	636	45,5	27	1,9	-	-	631	45,1	1.399	100,0
2016	47	3,2	49	3,3	721	49,0	28	1,9	-	-	627	42,6	1.472	100,0
2017	42	2,7	103	6,6	859	55,3	34	2,2	-	-	516	33,2	1.554	100,0
2018	25	2,1	101	8,3	640	52,5	28	2,3	2	0,2	423	34,7	1.219	100,0

Fonte: Sesab/Suvisa/Divep/ SIHSUS

*Informações de internações disponíveis (na rede) até 06/05/2019. Informações preliminares até o mês de março de 2019. Dados referentes aos últimos seis meses, sujeitos a atualização.

Outro aspecto importante a ser destacado é o de doenças prevalentes na população negra, assunto já discutido na literatura especializada, a exemplo de diabete, hipertensão, doenças cardiovasculares e deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase⁷ (BRASIL, 2017). A Tabela 3 apresenta dados sobre a doença falciforme em relação ao internamento e aos transtornos causados pela referida patologia. Na mesma Tabela, há dados comparativos em relação à raça/cor, no período de 2008 a 2018. Durante todo o período estudado, percebe-se o predomínio da doença na população preta e parda. Se somarmos essas duas declarações de cor, o aumento percentual e o aumento numérico são bem significativos de presença confirmada da anemia falciforme nessa mesma população. Ressalte-se que, na Tabela 3, não consta a informação sobre raça/cor das pessoas registradas no intervalo do ano de 2008 a 2018 com a anemia falciforme.

⁷ De acordo com o Ministério da Saúde, na 3ª edição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra Anemia falciforme, publicada em 2017, algumas doenças que mais acometem a população negra: 1) Anemia falciforme: Doença hereditária, decorrente de uma mutação genética ocorrida há milhares de anos, no continente africano. A doença, que chegou ao Brasil pelo tráfico de escravos, é causada por um gene recessivo, que pode ser encontrado em frequências que variam de 2% a 6% na população brasileira em geral, e de 6% a 10% na população negra. 2) Diabetes mellitus (tipo II): Esse tipo de diabetes se desenvolve na fase adulta e evolui causando danos em todo o organismo. É a quarta causa de morte e a principal causa de cegueira adquirida no Brasil. Essa doença atinge com mais frequência os homens negros (9% a mais que os homens brancos) e as mulheres negras (em torno de 50% a mais do que as mulheres brancas). 3) Hipertensão arterial: A doença, que atinge 10% a 20% dos adultos, é a causa direta ou indireta de 12% a 14% de todos os óbitos no Brasil. Em geral, a hipertensão é mais alta entre os homens e tende ser mais complicada em negros, de ambos os sexos. 4) Deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase: Afeta mais de 200 milhões de pessoas no mundo. Apresenta frequência relativamente alta em negros americanos (13%) e populações do Mediterrâneo, como na Itália e no Oriente Médio (5% a 40%). A falta dessa enzima resulta na destruição dos glóbulos vermelhos, levando à anemia hemolítica e, por ser um distúrbio genético ligado ao cromossomo X, é mais frequente nos meninos. Para maiores informações ver Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf Acessada em: 18/04/2023.

Estudos revelam que as mulheres negras e pobres são submetidas a um padrão hegemônico, patriarcal e racista, no atendimento à saúde, o que as deixam subordinadas a uma lógica de saúde imediatista, conservadora e curativa. Jussara Assis (2018, p. 551), a partir de seus estudos em relação à violência obstétrica contra mulheres negras, apresenta como se expressam, por exemplo, os tipos de violência a que essas mulheres são submetidas quando estão em atendimento obstétrico: crueldade no parto e aborto, violência institucional, assistência desumana/desumanizada, violações dos direitos humanos das mulheres por meio de abusos, desrespeito e maus-tratos. No mesmo estudo, a autora afirma que o “(...) saber biomédico que contamina a maioria dos profissionais de saúde tende a desconsiderar as opiniões das mulheres, não as tendo como sujeitos de direitos” (Ibid, p. 562).

É nesse contexto que se justifica a relevância deste estudo, que buscará analisar uma das políticas públicas instituídas pelo estado da Bahia, em 2016, voltada à atenção integral da saúde da mulher, em especial quando se refere à negra/quilombola. Pretende-se, portanto, responder como é desenvolvida a integralidade voltada à saúde no atendimento das mulheres negras/quilombolas no Hospital da Mulher Maria Luzia Costa dos Santos, situado em Salvador, Bahia, no período entre 2017 e 2022, sob a ótica da Política Estadual de Atenção à Saúde Integral da Mulher. Antes de contextualizar a unidade de saúde definida como espaço de estudo e pesquisa, é necessário trazer à baila a concepção de integralidade na saúde.

2. A INTEGRALIDADE NA SAÚDE: EM BUSCA DE UM CONCEITO DE SAÚDE INTEGRAL

Se a universalidade ainda é um desafio para assegurar o acesso da população aos serviços de saúde sem a exigência de contribuição financeira ou carência, como prevista em planos de saúde ou na previdência, o que deve ser avaliado, discutido e problematizado sobre a integralidade no interior do Sistema Único de Saúde?

Vê-se, historicamente, esse paradigma mais complexo na rede privada e, mais recentemente, como uma diretriz do SUS. No capítulo sobre os princípios e diretrizes do Sistema, consta o princípio da “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, Cap. II, Art. 7º). É uma ação articulada que contempla uma abordagem mais preventiva, com a amplitude do conhecimento de distintas áreas atuando e dialogando com a diversidade e complexidade de uma população em seu território.

Como política de saúde instituída, o SUS indica um novo marco regulatório no Estado. Ao ser aprovado em 1988, em meio ao pós-período de ditadura e a reinauguração de um ambiente democrático, o Sistema denota a possibilidade de implantar um atendimento diferenciado à população, que seja universal, participativo e integral. O que é essa integralidade? O que é ser integral na saúde? Seriam os arranjos institucionais a resposta para se alcançar a integralidade?

Discorrer sobre a saúde integral implica compreender a saúde em sua completude, ou seja, de maneira complexa, envolvendo a totalidade do ser. A saúde completa e integral significa que, além de ter saúde, é preciso ter o “bem-estar físico, social e mental”. Em outras palavras, é necessário ter acesso à infraestrutura necessária relacionada a condições de deslocamento, de lazer, de moradia, de segurança alimentar e nutricional, de conhecimento, arte e cultura. A integralidade, a promoção e prevenção da saúde estão na soma de um conjunto de fatores relacionados entre si: o acesso a uma alimentação com nutrição em quantidade suficiente; o acesso à infraestrutura básica de água potável; saneamento básico com coleta de lixo; qualidade do ar; acesso à cultura, a novos conhecimentos; acesso à mobilidade no espaço físico onde se habita; acesso à moradia adequada, tudo isso sem deixar de lado os fatores emocionais.

A integralidade impõe, nesse sentido, a ruptura de um processo fragmentado de ação pública. Inserir a integralidade no contexto da saúde pública requer a interação, de forma permanente, com outras políticas para além da saúde. Significa transpor as barreiras instituídas na gestão pública que distribui as responsabilidades e atribuições por temas, sem estabelecer diálogo entre os setores envolvidos. O acesso ao conjunto de itens dispostos anteriormente, adicionado ao autoconhecimento para se ter um autocuidado de si, revela o caminho à saúde integral, associada à intervenção de profissionais de saúde que enxerguem as pessoas em sua complexidade e não em sua divisão, dissociado da totalidade.

Importante destacar que a integralidade vai além da atenção, escuta, cuidado e atendimento humanizado. Parte do princípio de um direito à saúde e do acesso à saúde. O atendimento de profissionais de saúde nos equipamentos públicos, em sua maioria, parte de uma relação de poder cristalizada entre quem tem a informação e a pessoa que vai em busca do combate da doença, diante da ausência de saúde. A(o) usuária(o), ao acessar o equipamento público de saúde, é vista(o) como alguém sem conhecimento e sem autonomia para decidir sobre seu procedimento de saúde. As(os) profissionais de saúde devem partir do pressuposto do direito à informação e do conhecimento prévio adquirido e construído daquelas(es) que vão em busca de cuidados com a saúde. Tal postura requer o reconhecimento das pessoas como agentes sociais e políticos. O acesso e conhecimento da saúde integral ainda persiste nas mãos de uma parcela pequena da sociedade, ressaltando que a presença da saúde integral no SUS ainda é pouco visibilizada e acessada pela população. Persiste ainda o seu não acesso, pois esse é reflexo de um complexo sistema posto e cuja prática se distancia das necessidades em saúde das pessoas atendidas.

Numa abordagem oposta à saúde integral, a chamada saúde com natureza curativa, a população usuária de serviços de saúde é vista como objeto, dependente de uma ação do sujeito prestador de serviço que aponte e direcione intervenções sobre seu corpo e sua saúde. Não há interação ou diálogo entre os dois polos que possa constituir um novo conhecimento, com apropriação de novas aprendizagens. Ademais, a corrida pelo curativo foi sendo desenhada para dar conta de filas de espera por consultas e, conseqüentemente, por cirurgias. Persiste, até os dias atuais, o ideário da cura por meio da medicina hospitalar compartimentada, segmentada.

Nesse contexto, voltamos a citar sobre a concepção da integralidade, utilizando para isso a contribuição de alguns teóricos, a exemplo de Rosane Fontoura (2006). Para essa autora, a integralidade é um termo com diferentes sentidos e usos (Ibid, p. 533). A própria autora, ao pesquisar sobre a integralidade e a prática de enfermeiras(os), explicita que o atendimento integral “significa realizar ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação” (Ibid, p. 532). Concorda a autora com “a não redução do indivíduo, ao contrário, defende a centralidade no indivíduo” (Ibid, p. 532). Mais adiante, no mesmo artigo, Fontoura discorre sobre o modelo

assistencial dos anos 70, centrado no médico e em práticas curativas, cuja centralidade é a doença (p. 533). Adverte que a integralidade como conceito estrutural deve ser compreendida de forma mais ampla, considerando o sujeito em sua totalidade e não fragmentado.

Pinheiro (2007), por sua vez, ao tratar sobre a integralidade em saúde, a compreende como um princípio doutrinário do SUS direcionado à materialização da saúde como um direito e como serviço (Ibid, p. 255). Discorre sobre a integralidade a partir da cidadania do cuidado. O usuário, para a autora, deve ter atendidas e respeitadas suas demandas e necessidades. Conclui que aqui se constitui o cerne da cidadania do cuidado (Ibid, p. 260), devendo-se observar o respeito aos saberes das pessoas, “(...) saberes históricos que foram silenciados e desqualificados, que representam uma atitude de respeito que possa expressar compromisso ético nas relações gestores/profissionais/usuários” (Ibid, p. 260). Por fim, acrescenta ainda a integralidade como um campo de disputa política (Ibid, p. 262).

Diante do exposto, o que mais se aproxima da discussão acerca da integralidade e corresponde institucionalmente a uma pertinente política de Estado em relação são as ações de assistência à saúde desenvolvidas pela Medicina Tradicional Chinesa, que estão instituídas pelas Portarias Ministeriais n.º 971, de 3 de maio de 2006, e n.º 1.600, de 17 de julho de 2006 – a chamada Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (BRASIL, 2006).

É importante destacar as considerações apresentadas pelo Ministério da Saúde (MS) quando instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC): a) reconhece a natureza política, técnica, econômica, social e cultural das PICs; b) reconhece que as PICs precisam apoiar e incorporar, pois já vem sendo utilizadas na rede pública; c) considera o reconhecimento por parte da sociedade e, por fim, d) responde as deliberações apresentadas nas Conferências Nacionais de Saúde; da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001; da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2003, e da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004 (BRASIL: 2006, p. 6). Antes da publicação da PNPIC, foi realizado um diagnóstico, cujo resultado identificou que 232 municípios no país possuíam ações com práticas integrativas de origem da medicina chinesa.

A OMS – em momentos diferentes, em 2002, 2009 e, mais recentemente, em documento divulgado no ano de 2013 – apresenta recomendações aos países-membros sobre a importância

da Medicina Tradicional Chinesa e sua inclusão na atenção à saúde. Reconhece o seu comprometimento e natureza quanto à dimensão mais complexa em relação à saúde e à doença, bem como a centralidade e a autonomia em quem busca o serviço:

La estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 ayudará a las autoridades sanitarias a encontrar soluciones que propicien una visión más amplia respecto del mejoramiento de la salud y la autonomía de los pacientes. La estrategia tiene dos objetivos principales, a saber: prestar apoyo a los Estados Miembros para que aprovechen la posible contribución de la MTC a la salud, el bienestar y la atención de salud centrada en las personas, y promover la utilización segura y eficaz de la MTC mediante la reglamentación de productos, prácticas y profesionales. Esos objetivos se alcanzarán por medio del establecimiento de tres objetivos estratégicos, a saber: 1) desarrollo de una base de conocimientos y formulación de políticas nacionales; 2) fortalecimiento de la seguridad, la calidad y la eficacia mediante la reglamentación; y 3) fomento de la cobertura sanitaria universal por medio de la integración de servicios de MTC y la autoatención de salud en los sistemas nacionales de salud (OMS, 2013, p.8).

Deve-se, nesse sentido, reconhecer iniciativas que apontam a saúde centrada na pessoa, com uma visão ampla a respeito da relação entre saúde e doença e, ainda, a autonomia de usuárias(os). Iniciativas das instituições governamentais, por sua vez, reconhecem no país a Medicina Tradicional Chinesa, talvez sob as recomendações de organizações internacionais, como a OMS, quando promove debates e propõe a contribuir junto aos países-membros na elaboração de seus marcos regulatórios.

Cito, ainda, as recomendações da Conferência de Alma Ata, em setembro de 1978, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela OMS. Os documentos da própria Organização, divulgados em 2002, e em seguida o de 2013. A iniciativa da Política de Assistência Integral da Saúde da Mulher que, em 1984, já tinha como foco reverter a mortalidade infantil e rever o próprio SUS com suas diretrizes. As novas políticas instituídas como a Política Nacional de Humanização⁸, em 2003, Política de Atenção à Saúde Integral da Mulher, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

⁸ A Política Nacional de Humanização, compreende a humanização a partir de: a) Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; b) Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; c) Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; d) Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; e) Identificação das necessidades sociais de saúde; f) Mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos a produção de saúde; g) Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. Encontra-se em um de seus eixos de estratégia: propõe-se uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intersetorialidade. Para maiores informações a respeito dessa Política, ver: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS: Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS_politica_nacional_humanizacao.pdf>

E, finalmente, a integralidade é percebida por práticas de saúde invisibilizadas pela sociedade e pela racionalidade da medicina ocidental fragmentada, que ficaram escondidas ou oferecidas na rede privada ou na contribuição oral e disponível entre as comunidades dos terreiros das religiões de matriz africana, nas aldeias indígenas, nas comunidades de ciganas(os) e até mesmo entre profissionais de saúde que as desenvolvem sem fazer muita divulgação.

Prevalece a imposição dos marcos regulatórios de conselhos federais dos profissionais de saúde, que ainda não reconhecem as Práticas Integrativas e Complementares (PICs), como por exemplo o uso da auto-hemoterapia. Esta é uma prática muito utilizada em séculos passados e hoje, por não ser reconhecida pelas instituições de saúde e de regulação, profissionais de saúde, conhecedoras(es) e defensoras(es) de tais práticas, não podem usá-las, por serem proibidas. Resta, portanto, o uso de forma sigilosa e “clandestina”, para não serem denunciadas(os) e responderem processos de uso ilegal da medicina, a exemplo de procedimentos desenvolvidos pelo Dr. Luis Moura no RJ, cujo relato indica o uso da auto-hemoterapia⁹, em 1912.

2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES - PNPIC

Instituída pelo Estado, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) configura-se como um novo paradigma em saúde no país, que considera usuárias(os) como autoras(es) responsáveis, ativas(os) e com direito de serem informadas(os) sobre sua saúde. Por meio de algumas tecnologias adequadas, essas práticas contribuem com o “apropriar-se sobre si”, sobre a doença e sua complexidade; contribuem com a prevenção, promoção,

⁹ Até poucos anos atrás era possível ser visto em algumas Unidades de Saúde. Hoje temos uma posição contrária do Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução nº 1.499, 26 de agosto de 1998, determina a proibição do método pelos (as) médicos (as), não reconhece tal prática pela comunidade científica e somente quando houver um reconhecimento científico, o CFM emitirá uma nova Resolução “oficializando sua prática pelos médicos no país” (CFM:1998). Por meio de uma Resolução, o Conselho Federal de Enfermagem, de nº 346/2009, também se manifesta contrário a prática da auto-hemoterapia. E a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, por sua vez, se manifesta em Nota Técnica Nº 6/2017, diante de suas competências e a partir das posições adotadas pelos Conselhos, cabe a “interditar os locais de fabricação, controle, importação, armazenamento, distribuição e venda de produtos e de prestação de serviços relativos à saúde, em caso de violação da legislação pertinente ou de risco iminente à saúde” (BRASIL: 2017). É possível conhecer mais sobre esse procedimento da auto-hemoterapia com a contribuição de uma tese de doutorado. A auto-hemoterapia é uma técnica utilizada na retirada do sangue e sua imediata aplicação no músculo. Esse procedimento tem posições diferentes de profissionais de saúde e seus agentes reguladores e fiscalizadores. Os (as) primeiros (as) apresentam como um procedimento de baixo custo e de resultado em doenças consideradas autoimunes. Os segundos argumentam que não tem respaldo científico. Para maiores informações ver: Costa, Teógenes Luiz Silva da. Auto-Hemoterapia e a invenção da biomedicina: um estudo sociológico sobre controvérsias médicas no Brasil. João Pessoa, 2013.

recuperação, avaliação e monitoramento da saúde, considerando a leitura do corpo humano em sua dimensão mais complexa e integral. Trata-se não somente intervir em partes fragmentadas, mas sim considerar as partes adoecidas em um contexto orgânico, social, político, cultural e emocional. São procedimentos já utilizados na medicina tradicional chinesa, tais como a acupuntura, a fitoterapia, a homeopatia, além da aromaterapia, arteterapia, *ayurveda*, biodança, bioenergética, cromoterapia, constelação familiar, geoterapia, dança circular, antroposofia, hipnoterapia, reiki, meditação, musicoterapia, naturopatia e osteopatia.

Para a OMS (2002), a medicina tradicional chinesa responde ao tratamento da saúde por meio de um diagnóstico que possibilita prevenir as enfermidades a partir do uso de práticas que utilizem “conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar” (Ibid, p. 17)¹⁰.

