

Vulneração de gênero no âmbito do direito à saúde no Brasil: um olhar sob a premissa da obra “Holocausto brasileiro”

Gender vulneration in the scope of the right to health in Brazil: a look under the premise of the work "Holocausto brasileiro"

Angelita Maria Maders¹

Defensoría Pública do Estado do RS
Universidad de Chile

Sumário: 1. Introdução; 2. Prolegômenos acerca do livro “Holocausto brasileiro”; 3. Vulnerabilidade e vulneração de gênero; 4. A humanização da saúde frente à vulneração de gênero; 5. Conclusão; 6. Referências.

Resumo Em uma tentativa de aproximação com a literatura, neste artigo é analisada a vulneração de gênero no ambiente sanitário no Brasil. Para demonstrar a violação do direito à saúde a que muitas mulheres estão sujeitas, são trazidos fatos relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos, analisados paralelamente aos casos citados no documentário “Holocausto Brasileiro”, no intuito de sensibilizar acerca da premente necessidade de humanização dos serviços de saúde para concretizar a igualdade de gênero e suprir as omissões e o próprio silêncio que há nos discursos institucionalizados nessa tangente. A conexão entre a temática e a obra utilizada justifica-se para recuperar, no presente, o significado da violação de direitos e oportunizar a escrita de uma história diversa para o futuro. Para tanto, o texto está dividido em três partes. Na primeira, são reproduzidos aspectos inerentes ao referencial teórico adotado para justificar sua escolha e demonstrar o liame com a temática principal. Na segunda, é tratada a vulnerabilidade em sentido amplo para chegar à vulneração de gênero e, na terceira, a necessidade de uma retomada de princípios éticos universais à humanização na área da saúde para garantir equidade de gênero. O método utilizado é o hipotético-dedutivo de revisão bibliográfica

Palavras chave: Vulnerabilidade; vulneração; gênero; direito à saúde; humanização.

Abstract: In an attempt to approach the literature, this article analyzes gender vulnerability in the health environment in Brazil. To demonstrate the violation of the right to health to which many women are subjected, facts related to sexual and reproductive rights are brought up, analyzed in parallel to the cases mentioned in the documentary “Holocausto Brasileiro”, in order to raise awareness about the pressing need for humanization of health services. health to achieve gender equality and supply the omissions and the very silence that exists in the institutionalized discourses on this tangent. The connection between the theme and the work used is justified to recover, in the present, the meaning of the violation of rights and to provide the opportunity to write a different story for the future. To this end, the text is divided into three parts. In the first, aspects inherent to the theoretical framework adopted to justify their choice and demonstrate the link with the main theme are reproduced. In the second, vulnerability is dealt with in a broad sense in order to reach gender vulnerability and, in the

¹ Defensora Pública do Estado do Rio Grande do Sul, Mestre em Gestão, Desenvolvimento e Cidadania pela Unijuí, Doutora em Direito pela Universidade de Osnabrück, (Alemanha), Pós-Doutora pela Universidad de Santiago de Chile, e membro do Núcleo de Direitos Humanos da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul. E-mail: angmaders@hotmail.com

third, the need for a return to universal ethical principles for humanization in the health area to ensure gender equity. The method used is the hypothetical-deductive bibliographic review.

Keywords: Vulnerability; vulneration; gender; right to health; humanization.

1. Introdução

A realidade brasileira está repleta de casos vexatórios envolvendo a vulnerabilidade humana na área da saúde, notadamente em relação às mulheres. A mídia relata diferentes e novos casos de discriminação de gênero no ambiente sanitário a cada dia. Não é diferente na literatura, a exemplo do livro “Holocausto Brasileiro”, que retira das sombras a realidade do Hospital Colônia de Barbacena, no Estado de Minas Gerais, no qual, em torno de 60.0000 pessoas teriam morrido em razão das condições subumanas a que eram submetidas em nome do “tratamento de saúde”. Apesar de o referido documentário tratar mais especificamente da área da saúde mental e psiquiátrica, já que os pacientes lá internados supostamente apresentavam sintomas de doenças dessa natureza, há relatos de casos que não se enquadravam em tais diagnósticos, a caracterizar uma espécie de higienização social por distintos aspectos, também de gênero.

Justifica-se a utilização desse livro como base teórica deste texto para demonstrar a desumanidade que pode ser praticada na área da saúde e sensibilizar para mudanças. Sabidamente, trata-se de uma literatura de testemunho, que traz à memória fatos do passado, fadados ao esquecimento se não lembrados, e que podem orientar para o futuro. Afinal, a literatura de testemunho é capaz de dar vida e voz a quem ou àquilo que não foi vivido ou dito, porque permaneceu na sombra por força da dominação e dos desmandos daqueles que não permitiam viver ou falar. Além de proporcionar a catalogação de dados históricos, o documentário em testilha sensibiliza, auxilia na humanização do ser humano. Enfim, dá mais humanidade à humanidade, parafraseando Edgar Morin.² Aí está, pois, a ligação com a questão da vulnerabilidade na área da saúde, a qual é agravada quando se trata do sujeito mulher, por diferentes razões, inclusive de gênero, e em diferentes especialidades das ciências que se ocupam da saúde humana, especialmente, dos direitos sexuais e reprodutivos.

Este estudo bibliográfico busca, portanto, analisar a vulneração de gênero no ambiente sanitário no Brasil, sempre tentando estreitar a realidade, inclusive jurídica, com a literatura, neste caso, não a ficcional, senão a de testemunho, para demonstrar a violação do direito à saúde a que muitas mulheres estão sujeitas. Para tanto, ele está dividido em três diferentes planos que dialogam entre si utilizando o método hipotético-dedutivo, nos quais se faz uma revisão da literatura acerca do tema. No primeiro plano, são trazidos aspectos inerentes à obra utilizada para fins de justificação de sua escolha e demonstração do liame com a temática principal. No segundo, é tratada a questão da vulnerabilidade para se chegar à vulneração de gênero e, no último, a necessidade de haver uma urgente retomada de princípios éticos universais no que se refere à humanização na área da saúde para efetivamente dar vida aos direitos humanos das mulheres e minimizar a vulnerabilidade humana.

2. Prolegômenos acerca do livro “Holocausto brasileiro”

Como forma de situar contextualmente o livro utilizado como pressuposto teórico para retratar a realidade da vulnerabilidade humana na área da saúde e a título de introito, defende-se sua escolha pelo fato de ele evidenciar, por meio de dados históricos e testemunhos reais, as atrocidades a que foram expostas as

² MORIN, E. *O método 5: a humanidade da humanidade*. Tradução Juremir Machado da Silva. 5.ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

peças internadas no Hospital Colônia de Barbacena, estabelecido no interior do Estado de Minas Gerais, entre os anos de 1903 e de 1980. A vulnerabilidade e a (des)humanização são a temática principal deste artigo e foram documentadas na obra em questão, embora em um contexto diferenciado, pois trata de pacientes, em sua maioria, supostamente diagnosticados com problemas psiquiátricos. No entanto, é preciso esclarecer que não se pretende aqui trabalhar a questão manicomial, ao que se acredita, essa obra possa ser de profunda relevância, mas da questão da vulnerabilidade humana e, para fins de maior delimitação, da vulneração de gênero na área da saúde, cujo liame entende-se possível e pertinente.