A vasta literatura disponível sobre a integralidade aponta alguns desafios comuns sobre sua implementação¹¹. A justificativa para tal é a combinação de alguns fatores que, por si somente, são bastante complexos: a dificuldade para a implementação de atenção humanizada; ausência de uma prática de atenção ao conhecimento e autonomia das pessoas que procuram serviços de saúde; a indisponibilidade de políticas de atenção à saúde de forma horizontal e com sinergia entre elas; ainda persiste a formação de profissionais da saúde com natureza fragmentada; a presença da ação curativa e hospitalocêntrica por uso de equipamentos invasivos e uso de medicação alopática sem controle, a ausência da intersetorialidade entre as políticas sociais (PINHEIRO; MATTOS, 2003; FONTOURA; MAYER, 2006; TELES JUNIOR, 2016).

Por outro lado, encontram-se iniciativas que buscam dialogar com esses fatores-desafios e que os transformam em práticas complementares à saúde. Colocam em discussão o conceito de doença e saúde em uma perspectiva de prevenção, promoção e emancipação. Para além desses desafios, a prevenção dialoga com a expansão de serviços de esgotamento sanitário no sentido mais amplo de seu acesso (acesso a água potável, por exemplo); com o acesso a

¹⁰ (...) diversos conhecimentos e crenças de saúde que incorporam medicamentos à base de plantas, animais e/ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados individualmente ou em combinação para manter o bem-estar (tradução nossa).

¹¹ Para maiores informações a respeito desse debate ver: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Orgs). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO; 2003. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400029>>. Também, FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev Bras Enferm* 2006 jul-ago; 59(4): 532-7. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400011> > e em: TELES JUNIOR, Emílio. *Práticas integrativas e complementares em saúde: uma nova eficácia para o SUS*.

alimentos saudáveis e nutritivos; com o direito ao trabalho e transporte de qualidade; além de acesso ao lazer e à cultura. A promoção à saúde engloba, portanto, ter direitos formalmente reconhecido e ter efetivo acesso a esses direitos. A emancipação diz respeito ao controle de todos os aspectos que promovam saúde e o controle de doenças. Adicionam-se a autonomia e o conhecimento de seus processos individuais e coletivos relacionados à saúde.

2.2 O QUE DIZ A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES - PNPIC?

A Medicina Tradicional Chinesa, como prática de atenção à saúde, está presente no país, conforme registros, desde 1900. Não reconhecida pelas instituições públicas, sua existência estava no âmbito privado e em ações das(os) trabalhadoras(es) da saúde, a partir de suas iniciativas e defesas sobre resultados satisfatórios obtidos no interior das Unidades de Saúde.

O Ministério da Saúde (MS) aprovou e disseminou práticas de origem na MTC, em 2006, por meio das Portarias Ministeriais nº 971, de 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006, após discussões anteriores provocadas, desde 2003, pelas Associações Nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, o que resultou na criação de um Grupo de Trabalho coordenado pelo Ministério da Saúde e com a participação das referidas associações. O objetivo era de elaborar uma proposta da Política Nacional a ser, em seguida submetida às “Câmaras Técnicas dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite, em 2005” (BRASIL, 2006, p. 9). Finalmente, depois de debates em reuniões do Conselho Nacional, a proposta foi aprovada em fevereiro de 2006.

Não se tratou, contudo, de um percurso de aprovação linear. Gisléia Silva *et al.* (2020) apontam as tensões internas entre os autores para se chegar ao documento final e à sua publicação por meio de portaria. Muitos interesses estavam em jogo: o status da(o) médica(o), as indústrias farmacêuticas, a secular tendência biomédica, o conhecimento milenar de uma medicina que propõe autonomia do indivíduo e seu conhecimento sobre si e o currículo fragmentado das Escolas de Medicina.

Os autores citados destacam algumas dessas tensões concretas: a) a análise feita pelas Câmaras Técnicas dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e “pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)” (CIT, p. 13) da primeira versão da proposta foi no sentido de aprovação com uma ressalva sobre a não disponibilização de recurso financeiro; b) a participação do Fórum Nacional de Trabalhadores da Área da Saúde

(FENTAS), que identificou uma forte tendência de privilegiar a presença do médico, sugeriu a inserção de outros profissionais nas ações de execução da PNPIC; c) na primeira versão do documento, a política era denominada medicina natural, havendo a proposta de mudança para medicina integrativa, por iniciativa de um representante do Conselho Federal de Medicina, sob a justificativa de que “ (...) a medicina integrativa utiliza o conhecimento científico convencional agregado ao conhecimento tradicional, milenar ou centenário, também científico, excluindo práticas alternativas baseadas em credíces, mitos e magias” (Ibid, p.15).

Com a publicação da Portaria, o SUS inclui em sua oferta outras terapias, tais como arteterapia, *ayurveda*, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, yoga, aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais (BRASIL, 2017a; 2017b; 2018a), além das elencadas pela política: Medicina Tradicional Chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo-crenoterapia.

É importante pontuar que, quando da consolidação da proposta, em 2003, havia um cenário político favorável, com a eleição do presidente Lula (2003-2006), além de um ambiente propício à concretização de demandas reprimidas de movimentos sociais, com pautas voltadas à implementação de políticas para grupos secularmente excluídos de acesso às políticas sociais, que, quando disponíveis tinham como marca a assistência e não o acesso efetivo a direitos.

De acordo com o próprio Ministério da Saúde (MS), as justificativas para sua implementação vão desde o reconhecimento das tais práticas já encontradas no interior das Unidades de Saúde, bem como a necessidade de garantir, no âmbito das políticas de saúde, sua integralidade, atendendo às deliberações das Conferências Nacionais de Saúde; da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001; da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2003” (BRASIL, 2006, p.4). Esta última destaca em suas deliberações o acesso a fitoterápicos e homeopáticos e recomendações da OMS.

O Estado, no mesmo documento citado anteriormente, ao aprovar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), consolida a implementação de um dos princípios do SUS, que é a integralidade. Reconhece, por meio da Portaria e de Decretos, a interação entre as ações e serviços ofertados pelo SUS. Conforme o documento, essas práticas estão voltadas para “a prevenção de agravos e a promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS” (p. 5).

A oferta de outros serviços no SUS, a partir da PNPIC, estende para as(os) usuárias(os) um leque de opções de práticas já comprovadas por diversas(os) autoras(es) e profissionais de saúde que as descrevem como oportunidade de uma relação diferenciada entre saúde e doença; uma visão mais complexa das(os) usuárias(os) quando buscam serviços de saúde e que é atendida por meio de tais práticas. Ao instituir uma política de tamanho alcance, o Estado brasileiro compromete-se em constituir meios necessários para que uma das diretrizes do SUS – a integralidade – seja implementada, um alicerce tão bem defendido na Reforma Sanitária.

A universalidade, o controle social e a integralidade são pilares do SUS, sem os quais o Sistema não está cumprindo com os seus propósitos, quando de sua aprovação e implementação. A defesa da integralidade no Sistema consiste em promover a intersetorialidade das ações de saúde e, portanto, significa uma mudança no paradigma hegemônico no modelo de saúde, rompendo com práticas assistencialistas, fragmentadas e estritamente curativas.

A PNPIC, em seus artigos 1º e 2º, recomenda às Secretarias de Saúde e órgãos do MS a implementação das ações e serviços ligados ao tema, devendo, para tanto “promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades, na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas” (BRASIL, 2006, art. 2º).

Suas diretrizes deixam em evidência a inserção de práticas integrativas em todos os níveis de atenção à saúde, com ênfase na atenção básica. Além de outras diretrizes, tais como:

(...) ações desenvolvidas por multiprofissionais; o reconhecimento e fortalecimento das iniciativas já existentes; a articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; a qualificação permanente dos profissionais do SUS; elaboração de peças de comunicação para divulgação da Política com uso de diversas linguagens; articulação e apoio as experiências de educação popular; estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações; fortalecimento da participação social; acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos por meio da produção pública; promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS; uso e garantia do acesso aos demais insumos estratégicos das Práticas Integrativas e Complementares, com qualidade e segurança das ações; Incentivo à pesquisa em Práticas Integrativas e Complementares com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados; Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das Práticas Integrativas e Complementares, para instrumentalização de processos de gestão; Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências em Práticas Integrativas e Complementares nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde; Estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, à formação, à educação permanente e à pesquisa com unidades federativas e países onde as Práticas Integrativas e Complementares esteja integrada ao serviço público de saúde;

Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (p. 7-8).

Em síntese, como o próprio Ministério da Saúde apresenta, a integralidade preconizada pelo SUS consiste em se promover uma concepção de centralidade no indivíduo, o que não altera o que já foi, até então, realizado na assistência à saúde.

2.3 A SAÚDE INTEGRAL DAS MULHERES NEGRAS

Inserir nos serviços de saúde integral a atenção à mulher negra, dispor de marco regulatório e práticas institucionais que não sejam promotoras de racismo institucional e de desigualdades de classe é resposta a uma demanda secular dos movimentos de mulheres negras. Isso porque, historicamente, pessoas negras, sobretudo mulheres negras, foram tratadas como mercadorias e serviram como instrumento de concentração de riquezas nas mãos de poucos.

Do período pós-abolição até a República, movimentos sociais reivindicavam perante o Estado melhores condições de vida e de trabalho, o que resultou em algumas iniciativas com melhorias nas condições indignas impostas à classe trabalhadora.

O instrumento pelo qual o Estado institui o retorno às demandas da sociedade, são as políticas públicas. A inclusão do direito à saúde previsto na Constituição Federal de 1988 impulsiona a estruturação das políticas públicas pertinentes, gerando uma diversidade de ações e normas que culminaram na aprovação, em nível nacional e na Bahia, da Política de Atenção à Saúde Integral da Mulher (PASIM), em 2016, incluindo aqui a saúde integral da mulher negra. Essa disposição do Estado em instituir uma política é fruto do embate de muitos anos até sua modelação em Programa e Política de Estado. Faz-se necessária, no entanto, a ampliação dessa política, de modo que ela se aproxime do princípio da totalidade.

Em sua apresentação e justificativa, o documento reconhece que ainda tem sido limitada a articulação entre as intervenções na saúde da mulher e assume como desafio presente no território baiano a garantia dos princípios da integralidade e equidade. Esclarece que, com a Política, propõe a construção de um modelo de promoção e atenção humanizada e de qualidade à saúde, capaz de responder às necessidades das mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) (BAHIA, 2016, p. 7). Por sua vez, reafirma os princípios¹² da Política Nacional.

¹² Como princípios e estratégias: I. Universalidade, Integralidade e Equidade: A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, alinhada com os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade, está orientada numa perspectiva ampla visando a promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde e deverá

O documento apresenta em sua introdução, com detalhes, a situação de vulnerabilidade social, econômica, cultural e de saúde em que a mulher negra está situada, envolvendo exposição às doenças; histórico de discriminação e violência institucional a que é submetida quando do atendimento à saúde; reparação histórica dentro de um estado cuja maioria da população é de mulheres e mulheres negras. Porém a referida política não reconhece a diversidade e a especificidade dessas mulheres negras e de suas identidades, quando apresenta informações sobre o perfil da morbimortalidade feminina materna e neonatal; as afecções clínicas ginecológicas das mulheres em seu período do climatério; as doenças sexualmente transmissíveis; as doenças crônicas não transmissíveis, com destaque ao câncer de mama, câncer de útero, de cólon e reto, de pulmão; a violência sexual e institucional; a saúde mental e bucal; importância da alimentação e nutrição na atenção à saúde; e a compreensão das diversidade das mulheres (a adolescente, idosas, negras, indígenas, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais, mulheres em situação de prisão, deficientes, trabalhadoras etc.).

Estão contidas nos objetivos específicos, com vistas à garantia da atenção integral e qualificada, as seguintes ações para as mulheres negras/quilombolas:

- a) Promover ações visando melhorar o grau de informação das mulheres negras em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida;
- b) Realizar diagnóstico das condições de saúde e o acesso aos serviços de saúde da população quilombola no Estado da Bahia;
- c) Apoiar o município na organização da Atenção Integral à Saúde das Mulheres Negras/ Quilombolas
- d. Implantar/Implementar a política de educação permanente em saúde, para os trabalhadores da saúde com destaque para abordagem de Raça e Gênero (p.86).

contemplar a mulher em todos os seus ciclos de vida, resguardando as especificidades das diferentes faixas etárias e considerando o enfoque de gênero, orientação sexual, os recortes raciais, étnicos, sociais, e a incorporação de grupos populacionais específicos. II. Garantia dos direitos das mulheres: A política de atenção à saúde da mulher visa a criação e ampliação das condições necessárias para o exercício dos direitos da mulher tanto no âmbito do SUS como nas parcerias com o setor privado ou outros setores governamentais. III. Garantia do Acesso: No âmbito de implementação desta Política, deverá ser garantido o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde (da básica a alta complexidade), no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços. Sendo responsabilidade de cada nível gestor, de acordo com a competência de cada um, garantir as condições para a execução da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher. IV. Respeito às diferenças: O atendimento das mulheres nos serviços de saúde deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. Esse enfoque deverá ser alinhado aos esforços para qualificação e humanização das práticas em saúde. V. Humanização: O princípio de humanização, que deverá nortear as práticas de saúde, é aqui compreendido como o estabelecimento de atitudes e comportamentos que favoreçam as relações interpessoais respeitadas, que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como um direito, que fortaleçam a capacidade das mulheres para tomar decisões e fazer escolhas adequadas às suas necessidades e ao seu contexto e momento de vida, e que promovam o acolhimento e resposta às demandas das mulheres utilizando tecnologias apropriadas e as melhores práticas de acordo com as evidências científicas. VI. Melhores práticas: Promoção do acolhimento e resposta às demandas das mulheres utilizando tecnologias apropriadas e as melhores práticas de acordo com as evidências científicas. VII. Participação social: A participação da sociedade civil organizada, em especial do movimento de mulheres, deverá ser estimulada e apoiada em todo o processo de definição, execução e avaliação da Política de Atenção à Saúde das Mulheres (p. 83)

Devemos ressaltar a limitação apresentada nessa Política, quando não traz uma preocupação a contento com as especificidades da mulher negra, considerando o quantitativo de população negra no estado da Bahia, embora deva reconhecer, apresentam na justificativa dados contemplando a situação da disparidade em relação à sua saúde e principais problemas, tais como: a dificuldade do acesso, limitada capacidade de profissionais reconhecerem as especificidades das mulheres negras, a subnotificação de cor (BAHIA, 2016, p. 62).

É preciso acrescentar ainda que a Bahia é dos estados que aprovou a Política em Atenção à Saúde Integral da População Negra (PASIPN). Em conformidade com as Leis Federais n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n.º 12.288, de 20 de julho de 2010, por meio do Decreto de n.º 14.720, de 29 de agosto de 2013, a política baiana reorienta as ações e institucionaliza um protocolo para atingir os devidos fins. Desse modo, por meio da Lei n.º 13.182, de 06 de junho de 2014, institui o Estatuto da Igualdade Racial e de Combate à Intolerância Religiosa do Estado da Bahia. Um estado cuja maioria da população é negra, com alto índice de doenças relacionadas a essa população – anemia falciforme, hipertensão e diabetes – cumpre com seu papel enquanto gestor da política de saúde e assume, no Decreto, princípios e diretrizes voltados à atenção da saúde integral da população negra, embora não aborde a saúde da mulher negra com as suas especificidades.

Dada a importância de ambos, deve ser destacado que, na PASIPN, apenas por um momento é citada a mulher negra, quando se refere nas diretrizes: “desenvolver intersetorialmente estratégias de redução de índices de mortalidade da mulher negra” (BAHIA, 2013, p. 3). Vale dizer que, no Estatuto da Igualdade Racial e de Combate à Intolerância Religiosa do Estado da Bahia, não encontramos referência à saúde da mulher negra.

Dispor de políticas nacional e estadual que pressupõem por uma saúde integral da mulher negra é uma desafiante resposta a muitos séculos de debates entre o capital e o trabalho, entre o Estado e a sociedade. A execução da integralidade na saúde contribui para modificar o pensamento em compreender a saúde de forma fragmentada e descontextualizada. Adiciono as reflexões apresentadas no âmbito das discussões das Conferências de Saúde, destacando aqui as deliberações da 11ª Conferência, realizada em 2000. No Capítulo que trata sobre os *Determinantes das Condições de Saúde e Problemas Prioritários no País*, as(os) Conselheiras(os) recomendam a defesa de políticas intersetoriais (BRASIL, 2000, p. 103). Além disso, reconhecem e afirmam que a intersetorialidade e a regionalização podem “superar

a verticalização, desarticulação, fragmentação e pulverização das políticas sociais que melhoram a qualidade de vida das pessoas”. Acrescentam, ainda, que “(...) deve ser priorizada a articulação entre as políticas de educação, habitação, emprego e renda, saneamento básico e meio ambiente, imprescindíveis para melhorar a qualidade de vida dos cidadãos” (p. 104).

A PASIM tem sua importância, pois indica que a integralidade não deve limitar a intersetorialidade apenas dentro do SUS, mas alcançar a intersetorialidade também em relação a outras políticas de Estado. Isso porque, quando mulheres negras buscam os serviços de saúde é preciso compreender que as origens de suas doenças podem não estar localizadas em apenas um órgão estatal, estando, em geral, associada a outros órgãos. Nesse sentido, o adoecimento da mulher negra pode estar ligado, por exemplo, à privação ou restrição de acesso a uma alimentação mais nutritiva e menos inflamatória, ou a condições de saneamento inadequadas, gerando um ciclo de perpetuação da doença que não poderá ser integralmente tratada apenas pelos serviços públicos tradicionalmente ligados à política de saúde.

De fato, muitas das doenças apresentadas em Postos de Saúde têm uma relação com o modo de vida e de trabalho das usuárias. O modo de vida é entendido aqui a partir do acesso ou não às políticas de habitação, alimentação, transporte, cultura, saneamento básico, nos casos de doenças como, por exemplo, desnutrição. Já as doenças adquiridas pelo modo de trabalho se apresentam conforme a exposição das usuárias a determinadas condições em seu ambiente de trabalho: se é insalubre, por exemplo, ou se as condições do mobiliário podem levar a impactos como doenças ortopédicas. A exigência de ações e prazos determinados, a ocorrência de conflitos e tensões nas relações trabalhistas podem sujeitar as usuárias a doenças e transtornos mentais. Essas doenças são normalmente tratadas nos postos de saúde com o receituário de medicações para atingir exclusivamente o “pedaço” da dor, a ponta do *iceberg* inflamada. Não há uma visão do *iceberg* por inteiro, tampouco das causas que levaram o pedaço, em sua aparência, ao estado de inflamação.

O modelo de acumulação da riqueza da produção fordista e, mais adiante, a de acumulação flexível, criou e padronizou a formação profissional de especialistas que devem cumprir uma extensa carga horária e atender a um número cada vez maior de usuárias nas filas intermináveis, trazendo suas dores e queixas. Restam, para profissionais e unidades de saúde, na luta contra o tempo, determinar o número de pessoas que podem ser atendidas, sendo que, no universo da população atendida, prevalece o modelo curativo para dar conta de um percentual cada vez maior de pessoas a serem atendidas nos equipamentos de saúde. Desse modo, sobreleva-se a capacidade operacional de atendimento, em detrimento da qualidade do “cuidado humanizado”; desumaniza-se a(o) profissional da saúde e a usuária dos serviços.