O livro é de autoria da jornalista Daniela Arbex, que trabalha no Jornal Tribuna de Minas, onde é repórter especial; foi lançado em 2013, ganhou o segundo lugar do prêmio Jabuti na categoria livro-reportagem em 2014, além de ter sido eleito o melhor livro-reportagem do ano pela Associação Paulista de Críticos de Arte em 2013. Ele teve grande repercussão e serviu de base para um filme com o mesmo nome, estreado no ano de 2016 e produzido com exclusividade para a HBO, com exibição em mais de 40 países.

O documentário “Holocausto brasileiro” conta a história de décadas do Hospital Colônia, em que milhares de pacientes, aproximadamente 60 mil, teriam sido internados involuntariamente e sem que para tanto tivessem efetivamente sido diagnosticados com doença mental, local onde teriam sido torturados, violentados e utilizados em experimentos; mortos em razão das condições subumanas em que eram mantidos, situação que a autora apontou como genocídio, ou melhor, como um verdadeiro holocausto brasileiro. Muitos desses pacientes eram, segundo ela, apenas epiléticos, alcoólatras, homossexuais, prostitutas, mulheres ou adolescentes que foram engravidadas pelos patrões e ou desvirginadas antes do casamento, mulheres confinadas pelos maridos e que ali permaneceram sem que alguém se importasse com sua condição humana, com seu tratamento adequado, se efetivamente necessário, ou com seus gritos³ de dor ou de solidão.⁴

Ao vincular a obra em comento com o objeto de estudo deste artigo é importante pontuar a desumanidade com que eram tratadas as pessoas que ali chegavam conduzidas em um vagão de trem. Ao aportarem, essas pessoas tinham imediatamente suas cabeças raspadas, as roupas arrancadas e os documentos retidos, de modo que suas identidades e referências familiares eram substituídas por números de identificação; suas privacidades e individualidades eram aniquiladas pelo modelo de tratamento que lhes era dispensado sob o codinome “cura”. Ou seja, deixavam de ser pessoas. Além disso, como mencionado, no local não havia apenas pacientes com transtornos mentais. Segundo pesquisas realizadas, cerca de 70% desses pacientes não possuíam qualquer diagnóstico de doença mental ou psiquiátrica. Entretanto, a estigmatização da loucura, na época, com a privação do convívio social, ensejou internações arbitrárias de uma massa de marginalizados da sociedade, de modo que foram enviados para o Hospital Colônia aqueles que pertenciam a uma classe de excluídos sociais, que eram contrários ao padrão de modelo da sociedade da época,⁵ dentre eles, milhares de mulheres.

Ao tentar reconstruir uma história do passado, que data de aproximadamente 50 anos, a autora, certamente teve de fazer um exercício de

³ ARBEX. D. *Holocausto brasileiro*. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

⁴ O silêncio acerca da condição desses pacientes no Hospital Colônia, que fora fundado em 1903, já havia sido rompido no ano de 1961 por meio da publicação dos registros fotográficos de Luiz Alfredo na revista “O Cruzeiro” e, em 1979, quando teria sido publicada uma reportagem no jornal Estado de Minas intitulada “Os porões da loucura” e filmado o documentário “Em nome da razão”, de Helvécio Ratton. Entretanto, somente em 1980, portanto, oito décadas após, teve fim. Nesse sentido a entrevista com a autora do livro. Disponível em: https://www.vice.com/pt_br/article/ezg95a/holocausto-brasileiro-documentario-entrevista-daniela-arbex Acesso em: 19 abr. 2018.

⁵ ARBEX. D. *Holocausto brasileiro*. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 14.

outridade, colocando-se no lugar, ou melhor, ao lado dos personagens reais envolvidos nessa trama, que tiveram a oportunidade de romper com o silêncio que também os violentava, pois privava-os de narrarem a si mesmos. Para tanto, ela utilizou-se do depoimento de diferentes pessoas que tiveram, de algum modo, participação nos acontecimentos: pacientes e funcionários da instituição psiquiátrica. Então, sob diferentes perspectivas e de acordo com a experiência de cada um, tais fatos puderam ser relidos e contados para servirem de memória àqueles que não os viveram ou vivenciaram, mas que não desejam que voltem a acontecer.⁶

Tem-se, pois, que o livro em questão identifica-se como literatura de testemunho, pois traz, além da releitura da autora acerca dos fatos registrados, a documentação das testemunhas, por meio de seus depoimentos e relatos. Acredita-se que pela leitura desta obra, é possível recuperar, no presente, o clarão do significado da vulnerabilidade na área da saúde, da negação de direitos e seus reflexos a todos aqueles que um dia possam vir a se encontrar na condição de enfermo. A literatura permite penetrar nos problemas da vida, na complexidade do mundo e dos seres, pois, como dizia Todorov, “Como sair de si senão pela ficção, que nos coloca no lugar do outro e nos abre a comunhão de uma dor partilhada”.⁷ Sabe-se não ser possível narrar o indizível, reviver fatos vividos por outros no passado, que se colocar no lugar do outro não é suficiente para sentir o que aquela pessoa sentiu, por isso, importante é conhecer o passado, a história do outro para melhor compreendê-lo e respeitá-lo a partir do que viveu e para aprender com suas experiências a projetar ações presentes e futuras. Esse documentário, então, contribui humanizando, fazendo sentir, fazendo viver, impulsionando o pensar e repensar; abrindo possibilidades para se escrever um outro capítulo ou final à história da humanidade, no qual, quicá, a vulneração faça parte do pretérito, especialmente no que se refere à de gênero.

3. Vulnerabilidade e vulneração de gênero

Discorrer acerca do aspecto conceitual da vulnerabilidade não é tarefa fácil frente à complexidade que permeia esse princípio. Seu conceito está em constante construção e não é evidente nem para a bioética. Concepções amplas traduzem-no como base de toda a ética e como o mais importante princípio da bioética no que se refere à finitude da vida humana; também é visto como um princípio biopolítico do Estado. Já as concepções restritas baseiam-se, geralmente, no consentimento ou no dano para defini-lo, sendo criticadas, porém, por não abarcarem todo o âmbito da vulnerabilidade, por criarem estereótipos e ou não diferenciarem pessoas em maior ou menor grau de vulnerabilidade.⁸ O que se tem, entretanto, de mais irretorquível é que a vulnerabilidade é inerente à condição humana. Desse modo, todos os seres humanos são vulneráveis, mas não necessariamente vulnerados, pois vulnerados seriam aqueles que possuem a sua vulnerabilidade agravada em razão da situação em que vivem e ou por que passam, tema no qual se pretende chegar neste texto com relação às mulheres no campo da saúde.