Para romper o paradigma da saúde fragmentada, é preciso considerar as pessoas em sua totalidade e complexidade, uma aproximação atenta e cuidadosa, capaz de enxergar as diferenças e o modo como estas dão origem a desigualdades estruturais. Quando se trata de mulheres negras, essa percepção impõe o reconhecimento das condicionantes que lhes são impostas pelo racismo e pelo sexismo, revelando assim a invisibilidade, sutileza e silêncio diante de práticas racistas.

Assim, o Estado, por meio de uma política pública, apresenta medidas que devem ser implementadas nos serviços de saúde e destinadas à redução dos danos causados pela imposição de invisibilidade da população negra no âmbito da saúde pública e suas especificidades; à contribuição com a produção científica a respeito; ao fortalecimento da formação profissional de trabalhadores da saúde com a pauta; à assunção do enfrentamento do racismo institucional e ao reconhecimento e afirmação de ações não focalizadas e ou fragmentadas, mas que sejam ações intersetoriais estratégicas no enfrentamento de doenças da população negra.

A robustez e a natureza das Políticas Nacional e Estadual de Saúde Integral voltadas para Mulheres e para a Mulher Negra, com suas justificativas, propósitos e história, vão nos orientar a compreender como essas ações – que configuram uma política de Estado – são executadas dentro de um equipamento público de saúde no estado da Bahia. Para tanto, foi eleito o Hospital da Mulher Maria Luzia dos Santos, localizado no município de Salvador. A escolha não foi aleatória, pois trata-se de Unidade de Saúde referência na atenção à saúde da mulher e no atendimento à mulher em situação de violência. Sua recente instalação, bem como a ausência de objetivos coincidentes com outros hospitais, também balizaram a decisão.

O Hospital da Mulher de Salvador está inserido em um contexto de duas décadas após o SUS, em pleno debate sobre os desafios do Sistema, suas fragilidades e arranjos de seus princípios e diretrizes. São quase dez anos depois da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Política Nacional da População Negra e menos de dez anos da Política Estadual da Saúde Integral da Mulher do Estado da Bahia.

3. O HOSPITAL MARIA LUZIA COSTA DOS SANTOS

3.1 UM BREVE PREÂMBULO

A existência do Sistema Único de Saúde (SUS) no país garante a descentralização das ações complementares, compartilhadas e em rede nos estados e municípios, de forma a fortalecer as gestões local e estadual. Nesse contexto, o estado da Bahia está apto a oferecer serviços de baixa, média e alta complexidade. Detenhamo-nos nos dois últimos tipos, que nos interessam para analisar as ofertas de serviços de saúde do Hospital da Mulher, *locus* desta pesquisa.

Para fornecer serviços de saúde de média e alta complexidade os estados devem atender aos requisitos do Ministério da Saúde, cumprindo os regulamentos aplicáveis. Após o cumprimento dos critérios, o ente federativo torna-se apto à prestação de serviço sob sua responsabilidade. “Esta verificação deve garantir o levantamento de todas as condições de funcionamento do mesmo, com vistas à qualidade e adequação dos serviços que estão sendo contratados/conveniados” (BRASIL, 2000, p. 42).

A Portaria nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002, em seu Capítulo sobre a Organização de Serviços de Média Complexidade, assim estabelece:

A Atenção de Média Complexidade (MC) - compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país. (BRASIL, 2002).

As ações e serviços previstos no atendimento e atenção à saúde, são: cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos trameto-ortopédico; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses e anestesia.

Já os serviços de alta complexidade são assim definidos pela Portaria:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS,

organizadas em redes são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio-palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida. (BRASIL, 2007, p. 17-19).

O investimento do Estado em equipamentos públicos deve ter fundamento em uma estratégia, estando, portanto, inserido no planejamento orçamentário do Governo. A construção de hospitais não é uma exceção a esta regra. A partir de 1988, com a Constituição Federal, os próprios estados, como entes federativos, passam a apresentar e constituir o seu Plano Plurianual (PPA). É nessa peça orçamentária que devem constar as diretrizes, estratégias, programas e ações de governo, em médio prazo. É, portanto, no PPA do estado da Bahia que encontramos o nascedouro do Hospital da Mulher, bem como das ações de saúde direcionadas à atenção à mulher.

O Decreto nº 2.829, de 29 de outubro de 1998 – embora revogado pelo Decreto nº 10.179, de 2019 – estabeleceu as normas para elaboração do Plano Plurianual, a partir do exercício de 2000, determinando que as ações finalísticas do Governo Federal deveriam ser apresentadas por meio de um plano com os objetivos de evitar o desperdício financeiro, descentralizar as ações e promover a integração com estados e municípios. Nesse contexto, cabe a cada estado e município a elaboração de seu Plano de Governo com a apresentação de estratégias, objetivos e metas, a ser elaborado no segundo ano do mandato, estendendo-se até o final do primeiro ano do mandato seguinte.

Na Bahia, encontramos a construção do PPA, desde 2003, sendo o primeiro deles instituído através do Projeto de Lei nº 8.885, de 17 de novembro de 2003, para o período de 2004 a 2007. Verifica-se, em sua apresentação inicial, o propósito de “pleno atendimento ao cidadão nas áreas de educação, saúde, habitação, cultura e a segurança pública” (BAHIA, 2003,

p. 1) e, como objetivo principal, “o desenvolvimento de ações que contribuam para manutenção do ritmo de crescimento e diversificação da economia para a construção de uma sociedade justa e coesa” (BAHIA, 2003, p. 9).

Naquele período, encontramos 37 Programas do Executivo, sendo que voltados para a área da saúde temos o Programa Mais Saúde, cujo objetivo é o de “garantir a equidade no acesso da população às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, nos vários níveis de atenção, visando à redução da morbimortalidade e a diminuição das desigualdades regionais” (BAHIA, 2003, p. 59).

Nota-se que as ações direcionadas do referido Programa ainda não consideram as especificidades no atendimento à saúde da mulher, tampouco fazem referência às mulheres negras. Propõem a distribuição de métodos contraceptivos, o estudo em saúde reprodutiva, a implantação de comitê de controle da mortalidade materna, a implantação do planejamento familiar, a humanização do pré-natal e a implantação do programa saúde da família (p. 54).

No PPA seguinte (2008 – 2011), nas diretrizes estratégicas do Governo para o período, os programas e ações estão direcionados à saúde da mulher, tendo como uma de suas estratégias promover políticas de igualdade e de direitos humanos, com foco em etnia e gênero (BAHIA, 2007, p. 248). Importa considerar nessa nova estratégia do governo, em comparação com o período anterior, duas situações. A primeira é a já existente Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, desde 2004, bem como a aprovação da Política Nacional de PICS, em 2006. A segunda é a eleição, no estado, de uma frente de partidos com posições mais à esquerda, em oposição à gestão da época, e que se reúne em aliança (PT, PMDB, PSB, PTB, PPS, PC do B, PRV, PV e PMN), o que resultou na eleição do então Governador Jaques Wagner, pelo PT, com 52,89% dos votos.

A mudança da gestão do governo baiano, associada à gestão do governo federal, também apoiada por uma coalizão mais à esquerda, no período de 2003 a 2016, nos permite ressaltar as mudanças de estratégias assumidas no PPA, que são fruto de demandas reprimidas, discutidas pela sociedade em relação à saúde e assumidas pelo então governo em suas peças orçamentárias. Como uma das estratégias voltadas à saúde da mulher, o Estado propõe promover o entendimento, tolerância e igualdade entre as pessoas, com uma primeira aproximação em sua peça de planejamento a atenção especial às vítimas de discriminação, violência e exclusão, aos povos indígenas, grupos étnicos, religiosos, idosos, pessoas com deficiência, crianças, adolescentes, mulheres e demais segmentos vulneráveis.

Também se encontra em meio às suas estratégias a ação de garantir ao cidadão acesso integral, humanizado e de qualidade às ações e serviços de saúde, articulados territorialmente de forma participativa e intersetorial (BAHIA, 2007, p. 94). Para o atendimento dessa estratégia, são definidos os seguintes Programas: Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (Ibid, p. 255); Promoção da Igualdade Racial e de Gênero (Ibid, p. 256); Fortalecimento das Ações Públicas para Incorporação e Promoção de Igualdade Racial e de Gênero (Ibid, p. 258). Em cada Programa são descritas suas ações em direção ao cumprimento da estratégia definida.

Nesse PPA é a primeira vez que aparece uma determinação em relação à integralidade, quando o governo assume como uma de suas diretrizes o acesso integral às ações de saúde. No mesmo documento são apresentadas ações voltadas às questões de gênero e raça.

O PPA de 2012-2015 tem como cenário federal a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à População Negra (2009), apresentando como inovação o envolvimento da sociedade civil através de discussões por Territórios, resultando no Plano Plurianual Participativo (PPA-P). Nesse sentido, são apresentados os seguintes eixos: I - a inclusão social; II - a participação social; III - a sustentabilidade ambiental; IV – a afirmação dos direitos do cidadão; V - o desenvolvimento com equidade; VI - a gestão transparente e democrática; VII - a excelência na gestão, de acordo com a Lei nº 12.504 de 29 de dezembro de 2011. No eixo I, inclusão social, encontramos a área temática Saúde, apresentando o Programa Bahia Saudável, cuja ementa propõe: Construir uma sociedade saudável, ampliando o conceito de saúde de modo que contemple outros aspectos além de prevenção, assistência e recuperação de enfermos (BRASIL, 2011, p. 29). São inseridos temas a serem conduzidos pelos Programas e um deles é Gênero, Raça e Etnia, cujos Programas, são: Promoção da Igualdade Racial e Garantia de Direitos; Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais; Enfrentamento da Violência contra as Mulheres e Autonomia das Mulheres.

Interessante destacar no PPA discutido em 2011 a indicação da ementa do Programa Bahia Saudável, no qual o estado aponta em seu planejamento a concepção de saúde para além da prevenção, assistência e recuperação. Assim, o estado assume uma “perspectiva de integração e de transversalidade das ações de políticas públicas de saúde na Bahia” (BAHIA, 2011, p. 91), para o enfrentamento aos desafios da saúde. São inseridas no planejamento ações compartilhadas, articuladas e integradas entre as áreas de saúde, educação, saneamento básico e habitação social, por “iniciativas do poder público e do setor privado, de forma a garantir atenção integral acessível a todos os baianos” (Ibid, p. 92).

Para enfrentar os desafios postos, o estado baiano define a necessidade de:

Expandir e qualificar a atenção básica, (...) o atendimento com qualidade aos usuários do sistema, ampliação e melhoria da infraestrutura da rede de Atenção Básica do Estado, articulada com o sistema de vigilância em saúde, potencializando apoio institucional em parceria com as Diretorias Regionais de Saúde (Dires). Além disso, requer a capacitação de profissionais e gestores, ampliando e consolidando o apoio às equipes por profissionais e serviços especializados. Para que a universalização do sistema se efetive, serão requeridas ações articuladas para garantir o acesso aos serviços. Para tal fim, são ações fundamentais a ampliação das unidades básicas de saúde, a consolidação do Programa Saúde na Família, a qualificação dos recursos humanos e a admissão de novos profissionais para atender à demanda da população em todos os territórios. O fortalecimento do sistema de média e alta complexidade exige, por sua vez, investimento cuidadosamente planejado em novos equipamentos e instalações. Deve se privilegiar a implantação desses equipamentos em cidades de porte médio (BAHIA, 2011, p. 91).

No PPA 2016-2019, acrescenta-se um novo Programa cujo título é Mulher Cidadã, com ações voltadas à sua autonomia, por meio de ações de Assistência Técnica e Extensão Rural (ATER), de trabalho e renda, sendo que, na esfera da saúde, apresenta-se como ementa a vigilância e promoção à saúde de forma integral e humanizada. Encontram-se detalhadas ações voltadas a “populações historicamente não reconhecidas ou promovidas suas identidades, tais como: assentados, acampados, lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros, além de negros” (BAHIA, 2015, p. 80).

No período de execução desse PPA, temos a aprovação da Política Estadual de Atenção Integral da População Negra, em 2013, da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em 2016, e a inauguração do Hospital da Mulher, em 2017.

No PPA seguinte (2020-2023), no Eixo da Saúde, encontra-se a ementa que propõe:

Promover a equidade, a universalidade e a integralidade por meio da implementação da rede de atenção à saúde, mediante a descentralização, qualificação e ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, reconhecendo as especificidades, com ênfase nas populações em situação de vulnerabilidade, historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas. (BAHIA, 2020, p. 229).

Com base nos atos normativo acima expostos, pode-se afirmar que, no estado da Bahia, temos importantes elementos no âmbito de sua política de atenção à saúde capazes de contribuir

para nossa análise sobre a integralidade. Temos um governo de coalisão em nível estadual; o PPA participativo; um movimento expansivo de discussões das organizações não governamentais; a presença de conselhos estaduais e municipais; e previsão orçamentária voltada às ações ditas estratégicas, que reúne dentro do eixo “social” a aprovação de programas de saúde da mulher e da mulher negra. Está posta nos objetivos do PPA a intersectorialidade, que compreende também a importância das ações hospitalares, com previsão de reforma e construção de novos hospitais, em nível territorial, e planejamento de mais outros tantos em novos territórios.

3.2 O HOSPITAL DA MULHER

O Hospital da Mulher, inaugurado em 2017, substitui o então Hospital São Jorge, que funcionava no mesmo local, em Salvador, no Bairro dos Mares. Fruto desse cenário histórico das ações de saúde no estado, o HM compõe a Rede de Atenção às Urgências, cujo acesso é proporcionado por meio da Central Estadual de Regulação. Sua referência no interior do Sistema de Saúde da Bahia está voltada, conforme estabelecido em suas diretrizes, para diagnóstico e tratamento dos principais agravos que acometem a mulher.

O HM oferece internamento hospitalar nas especialidades de clínica médica e cirúrgica, hospital-dia, internação em unidade de terapia intensiva, atendimento ambulatorial, procedimentos de diagnose e terapias e demais serviços de apoio assistencial. Oferece também serviços de saúde para mulheres nas áreas de reprodução humana, oncologia e atenção às mulheres em situação de violência sexual. Os principais atendimentos estão direcionados nas áreas do câncer do colo do útero e de mama, planejamento familiar, mastologia, oncoginecologia, cirurgia plástica, urologia e cirurgia geral.

A unidade é administrada por meio de Parceria Público-Privada (PPP) com o Instituto Fernando Filgueiras (IFF), organização de direito privado, sem fins lucrativos, “qualificado como organização social pelo Governo do Estado da Bahia, nos termos da Lei Federal nº 9637/98 e Lei Estadual nº 8.647/03” (2017: p. 01). O Hospital é:

Uma Unidade de Médio Porte, de referência estadual na Saúde da Mulher no Estado da Bahia, contando com 162 leitos. Estruturado para ofertar ações assistenciais de média e alta complexidade em caráter eletivo e de urgência, incluindo retaguarda para a Rede de Atenção às Urgências, constitui referência para o diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico dos principais agravos que acometem a mulher, da puberdade à menopausa, incluindo

situações relacionadas à saúde reprodutiva e violência sexual (INSTITUTO FERNANDO FILGUEIRAS, 2021).¹³

Resta agora compreender como um equipamento público de saúde, voltado especialmente para a atenção à saúde das mulheres, desenvolve em suas ações o que está previsto no planejamento do estado quando se pretende desenvolver a integralidade no atendimento às mulheres. O nosso intuito é analisar como acontece a integralidade das ações no atendimento às mulheres negras, pois, considerando a existência de mulheres negras em maioria no estado, é necessário atentar como as ações ocorrem com essas mulheres.

Para tanto, a metodologia definida neste estudo envolve a escuta de usuárias atendidas nessa Unidade, com o objetivo de confrontar – sob o olhar das políticas instituídas em nível federal e, em especial no estado da Bahia, que orientam as ações de saúde ofertadas – os compromissos estabelecidos nas normativas e o seu efetivo cumprimento na prática. Dito de outro modo, temos o propósito de compreender se ocorre a integralidade, princípio do SUS, na aplicação das políticas de saúde para as mulheres, sobretudo mulheres negras, por parte do Hospital da Mulher da Bahia.

3.3 METODOLOGIA

A metodologia proposta neste estudo é de cunho compreensivo e envolveu o desenvolvimento de três etapas. Na primeira, foi realizada uma pesquisa bibliográfica a respeito das contribuições já existentes sobre o tema. Os trabalhos de Sílvia Almeida (2020), Araújo (2007), Jussara Assis (2018), Edméa Coelho *et al.* (2009), Rafaela Cyrino (2017), Dias (2012), Rosane Fontoura (2006), Emanuelle Goes e Enilda Nascimento (2013), Rubem Mattos (2007), Pinheiro (2007) e Jurema Werneck (2016) proporcionaram reflexões acerca do tema proposto e a conexão entre si para sair de uma condição de questionamentos e aproximar as possíveis recomendações. Também nessa fase do trabalho foram levantados dados secundários no site do IBGE – sobretudo na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), visando recolher dados sobre a população de Salvador e a população negra, verificando a situação socioeconômica nos sites oficiais do estado da Bahia, especialmente aqueles disponibilizados pela Secretaria da Saúde, assim como sobre a implantação do equipamento hospitalar em estudo, no período de 2017 -2021.¹⁴

¹³ Informações disponíveis no website: <https://fernandofilgueiras.org.br/>

¹⁴ A dificuldade de informações sobre as ações do Hospital da Mulher disponibilizadas para pesquisa não impossibilitou a continuidade do estudo e sua conclusão.

Na segunda etapa da pesquisa, estava prevista a aplicação de questionários junto às(aos) trabalhadoras(es) de saúde do Hospital da Mulher, com perguntas semiestruturadas, em formato objetivo, e algumas questões subjetivas, de acordo com a proposta do projeto encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO), sob o número 76/2022. Entretanto, mediante o não recebimento, por meio eletrônico, de uma autorização do Hospital para o acesso à Unidade, não foi possível a aplicação dos questionários de forma presencial, dentro do hospital, junto às(aos) profissionais de saúde. Com o objetivo de não comprometer o propósito assumido nessa pesquisa junto ao Comitê de Ética da FLACSO, foi decidido manter apenas as entrevistas com mulheres negras atendidas no referido hospital. Para tanto, foi utilizada a técnica da amostragem “bola de neve”, chegando a um total de 8 (oito) mulheres negras entrevistadas, no período entre fevereiro e abril de 2023. Trata-se de uma ferramenta importante que, no âmbito da pesquisa qualitativa e em determinados contextos, podem auxiliar o/a pesquisador/a, segundo explica Juliana Vinuto (2014):

A execução da amostragem em bola de neve se constrói da seguinte maneira: para o pontapé inicial, lança-se mão de documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral. Isso acontece porque uma amostra probabilística inicial é impossível ou impraticável, e assim as sementes ajudam o pesquisador a iniciar seus contatos e a tatear o grupo a ser pesquisado. Em seguida, solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador (VINUTO, 2014, p. 203).