Vulnerabilidade é uma palavra que vem do latim *vulnus* (eris), que, em seu sentido semântico, significa ferida. Ela pode ser compreendida como a possibilidade

⁶No intento de demonstrar que a literatura pode ser utilizada para tratar das questões sociais e jurídicas que permeiam a sociedade, recorda-se que Guimarães Rosa já havia se utilizado da literatura para tratar do simbolismo da loucura no conto “Sorôco, sua mãe, sua filha” do livro *Primeiras histórias*, que fora lançado em 1962, como a demonstrar conhecer o hospital Colônica de Barbacena, pois se referia aos trens que lá chegavam repletos de pacientes em busca de tratamento psiquiátrico (ARBEX. D. *Holocausto brasileiro*. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 28).

⁷ TODOROV, T. *A conquista da América: a questão do outro*. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 177.

⁸SOLBAKK J. H. “Vulnerabilidad: ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria?”. *Revista Redbioética/Unesco*. 2011;1(3), p. 89-101.

de ser ferido, excluído, segregado, marginalizado,⁹ seja no aspecto físico, seja no social. Ela possui três sentidos distintos na doutrina: é considerada uma condição humana, característica particular de pessoas e grupos ou princípio ético internacional. O primeiro sentido leva em conta a fragilidade da existência humana; o segundo toma em consideração, especialmente, o âmbito das pesquisas biomédicas envolvendo seres humanos e a defesa destes frente a eventuais abusos, enquanto que o terceiro tem base na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco (2005) que enuncia, em seu artigo 3º, a obrigatoriedade do respeito à vulnerabilidade humana e à integridade pessoal, tanto que grupos e indivíduos vulneráveis devem ser protegidos sempre que a vulnerabilidade humana for agravada por circunstâncias diversas.

Para Neves, a vulnerabilidade carrega em si duas significações distintas, sendo uma delas geral, como substantivo, universal e indelével, correspondente a todos os seres vivos em razão da certeza da morte, e outra específica, com função adjetivante, de característica contingente e provisória, relacionada a grupos, a exemplo das mulheres, crianças, idosos.¹⁰ A vulnerabilidade específica dos pacientes do Colônia foi bem retratada na obra *Holocausto Brasileiro* em face da desumanidade com que eram tratados e da precariedade do atendimento que eles recebiam, bem como da incapacidade deles de resistência frente ao sistema de saúde, já que não recebiam qualquer informação e ou consentiam com o tratamento que lhes era administrado.

A vulnerabilidade, como concebe Kottow, é uma dimensão antropológica essencial da existência humana, inerente à condição humana (vulnerabilidade primária), comum a todas as culturas; ser vulnerável significa ser ou "estar suscetível a, ou em perigo de, sofrer danos."¹¹ Além disso, os humanos estão predispostos a diferentes tipos de vulnerabilidade, seja pela morte, seja pela própria condição de existência, decorrentes de fatores sociais, a exemplo da pobreza, de falta de educação (vulnerabilidade secundária), que os tornam ainda mais vulnerados do que pelo simples fato de existirem.

As Diretrizes Éticas Internacionais do CIOMS, por sua vez, definem como pessoas vulneráveis aquelas "pessoas relativa ou absolutamente incapazes de proteger seus próprios interesses. De modo mais formal, podem ter poder, inteligência, educação, recursos e forças insuficientes ou outros atributos necessários à proteção de seus interesses."¹²

Schramm aprofunda a reflexão acerca da diferença semântica envolvendo a vulnerabilidade e considera todos suscetíveis a serem feridos em algum grau pelo simples fato de estarem vivos, mas essa suscetibilidade seria distinta em suas formas e graus para diferentes pessoas, o que conduz à diferenciação entre vulnerabilidade e vulneração. Vulnerabilidade, então, estaria vinculada a condições potenciais e vulneração, a condições concretas, ou seja, à vulnerabilidade consubstanciada:

De fato, se todos são potencialmente (ou virtualmente?)

⁹PERETTI, C. "Gênero, vulnerabilidade e HIV/AIDS: um olhar fenomenológico". In: SANCHES, M.A.; GUBERT, I. C. (Orgs.). *Bioética e vulnerabilidades*. Curitiba: Ed. UFPR; Champagnat, 2012, p. 131.

¹⁰ NEVES, M. C. P. *Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio*. Revista Brasileira de Bioética, 2006, p. 159.

¹¹ KOTTOW, M. "Comentários sobre bioética, vulnerabilidade e proteção". In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (Org.). *Bioética, poder e injustiça*. 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola; Sociedade Brasileira de Bioética, 2004, p. 72.

¹²COUNCIL FOR INTERNATIONAL ORGANIZATIONS OF MEDICAL SCIENCES (CIOMS). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*, Guideline 13. Geneva, Switzerland (julho, versão provisória), 2002. Disponível em: <www.cioms.ch>. Acesso em: 14 mar. 2014.

vulneráveis enquanto seres vivos, nem todos são vulnerados concretamente devido a contingências como o pertencimento a uma determinada classe social, a uma determinada etnia, a um dos gêneros ou dependendo de suas condições de vida, inclusive seu estado de saúde. Em suma, parece razoável considerar mais correto distinguir a mera vulnerabilidade da efetiva “vulneração, vendo a primeira como potencialidade e a segunda como uma situação de fato, pois isso tem consequências relevantes no momento a tomada de decisão.”¹³

No mesmo sentido, para Kottow, “La vulnerabilidad es condición universal de amenaza, no existiendo la dicotomía vulnerable-no vulnerable; no es un estado de daño sino de fragilidad. Si alguien deja de ser vulnerable es porque se há vuelto vulnerado.”¹⁴ O citado autor segue dizendo: “Quando el discurso social o ético habla de individuos o colectivos vulnerables, está soslayando que se trata de seres ya dañados y que requieren, por tanto, cuidados especiales em vista del desmedro específico em que están sumidos.”^{15 16}

A versatilidade conceitual da vulnerabilidade permite o reconhecimento de diferentes formas de vulnerabilidade que podem ser amenizadas se forem respeitados os direitos fundamentais e sociais básicos de cada pessoa em sua singularidade (o que não se deu no caso do Colômbia), adotadas ações negativas por parte do Estado que visem à proteção equânime das pessoas contra danos, de modo a evitar que sua vulnerabilidade seja transformada em lesão à integridade. No que se refere aos vulnerados, tem-se a situação fática do dano e suas consequências, que devem ser avaliados para a tomada de decisões e que ensejam cuidados especiais e ações afirmativas por meio de serviços terapêuticos e de proteção para diminuição dos danos e para haver uma maior empoderamento dos desfavorecidos, interferindo em sua dignidade, autonomia e integridade.¹⁷ Algumas pessoas carregam um estigma, um rótulo que as tornam ainda mais vulneradas, como era o caso dos pacientes do Colômbia. No caso das mulheres, são portadoras dessa simbologia de forma mais acentuada, dentre outros, as pobres, as negras, as prostitutas, as doentes mentais, aquelas que sofreram um aborto e ou mantêm uma vida “desregrada” no que se refere ao exercício da sexualidade.