Em conformidade com o Projeto enviado ao Comitê de Ética da FLACSO, foi solicitada junto ao Hospital da Mulher, em 15/12/2022, por meio eletrônico, autorização de acesso à Unidade com o objetivo de realizar aplicação dos questionários de forma presencial. A primeira resposta recebida, em 30/12/2022 solicitou o envio dos seguintes documentos para dar início à análise: Projeto de pesquisa completo para avaliação da Comissão Local de Pesquisa – CLP; Currículo Lattes da pesquisadora e orientadora e o ofício emitido pela FLACSO solicitando a carta de anuência. Os documentos foram enviados em 09/01/2023, de acordo com a solicitação do Hospital. Uma semana após o envio foi obtida a informação do recebimento dos documentos, os quais foram enviados para o Comitê Local de Pesquisa e o parecer final seria posteriormente entregue por meio eletrônico. Em 01 de março de 2023, foi enviada nova mensagem ao HM para saber se o parecer já havia sido emitido. O retorno foi no sentido de que a solicitação havia sido avaliada pelo Comitê, cujo parecer seria enviado por e-mail, em breve. Até o momento em que se desenvolvia a escrita dessa dissertação e

prazo de entrega do texto final à orientadora, não foi enviada a resposta. Estive pessoalmente no dia 18/05/2023 para saber o motivo pelo qual não tinha recebido o retorno do Comitê, de acordo com a última resposta, eis que recebo como resposta que já havia um parecer e que seria enviado por e-mail. A resposta enviada no mesmo dia – conforme descrito no anexo 1 dessa dissertação –, conclui pela não viabilidade desse Projeto no HM. A Comissão descreve na resposta que identificou a “necessidade de revisão estrutural e metodológica do projeto”. De acordo com o Comitê, a metodologia proposta “impossibilitou a compreensão dos objetivos e modo de execução”. Ainda responde que “a pesquisadora não disponibilizou o instrumento semiestruturado a ser utilizado” e, por fim, afirma que “o cronograma está desatualizado e indica que o projeto deva ser inserido na Plataforma Brasil para submissão à avaliação ética do CEP da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia”.

Com esse propósito, foi realizada uma busca de mulheres que passaram por atendimento ou que ainda estavam em tratamento no Hospital da Mulher. A busca foi feita a partir de uma rede de informantes-chave que conheciam usuárias as quais já haviam concluído seus tratamentos no Hospital ou que ainda estavam sendo atendidas. Ao receber os nomes, foi feito o contato com as usuárias, explicando os motivos da Pesquisa e disponibilizando o Termo de Consentimento. Assim, foram entrevistadas 08 (oito) mulheres usuárias do equipamento de saúde, de diferentes faixas etárias e níveis de escolaridade, residentes em cidades do interior do estado ou moradoras de Salvador e que foram atendidas ou estavam em tratamento por motivos diversos. As entrevistas foram gravadas, com a permissão das mulheres entrevistadas, com um total entre trinta a quarenta minutos cada uma delas, sendo depois transcritas para análise.

Os dados recolhidos por meio de entrevistas serão mantidos sob sigilo. Por isso, ao proceder à análise das informações, foram atribuídos nomes fictícios às entrevistadas, como forma de preservação de sua identidade. Da mesma forma, quando citados os nomes de profissionais de saúde, códigos também serão usados. Para a identidade das entrevistadas, foram usados nomes de práticas integrativas, hoje disponibilizadas no Sistema Único de Saúde. Esses dados serão preservados e mantidos gravados, exclusivamente para fins de pesquisa e análise, durante a confecção desta dissertação. Ao usar as respostas transcritas das entrevistadas, estas serão apresentadas de acordo com suas falas, sem fazer nenhuma revisão ou resumo. As únicas mudanças acrescentadas na transcrição foi a introdução de uso de sinais gráficos, utilizados de acordo com as expressões de suas falas, interrupções feitas ao responder, entonação de voz, ênfase em alguma resposta, permitindo dessa forma o uso em até mais de uma pergunta, quando aqui for apresentada. As respostas das entrevistadas serão

usadas por temas.

Esta pesquisa, portanto, tem um caráter qualitativo, tendo como foco de avaliação as vivências e as vozes das próprias usuárias do serviço de saúde analisado, o que as protagonizam como interlocutoras da pesquisadora, como sujeitas da própria pesquisa, evitando a tão corriqueira imposição do lugar de “objeto de pesquisa” atribuído a mulheres negras no meio acadêmico.

A terceira etapa consistiu no tratamento e análise dos dados, à luz do referencial teórico e da contribuição de Laurence Bardin (2000) sobre análise de conteúdo, visando responder ao problema de pesquisa e aos objetivos do estudo. A escolha por Bardin (2000) como referencial teórico deve-se ao seu método de análise do discurso, a partir da semântica, que muito contribuiu para uma cuidadosa leitura dos dados levantados, por revelar o que está por detrás das respostas, o significado das palavras, o sentido das palavras ocultas nas entrelinhas das respostas. A imersão no discurso e a atenção redobrada para não confundir os dados em sua primeira leitura permitem que sua essência seja revelada a partir do “rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade” (BARDIN, 2000, p. 9).

Também foi utilizado o quadro de análise construído por Camara Phyllis Jones (2002), citado e tratado por Jurema Wernek (2016) em seu artigo sobre *Racismo institucional e saúde da população negra*. O referido quadro sintetiza as falas recolhidas durante as entrevistas, acrescentando mais um aspecto que foi identificado, relatado durante as entrevistas, o da violência, que se tornou pertinente inserir na discussão aqui proposta para a pesquisa, com o objetivo de agregar elementos à compreensão da existência ou não de práticas integrativas permanentes na assistência à saúde da mulher negra.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

A leitura do estudo e contribuições de Bardin (2000), remete-nos a uma cuidadosa interpretação da análise de conteúdo, submetendo as informações reunidas nas entrevistas em documentos a serem cuidadosamente analisados. Esse conjunto de documentos, inicialmente se constituiu em banco de dados. Assim mesmo apresentado pela própria autora, “a análise documental é, portanto, fase preliminar da constituição de um serviço de documentação de um banco de dados” (Ibid, p. 27).

Outra fonte inesgotável de interpretações são as teorias e estudos de pesquisadoras(es) sobre o tema principal desta dissertação, que vão se somando para ampliar o conhecimento desde o primeiro momento de aproximação de diversas contribuições adquiridas até então.

Paralelo a isso, verifica-se a concretude da política pública ao implantar a oferta no âmbito nacional e estadual de uma Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

A leitura e interpretação das(os) autoras(es) nos proporcionou um mergulho na política de saúde e nas mudanças de sua natureza, desde a oferta pelas Santas Casas de Misericórdia, no século passado, até a não descentralização de serviços e o não acesso a todas as categorias de trabalhadoras(es), até sua organização, posterior descentralização de serviços e a instituição de Planos e Políticas mais robustas e permanentes. No decorrer dos anos e com a mudança da natureza da assistência à saúde encontramos um marco regulatório que orienta até os dias de hoje, com mudanças necessárias ocorridas, que é o Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a nossa trajetória de estudo, a integralidade como uma de suas diretrizes. Seguindo a trilha fornecida pelo próprio Sistema Único de Saúde, passamos a identificar a sua materialidade e as discussões de uma política específica às mulheres. As políticas instituídas também sob forte pressão dos movimentos feministas proporcionaram mudanças no interior da gestão pública e na própria ação de oferta.

Portanto, após se proceder à reunião desses materiais disponíveis em documentos, livros, artigos e teses, resta associar ao diálogo com as principais responsáveis e prioritárias pela construção de uma Unidade de Saúde. A partir desse diálogo transcorrido por meio de entrevistas, seguiremos os passos da integralidade e, como acontece concretamente, quando da oferta de serviços e assistência à saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

De posse do “banco de dados”, o próximo passo consistiu em analisar as informações e construir categorias que pudessem servir de indicadores para uma interpretação, associando-os ao estudo proposto nesta pesquisa. Em seguida, propusemos “a inferência e a interpretação” (Ibid, p. 63) atribuídas pela mesma autora.

A interpretação dos dados visou responder aos objetivos dessa pesquisa, que são:

- Identificar quem são as mulheres atendidas no Hospital da Mulher, e os motivos que as levaram a procurar atendimento em uma Unidade Hospitalar.
- Avaliar o atendimento da mulher negra/quilombola no Hospital da Mulher, sua relação com a Política de Atenção à Saúde Integral da Mulher e a existência (ou não) de distinções e em quais contextos estas ocorrem.
- Analisar o atendimento à saúde da mulher negra, sob a perspectiva das usuárias em relação às ações de integralidade, quanto à prevenção no uso de práticas integrativas e complementares;

- Compreender a concepção de saúde integral das mulheres negras, adotada pelo Estado a partir da execução do Programa Estadual de Atenção à Saúde Integral das Mulheres.
- Investigar se essas medidas alternativas empoderaram ou não as mulheres sobre si, bem como se tais práticas podem ser ações de prevenção.

Como hipótese, tem-se que o tratamento de saúde ofertado às mulheres negras não abrange a concepção de integralidade, conforme prescrito na Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

3.4.1 Participantes da Pesquisa

O quadro abaixo traz um panorama acerca da 8 (oito) mulheres negras entrevistadas, de modo a reconhecer, previamente, o perfil que as compõe, nas suas singularidades dentro da diversidade.

Quadro 1 - Perfil das Mulheres Entrevistadas

Mulheres	Idade	Cor/raça	Profissão	Renda	Formação profissional	Residência
Acupuntura	42	negra	Professora	até 2 s.m.	Pedagoga	<u>Adustina</u>
Aromaterapia	53	parda	Professora	até 1 s.m.	Pedagoga com pós em metodologia do ensino da arte	Salvador
Arteterapia	65	parda	Doméstica e agricultora	até 2 s.m.	Aposentada	Santo <u>Antonio</u> de Jesus
<u>Autohemoterapia</u>	35	parda	Confeiteira	até 1 <u>s.m</u>	Assistente social	Salvador
Cromoterapia	42	negra/ quilombola	Agricultora familiar	até 2 <u>s.m</u>	Ensino médio incompleto	Comunidade quilombola de Jequitibá em Mundo Novo
<u>Geoterapia</u>	70	parda	Professora	até 3 s.m.	Bacharel em filosofia e pedagogia com pós em <u>psicopedagogia</u> da educação	Rio Real
Antroposofia	33	negra	Recepcionista	até 1,5 <u>s.m</u>	Ensino médio completo com curso técnico concluído	Lauro de Freitas
Reiki	68	negra	Cabelereira aposentada	até 2 s.m.	Ensino médio completo	Salvador

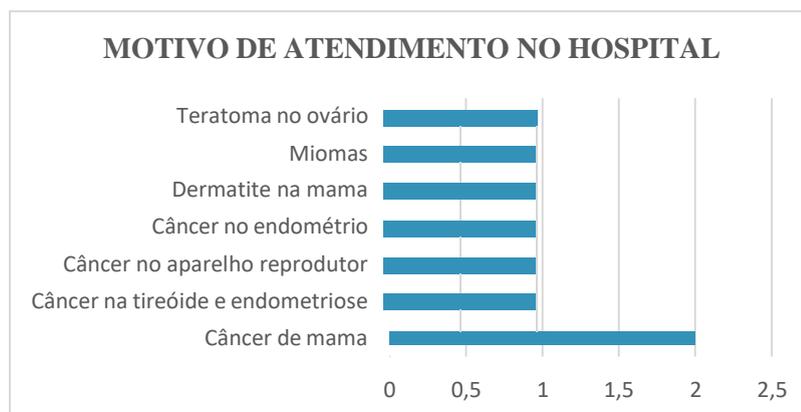
Fonte: Entrevistas realizadas entre fevereiro e abril de 2023.

De acordo com o Quadro 1, pode-se observar que o perfil das entrevistadas é o de idade entre 33 a 70 anos de idade; de acordo com o IBGE, 50% pardas e 50 % negras; 3 professoras, 2 agricultoras familiares, 1 confeiteira, 1 cabelereira aposentada e 1 recepcionista. 4 com renda até 2 salários-mínimos e as demais entre 2 a 3 salários-mínimos. 4 com graduação completa e as demais, 2 com Ensino Médio incompleto e 1 com Ensino Médio completo. 4 moram em

Salvador e município que faz parte do Território Metropolitano de Salvador e as demais em cidades do interior do estado.

Quanto aos principais motivos para busca do atendimento no Hospital da Mulher¹⁵, a figura abaixo descreve as principais patologias que acometem as mulheres.

Figura 1: Motivo de Atendimento no Hospital



Fonte: Coleta de dados da pesquisa (2022).

A amostra entrevistada indica: duas acessam o Hospital em busca de tratamento de doenças no útero e mama, mioma e dermatite, respectivamente e as demais com diagnóstico de câncer. Esses diagnósticos, de acordo com suas falas, foram identificados nas consultas em Postos de Saúde e apenas uma (Antroposofia) em clínica particular.

Em relação às dificuldades no acesso ao Hospital, as respostas variam, desde a facilidade para marcação até a alegação de necessidade de indicação por terceiro para conseguir atendimento. O portal da Secretaria Estadual de Saúde¹⁶ informa que a mulher deve, inicialmente, passar pelo atendimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e, de acordo com o perfil, será cadastrada no Sistema Lista Única, aguardando ser chamada. Encontra-se também, a seguinte orientação: “Se a mulher já possuir um encaminhamento, deve entrar em

¹⁵ Uma das perguntas com as entrevistadas é identificar os motivos pelos quais foram atendidas no Hospital. As entrevistadas respondem desde cirurgias do aparelho reprodutivo ou por desconfianças e ou diagnósticos conclusivos de câncer.

¹⁶ Poucas informações a respeito do Hospital são encontradas nos portais da Secretaria Estadual de Saúde e no portal do Instituto Fernando Filgueiras (IFF) o Administrador da Unidade. O portal da Secretaria Estadual de Saúde, disponibiliza informações como o perfil, endereço e o fluxo de atendimento. Para maiores informações, ver: <https://www.saude.ba.gov.br/hospital/hospitaldamulher/> e no portal do IFF descreve o perfil do Hospital e as ofertas de atendimento. Maiores informações, ver: <https://fernandofilgueiras.org.br/unidades/hospital-damulher/>

contato com a secretaria da saúde da sua cidade para solicitar o seu cadastro na Lista Única e o agendamento de sua consulta ou procedimento.” Diante desse processo, elas descobrem as estratégias de como agilizar seu primeiro atendimento: enfrentar a fila no próprio Hospital ou buscar apoio de conhecidos, os "anjos da guarda" que possam indicar e viabilizar o primeiro acesso.

Destacamos aqui a resposta de Antroposofia, Auto-hemoterapia e Cromoterapia, que são bem significativas para o nosso estudo, em relação ao acesso para a primeira consulta. As demais informam que não tiveram dificuldades, mesmo que sua consulta não tenha sido próxima da data de primeiro acesso.

Antroposofia - Eles tinham um protocolo que você não podia entrar como todo hospital, né? Você não pode entrar de qualquer forma, né? Tem um processo pra marcação e você pega uma fila quilométrica e aguarda pra fazer todo o atendimento. Eu não sabia que era dessa forma. No momento eu estava com o meu peito muito inchado e muito aberto. Eu tinha numa fase de umas três a quatro feridas profundas, aberta na minha mama esquerda. Então assim eu estava muito desesperada. Então eu não sabia aonde procurar. Quem me orientou a procurar foi XXXXX e falou pra mim: vá pro Hospital da Mulher! Eu mandei fotos na época. Eu tinha fotos. Hoje eu não tenho mais. Pra mim, assim, é um prazer te mandar, mas eu não tenho mais fotos. E ela falou: procure o Hospital da Mulher, você vá lá! Tanto que eu fiquei em contato o tempo inteiro com ela. Fui lá, eu fui. Eles não me atenderam. Eu mostrei meu peito, tirei a blusa. Eles me mandaram pra assistente social, eu conversei com a assistente social, mostrei meu peito também, tirei minha roupa lá na frente de todo mundo, mostrei, chorei, pedi o atendimento, mas eles voltaram a me informar que não precisava me expor que o atendimento deveria ser feito através da minha unidade de saúde médica. A unidade que eu era assistida, no caso no meu bairro. E a minha dificuldade com o Hospital da Mulher foi justamente essa. Eu não consegui entrar de cara no Hospital da Mulher. Eu tive essa dificuldade. Eu senti falta, tipo, de uma emergência lá. Tipo, você ter um auxílio de chegar e você já ser atendida e eu não tive esse subsídio. Eu tenho essa, esse pensamento comigo, sabe? Assim, que poderia ser dessa forma. Mas a minha dificuldade foi essa. Quando eu cheguei com a minha mama esquerda muito machucada, eu não tive logo o acesso ao Hospital da Mulher.

Eu voltei pra Secretaria de Saúde porque todo o meu acompanhamento estava sendo particular. Eu descobri a mastite em uma clínica particular e o médico que me atendeu, era um médico muito antigo, então ele passou a medicação que não era pra eu tomar. Como ele passou a medicação que não era pra eu ter iniciado com essa medicação, meu peito abriu muito rápido. E foram várias outras feridas abriram junto, né?

Depois do Hospital da Mulher eu retornei pra Secretaria de Saúde de Lauro de Freitas e faz um tipo um formulário. Você preenche o formulário com seus dados, a solicitação, tudo direitinho e você aguarda pra você ser regulada pra o hospital, no caso o Hospital da Mulher. Você fica tipo em uma fila

aguardando ser chamada pra ir pro hospital da mulher. Eu dei entrada lá na Unidade Vida na regulação e aguardei. Porém, por também mostrar minha situação lá né? Nesse local eu fui informada que iria demorar uns três meses. Três a quatro meses para sair essa consulta lá no Hospital da Mulher. Que era pra eu procurar um meio, alguém que me ajudasse, alguém que me levasse até um superior pra que eu conseguisse essa consulta lá no Hospital da Mulher. Porque pelo sistema mesmo da regulação iria demorar bastante e assim foi. A minha consulta no Hospital da Mulher saiu quando eu já estava em tratamento no IPERBA.

Eu fiquei internada a fazer esse tratamento e aí eu conheci doutor MMMMM, que foi essa a minha ligação com o Hospital da Mulher. Doutor MMMMM, ele começou a me atender, fazer meu acompanhamento lá mesmo no IPERBA e me examinava, fazia ultrassons mamárias diárias quando ele ia me ver e quando a infecção, né? Que fez uma semana que a infecção deu uma parada, foi ele me encaminhou pro Hospital da Mulher, ele me orientou procurar um médico lá no Hospital da Mulher, não pegar fila. Não peguei fila, não tive acesso a fila, não tive acesso a todo esse transtorno, é muita gente! Ele pediu pra eu ir direto na recepção do Hospital da Mulher e dar o nome desse médico e dar uma carta que ele assinou pra esse médico contando o meu histórico. E aí eu passei essa carta pra o doutor e no imediato eu já fui levada pra recepção pra aguardar o atendimento com esse médico no Hospital da Mulher. O que completou um ano.

Auto-hemoterapia - *Eu tinha dois miomas e hemorragia. Passei primeiro na UPA de Marechal Rondon onde realizei exame e deu encaminhamento para o Hospital da Mulher. Liguei 156, passei um ano na fila. Dificuldade a gente tem e muita. E tem gente que acaba indo a óbito porque não conseguiram esperar, porque tá agravado. Para marcar no telefone, não consegue. É muito difícil. Não atendem, dá muito ocupado. É melhor marcar no próprio Hospital. Levei um ano. Até pensei em falar para um amigo e conseguir através de um amigo. Porque eu estava com dores e com hemorragia. Aí depois de dois dias recebi um telefonema do Hospital para a primeira consulta com o cirurgião.*

Cromoterapia - *Eu entrei para o Hospital com problema de endometriose. Eu fui enviada para lá. A gente tem que ligar, eu liguei e aí não é rápido. Tem muitos casos de C.A. Liguei em novembro e a primeira consulta vai ser para 16/03.*

Quando questionadas sobre a avaliação do atendimento, duas respostas chamam a atenção. Vejamos abaixo:

Aromaterapia - *Assim, pra os procedimento cirúrgico, procedimento de exame, procedimento de atendimento com médico, alguns médico, eu dou nota dez. Procedimento de atendimento: você chega lá determinado horário não sai antes de um turno ou quase o dia todo. A minha avaliação de atendimento de zero a dez, eu daria total seis. Por que? Porque realmente você chega lá de manhã, sai uma, duas horas da tarde. De manhã, eu falo no sentido de sei, cinco horas da manhã, quatro horas da manhã. Tem gente que chega lá quatro hora, mas eu não chego. Já cheguei cinco e pouca, seis hora e saio sempre*

uma. E tem vez que a gente chega lá seis e sai cinco, seis da tarde. E teve dia que eu cheguei para o atendimento da tarde, meio dia e saí oito horas da noite.

***Acupuntura** - O primeiro dia que eu tive no hospital eu já saí falando para minha mãe que eu não gostei do atendimento porque a médica mal olhou na minha cara, olhou só um exame e não quis olhar os outros exames. Por que aquilo? Minha mãe falou é por conta da epidemia e vamos respeitar aqui um monte de gente e tal. Só que na segunda consulta que eu já fui logo direto para o cirurgião que ele já marcou a cirurgia, ele também não me ouviu, foi em distanciamento. Então é o atendimento péssimo, não recomendo, não levaria parente nenhum meu para lá para Clínica do Hospital da Mulher, pelo que eu passei, entendeu? Peça a Deus que eu nunca precise nunca mais na minha vida Jesus.*

Passei por uns Bocados lá, né? Até 19 de outubro e foi encaminhado essa cirurgia minha que não fizeram a cirurgia e eu fiquei internada e ninguém chegou para conversar comigo para me dar alta ou até mesmo para ver como é que tava minha pressão, se eu ia desmaiar de fome, ou o que ia acontecer. Enfim, eu isolada no quarto sozinha, sem nenhuma companheira. Eu já saí doente, né? do Hospital da Mulher. Desde esse dia mas sempre com apoio de minha mãe: vai fazer sua cirurgia, você vai ficar boa, você vai sarar, lá é uma Clínica boa e tal. Eu volto, mas não gostei. Sem falar que essa cirurgia que eu fiz com anestesia geral, você não sabe o que está se passando, nem o que tá acontecendo com você. Eu sofri, sofri e tô traumatizada até hoje. Na minha opinião que eles não olharam na cara não foi por causa da epidemia não. Na minha opinião é porque o Hospital da Mulher, eu acredito, é muita muvuca, é um monte de mulher não tem esse controle de atendimento e respeito ao ser humano. Enfim. Eu achei péssimo, muito ruim.

Ao serem perguntadas se percebem diferenças no atendimento, entre as mulheres, todas respondem que não existem diferenças no atendimento. Mesmo que as entrevistadas tenham afirmado não haver diferenças na forma do tratamento, em função de cor/raça, percebemos contradições em suas respostas nas quais relatam a experiência pessoal vivenciada, concluindo que houve muito sofrimento e que jamais poderiam pensar que fossem tratadas de forma tão perversa no Hospital da Mulher, com marcas em seus corpos e falas. Um exemplo é o relato de Acupuntura, ao explicar da mudança de data de sua cirurgia, no momento em que estava já preparada para fazer a cirurgia, e é avisada que será cancelado o procedimento e remarcado para 15 dias à frente, o que, segundo Acupuntura avalia, piorou seu estado de saúde, pois o procedimento que fez 15 dias depois, após ter sido cancelado, deixou sequelas, de modo que precisou retornar para uma segunda cirurgia. Embora Auto-hemoterapia afirme que não percebeu diferença no tratamento, relata uma situação que deve ser aqui destacada. O fato em si é de chamar a atenção por se tratar de mulheres recém-operadas e que são submetidas a trocarem seus lençóis. Aqui não importa se o movimento vai machucar ou incomodar o corte, pontos, ou se a situação física permite tal esforço.

Acupuntura - Até o dia de hoje ninguém me falou nada como que foi cancelado. Eu passei por todos os mesmo procedimento que eu passei para fazer a segunda vez que eu fui para fazer a cirurgia. A médica que chegou, provavelmente eu acho que ia dar 8 horas. Chegou na minha sala e falou assim: a gente não vai fazer sua cirurgia. E eu falei assim: por que? Ela falou: o que eu posso te falar é o seguinte: você pode ficar aqui, esperando aqui oito dias, fica internada e espera com oito dias fazer sua cirurgia ou ir para casa, e amanhã você pode voltar e marcar. Eu falei: tudo bem. Só que eu já tava nervosa, minha pressão já tinha baixado. Minha pressão foi para cinco, eu não sei como não desmaiei. O dia todo com fome, uma noite e um dia todo com fome, entendeu? Eu não sei se é de costume do hospital fazer isso com outras pacientes, mas fizeram isso comigo. Infelizmente era para ser o procedimento e eles quiseram que fosse outro procedimento e a médica não deve ter aceitado. Pode ter sido isso. Porque esse procedimento que eu passei tô sofrendo, porque eu vou ter que voltar para fazer outra cirurgia. Eu não tinha muito sangramento, agora eu tô tendo sangramento. Não sentia dor, agora, eu tô sentindo dores.

Auto-hemoterapia - Não, no quarto que fiquei com três pacientes eu e mais duas foi a mesma coisa. Até as camas nós que trocamos os lençóis recém operadas. Quando a gente levantou para tomar banho, nós que tivemos que trocar os lençóis para poder deitar. Nenhum veio para trocar para a gente. Eu acabei até sujando o lençol, pedi um outro lençol e enquanto eu tava tomando banho, foi minha colega que trocou o lençol.

Quando questionadas sobre suas dúvidas em relação à doença e ao tratamento, apenas 3 participantes disseram que não obtiveram respostas satisfatórias da equipe do hospital.

Aromaterapia - Bom, eu passei por dois tipos de profissionais pra tratamento do câncer. O mastologista e um oncologista, fora os enfermeiros. Muitas vezes quando tirava dúvida com oncologista ele empurrava pra eu tirar dúvida com o mastologista ou enfermeiro. Então muitas vezes respondia minhas dúvidas sim. Mas tinha coisa que eu perguntava, principalmente quando eu ia fazer quimio eu perguntava a ele vai cortar o cabelo? Quais as reações que eu vou ter? Aí, muitas vezes empurrava pra outro profissional. A oncologista dizia: pergunta ao pessoal da enfermagem que vai aplicar a quimioterapia. E quando eu perguntava o pessoal da enfermagem dizia: o mastologista, oncologista responde. Então tinha coisas que eu mesma pesquisei pra poder tirar dúvida. Não respondia muito claramente. Não sei se era pra proteção, pra eu não ficar muito... sofrer antecipadamente uma coisa assim. Nem todas as respostas eu tinha imediatamente não. Em muitas vezes respondiam sim, tirava dúvida sim, porém outras empurrava pro outro colega.

Vou te responder como se eu fosse fazer uma avaliação de um aluno meu. Se eu faço uma questão avaliativa pra um aluno eu peço pra ele responder determinada situação. E eu esperarei saber o entendimento dele, a dúvida dele. Se ele não responde, é zero ou sem rendimento. Então, quando não responde aquilo que você não tem ideia que a gente não sabe tudo. A gente mesmo que a gente estude a área da gente não sabe tudo. Então fica, fica

devendo, fica faltando. E se falta, a avaliação é baixa ou é zero, né? Na verdade não é baixa, nem é zero. É sem avaliação. Não pode, não posso avaliar, porque realmente não foram atendidas a não ser que eu buscasse isso hoje via tecnologia, via Google, mas ali nem tudo tá seguro.

Antroposofia: *Assim, não. Quando eu sai do Iperba, ele já tinha um laudo que era, que sabia o que era, era uma mastite. Eu sei o que é mastite. Entre aspas, porque eu li muito na internet, né? Só que, até hoje eu não consigo entender, por que eu adquiri a Mastite? Meu filho mamou direitinho, não tivenenhum problema. Então, até hoje eu não sei porque eu tenho esse problemacrônico na minha mama. Então, assim, e nem eles conseguiram me explicar também, né? Eu saí com uma interrogação enorme do cirurgião. Porque o que doutor LLLLL tinha passado pra mim, era que a minha mama precisava ser reduzida, minha mama precisava ser reduzida porque pode voltar, né? Pode voltar a qualquer momento. Ontem mesmo eu estava questionando com minha mãe que sem ser a mama que já tem né, a ferida e todas as cicatrizes. A minha outra mama lateja, está latejando muito, sentindo muita dor. Então assim, o cirurgião disse que não ia reduzir a minha mama por causa do meu peso, e ele me deu alta do hospital, né? Concluiu meu atendimento e me deu alta do hospital. Eu senti que eu precisava ainda ser acompanhada, né? Por lá! Até ser acompanhada por nutricionista, endócrino, pra me ajudar nessa perda de peso, pra que eu pudesse fazer minha cirurgia. Mas foi encerrado ali. O ciclo se concluiu a partir do momento que não tinha mais nada. Nenhumvestigio de secreção. Eu perguntava tanto num hospital que eu fiquei internada quanto cá com eles. Eles não sabiam explicar. Eles viram meu exame, meu exame dava infecção, mas eles não sabiam me explicar. Não tinham todo aquele sabe? Eu não sei hoje como está, né? Mas, eu não fui, nãofoi todas as minhas dúvidas, não foram todas sanadas não. E ainda, ainda mepergunto bastante e tenho muito medo. Muito medo mesmo da minha mama abrir novamente.*

Acupuntura - *Eu questionei ao médico porque que fizeram tipo a cesariana e não tiraram o meu útero já que eu tenho tal e tal problema. Ele simplesmente olhou para minha cara e pediu um exame e disse que tiraram o meu ovário e minha trompa porque o tumor tava grande. Só isso, pela questão do tamanho do tumor. Já encaminharam para o cirurgião, foi muito rápido. Tô falando para você, não sei se durou 9 meses ou 6 meses. Foi tudo muito rápido. Dia 30 de maio tenho revisão, que já foi agendado pelo médico. Quero ver o que é que ele vai me dizer. Se vai me dizer a mesma história que a doutora do Posto daqui da cidade me falou, Eu vou perguntar para ele porque que ele não fez essa cirurgia e me fez passar por duas cirurgias.*

Quando são perguntadas se conhecem a Política Estadual de Atenção à Saúde da Mulher, todas dizem que não a conhecem. Quando questionadas sobre as práticas integrativas, apenas uma responde conhecer, embora nunca tenha se aprofundado a respeito. As demais nunca ouviram falar, mesmo depois de ter citado quais são as práticas.

Ao serem questionadas se o Hospital ofereceu, em seu tratamento, outras práticas de saúde para além da cirurgia, todas responderam que não, exceto Aromaterapia, que teve consulta com um Psicólogo:

Diferente, esqueci de falar, só o psicólogo. Além do oncologista, mastologista, ginecologista que eu tinha passado, o psicólogo. Ele estava comigo, conversava, tentava, né? A tirar meu, minha ansiedade ou em outras palavras que eu sou ser humano e tenho medo mesmo. Porque a minha primeira quimioterapia... essa me matou.

No âmbito do nosso estudo sobre como a integralidade é implementada no Hospital da Mulher, é possível, a partir do relato de suas próprias beneficiárias, levantarmos algumas indicações para a hipótese apresentada neste estudo, permitindo ainda considerações também a respeito do racismo institucional.

Em relação ao objeto de discussão proposto sobre a integralidade, a saúde integral é a ruptura de um processo hegemônico nas práticas curativas de saúde em detrimento das preventivas ou o convívio permanente das duas. É a ruptura da fragmentação e práticas complexas, com vista à totalidade. É o reconhecimento da centralidade do indivíduo, aqui falando das mulheres negras, das suas dores com atenção a outras dimensões que estão envolvidas: o contexto social, econômico e político. E não a prevalência de estar centrado em um único aspecto, mas sim atentando para o integral do ser. É o atendimento no interior das Unidades de Saúde contemplando o acolhimento, a transparência, o diálogo, a autonomia, a qualidade do serviço.

Inserir a integralidade nas Unidades de Saúde é a mudança de padrões e rotinas administrativas que não oferecem a dimensão da qualidade e rapidez como os instrumentos de procedimentos que são ofertados e priorizados no atendimento de doenças. Não está limitada à articulação apenas dentro de um ambiente ou de um equipamento de saúde. A integralidade está condicionada a mudanças nas práticas de saúde, nas quais ainda prevalecem à fragmentação e a ausência de autonomia de quem vai em busca de tratamento. No caso das mulheres negras, o adoecimento está em sintonia com outras dimensões que elas vivenciam.

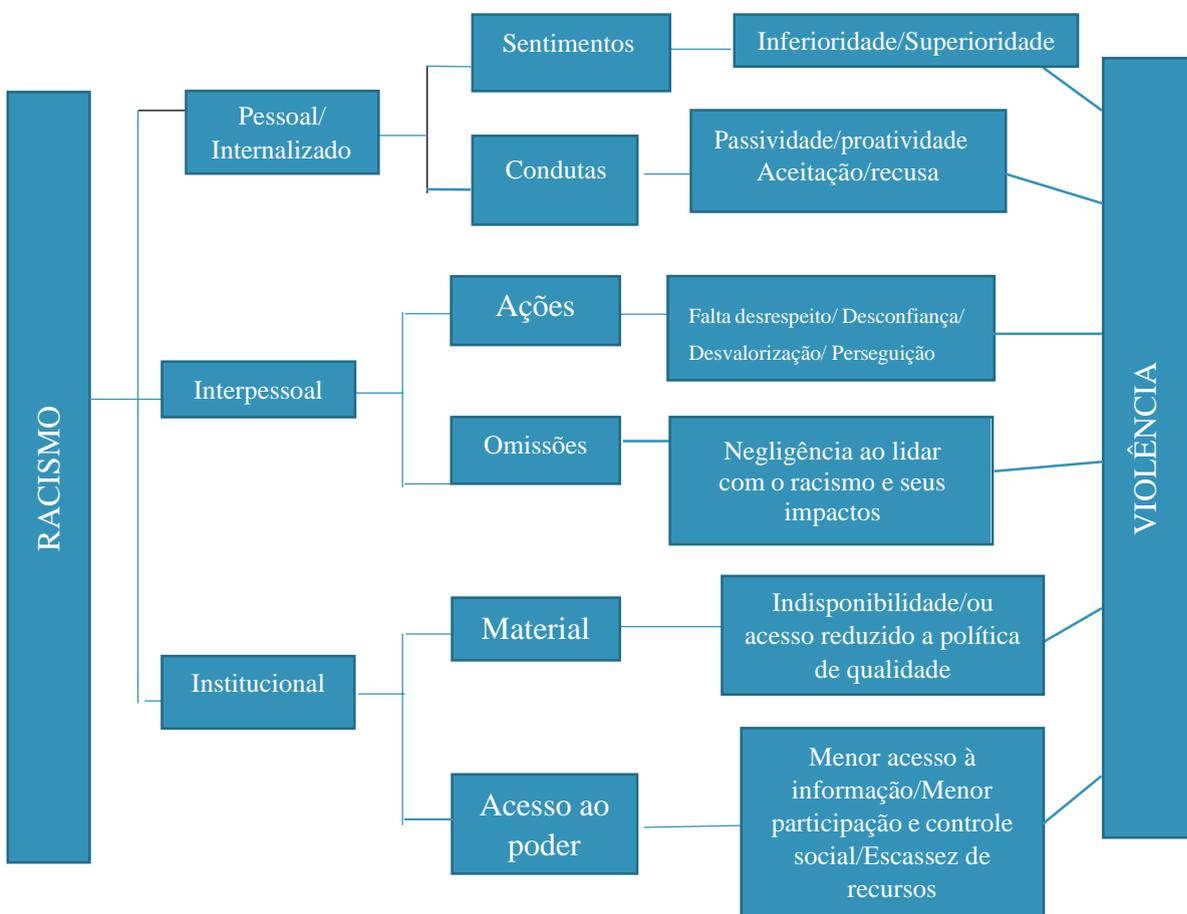
A existência da institucionalização de políticas de saúde voltadas para a população negra busca romper com o predomínio secular do assistencialismo, do racismo, da saúde fragmentada e dissociada do contexto onde vivem e atuam essas mulheres aqui entrevistadas. Da mesma forma a política de atenção integral à saúde das mulheres tem um impacto nas práticas de saúde, especialmente quando identifica as diversas mulheres e suas identidades, quando propõe a qualificação, o acesso ampliado, a humanização, o reconhecimento de práticas ainda existentes, com desigualdades étnico-raciais e o combate ao racismo. Ou seja, ambas institucionalizam e afirmam a existência do racismo nas práticas de saúde. Assim mesmo, ainda são limitadas suas proposições, por não contemplar na integralidade a mulher negra e suas especificidades. Deve prevalecer a integralidade na política de saúde para a mulher negra na perspectiva

emancipatória, não assistencialista, visando prevalecer o efetivo e permanente combate ao racismo nos equipamentos do Sistema Único de Saúde.

A integralidade é uma das diretrizes do SUS e como tal possui em sua essência alguns pilares de sustentação, sem os quais o Sistema fragiliza-se em sua plenitude. Um dos pilares já descrito é a autonomia das usuárias e seu empoderamento. O segundo é a qualidade da prestação de serviços em todo o ambiente de saúde. O terceiro é a articulação da saúde e do adoecimento com dimensões nas quais estão envolvidas estas mulheres negras, para além da dor de um órgão que a afligem. O quarto é a articulação intersectorial com outras políticas públicas.