Mas o que justifica a inclusão das mulheres nos grupos de vulnerados e não somente de vulneráveis no sentido genérico como se pretende demonstrar neste artigo? Um fator de vulneração é a desigualdade histórica, invisibilizada e naturalizada a que elas estão expostas. Outro é a falta de informação e de conhecimento, bem como de renda, ou seja, aspectos educacionais e econômicos, o que é agravado pelo fato de sequer perceberem sua condição de vulneradas, muitas

¹³ SCHRAMM, F. R. “A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública”. *Revista Brasileira de Bioética*, 2006, 2(2), p. 192

¹⁴KOTTOW, M. “Vulnerabilidad y protección”. In: TEALDI, J. C. (Org.) *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Unesco/Red Latinoamericana y Del Caribe de bioética/Universidad Nacional de Colômbia, 2008, p. 340.

¹⁵KOTTOW, M. “Vulnerabilidad y protección”. In: TEALDI, J. C. (Org.) *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Unesco/Red Latinoamericana y Del Caribe de bioética/Universidad Nacional de Colômbia, 2008, p. 341.

¹⁶ Kottow é médico oftalmologista e biotecnologista que, em razão de problemas de saúde que enfrentou, restou hospitalizado, oportunidade em que experimentou a condição de enfermo e vulnerado e testemunhou a desumanização do exercício da medicina, a coisificação utilitarista por uma prática de corpos a serem tratados e não de pessoas a serem cuidadas, após o que escreveu o livro “El pa(de)ciente: la medicina cuestionada”, chamando a atenção para uma necessidade retomada de consciência para devolver à medicina sua condição de prática social.

¹⁷KOTTOW, M. “Vulnerabilidad y protección”. In: TEALDI, J. C. (Org.) *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Unesco/Red Latinoamericana y Del Caribe de bioética/Universidad Nacional de Colômbia, 2008, p. 340-342.

vezes culpando a si próprias por violências sofridas, inclusive do próprio Estado que as deveria proteger. Nesse sentido, não se pode esquecer que a reprodução social de padrões explícitos e implícitos e a atribuição de papéis aos homens e mulheres perpetuou socialmente a crença na posição subalterna das mulheres em relação aos homens.¹⁸ Nesse contexto, as mulheres tornaram-se vulneráveis e oprimidas, o que se agrava quando constatado que elas são vítimas fáceis ou “escravas do risco” com relação a doenças sexualmente transmissíveis, por exemplo, já que confiam na relação conjugal aparentemente segura para cujo papel foram educadas, o que tem repercussão na saúde pública.

Um outro aspecto que não pode ser esquecido na questão da vulnerabilidade feminina é a questão do poder nas relações de gênero, sendo este entendido em sua forma ampla, para além da esfera afetivo-sexual das relações de gênero, alcançando a falta de acesso aos serviços básicos de saúde, empregos e salários dignos, moradia, segurança, entre outros. Nesse sentido, a vulnerabilidade feminina sob a ótica da questão de gênero incide sobre o processo de “[...] naturalização do feminino, remetendo-o às suas origens, ao contexto histórico de sua construção social, e aos inúmeros riscos aos quais estão submetidas as mulheres.”¹⁹ Nessa tangente e trazendo a questão da vulnerabilidade de gênero ao ambiente sanitário, Peretti esclarece que, quanto ao acesso aos serviços de saúde e à existência de políticas públicas dirigidas às mulheres, as mulheres pobres situam-se “nas mais extremas condições de vulnerabilidade enfrentadas por qualquer segmento populacional.”²⁰

Quando se fala de vulnerabilidade frente a doenças graves, a doutrina diferencia o estado de vulnerabilidade permanente, que se refere a uma exposição persistente ao vírus, do estado de vulnerabilidade circunstancial, que se refere a situações passageiras de exposição a infecções, por exemplo, diferenciando vulnerabilidade de vulneração. Eles envolvem uma conjugação de fatores individuais, programáticos, sociais e culturais, que são agravados quando as mulheres são negras, dependentes químicas, profissionais do sexo e ou pobres. A realidade biológica, contudo, não justifica o comportamento diferenciador do masculino e do feminino, pois o conceito de gênero é mais amplo do que o de sexo. Ele é constitutivo das relações sociais humanas, uma construção social construída historicamente, alimentada por símbolos e sobreposta ao corpo e também uma forma de significação de poder que leva à marginalização, à violência e às mais diversas formas de vulnerabilidade.²¹ Para ilustrar, seguem alguns dados que retratam a discriminação sofrida pelas mulheres no ambiente sanitário, onde deveria prevalecer o seu direito à saúde integral, sem qualquer distinção, a caracterizar a vulneração de gênero fundada em estigmas.

¹⁸ Para fins deste texto, vulnerabilidade feminina é sinônimo de desigualdade, como a condição de maior suscetibilidade humana devido a fatores sociais, culturais, políticos, econômicos, de gênero estabelecidos pela sociedade e como imperativo de cuidado, como sinônimo de imperativo moral, de responsabilidade ética pelo e para com o outro, que deve ser compartilhada por todos, como vulneração. O conceito de vulneração, então, refere-se a situações concretas de vulnerabilidade, já que as mulheres ainda não possuem políticas públicas adequadas e materializadas para combater a situação de vulneração a que estão submetidas, inclusive na área da saúde.

¹⁹PERETTI, C. “Gênero, vulnerabilidade e HIV/AIDS: um olhar fenomenológico”. In: SANCHES, M. A.; GUBERT, I. C. (Orgs.). *Bioética e vulnerabilidades*. Curitiba: Ed. UFPR; Champagnat, 2012, p. 128.

²⁰PERETTI, C. “Gênero, vulnerabilidade e HIV/AIDS: um olhar fenomenológico”. In: SANCHES, M. A.; GUBERT, I. C. (Orgs.). *Bioética e vulnerabilidades*. Curitiba: Ed. UFPR; Champagnat, 2012, p. 131.