A ausência de um dos pilares descritos acima compromete a integralidade na saúde, tal como foi defendida a inserção na política do SUS. E pode ser afirmado que a ausência em sua plenitude na atenção às mulheres negras é o reconhecimento, a afirmação da existência do racismo institucional, conforme demonstrado na Figura 2, abaixo.

Figura 2 – Quadro analítico: Dimensões presentes no racismo institucional



Com relação à figura 2, criada por Camara Phyllis Jones (2002) e abordada por Werneck (2016) em seu artigo sobre *Racismo institucional e saúde da população negra*, aqui o nosso objetivo é utilizar o conjunto de categorias tratadas pela autora, para se tornar objeto de análise das falas das entrevistadas. Ao analisar o racismo institucional, a autora conclui que o “(...) o racismo pode ser visto também como um sistema, dada sua ampla e complexa atuação, seu modo de organização e desenvolvimento (WERNECK, 2016, p. 541). As três dimensões tratadas por Jones e analisada por Werneck, “(...) apesar da intensidade e profundidade de seus efeitos deletérios, o racismo produz a naturalização das iniquidades produzidas, o que ajuda a explicar a forma como muitos o descrevem, como sutil ou invisível” (ibid, p. 541).

Assim, detalhamos nossa análise à luz da contribuição da Figura 2, proposta por Jones (2002), somado aos relatos das entrevistadas, sendo associadas três dimensões que identificam o racismo institucional: o pessoal, o interpessoal e o institucional, bem identificados em suas falas, com a aproximação do racismo verificado nas práticas de saúde, que revelam o “viés racial implícito” (ASSIS, 2018, p 549), imprimido no diálogo com profissionais de saúde e a própria instituição que ainda permanece com rotinas administrativas perversas em relação ao longo tempo de espera no atendimento, desde o primeiro contato até a realização de procedimentos necessários.

A dimensão pessoal está revestida de sentimentos e condutas de inferioridade/superioridade, passividade/proatividade. Na dimensão interpessoal, as ações e omissões compreendem a falta de respeito, as omissões, desconfianças, desvalorização e perseguição. E a dimensão institucional, em relação a material e acesso ao poder, compreende a indisponibilidade ou acesso reduzido a políticas de qualidade e menor acesso às informações, escassez de recursos e menor participação e controle social. Ambos se encontram sobrepostos, com nitidez ou sutilmente escondidos por detrás de normas e procedimentos que buscam escondê-los. Está evidente nas entrevistas o impacto das dimensões causadas nas entrevistadas, seja em seus corpos, emoções ou falas. Reagindo ou concordando, as entrevistadas vivenciam o racismo, embora em suas falas não afirmam que ocorrem um tratamento diferenciado por serem mulheres negras.

Para efeito de compreensão do uso da Figura 2, serão tratados os desdobramentos de cada dimensão, utilizando-se, para tanto, breves descrições das entrevistas como afirmações para as análises que pretendem ser discorridas.

SENTIMENTOS

Diante das dúvidas e medos ao enfrentar seus tratamentos, também são percebidos seus sentimentos no enfrentamento da doença, ao submeter à Unidade de Saúde suas fragilidades e perdas, como nos mostra Antroposofia, ao relatar sobre o casamento desfeito durante a doença, o sofrimento de lembrar o que passou. O sentimento expresso com as dores do pós-operatório e durante a avaliação ainda escutar do profissional, como Autohemoterapia escutou: *Aqui está tudo bem e você ainda traz muita coisa!*

Como tratar a demanda das mulheres frente ao universo do jaleco superior, branco e dominante? As entrevistadas respondem: afastando-se do Hospital, como estratégia e revolta; não recomendar ao hospital para amigas e vizinhas; dar continuidade em outras Unidades. Durante as entrevistas as mulheres choravam ao lembrar do processo pelo qual passaram e estão passando. A revolta de ter que retornar para fazer uma segunda cirurgia, quando em sua avaliação, Acupuntura afirma: *Poderia ter feito uma apenas.*

AÇÕES E CONDUTAS

A falta de respeito de profissionais de saúde em seu papel figurada com um jaleco e que comenta para a entrevistada ao recebê-la no Centro Cirúrgico: *Mais uma cirurgia? Ou: Não vou dar a dipirona. Você toma em sua casa!* A falta de respeito em manter mulheres à espera, seja em casa, aguardando um ano para serem incluídas na agenda de uma consulta, ou nove meses para marcar a cirurgia, ou na sala de espera para ser recepcionada e fazer a “ficha” que pode ser de cinco a mais horas de espera. Ou filas quilométricas como relatado por Antroposofia. Mulheres que se submetem, como a de Lauro de Freitas, que se ajoelhou implorando um tratamento, ou buscam conhecidos para reduzir o tempo de espera, ou mesmo são encaminhadas por seus médicos, em Postos de Saúde, a partir de um relatório. Assim, prontamente são atendidas e encaminhadas diretamente a profissionais que vão dar o acesso à porta de entrada no Hospital da Mulher.

Essa diferença do tratamento entre as mulheres é verificada, embora em suas falas não seja dito em nenhum momento das diferenças de tratamento. Essa diferença encontra-se em seus relatos na origem de seu atendimento, quando elas mesmas utilizam de suas estratégias para serem atendidas de imediato. Significa o rompimento de princípios previstos na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher em relação à equidade e facilidade do acesso. Apresenta a fragilidade e desafios do próprio acesso de usuárias nas ofertas de atendimento.

***Auto-hemoterapia:** Eu fui a última paciente do dia, a última cirurgia. E eles estavam em troca de plantão. Então, todo mundo com pressa pra ir embora e tal. Tanto que quando eu cheguei no centro cirúrgico, é que eu subi com o maqueiro. Quando eu cheguei, ele fez assim: aqui, a moça! Uma das técnicas, enfermeira que estava lá, fez assim: ainda tem paciente? Aí, tipo, eu estava tão contente que eu iria realizar um procedimento pra poder melhorar, mas automaticamente eu fiquei impactada com aquilo ali, com a reação dela, porque pra mim, pra mim, seria, ... é ... muito doloroso, pra mim seria muito doloroso eu ouvir isso.*

Ao mesmo tempo verifica-se em suas falas atitudes de não aceitação, de questionar, a proatividade diante da dor, como a Auto-hemoterapia que questiona sobre não receber um comprimido de dipirona, porque a profissional de saúde não queria furar sua veia. É o próprio conhecimento de si e do que está passando por horas em jejum, o que resulta na dificuldade do acesso na veia e se perceber desidratada.

OMISSÕES, INDISPONIBILIDADE OU ACESSO REDUZIDO À POLÍTICA

As omissões e indisponibilidade ou acesso reduzido à política são verificadas nas falas das mulheres, seja na negação de uma dipirona, no cuidado com o banho após 14 horas de procedimento cirúrgico, seja em colocar novo lençol na cama, cuja tarefa é indicada às mulheres que elas mesma façam, mesmo estando com 16 pontos frouxos, como explica Auto-hemoterapia. Ela própria relata que conta com apoio de suas próprias colegas de quarto, que também estão submetidas à recente cirurgia, ao medo do desconhecido e enfrentando suas próprias dúvidas e dores, em colocar novo lençol em sua cama. O acesso reduzido à política verifica-se em diversas falas das entrevistadas, especialmente a redução de se ofertar a atenção curativa em detrimento da preventiva e a presença de desigualdades étnico-raciais no relacionamento com profissionais.

Ao mesmo tempo, as próprias mulheres que dizem não conhecer a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde das Mulheres¹⁷ aprendem, a partir de suas próprias vivências, a

¹⁷ Em seus princípios e diretrizes, estão previstos na PEASIM, “a garantia da atenção integral e qualificada às mulheres” (BAHIA, 2016, p.82). Mais adiante, na própria Política, sete princípios são detalhados: I. Alinhada com os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade do SUS, a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde das Mulheres está orientada numa perspectiva ampla visando a promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde e deverá contemplar a mulher em todos os seus ciclos de vida, resguardando as especificidades das diferentes faixas etárias e considerando o enfoque de gênero, orientação sexual, os recortes raciais, étnicos, sociais, e a incorporação de grupos populacionais específicos. II. Garantia dos direitos das mulheres. III. Garantia do Acesso. IV. Respeito às diferenças: sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. V. Humanização: aqui compreendido como o estabelecimento de atitudes e comportamentos que favoreçam as relações interpessoais respeitadas, que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como um direito, que fortaleçam a capacidade das mulheres para tomar decisões e fazer escolhas adequadas às suas necessidades e ao seu contexto e momento de vida, e que promovam o acolhimento e resposta

questionar o direito de uma medicação. Verifica-se quando Auto-hemoterapia questiona o porquê não ter o acesso à dipirona ou a solicitar a retirada do acesso. Nessa falta de cuidado de profissionais de saúde em manter coberto o local, e no encaminhamento da médica que afirma os pontos estarem secos e a paciente estar pronta ao banho, percebe que já se encontra solto e segue até o Posto de Saúde e demanda a retirada do acesso.

As dúvidas que não são enegrecidas no contato direto com profissionais e o suspiro de alento em suas casas reforçam nelas a ideia de confrontar profissionais de saúde para saber sobre a mudança de procedimento cirúrgico e as diferenças de diagnósticos entre eles: uma médica que diz da não necessidade e o outro que diz sim, da necessidade.

O diálogo ausente entre mulheres e profissionais de saúde que resultam em seus depoimentos com o “*nem me olhou*”, “*deve ser a pandemia*”. Elas mesmas as defendem e respondem sobre o porquê não olham para elas ou para seus exames trazidos. A humanização tratada pelos princípios do Hospital deixa a desejar quando se verifica nos relatos das entrevistadas o que, de fato, acontece na relação entre mulheres e trabalhadoras(es) da saúde.

Suas dores e sentimentos não são totalmente percebidas nas ações de profissionais, a exemplo de um profissional que se volta a Auto-hemoterapia e diz: *Está tudo bem e você traz muitas queixas!*

Como tratar a demanda das mulheres frente ao universo do jaleco superior, branco e dominante? As mulheres respondem que pensam em se afastar do Hospital, não recomendar ao hospital para amigas e vizinhas, dar continuidade em outras Unidades, voltar ao hospital e por meio institucional a partir do protocolo de consulta, indagar sobre suas dúvidas e sofrimentos. E, ainda, manter o próprio silêncio como estratégia de ser aceita e continuar o tratamento mesmo sob suas próprias reclamações.

O tom de suas falas e as exclamações ditas nas palavras, quando recordam de sua vivência e experiência no atendimento, podem ser interpretadas como opiniões, a exemplo de Auto-hemoterapia que responde e enfrenta o micropoder da profissional de saúde, ao questionar sobre a negação de uma dipirona e o de se reconhecer como desidratada pelo fato de um intervalo grande de jejum, o que resultou em dificuldade do acesso à veia pela profissional de

às demandas das mulheres utilizando tecnologias apropriadas e as melhores práticas de acordo com as evidências científicas. VI. Melhores práticas: Promoção do acolhimento e resposta às demandas das mulheres utilizando tecnologias apropriadas e as melhores práticas de acordo com as evidências científicas. VII. Participação social: A participação da sociedade civil organizada, em especial do movimento de mulheres, deverá ser estimulada e apoiada em todo o processo de definição, execução e avaliação da Política de Atenção à Saúde das Mulheres. (BAHIA, 2016, p. 82-83).

saúde no momento de aplicar a medicação para dor, mas que concordou em entregar em forma de comprimido, depois de muitas solicitações.

Até mesmo no fato de as demais entrevistadas não apresentarem relatos de enfrentamento ou questionamento com os procedimentos passados e não conhecer a integralidade, verifica-se em seus relatos que a dor e o medo enfrentados, quando da descoberta de um diagnóstico, as fazem ter dificuldade de pronunciar o nome da doença. Pode ser interpretado à luz de Bardin (2000), quando de sua afirmação da cuidadosa leitura do escrito atrás de relatos e palavras, a entrega total de seus corpos, dores, medos e inseguranças nas mãos de profissionais de saúde, buscando ou não informações do tratamento, dando permissão à passividade frente ao medo e ao desconhecido.

A ausência de outras ofertas de práticas de saúde integrativas e complementares já adicionadas ao SUS e na política estadual nos permite interpretar a ausência de outras possibilidades que não sejam os procedimentos invasivos. A não oferta de tais práticas é possível ser interpretada como uma fragilidade da Unidade em relação à atenção integral para a saúde das mulheres, conforme a própria Política prevê.

Acrescenta ainda que, do ponto de vista de implementação de uma política estadual de atenção integral à saúde da mulher, pode ser interpretada também a não existência da integralidade, pressupondo a existência do racismo institucional, embora encontre-se descrito nas Políticas de Saúde de atenção à população negra e às mulheres, como ponto estratégico, o enfrentamento de práticas racistas.

Sobre a existência do racismo institucional presente em um equipamento público de saúde é possível estender essa discussão a outro patamar no qual estão inseridas as instituições. A instituição de saúde aqui analisada está inserida em uma estrutura de governo que a orienta e organiza sua gestão. As regras, rotinas e o padrão administrativo fazem parte de uma estrutura de governo. Lembrando a discussão tratada no início da dissertação acerca das contradições no interior das políticas públicas, remete aqui a mesma discussão sobre o movimento de contradição no interior das instituições e da estrutura que as representam. Ao mesmo tempo que existem as políticas públicas voltadas à população negra, à atenção integral à saúde da mulher, verificam-se as contradições postas quanto ao não combate explícito, permanente, diário em cada ação institucional. O racismo estrutural, pontuado na fala de Almeida (2019), é um fator determinante de situações corriqueiras que vão sendo encontradas e silenciosamente são escondidas. Para o autor:

Desse modo, se é possível falar de um racismo institucional, significa que a imposição de regras e padrões racistas por parte da instituição é de alguma maneira vinculada à ordem social que ela visa resguardar. Assim como a instituição tem sua atuação condicionada a uma estrutura social previamente existente – com todos os conflitos que lhe são inerentes –, o racismo que essa instituição venha a expressar é também parte dessa mesma estrutura. As instituições são apenas a materialização de uma estrutura social ou de um modo de socialização que tem o racismo como um de seus componentes orgânicos. Dito de modo mais direto: as instituições são racistas porque a sociedade é racista (p. 31).

Em entrevista recente ao blog *Extra Classe*, o professor Muniz Sodré, (2023) ao apresentar seu último livro *O facismo da cor*, explicita uma outra abordagem ao racismo estrutural e assume publicamente uma diferença apresentada por Almeida em seu livro *Racismo Estrutural* (2019). De acordo com Sodré (2023), o racismo não é estrutural. Somente no período da escravidão, para o autor, o racismo foi estrutural porque fazia parte de uma estrutura, que tinha os sistemas político, jurídico e econômico bem definidos. “O racismo estrutural para o autor se limita aos sistemas de apartação institucionalizada, como a segregação oficial nos Estados Unidos e o apartheid na África do Sul” (OLIVEIRA, 2023)¹. Após o fim da abolição, concorda Sodré (2023), que não tem fim o racismo, e sim a existência do racismo institucional, ou seja, a transmissão por meio das instituições. As instituições onde vão perpetuar o racismo, em sua análise são: família, religião, escola, exército, grupos de vizinhança.

Identificaremos adiante quando tratado a respeito desse debate ao discorrer sobre as práticas de saúde em uma instituição pública pertencente ao estado, diferente de Cabral, assumimos aqui uma posição em relação ao racismo, que ele também é estrutural, está presente, expressado e fortalecido pelas instituições desse mesmo estado e seus regramentos que fazem parte da estrutura de uma sociedade. Sem as instituições e o estado a estrutura não sobrevive e não tem como ser representada.

A diferença atribuída por Sodré (2023) quando se refere aos Governos dos Estados Unidos e da África do Sul é a existência de valores que se reproduzem dentro das instituições em um formato que perversamente busca não transparecer a ocorrência de padrões racistas.

Dito isso, é o que chama a atenção Bardin (2000), quando enegrece em suas palavras o cuidado com a semântica para interpretar entrevistas e traduzi-las como importantes banco de dados. Afirma ainda a necessidade de verificar a essência escondida na aparência. O revelar dessa essência nas ações, falas e procedimentos no âmbito de uma Unidade de Saúde, para o olhar de um estudo, deve atentar ao que está posto nas entrelinhas e nas falas de uma negação de dipirona, de verificar pontos frouxos e de forma perversa manter a alta e depositar o cuidado de possíveis problemas na própria mulher.

¹ In. I racismo é, sim, estrutural. Por Dennis de Oliveira. Disponível em: <http://celacc.eca.usp.br>. Acesso em: 25. Jul. 2023.

Evidenciou-se nas falas a perversidade da profissional em não reconhecer a autonomia das usuárias em relação à sua própria condição de saúde, visto que as mesmas ainda são tratadas de forma subalternas “como desprovida de inteligência, humanidade, capacidade de articulação política, não sendo pensada como alvo de cidadania plena”. (ASSIS, 2018, p. 549).

Sobre o racismo perverso e a invisibilidade de práticas racistas no Hospital, encontradas nos relatos das entrevistadas, é possível concluir sobre a permanência engessada de estruturas de práticas de saúde, ainda hierarquizadas com o predomínio de separação entre quem tem o conhecimento médico *versus* quem procura o atendimento, aparentemente desprovida de informação e conhecimento; quem tem o poder da palavra *versus* a não autonomia da outra sobre si e sobre seus corpos. Para tanto, deixa-se de lado uma das diretrizes da Política, a humanização, com o estabelecimento de comportamentos interpessoais respeitosos, prevalecendo a autonomia das mulheres em tomar suas próprias decisões (BAHIA, 2016, p. 84).

A rotina administrativa e médica leva a concluir a existência do poder cristalizado na instituição, e que remete às mulheres negras, usuárias do equipamento de saúde, a se manterem em uma posição desfavorável, vulnerável, quando se trata de si mesmas e do destino de sua saúde, sendo impedidas de opinar e alvo de indiferenças, quando utilizam de suas opiniões ao contestar sobre uma imposição de procedimentos ou até mesmo de uma medicação a ser usada. Outra consideração é o da proteção entre si, verificada nos relatos quando quem aparentemente tem o poder da palavra e decisão, na figura de profissionais de saúde que, entre si, protegem e não admitem diferenças de opiniões frente às usuárias. Apesar disso, a Acupuntura destaca em sua fala que, na próxima consulta, quer saber qual a posição do profissional, pois ela já tem uma resposta de uma outra profissional, após ser consultada em um Posto de Saúde.

A partir dos relatos das entrevistadas, é possível inferir mais uma dimensão que agrega a interpretação de Werneck (2016), ao usar o quadro analítico acima proposto por Camara Phyllis Jones: a dimensão da violência. A violência pode até ser incluída em superioridade e pouco acesso reduzido à política de qualidade. Para efeito de enegrecer o relato trazido pelas entrevistadas, foi necessário adicionar mais um retângulo na Figura 1, que possa ser interpretado por tal situação de ocorrência de violência, já também descrito em estudos teóricos, como, por exemplo, o de Assis (2018), e a própria Werneck (2016).