²¹ BRASIL. *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. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

No Brasil, considerando apenas a situação das mulheres negras e tendo como norte os dados da pesquisa sobre a discriminação racial em hospitais e maternidades, públicos e privados, da cidade do Rio (Fiocruz e prefeitura do Rio de Janeiro), há um campo enorme para a ação e reflexão bioética que tem sido negligenciado. A referida pesquisa entrevistou dez mil mulheres imediatamente após o parto, de julho de 1999 a março de 2001. A conclusão: independente da escolaridade e da classe social, as negras recebem menos atenção que as brancas. Vamos aos dados comprobatórios da discriminação racial. Uso de analgesia de parto: apenas 5,1% das brancas não receberam anestesia, contra 11,1% das negras; ausculta de batimentos cardíacos do feto: 97,6% das brancas tiveram o batimento cardíaco fetal auscultado em todas as consultas, contra 95,9% das negras; medida do tamanho do útero durante o pré-natal: 85,4% das brancas responderam sim, contra 81,9% das negras; respostas às dúvidas durante o pré-natal: 73,1% das brancas receberam informações sobre sinais do parto e 83,2% sobre alimentação adequada durante a gravidez, contra apenas, respectivamente, 62,5% e 73,4% das negras; permissão de acompanhante antes e durante o parto: 46,2% das brancas puderam ter acompanhante, contra apenas 27% das negras.²²

Em 2010 foi divulgada uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, a qual apontou que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência contra seu direito à saúde no atendimento durante o parto no Brasil, sendo a mais corriqueira a proibição de um acompanhante ao lado da parturiente durante o parto, quando o acompanhamento deveria ser incentivado, por ser inerente à condição subjetiva da paciente e característica da relação social afetiva e familiar que se deve preservar. Situações como esta descaracterizam o humano e distanciam a área da saúde de seu mister como prática social. Como forma de corrigir tal situação, em 2014, foi sancionada a Lei 12.895, que obriga os hospitais conveniados com o Sistema Único de Saúde a informarem as mulheres e também a permitirem a presença de um acompanhante ao seu lado durante o trabalho de parto ou no pós-parto imediato.²³

Isso retrata que, no Brasil, o sistema de saúde pública carece de equidade em diferentes sentidos, e também com relação aos serviços endereçados às mulheres, especialmente na área da reprodução humana, pois existe uma diferenciação considerável com relação ao tratamento dispensado às pacientes do Sistema Único da Saúde em relação aos convênios, inclusive no que se refere ao direito de escolha sobre o parto.²⁴

²² OLIVEIRA, F. "Feminismo, raça/etnia, pobreza e bioética: a busca da justiça de gênero, anti-racista e de classe." In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (Org.). *Bioética, poder e injustiça*. 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola; Sociedade Brasileira de Bioética, 2004, p. 357-358.

²³ Nesse sentido reportagem publicada no Jornal Correio do Povo de 05 de maio de 2018, disponível em: <http://www.correiodopovo.com.br/Noticias/Geral/Saude/2018/05/649559/Humanizacao-do-parto-ainda-tem-longo-caminho-a-percorrer> Acesso em: 5 mai. 2018.

²⁴ A taxa de parto cesáreo no Brasil é de 44%, considerada a maior do mundo. Disponível em: <http://www.portalodm.com.br/taxa-de-partos-cesarea-no-brasil-e-a-maior-do-mundo-44-n-627.html>. Acesso em: 20 abr. 2013. Em 2017, o Ministério da Saúde apurou que 41,9% dos partos ainda são cesáreos na rede pública de saúde e que no setor privado esse índice pode chegar a 90%. Nesse sentido reportagem publicada no Jornal Correio do Povo de 05 de maio de 2018. Disponível em:

Esses são apenas alguns exemplos de situações que refletem a vulneração de gênero no ambiente sanitário. Mas há de ser considerado, ainda, que a vulnerabilidade é agravada também pela falta de investimentos por parte do Poder Público na prevenção e no combate às doenças, bem como na área da educação sexual e reprodutiva. Além disso, a capacidade de resistência das pacientes frente ao sistema de saúde é baixa, já que sequer podem escolher os profissionais que as atenderão, optar por diferentes métodos de tratamento, o que ainda é mais perceptível na saúde pública.

No livro "Holocausto Brasileiro", em uma aproximação, as situações de vulneração são visíveis do início ao fim; nele são retratadas várias práticas atentatórias à dignidade humana sob o pretexto de tratamento médico, diferentes formas de violação de direitos referentes à condição de gênero em virtude de rótulos sociais, morais e religiosos e de confisco da humanidade das mulheres,

[...] filhas de fazendeiros as quais haviam perdido a virgindade ou adotavam comportamento considerado inadequado para um Brasil, à época, dominado por coronéis e latifundiários. Esposas trocadas por amantes acabavam silenciadas pela internação no Colônia. Havia também prostitutas, a maioria vinda de São João del-Rei, enviadas para o pavilhão feminino Arthur Bernardes após cortarem com gilete os homens com quem haviam se deitado, mas que se recusavam a pagar pelo programa.²⁵

Já no prefácio, a apresentadora, Eliane Brum, chama a atenção para esse aspecto, pois lá também eram internadas pessoas sem qualquer diagnóstico de doença mental, dentre elas "meninas grávidas, violentadas por seus patrões, [...] esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, [...] filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento",²⁶ o que demonstra a naturalização e a invisibilidade da violência endereçada à mulher estigmatizada, que não aceitava os padrões sociais e morais vigentes. Para melhor elucidar, há o caso da paciente Conceição, que teira sido enviada ao Hospital Colônia aos quinze anos de idade somente pelo fato de ter reivindicado do pai igualdade de tratamento com relação aos irmãos quando teria exigido a mesma remuneração que ele pagava aos filhos homens que, como ela, trabalhavam na fazenda de Dores do Indaiá. Por sua atitude, ela recebeu como castigo a internação perpétua no hospital psiquiátrico, onde sofreu toda sorte de violações ao longo de sua vida.²⁷

A vulnerabilidade de gênero também restou retratada no documentário no que se refere ao exercício da maternidade e dos direitos reprodutivos, pois as mulheres grávidas que eram internadas não recebiam atendimento pré-natal e sequer podiam permanecer com seus filhos após o nascimento. Elas escondiam a

<http://www.correiodopovo.com.br/Noticias/Geral/Saude/2018/05/649559/Humanizacao-do-parto-ainda-tem-longo-caminho-a-percorrer> Acesso em: 5 mai. 2018. Para minimizar tal situação, a Organização Mundial de Saúde lançou uma cartilha com 56 medidas, dentre as quais a melhoria da comunicação entre o profissional da saúde e a paciente, dando a esta maior participação e opinião sobre o procedimento a ser adotado durante o parto, de forma a humanizá-lo. Para isso, um dos pontos centrais é reconhecer cada parto como único, a ensejar, portanto, a necessidade de conscientizar todos os envolvidos no procedimento acerca da participação da parturiente para evitar violência obstétrica (aquela que ocorre, por ato físico, verbal, simbólico, ou omissivo, de negligência, discriminação, tanto durante a gestação, quanto durante o parto ou após este, inclusive no atendimento de situação de abortamento), a exemplo da realização da episiotomia (o corte efetuada entre a vagina e o ânus para ampliar o canal do parto), sem o consentimento da paciente.

²⁵ARBEX. D. *Holocausto brasileiro*. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 30.

²⁶ARBEX. D. *Holocausto brasileiro*. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 14.