Ao acrescentar aqui no quadro de análise, a partir das falas das entrevistadas e que podem ser discutidas em todos os aspectos levantados por Werneck (2016), ao analisar situações de racismo institucional, aqui são destacadas como “violência disfarçada”, encontrado no diálogo perverso entre profissionais de saúde e as mulheres entrevistadas. Isso se evidenciou nos relatos sobre os procedimentos realizados sem considerar a autonomia e a capacidade de decisão frente às suas condições postas, por se encontrarem com privação de saúde.

A violência de retirar o curativo com menos de 24 horas de um procedimento cirúrgico; a verificação do estado dos pontos, adicionada com a omissão da médica em descrever e explicar

o ocorrido e, somente 17 dias após a cirurgia, a entrevistada descobrir como foram feitos os pontos, sua situação e natureza; a completa omissão da profissional. A esses elementos aqui caracterizamos de violência. Recorro a Assis (2018), quando discorre sobre as práticas cometidas em Unidades de Saúde de especialidade ginecológica e acrescenta ainda sobre o enfrentamento do racismo institucional e pontuar a necessidade de inserir a compreensão integral dos direitos humanos (Ibid, p. 568).

***Auto-hemoterapia:** Quando eu cheguei no quarto eu ainda nem senti as minhas pernas. Eu só vim sentir minhas pernas de manhãzinha, né? Que demorou muito pra poder voltar. E eu começo a sentir as pernas novamente. Eu tive muita dificuldade em tentar mexer. Porque veio enfermeira até a mim botou medicação e pronto, mas ninguém veio até a mim pra poder perguntar no caso como é que eu estava e nada disso. Enfim amanheceu. Quando deu em torno de umas sete horas, acho que foi sete horas, não me recordo. Veio o café, a menina colocou café lá. Eu tive que pegar meu café sozinha pra poder tomar, certo? Como eu já tinha feito dois procedimentos cirúrgico de cesariana, eu me senti como se ali fosse uma cesariana. Eu tentei dar o melhor de mim. (...) quando a enfermeira veio eu automaticamente pedi pra que ela, disse a ela que estava me queixando, estar me queixando mesmo de muita dor na coluna por causa da posição que eu fiquei deitada e ela pediu pra que uma fisioterapeuta viesse me ver. Aí ela foi, foi aí que a fisioterapeuta veio, me ajudou a levantar, eu estava de sonda, ela me ajudou a levantar, começou a andar comigo, caminhar pra um lado e pro outro né? Perguntou se estava aliviando as dores nas costas. Naquele exato momento aliviou um pouco né? Mas depois, eu continuei sentindo ainda esse processo, né? No caso da cirurgia ou das dores por conta da posição que eu estava deitada é... após isso eu voltei, deitei novamente na cama. A enfermeira entrou no quarto mandando a gente tomar banho, não tive assim, como eu tenho as duas colega que estava no quarto comigo Ela, automaticamente, a enfermeira mandou a gente levantar e tomar banho. Sem nem pedir ajuda, sem nem perguntar se a gente queria uma ajuda. Os lençóis da cama ela disse que a gente tinha que trocar, levantar, então a gente levantou, eu não tinha nem doze horas. Quer dizer, eu fiz a cirurgia, doze horas eu já tinha, eu fiz a cirurgia termino meu processo de terminou dezoito e dez, foi uma hora de cirurgia. Isso foi de manhã logo em torno de umas oito e pouca mais ou menos pra nove horas ela mandou eu levantar pra ir tomar banho. Fui tomar banho sozinha, né? Assim como as outras colega também ela pediu pra que levantasse e fosse.*

Não tivemos ajuda de nenhum enfermeira, nenhuma técnica para apoiar, dar o auxílio, nada disso, quem chegava falava e saía, no final que chegou uma moça dizendo se a gente tinha queixa de alguém. Mas até então quando ela passou a gente não tinha queixa nenhuma. Após isso, a experiencia foi péssima. A técnica que estava cuidando da gente, me medicando e medicando a colega do lado, foi um atendimento horrível, horrível, muito horrível. Porque primeiro, a mim mesma ela negou uma dipirona. Porque, como eles mandaram a gente tomar banho, automaticamente meu acesso molhou, ela não veio enrolar o acesso para não molhar, ela não veio falar nada, simplesmente uma passou, deu a esponja e sabonete mandou tomar banho, quando tomei banho meu acesso molhou, então estava quase soltando, então fui, saí do quarto, fui no posto de enfermagem, solicitei para a enfermeira que tava lá retirasse o acesso porque estava caindo, aí ela foi, tirou o acesso, eu fiquei sem acesso.

Tinha mais uma medicação para eu tomar, e a enfermeira falou: eu não vou dar, é dipirona. Você não precisa. Eu disse: mas eu tô sentindo dor. Ela disse: você tomou remédio nesse instante. Eu disse: Sim, mas tá doendo e aí ela pegou disse que não ia me furar, que dipirona você toma em casa. Eu fiz: Em casa? Fiz um processo cirúrgico tem pouco tempo e você está me negando uma dipirona porque não quer me furar novamente. Ela disse: Furar sem necessidade? Então eu disse: beleza, se você não quer me furar, não tem problema, então pega uma medicação em comprimido e me dá, e aí ela disse: eu vou ver o que eu faço. Passou um tempão, quando voltou, ela veio e disse: uma colega vai ti furar. Então ela mandou uma colega me furar, passou que uma colega me furar, não sei se ela tava com medo de furar não sei. A colega me furou toda e não consegui pegar meu acesso, eu estava desidratada, por conta que eu dei entrada no hospital dia 28, era em torno de 01h e 20 da tarde, eu dei entrada mesmo quando consegui fazer minha ficha era 5 e pouca da tarde, 18 e pouca, aí eles desceram com café para dar os pacientes que iam subir para internar, ou seja, tomei um pão e um suco e aí subimos, de 01 hora até 18 não comi nada porque estava aguardando para fazer a ficha. 18 comi esse pão e suco e subi.

E subi, meia noite, passaram e deram uma água de coco e disseram que a gente tava de dieta não podia comer nem beber nada. Porque o centro cirúrgico começa atender às 6 da manhã. Então automaticamente eles deram a água de coco nesse horário até outro dia quando fui fazer o procedimento na dieta zero, sem alimento e nada. Depois que fiz o procedimento, a minha dieta só liberou a dieta, era 23 h. E aí eu estava completamente seca com garganta seca, desidratada. Eu somente tomei na cirurgia, que vi, 1 litro de soro, depois que cheguei no quarto, quando cheguei no quarto tomei um litro de soro, e as medicações e ela não conseguiu pegar minha veia e minha veia não tem dificuldade de pegar. Ela não conseguiu pegar, depois foi quando ela veio de lá com o comprimido e me deu. Aqui ó! Para eu tomar, insatisfeita, tava insatisfeita porque eu pedi.

A médica passou, puxou o curativo, tirou curativo e que eu podia tomar banho e molhar pontos. Nunca me passou isso na cabeça. Eu fiz duas cesarianas e outra cirurgia de mamoplastia redutora e nunca aconteceu isso comigo. As enfermeiras tem todo cuidado de não molhar os pontos, pelo menos no período de 24 horas não molhar os pontos, sempre elas vêm, cobre para não molhar os pontos e a gente as vezes vai para casa, trocam o curativo e a gente vai para casa com o curativo. Isso nunca me aconteceu de sair do hospital com os pontos expostos, tipo, eu saí do hospital da mulher com os pontos expostos, tipo, protegido por minha calcinha, porque eu não saí com o curativo. Eu não saí. Então o que foi que aconteceu? Ela quando tirou os pontos, quando tirou o curativo, era em torno de umas 8h quando passou e disse: tá sequinho, podia tomar banho, podia molhar e Aquilo ali para mim era o cúmulo do absurdo. Disse que a pessoa já tava de alta. Eu Fiz a histerectomia, tirei o útero e tirei as trompas. Resumindo na minha biopsia deu 4 miomas e um cisto na trompa que eu nem sabia. Retirou dois órgãos e menos de 24 horas recebi alta do hospital e vim embora. Vim para casa, tive repouso em casa. Foram situações no hospital, no pós operatório para mim é negligente. Nunca me vi naquela situação.

Quando cheguei em casa, tive muito incômodo, muitas gases, tomando remédio para gases. Ela passou o remédio mais forte o tilex, dipirona e passou o tramal por cinco dias e aí depois que tomei o tramal deu uma aliviada e não tomei mais. Com 17 dias fui tirar meus pontos, meus pontos tavam abertos, estavam abertos, os pontos que foram dados estavam frouxos,

o ponto muito afastado e frouxo. Se eu não tivesse mantido repouso como eu tava tendo nesses dias, não iria ... Eu tive repouso absoluto mesmo, não fiz esforço nenhum e olhe que eu tava limpando, enxugando, deixando bem sequinho, botando rifocina para ajudar a cicatrizar, a secar. Os pontos tava frouxos e a menina no posto disse que eu tirei no posto, me disse que eu, tinham total de 15 pontos. A minha incisão da Cesária eles abriram mais para fazer a retirada. Eu levei o total de 15 pontos, eles tiraram 9 e ficou 6 pontos, a menina deixou 6 intercalado, um sim e um não para poder continuar a fechar porque a incisão tava aberta. Foi um processo muito doloroso. Porque fiquei com medo do que poderia acontecer. Porque quando cheguei no Posto e a menina disse que meus pontos tavam abertos, eu fiquei morrendo de medo, com muito medo, por conta de não fechar, porque meu medo é que abrisse mais. Eu tenho uma cicatrização muito boa, minha pele é fina, parece pele de bebê, Minha cicatrização é muito boa. Já tinha feito duas cesarianas, eu não fiquei nenhuma marca da cirurgia, não fiquei com nenhum queloide, nada disso. Mas nessa cirurgia no Hospital da Mulher eu fiquei com um pouco de queloide na minha cicatrização e a médica que tirou restante dos pontos no outro posto que eu fui depois de mais dez dias para tirar o restante dos pontos disse: aqui ainda tá aberto um pouquinho. Ele vai fechar. Porém, esses pontos não vai resolver mais de nada, porque seus pontos tá folgado. Então eu vou fazer assim: eu vou tirar e você vai manter repouso pra que ele feche. Se o ponto tivesse fechado, o que aconteceu foi assim, ficou o ponto como se tivesse colado por dentro e por fora como estivesse assim, ficou parecendo uma boca, uma parte de meus pontos, graças a Deus com um tempo ele foi juntando e conseguiu fechar.

A cicatrização tá maior, eu ainda tenho algumas manchinhas, a cicatriz ficou com queloide, a medica que tirou meus restantes dos pontos disse: procure um dermatologista porque você com certeza vai ficar com queloide e aí foi as palavras dela que realmente concretizaram. Depois mais de um mês foi marcada minha revisão, revisão foi para janeiro, quando voltei eu disse ao médico que estou sentindo dor, sentindo uns incômodos, muitas dores internas ele disse assim: você tá sentindo muita coisa. Tá tudo normal aqui e você tá sentindo muita coisa. Estranho!

Disse que eu já estava de alta do Hospital e que se eu sentisse qualquer coisa que eu poderia voltar pro Posto para ser atendida, então eu criei uma expectativa do Hospital da Mulher que eu ia fazer a cirurgia por ser um Hospital de referência, por ser um hospital que eu taria, eu taria na minha cabeça, eu fantasiei que ia dar tudo certo, que eu taria bem, eu seria bem atendida por ser um Hospital de referência da mulher. Eu saí de lá com meu psicológico abalado, eu sinto até hoje alguns incômodos internos, e o médico que me deu alta hospitalar disse que eu tava sentindo muita coisa, que tem gente no meu tempo tava correndo e jogando bola. Ele para mim foi sarcástico com a forma de ele falar. Não seria a forma dele agir. Enfim, esse é o Hospital da Mulher.

A agressão sofrida por Acupuntura, quando descobre após a cirurgia que ocorreu uma mudança do tratamento e que coube ao médico decidir, sem ter dado anteriormente a explicação para a entrevistada sobre a possibilidade de dois caminhos e suas consequências. A violência dessa mesma entrevistada, de ter que vir a passar por um segundo procedimento, após tentativa e erro do primeiro.

Eles não me falaram nada. Eu mesmo estava ciente de que ia ser que nem a primeira médica me falou que não ia ser essa mudança de plano. No meu retorno da cirurgia que eu fiz, eu fiz essa pergunta para o médico por que que a cirurgia de maneira diferente. Aí ele foi e falou assim, pelo teratoma que estava grande. Só que não. Doutora BBBBBBB olhou o exame aqui e disse que era, não tava em tamanho exagerado para ter tirado. Não precisava ter feito essa cirurgia. Daí tem uma doença. Ela cresce o útero e agora a questão já pela minha idade tudo bem já que fez uma cesariana, aproveitava e fazia tudo e eles estavam com exame na mão. Às vezes eu fico pensando foi por isso que a primeira médica marcou minha cirurgia e não quis fazer. Porque ela não ia fazer uma cesariana só para tirar um tumor em mim. Ela não ia fazer um corte enorme só para tirar teratoma localizado na trompa e do nada eu saí do hospital cortada precisando voltar de novo para fazer outra cirurgia e não recomendo a parente e nem amigo nenhum.

Por fim, a violência descrita por Antroposofia, de seu corpo estar marcado por uma dermatite e que, ao usar medicação, abre em sua mama uma infecção a ponto de a própria perceber que poderia perder sua mama. Adicionada ao sofrimento pessoal e emocional está a perda de seu relacionamento no período de seu tratamento e a busca de resolução para sair desse sofrimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta investigação, buscou-se identificar como é a integralidade – uma das diretrizes do SUS – nas práticas de saúde no Hospital da Mulher, em Salvador-Bahia, dirigida às mulheres negras. Foram verificadas as limitações quanto à implementação da integralidade, resumindo a busca de um atendimento aparentemente humanizado¹⁸, como se, por si só, fosse responder a amplitude de uma nova concepção adotada no SUS, e junto com a universalidade e participação social formam o tripé de um novo marco regulatório que rompe com a existência de um atendimento à saúde de forma fragmentada, seletiva a alguns profissionais ou simplesmente à saúde como caridade.

A integralidade aqui é compreendida como um direito. Discorrer sobre a saúde integral é uma estratégia de ruptura de um modelo fragmentado existente nas Unidades de Saúde, em suas práticas de saúde; de modelo de formação de profissionais de saúde, não contextualizado com a realidade; sair de uma concepção de políticas públicas de saúde não articuladas para uma abordagem diferenciada, sistêmicas e complexa. Transcender as articulações dentro do SUS e sim, entre as políticas públicas, a partir de uma implementação intersetorial, com vistas à promoção, proteção e recuperação da saúde. É o enfrentamento das iniquidades, desigualdades, da pobreza, do racismo institucional e o racismo estrutural que está bem presente até os dias de hoje. A implementação verdadeira da saúde integral é um movimento de ruptura da atenção fragmentada à saúde, do não reconhecimento da centralidade do cuidado com a pessoa, considerando-a como um ser histórico, político e social.

Houve, portanto, a confirmação da hipótese, a de que o tratamento de saúde ofertado às mulheres negras não abrange a concepção de integralidade, e que ocorre diferenças no tratamento ofertado às mulheres negras, ainda que as entrevistadas não tenham percebido a sutileza desse comportamento por parte dos profissionais de saúde.

Diante da inexistência de uma real implementação da integralidade na assistência à saúde, nos moldes previstos pelo SUS, é possível levantar algumas conclusões: a primeira é sobre a restrição do conceito, que se direciona apenas à atenção limitada e humanizada; a

¹⁸ Em 2021, o estado da Bahia, em conformidade com a Legislação Federal, institui a Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS – BA, cujos princípios são: a) Transversalidade; valorização e protagonismo dos sujeitos; gestão democrática e participativa; vínculos solidários, respeito às diversidades e singularidades. Para maiores informações, ver: Política Estadual de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – Bahia. Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos na Saúde. Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Coordenação Estadual de Humanização na Saúde, 2016. Disponível em: <<https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/POLITICA-ESTADUAL-DE-HUMANIZACAO.pdf>>

segunda é a ausência da intersetorialidade prevista, com a persistência de ações curativas em detrimento dos métodos preventivos. Ações de discriminação racial sutil e invisibilizada. A não implementação da política de saúde em atenção integral das mulheres e da população negra.

Para tanto, apresentamos algumas considerações abaixo que podem ser um contributo na discussão aqui proposta e direcionar novas ações em saúde e nos atos administrativos com foco na integralidade:

- 1) Mudança de um paradigma: sair de uma atenção à saúde fragmentada e curativa para um outro status de atenção à saúde complexa, por meio do enfrentamento real das iniquidades, desigualdades, da pobreza, do racismo institucional e do racismo estrutural, que estão bem presentes até os dias de hoje.
- 2) Não há como separar as três importantes políticas: a da Saúde Integral da População negra, a Saúde Integral das Mulheres e a de Práticas Integrativas. É preciso rever e construir uma ação combinada entre essas políticas, por serem inseparáveis no trato da assistência integral às mulheres negras.
- 3) Não basta ver a mulher como a reprodutora; ao contrário, deve-se perceber a mulher negra em sua integralidade, ofertando-lhe outras iniciativas médicas que estão à disposição no SUS.
- 4) As práticas complementares dialogam entre si, podendo a alopatia ser aplicada prontamente em diálogo com as práticas integrativas e adicionadas. As práticas integrativas buscam o cuidado em outros aspectos, para além da dor e da identificação de perdas de órgãos ou do medo e do desconhecido. Essas práticas vão acessar no tratamento, na cura, o cuidado em dialogar com esses outros aspectos. O encontro do cuidado emocional e o físico revelam a busca de um cuidado a caminho da complexidade do ser. Um outro trato é o olhar da medicina sobre as pessoas e suas complexidades.
- 5) Revisão da gestão e a rotina dentro das Unidades de Saúde em direção ao permanente combate de práticas racistas, patriarcais e sexistas.
- 6) Fortalecimento das UPAs e Postos de Saúde com profissionais para o atendimento integrativo a mulheres quando essas recorrem no trato de suas doenças e dores.
- 7) Políticas públicas específicas para mulheres negras, como resposta às condições históricas seculares, determinadas por uma racialidade patriarcal e opressora presente no país.
- 8) Revisão da Política Estadual de Saúde Integral da Saúde da Mulher inserindo a mulher negra em todas as ações, e não em uma situação específica, na condição

apenas por ser negra, mas considerar suas diferentes identidades (criança, adolescentes, adultas, na menopausa, indígenas, pescadoras, assentadas, marisqueiras, presidiárias, lésbicas, domésticas)

- 9) Tratar a atenção integral à mulher negra sem perder de vista o debate da pobreza acometida pelo não acesso a serviços públicos básicos (saneamento, habitação, transporte, cultura etc.);
- 10) Inclusão, na Unidade de Saúde, de formação permanente aos profissionais em relação ao combate de práticas discriminatórias e condutas antirracistas.
- 11) Articulação de práticas curativas associadas às ações emancipatórias preventivas.
- 12) Inserção de articulação institucional, para além dos muros da assistência na saúde nas práticas profissionais.
- 13) Revisão dos procedimentos administrativos que levam mulheres negras a permanecerem na sala de espera por mais de cinco horas ou em filas em busca de uma ficha.
- 14) Inclusão de práticas integrativas e complementares no cuidado, prevenção, promoção e assistência à saúde das mulheres, até mesmo em Unidades de Média e Alta complexidade
- 15) Divulgação da Política Estadual de Atenção Integral às Mulheres, especialmente as ações previstas às mulheres negras quilombolas.
- 16) Inclusão de práticas humanizadas no atendimento às mulheres, deixando a relação de superioridade e corporativismo.
- 17) Revisão do Estatuto Estadual de Igualdade Racial com a inclusão da saúde da mulher negra.
- 18) Revisão da Política Estadual de Saúde Integral da População Negra, reinserindo a atenção à mulher negra.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio. **O que é racismo estrutural**. Feminismos Plurais. Coordenação de Djamila Ribeiro. São Paulo: Pólen, 2019.

ASSIS, Jussara Francisca. **Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica**, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro-RJ, Brasil. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 133, p. 547-565, set./dez. 2018 547. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.159>>

BAHIA. Bahia de Toda Gente - **PPA 2004-2007**. Secretaria do Planejamento do Estado da Bahia. Disponível em: <https://www.seplan.ba.gov.br/wp-content/uploads/04_Programas_Poder_Executivo.pdf>

_____. Diretrizes estratégicas e programas de governo executivo – **PPA 2008 – 2011**. Secretaria do Planejamento do Estado da Bahia. Disponível em: <https://www.seplan.ba.gov.br/wp-content/uploads/Programas_de_Governo_por_Diretriz_Estrategica_Poder_Executivo.pdf>

_____. **Estatuto da igualdade racial e de combate à intolerância religiosa do estado da Bahia**. Disponível em: <<http://www.sepromi.ba.gov.br/arquivos/File/EstatutodaIgualdade.pdf>>

_____. Poder executivo - Eixo Estruturante Desenvolvimento Sustentável e Infraestrutura para o Desenvolvimento – **PPA 2012 -2015**. Secretaria do Planejamento do Estado da Bahia. Disponível em: <https://www.seplan.ba.gov.br/wp-content/uploads/20120223_175054_PARTE_03-Poder-Executivo-Eixo-II.pdf>

_____. **Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Secretaria da Saúde do Estado. Diretoria de Gestão do Cuidado. Área Técnica de Saúde da Mulher, 2016.

_____. **Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS – Bahia**. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Coordenação de Humanização do Trabalho na Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/POLITICA-ESTADUAL-DE-HUMANIZACAO.pdf>>

_____. **O PPA participativo: 2016- 2019** Disponível em: <https://www.seplan.ba.gov.br/wp-content/uploads/2_PPA_Participativo_v3.pdf>

_____. Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra. **Decreto nº 14.720, de 29 de Agosto de 2013**. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2023/02/Decreto-no-14-720_Politica-Estadual.pdf>

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2000.

BERGAMASCHI, Perez Rodrigues, TELES, Sheila Araujo; SOUZA, Adenícia Custódia Silva; NAKATAMI, Adélia Yaeko Kyosen. Reflexões acerca da integralidade nas reformas sanitária e agrária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 667-74.

<https://www.scielo.br/j/tce/a/scMDzFzmkKQvkXQsbT3VHyF/?lang=pt> Acesso em: 13/01/2023.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 6ª edição. São Paulo: Cortez, 2009

BOSCHETTI, Ivanete. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. **Revista Psicologia & Sociedade**; 15 (1): 57-96; jan./jun.2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/GQ38r6yqDBY7cBN4QtbsjSN/?lang=pt>>

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 out. 1988.

_____. **Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013-** Incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm. Acessada em 03/03/2023.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>

_____. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/npic.pdf>>

_____. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS** Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf>

_____. Ministério da Saúde. **O que significa ter saúde?** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude> Acessado em: 26/02/2023

CASTRO, Jorge Abrahão. (2012) Política social e desenvolvimento no Brasil. In: **Economia e Sociedade**, vol. 21, n. 4, dez. 2012 [especial] Disponível em: <<https://goo.gl/NySV56>>. Acesso em: 20/15/2022.

CYRINO, Rafaela. **Resenha do livro Mulheres, raça e classe, de Ângela Davis**. São Paulo: Boitempo, 2016. Mimeo.

COELHO, Edmeia de Almeida Cardoso, OLIVEIRA, Jeane Freitas, SILVA, Carla Tatiana, ALMEIDA, Mariza Silva. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009 jan-mar; 13 (1): 154-16. Salvador-Bahia. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/wBdMvhhJTLJnr7cC8S64NXx/?format=pdf&lang=pt>>

COSTA, Adália Raissa Alves da. **A seguridade social no plano Beveridge: história e fundamentos que a conformam**. Instituto de Ciências Humanas – IH Departamento de Serviço Social – SER/ Universidade de Brasília – UnB . Programa de Pós-Graduação em Política Social – PPGPS. Dissertação de Mestrado. Brasília, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/35579/1/2019_AdaliaRaissaAlvesdaCosta.pdf>

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. Tradução Mariana Echalar. São Paulo: Boitempo, 2016. Capítulo 6 – A grande virada (pp. 187-241).

DRAIBE, Sônia. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. **Caderno de Pesquisa** n.8. Núcleo de estudos de políticas públicas – NEPP – UNICAMP, 1993.

FLEURY, Sonia; OUVRENEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

FONTOURA, Rosane Terezinha; Mayer, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev Bras Enferm** 2006 jul-ago; 59(4): 532-7. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/x4pBbGbCnnXVJr7ZfzqDXBJ/?format=pdf&lang=pt>>

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, 2013; 37(99):571-79. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kw9SwtJ5SHMYty6dhTYvsGg/?format=pdf&lang=pt>>

GOMES, Nilma Lino. O movimento negro como ator político. In: **O movimento negro educador: saberes construídos nas lutas por emancipação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017, p. 21-39.

KLIASS, Paulo e CARDOSO JR. José Celso. **Três mitos liberais sobre o Estado brasileiro**. São Paulo, Brasil Debate, 2016.

LOTTA, G; FAVARETO, A. (2014) Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. In: **Rev. Sociol. Polit.**, v. 24, n. 57, p. 49-65, mar. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsocp/a/6PNRfxxr9CBqBMBHK58b6Hx/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 19/05/2022.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias; FARIA, Tatiana Vargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública**, 2017; v.33, supl.2, p.1-19, 2017
Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/23547>>. Acesso em: 11/12/2022.

MARANHÃO, César Henrique. Acumulação, trabalho e superpopulação: crítica ao conceito de exclusão social. In: **O Mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade**. Ana Elizabete Mota (org.). 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MATA, Gustavo Corrêa. A organização mundial da saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho, Educação e Saúde**, Vol. 3, N.2, p. 371 – 396, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/WyL7MYxk6YwKdMwJxZC4D3q/?format=pdf&lang=pt>>
Acesso em 13/01/2023.

MATTOS, Ruben Araujo. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (Orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. 232p.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf>
Acesso em:13/01/2023

_____. **Estratégia de la medicina tradicional**. 2002-2005. Disponível em: <<https://www.ufpb.br/nepfhf/contents/documentos/livros/fitoterapia/estrategia-de-la-oms-sobre-medicina-tradicional-2002-2005.pdf/view>>
Acessada em 13/01/2023

_____. **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2014 – 2023**. Disponível em: <[9789243506098_spa.pdf;jsessionid=7FA5E1FE9863475CFBEBD452320CCC36](https://www.who.int/publications/m/item/9789243506098_spa.pdf?jsessionid=7FA5E1FE9863475CFBEBD452320CCC36) (who.int)>

_____. **Promoção do papel da medicina tradicional nos sistemas de saúde: estratégia para a região africana**. 2000. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf;jsessionid=7FA5E1FE9863475CFBEBD452320CCC36?sequence=1>

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmem Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, 40 (n. esp.): 73-78, 2006. Disponível em: <SciELO - Brasil - Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte> Acessado em 13/01/2023

REIS, Denizi Oliveira, ARAUJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/year/sms-8830/sms-8830-5455.pdf>>

RIBEIRO, Lidiane Monteiro. **A saúde na Bahia nas primeiras décadas do século XX: da caridade à assistência pública**. ANPUH – XXV SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – Fortaleza, 2009. Disponível em <https://anpuh.org.br/uploads/anais-simposios/pdf/2019-01/1548772005_b0824f69807eba972e04ecce517239d9.pdf> Acesso em 11/01/2023.

SANGLARD, Gisele. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. In.: **Esboços - Revista do Programa de Pós-Graduação em História da UFSC**, Vol. 13, Nº16. Santa Catarina: 2007. Disponível em <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/119-Template%20da%20submiss%C3%A3o-453-1-10-20071024%20(3).pdf> Acessado em 11/01/2023.

SANTOS, Adriano Maia dos. Regionalização da saúde na Bahia: aspectos político-institucionais e modelagem dos territórios sanitários. In: **Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado** [online]. Salvador: EDUFBA, 2018, pp. 87-98. ISBN 978-85-232-2026-6. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523220266.0005>. Acesso em: 16/01/2023.

SANTOS, Milena da Silva. **Meszáros: defeitos estruturais de controle do capital e Estado** / Milena da Silva Santos. - 2021. 207f.: il. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro Ciências Sociais Aplicadas, Programa de pós-graduação em Serviço Social. Natal, RN, 2021. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/45470/1/Mezarosdefeitosestruturais_Santos_2021.pdf

SANTOS, Sônia Beatriz dos Santos. A área de saúde da mulher negra: considerações sobre racismo institucional. In: **Cadernos do LEPAARQ - Textos de Antropologia, Arqueologia e Patrimônio**. Laboratório de Ensino e Pesquisa em Antropologia e Arqueologia. Pelotas, RS: Editora da Universidade Federal de Pelotas, v.16, n.31, p – 134 -46, 2019. Disponível em: < <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/lepaarq/issue/view/878>>

SILVA, Livia Angeli; MASCARENHAS, Nildo Batista. A Política de Saúde na Bahia (1925-1930). **Revista Bahiana de Saúde Pública**. v. 43, supl. 1, p. 257-276 jan./mar. 2019. Disponível em: < 10.22278/2318-2660.2019.v43.n0.a3229>

SILVA, Gisléa Kândida Ferreira da; SOUSA, Islândia Maria Carvalho de; CABRAL, Maria Eduarda Guerra da Silva; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin, GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisboa. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/physis/a/KrS3WpRhWWS34mccMtyxXPH/?lang=pt>>

SOARES, Raquel Cavalcante. **Contrarreforma no SUS e o Serviço Social**. Ed. UFPE. Recife. 2020. Originalmente apresentada como tese da autora (Doutorado, UFPE, Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Serviço Social, 2010) sob o título: Contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social. Disponível em: < <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9499>> Acesso em 18/12/2022.

SODRÉ, Muniz. **O fascismo da cor: uma radiografia do racismo estrutural**. São Paulo: Vozes, 2023.

SODRÉ, Muniz. **O negro no Brasil é um lugar móvel**. Entrevista concedida em 23 de maio de 2023. Disponível em: <https://www.extraclasse.org.br/>. Acesso em: 24 jul. 2023.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>. Acesso em 15/05/2022.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. Sociedade, Política e Saúde na Bahia (1930-1950). *História: Questões & Debates*, Curitiba, volume 65, n.1, p. 263-284, jan./jun. 2017. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.5380/his.v65i1.53898>>. Acesso em: 01/01/2023

SOUZA, Islandia Maria Carvalho de e TESSER, Charles Dalcanale. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cad. Saúde Pública*, 2017. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/DkyXcQybgkSLYVCzMNpf9wS/?format=pdf&lang=pt>> Acessada em 13/01/2023.

SPOSATI, Aldaiza de Oliveira et al. **Os Direitos dos Desassistidos Sociais**. 2ª Edição. Ed. Cortez. São Paulo. 1991.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; PAIVA, Carlos Henrique. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, Vol. 21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?format=pdf&lang=pt>>

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. In: *Temáticas*, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. In: *Saúde Soc.* São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO**QUESTIONÁRIO**

- 1) Qual o motivo de estar sendo atendida no Hospital?
 - a) Prevenção de doença
 - b) Atendimento a alguma doença
 - c) Outro motivo
- 2) Teve dificuldade para ser atendida no Hospital da Mulher?
- 3) Quanto tempo é atendida?
 - a) Menos de um ano
 - b) De um ano a dois
 - c) Mais de dois anos
- 4) Qual sua avaliação do atendimento?
- 5) Suas dúvidas a respeito de seu atendimento são respondidas pelas profissionais, Sim ou Não. Se não, por que?
- 6) Se não foram atendidas, qual sua avaliação a respeito?
- 7) Você percebe diferença no atendimento aqui no Hospital entre as mulheres? Se sim, qual sua avaliação a respeito?
- 8) Já ouviu falar da Política Estadual de Atenção Integral da Saúde da Mulher? Sim ou Não
- 9) Já ouviu falar sobre a integralidade no atendimento a saúde? Sim ou Não
- 10) Já ouviu falar de outras práticas no atendimento a saúde que não seja cirurgia, uso de medicação ou outra intervenção? Sim ou Não. Se sim, qual?
- 11) Já foi atendida no Hospital com outras práticas de saúde que não seja o uso de medicação, cirurgia, quimioterapia, radioterapia? Sim ou Não. Qual?
- 12) Se foi atendida com outras práticas, qual sua avaliação?
- 13) Se foi atendida com outras práticas de saúde, resolveu a sua demanda de saúde? Como?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Título da pesquisa:**

A saúde da mulher negra no âmbito da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde das Mulheres: um estudo sobre a integralidade da saúde no Hospital da Mulher Maria Luzia Costa dos Santos em Salvador – Bahia

Nome do responsável: Maria do Socorro Normanha de Carvalho

Número do CAAE: (inserir após aprovação pelo CEP)

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pela pesquisadora e pelo participante/responsável legal, sendo que uma via deverá ficar com você e outra com a pesquisadora.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e Objetivos:

A pesquisa está voltada a importância de analisar um dos objetivos do SUS, que é a integralidade do atendimento, dentro das ações no Hospital da Mulher. A integralidade responde ao acesso de saúde preventiva e atenção à mulher em sua particularidade e complexidade.

Responder essa questão contribui na análise da importância do atendimento integral na saúde em acordo as diretrizes do SUS e da Política Estadual e a importância em atenção à saúde preventiva. Identificar sua ausência também é importante para compreender o porquê de não incluir no atendimento.

O estudo visa analisar o cumprimento das diretrizes e dos objetivos da Política Estadual de Atenção à Saúde Integral da Mulher, em especial à integralidade, a partir da compreensão de profissionais da saúde e de mulheres negras, atendidas no Hospital da Mulher, em Salvador, Bahia.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado (a) a responder uma entrevista, preferencialmente presencial, com duração de 20 minutos, durante seu horário de trabalho. As questões serão com opções de respostas pré-identificadas e também com perguntas abertas para recolhimento de opinião a respeito do atendimento recebido. Será utilizado o gravador como instrumento de fiel recolhimento das respostas. Não conseguindo de forma presencial, você receberá um link de acesso a um formulário com as questões a serem respondidas.

Os dados recolhidos por meio de entrevistas deverão manter sigilo e ao utilizar na análise suas informações, serão dados nomes fictícios como forma de preservação. Esses dados serão preservados e mantidos gravados para uso de estudo e pesquisa durante a confecção da dissertação. Serão armazenados até a conclusão e avaliação da dissertação. Ao final, serão descartados.

Deverá ser enviada uma cópia da dissertação à direção do Hospital após sua avaliação, pela Orientadora e professoras da Banca examinadora. Da mesma forma, uma cópia será disponibilizada de forma virtual para as entrevistadas.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora, por meio de telefone, e-mail. Assim como, em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria acadêmica da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (Flacso) das 09:00hs às 16:00hs na Avenida Ipiranga no. 1071, sala 608; CEP 01039-903 São Paulo – SP; telefone (11) 3229-2995; e-mail: maestria.estado@flacso.org.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, aceito participar:

Nome da participante da pesquisa:

Data: ____/____/____

Responsabilidade da Pesquisadora:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao (a) participante da pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa.

(Assinatura da pesquisadora)

Data: ____/____/____

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ LOCAL DO HOSPITAL DA MULHER

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: A Saúde da Mulher Negra no âmbito da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde das Mulheres: um estudo sobre a intregalidade da saúde no Hospital da Mulher Maria Luzia Costa dos Santos, em Salvador - Bahia

AUTOR (A) DO PROJETO: Maria do Socorro Normanha de Carvalho

ORIENTADOR (A): Livia Santana e Sant'Anna Vaz

INSTITUIÇÃO: Faculdade Latino – Americana de Ciências Sociais - FLACSO

PONTOS DO PARECER:

Após a análise do projeto em questão, a CLP do Hospital da Mulher identificou alguns pontos no projeto apresentado pela pesquisadora que inviabilizam a execução do mesmo dentro da Unidade.

Objetivo do projeto: Analisar o cumprimento das diretrizes e dos objetivos da Política Estadual de Atenção à Saúde Integral da Mulher, em especial à integralidade, a partir da compreensão de profissionais da saúde e de mulheres negras, atendidas no Hospital da Mulher, em Salvador, Bahia.

1. Esta Comissão identificou a necessidade de revisão estrutural e metodológica do projeto que impossibilitou a compreensão dos objetivos e modo de execução proposto na pesquisa.
2. Foi verificado que a pesquisadora não disponibilizou o Instrumento semiestruturado (roteiro base) a ser utilizado para realização das entrevistas aos pacientes e trabalhadores da unidade. Além disso, o Cronograma do Projeto se encontra desatualizado.
3. A pesquisadora encaminhou o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição de ensino que está realizando seu mestrado; contudo, como há o desejo do pesquisador em utilizar o Hospital da Mulher como local de pesquisa, a unidade se torna coparticipante e precisa avaliar a viabilidade de execução do projeto na unidade, e, ser inserido na Plataforma Brasil para submissão à avaliação ética do CEP da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Esta comissão entende que **não há viabilidade** na execução deste Projeto de Pesquisa no Hospital da Mulher. Com isso, esta Unidade se encontra disponível para uma reavaliação do Projeto, em caso de reencaminhamento do mesmo com ajustes.

Comissão Local de Pesquisa – Hospital da Mulher
Salvador - BA, Abril/2023