²⁷ARBEX. D. *Holocausto brasileiro*. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 39-40.

gravidez passando fezes na barriga para evitar a aproximação dos funcionários, que se mantinham afastados em razão do odor. Entretanto, isso não era garantia da permanência da criança com a mãe, já que os filhos lhes eram tirados logo após o parto.²⁸ Um caso emblemático relatado é o da paciente Sueli Rezende, que faleceu em 2011, aos 50 anos de idade, sem ter conhecido as duas filhas que lhe foram tiradas, mesmo sempre pedindo e rezando por elas. Uma delas, Débora Soares, que teria nascido dentro do Hospital Colônia, descobriu, após o falecimento de Sueli, que fora adotada por uma funcionária do referido estabelecimento e que era filha da interna. Quando soube de tal fato, buscou conhecer a história de sua mãe biológica e descobriu que ela fora impedida de exercer a maternidade e também de ser filha. Por sofrer crises de epilepsia, fora afastada do convívio dos pais quando criança e acabou sendo internada no Colônia, onde sofreu diferentes formas de violência. Lá permaneceu até falecer em decorrência de depressão e de problemas cardíacos.²⁹

O tratamento dispensado aos pacientes naquele estabelecimento agravava sua vulnerabilidade, colocando-se em situação de vulneração extrema, especialmente quando se estava frente a uma situação de gênero, seja no que se refere à higiene das mulheres no período menstrual, seja com relação à violência e a abusos sexuais, à maternidade, ao parto, e aos cuidados com os bebês que nasciam, pois não havia médicos e profissionais suficientes,³⁰ a alimentação que lhes era oferecida era insuficiente às necessidades vitais de um ser humano, situação que não era diferente com relação aos medicamentos, à higiene e ao vestuário, tanto que muitos morreram de frio.³¹ Isso sem falar do aspecto afetivo, emocional, já que os pacientes sequer recebiam visitas de seus familiares. Era como se eles não existissem, perdiam sua identidade,³² sua humanidade.

Como demonstrado no livro e nos casos citados, dos quais a história é testemunha e de cujo todo certamente há impossibilidade de apreensão, no mundo da saúde, o Brasil ainda sofre com a falta de equidade, inclusive após a previsão expressa da saúde como um direito social fundamental na Constituição Federal de 1988, pois o tratamento de saúde em geral ainda é precário em qualidade e não acessível a todos, apesar de sua universalidade, violador portanto, de direitos humanos, situação que transforma vulnerabilidade em vulneração e se agrava no campo da saúde sexual e reprodutiva da mulher.

4. A humanização da saúde frente à vulneração de gênero

Como se pode perceber, as desumanidades denunciadas no documentário “Holocausto Brasileiro” afetam este texto; afinal, servem como um contributo valioso para ensinar a olhar e a perceber a vulnerabilidade, que, em virtude da ação ou da omissão humana, acaba transformando-se em vulneração, como é o caso da área da saúde. No Brasil, a falta de investimentos por parte do Poder Público na prevenção, no combate às doenças e na própria manutenção dos serviços de assistência básica aos pacientes é sinônimo de vulneração, pois, a exemplo dos casos relatados no livro, não são raras as queixas dos usuários com relação à falta de profissionais, de medicamentos, de equipamentos, de atenção e cuidado pertinentes e até mesmo de alimentação e produtos de higiene para manter a qualidade dos serviços de saúde pública.³³

Vinculando a temática com a questão de gênero, no caso das mulheres,

²⁸ARBEX. D. *Holocausto brasileiro*. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 15 e 51.

²⁹ARBEX. D. *Holocausto brasileiro*. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 117-127.

³⁰ARBEX. D. *Holocausto brasileiro*. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 30.

³¹ARBEX. D. *Holocausto brasileiro*. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 47.

³²ARBEX. D. *Holocausto brasileiro*. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 29-30.

³³Modificar tal situação é meta do Programa Nacional de Direitos Humanos, o qual apresenta com objetivo estratégico, dentre outros, a ampliação do acesso universal a sistema de saúde de qualidade (PNDH-3, 2010).

esses fatores ampliam situações de violência e desigualdade, inclusive na área da reprodução humana e do corpo, já que vários são os fatores que potencializam o adoecimento destas. A vulnerabilidade individual e social a que cada mulher está exposta como pessoa ou como grupo é perceptível em diferentes setores pela insuficiência de políticas públicas destinadas à promoção da equidade e à supressão de distorções históricas de gênero e justificam uma reflexão bioética, nos termos do que propõe a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, ao reconhecer que “indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa.”³⁴

Os movimentos feministas e de mulheres têm atuado para que o Sistema Único de Saúde (SUS) contemple a atenção integral à saúde da mulher em consonância com os princípios de igualdade, equidade e universalidade que o formam sem se olvidar da prerrogativa da humanização do atendimento. Os estudos de gênero também auxiliaram na sensibilização dos profissionais da saúde para algumas doenças e ou sutilezas do processo de saúde relacionadas com a reprodução, a sexualidade, o corpo.³⁵ Uma parceria entre a sensibilidade de gênero e a prática sanitária foi selada quando da epidemia do HIV-aids, por volta da década de 90, período em que se constatou que não bastava o domínio da técnica terapêutica, pois era preciso conhecer a diversidade dos papéis masculino e feminino, que se expunham de formas diversas à epidemia. Mas há uma maior prevalência de problemas de saúde entre mulheres que pertencem a determinados grupos vulnerados, cujo estigma oculta a relação entre a vulnerabilidade e o agravo sofrido, que não é, no entanto, apreendido como decorrência de sua exclusão social, senão como um castigo decorrente de sua não aquiescência aos padrões culturais de gênero relativos ao exercício da sexualidade, como em alguns casos descritos no livro *Holocausto Brasileiro*, o que perpetua essa estigmatização. Percebe-se, todavia, uma certa invisibilidade nas demandas específicas na área da saúde por parte de mulheres prostitutas, dependentes químicas e também de transsexuais, mesmo após a universalização da saúde por meio da implantação do Sistema Único de Saúde e também do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher no ano de 1986, que sofreu modificações em 2004 para reconhecer as necessidades distintas dessas mulheres, que estão mais vulneradas ao contágio de diferentes doenças e espécies de violência, deixando-as, por conseguinte, sem proteção específica, o que fere o princípio da equidade previsto constitucionalmente, bem como a universalização do direito à saúde, nos moldes previstos no art. 196 da CF, que garante a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Outra questão a ser ponderada quando o assunto é vulneração de gênero e que não pode deixar de ser citada é a inerente ao aborto, cuja prática ainda ocorre, mesmo com o incremento no uso de anticoncepcionais nas últimas décadas. Sua prática com menor segurança e com a utilização de métodos menos eficazes e potencialmente mais danosos é relacionada à vulnerabilidade social, normalmente vinculada ao aspecto econômico e cultural, segundo Vieira Villela e Monteiro, já que as mulheres de mais escolaridade e maior renda teriam mais possibilidades de realizar um aborto mais seguro.³⁶ De acordo com as autoras,

³⁴ UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Brasília: Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília/Sociedade Brasileira de Bioética, 2005, p. 7, art. 8.

³⁵ DINIZ, D.; GUILHEM, D. “Bioética e Gênero”. In: FABRI DOS ANJOS, M.; DE SIQUEIRA, J. E. (Orgs.). *Bioética no Brasil: tendências e perspectivas*. Aparecida, SP: Ideias & Letras; São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, 2007, p. 97-98.

³⁶VIEIRA VILLELA, W.; MONTEIRO, S. “Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres”. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24 n. 3, Brasília, set. 2015. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000300019
Acesso em: 30 abr. 2018.

Metassíntese realizada com 398 relatórios de pesquisa e estudos empíricos mostra que no Brasil, o aborto é realizado, predominantemente, por mulheres entre 20 e 29 anos de idade, vivendo algum tipo de relacionamento estável, que trabalham, tem até oito anos de estudo e ao menos um filho vivo. Os principais motivos que as levam a interromper a gravidez são: impossibilidade de ter o filho naquele momento da vida; falta de condições econômicas; instabilidade no relacionamento conjugal/afetivo; recusa do parceiro em assumir a paternidade; e falta de apoio familiar. Uma em cada três mulheres não conta com qualquer apoio, seja do parceiro, da família ou de amigos, para realizar o aborto, e duas em cada três decide sozinha pela sua realização. Apenas duas em cada cinco mulheres contaram com orientação de profissional de saúde antes de usar a medicação. Das que buscaram um hospital durante ou após o aborto, cerca da metade referiu alguma forma de maltrato ou violência por parte dos profissionais, incluindo ameaças de denúncia à polícia. Relatos de maus tratos e de falta de qualidade no atendimento são recorrentes em pesquisas sobre o tema.³⁷

O tratamento dispensado a essas mulheres que teriam buscado atendimento hospitalar durante ou após a prática da interrupção da gravidez, em muitos casos, deixa a desejar em termos de qualidade, em que pese as mulheres que experimentem complicações decorrentes do aborto inseguro devam ter prioridade no atendimento, que deve ocorrer de forma acolhedora e humanizada de acordo com orientação da Organização Mundial de Saúde e com a normatização do Ministério da Saúde.³⁸ Não obstante, elas acabam sendo denunciadas à polícia pelos profissionais de saúde pela prática do crime de aborto. Em alguns casos, os profissionais recusam-se a prestar atendimento alegando objeção de consciência; tampouco encaminham a paciente para outro profissional, imputando a elas um sofrimento, um vulneramento ainda maior. Vários são os motivos para tal ocorrência, dentre eles fatores religiosos, estigmatização de gênero, preconceitos relacionados à autonomia sexual e reprodutiva das mulheres.³⁹

Pesquisas realizadas demonstram, ainda, que, para as mulheres negras, as chances de virem a óbito por causas relacionadas à gravidez, ao parto ou ao pós-parto dobram em relação às mulheres brancas, estando, portanto, mais vulneradas. De acordo com Lopes, mulheres negras de 15 a 29 anos representam mais da metade da taxa de mortes maternas no Brasil, o que corresponderia a 54% desses óbitos.⁴⁰ A pesquisadora aponta ainda outras diferenças no tratamento dispensado às

³⁷ VIEIRA VILLELA, W.; MONTEIRO, S. "Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres". *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24 n. 3, Brasília, set. 2015. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000300019 Acesso em: 30 abr. 2018, s.p.

³⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma técnica: atenção humanizada ao abortamento*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno; n° 4).

³⁹ VIEIRA VILLELA, W.; MONTEIRO, S. "Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres". *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24 n. 3, Brasília, set. 2015. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000300019 Acesso em: 30 abr. 2018, s.p..

⁴⁰ A desigualdade racial no âmbito da saúde pública é objeto de estudo da Doutora Fernanda Lopes e cujos dados foram apresentados durante a 4ª Conferência Nacional da Promoção da Igualdade Racial (Conapir), em Brasília, em maio de 2018. Disponível em: [Último Segundo - iG@http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2018-05-30/mulheres-negras-morte-materna.html](http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2018-05-30/mulheres-negras-morte-materna.html) Acesso em: 30 mai. 2018.

mulheres negras e às mulheres brancas durante o parto, seja com relação à utilização de recursos para aliviar a dor, já que as negras, com menos frequência, receberiam anestesia, banhos ou massagem, seja com relação à efetivação do direito de ter um acompanhante durante o parto e na maternidade, seja, ainda, com o fato de estarem mais sujeitas a ouvir expressões discriminatórias. Ela considera estas práticas racismo institucional, violência obstétrica e violência de gênero.⁴¹

A desigualdade no atendimento por parte dos profissionais de saúde com relação às mulheres constitui uma afronta aos direitos mais elementares de um ser humano, pois constitui negação de acesso à proteção e ao gozo de direitos. Isso demonstra que o Brasil, apesar de ter conseguido reduzir o número da mortalidade materna e de ter registrado algum progresso desde 1990 nessa área, ainda está longe de alcançar a meta estabelecida para o ano de 2015 pela Organização das Nações Unidas, que seria reduzir em 75% o índice de mortes. “A cada 100 mil nascidos vivos, ainda morrem no país uma média de 60 mulheres em idade fértil.”⁴²

Situações como as retratadas demonstram que ainda prevalece a desigualdade de gênero na área sanitária, pois as mulheres que contrariam os padrões de gênero referentes à maternidade e ou exercem sua sexualidade com mais liberdade são tratadas de modo distinto, submetidas a julgamentos morais dentro do sistema de saúde. Além disso, a prática da interrupção da gravidez e o contágio de doenças sexualmente transmissíveis, muitas vezes, também encobrem a realidade da vulnerabilidade socioeconômica e cultural dos envolvidos e a sociedade acaba fechando os olhos para essa situação ao indevidamente feminilizar essa responsabilidade.

Quando se trata da saúde integral da mulher, deve-se considerar que seus direitos sexuais e reprodutivos devem ser compreendidos como direitos humanos. Por isso o sistema de saúde deve levar em consideração a diversidade e as necessidades específicas da população feminina, norteados seu atendimento pelo respeito à diferença. Todos são e devem compartilhar sua responsabilidade na área da saúde sem retirar o caráter humano dos pacientes, pena de se banalizar a violência e a indiferença e de se esquecer que também existe humanidade na doença. Na promoção da saúde deve prevalecer o princípio da responsabilidade social, que perpassa a atuação estatal para exigir estratégias sociais de âmbito nacional e internacional a eliminarem as desigualdades e a promoverem o bem-estar dos grupos vulneráveis. Dentre estes, as mulheres, para evitar a reprodução das desigualdades provenientes de uma tradição de uma cultura sexista.

Buscar a equidade na saúde significa, pois, segundo a Organização Mundial da Saúde, que

[...] as políticas de alocação de recursos deveriam partir do princípio da existência de diferenças nas condições de saúde das pessoas e desenvolver ações tendentes a eliminar ou, ao menos, ao reduzir ao mínimo possível as diferenças

⁴¹ “A violência obstétrica começa no pré-natal. Então, quando a gente está falando lá na atenção básica que estas mulheres têm menos acesso à informação, isso é expressão de violência institucional. Se estas mulheres peregrinaram mais até conseguirem vaga no hospital, é expressão do racismo institucionalizado”, detalhou. No atendimento pós-parto, os índices também apontam para uma desvantagem das mulheres negras, principalmente as mais jovens, em relação às brancas. “Em uma avaliação da estratégia da família e da Rede Cegonha se observou que eram as mulheres mais jovens e negras que recebiam com menos frequência a visita da equipe de saúde da família durante o período de puerpério”, completou. Entre as propostas para enfrentar o problema, a pesquisadora sugere que o país melhore as pesquisas sobre percepções das pacientes sobre atitudes discriminatórias nos serviços de saúde. Disponível em: [Último Segundo - iG@http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2018-05-30/mulheres-negras-morte-materna.html](http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2018-05-30/mulheres-negras-morte-materna.html) Acesso em: 30 mai. 2018.

⁴² Disponível em: [Último Segundo - iG@http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2018-05-30/mulheres-negras-morte-materna.html](http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2018-05-30/mulheres-negras-morte-materna.html) Acesso em: 30 mai. 2018.

desnecessárias, evitáveis e injustas entre grupos humanos com diferentes níveis sociais.⁴³

Essa equidade deve ser garantida não somente aos grupos de pessoas de diferentes níveis sociais, mas também entre homens e mulheres e, tangencialmente a estas, às mulheres negras e pobres, normalmente mais excluídas e discriminadas. Por isso, no trato das questões da saúde, os profissionais devem também utilizar o critério da alteridade para preencher as lacunas deixadas pela legislação e pelas normativas éticas nos conflitos que envolvam a vulnerabilidade de gênero, porque ela permite que a mulher seja vista como protagonista, como usuária livre e responsável dos serviços de saúde ao restituir-lhe sua competência moral. Ela permite romper com o paternalismo e implica solidariedade e responsabilidade recíprocas. Implica humanização, ou seja, afirmação dos laços essenciais entre os seres humanos, que propiciam a reflexão, o compartilhamento das emoções, a capacidade de compreensão dos problemas da vida e da complexidade do mundo e dos seres. Sentir, pois, essa vulnerabilidade por meio da literatura utilizada e dos casos apresentados, enriquece a percepção e a visão de mundo e pode ser um passo em direção à mudança.

5. Conclusão

Compreender os fatos relatados no documentário *Holocausto Brasileiro*, além de situá-los em seu contexto original, auxilia a redimensioná-los, a problematizá-los em outros desdobramentos e sentidos, como se pretendeu fazer neste texto com relação à vulneração de gênero na área da saúde. Nesses desdobramentos, porém, surge o problema da apreensão do todo, da verdade e de sua transfiguração em busca de suas próprias verdades, tanto que, em sua extensão buscou-se sempre ponderar que, se a humanidade comporta a desumanidade por um lado, por outro, ela traz a condição elementar do humano, o *húmus*.⁴⁴

A autora, Daniela Arbex, buscou, por meio de seu trabalho jornalístico no documentário *Holocausto Brasileiro*, que serviu de referencial teórico para este artigo, dar voz a pessoas vulneráveis e retratar o descaso coletivo de profissionais da saúde, do Estado, do Judiciário e da própria sociedade, pois conhecedores da situação de desumanidade vivenciada por milhares de pacientes junto ao Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais.

A literatura utilizada para se fazer o viés proposto com relação à temática principal trouxe o cheiro da vulnerabilidade humana e da omissão do Estado e da conivência da sociedade com a violência praticada por pessoas contra outras pessoas em nome de tratamento de saúde. Dela se extraíram situações que foram transcritas para demonstrar o sofrimento, a dor a que eram submetidas as pessoas e como os estigmas podem vulnerar os já existencialmente vulneráveis, como é o caso das mulheres, pois toda história tem outra por detrás dela. Na área da saúde, estigmas como a prostituição, o aborto, a dependência química, acabam encobrendo as desigualdades e ou perpetuando-as, a exemplo das de gênero, mascarando-as, o que compromete o exercício dos direitos humanos das mulheres. Essa situação ainda é mais grave quando se tratam de problemas de saúde das mulheres pobres e negras, como retratado na obra e nos dados trazidos e analisados neste artigo para demonstrar o quanto ainda se está distante de alcançar a equidade de gênero.

Como se pode perceber, a desigualdade de gênero prejudica a autonomia feminina no exercício de seus direitos da sexualidade e da reprodução. As mulheres pobres são mais atingidas pelo descaso das próprias políticas públicas no que se

⁴³DE CARVALHO FORTES, P. A. "Como priorizar recursos escassos em países em desenvolvimento". In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (Org.). *Bioética, poder e injustiça*. 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola; Sociedade Brasileira de Bioética, 2004, p. 109.

⁴⁴ HEIDEGGER, M. *Ser e tempo I*. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2005, p. 263.

refere às escolhas reprodutivas, ao planejamento familiar, à educação, o que resulta em abortos clandestinos, esterilizações em massa, excessivo número de gestações não desejadas, contágio de doenças e, até mesmo, submissão a tratamentos sem uma adesão livre e autônoma - novas formas de vulneração que acabarão retornando ao sistema de saúde como alguma espécie de enfermidade.

O estudo alcançou seu objetivo na medida em que permitiu refletir acerca da realidade dos fatos colacionados e da necessidade de reconhecimento da vulnerabilidade e da vulneração de gênero na área da saúde, como veículo de ideias para constatar que as questões de gênero devem ser analisadas e discutidas como determinantes a serem consideradas quando da elaboração de políticas públicas por parte do Poder Público e com o apoio da sociedade com relação à saúde da mulher, que devem ser atendidas em todas as suas especificidades e ciclos vitais, resguardando-se e respeitando-se suas singularidades.

Ao aumentar a capacidade de ver e de sentir essa vulnerabilidade, a literatura utilizada permite a retomada da significação do que passou e estimula o desejo por mudanças. Essa relação entre os estudos de gênero e a literatura tornou mais visíveis determinados problemas de desigualdade e vulnerabilidade que antes talvez não eram percebidos ou eram apenas silenciados. A sensibilidade para as questões de gênero permite enxergar a própria existência e o vínculo com o mundo, amplia o cenário para os debates acerca de temas complexos, como o aborto e estimula a necessidade de adoção de ações educativas e preventivas no que se refere às mais diversas doenças que acometem as mulheres nos diferentes estágios de sua vida, de orientação quanto aos seus direitos sexuais e reprodutivos para fins de reduzir sua vulneração, e permite que novas e diferentes vozes, muitas vezes oprimidas, possam ser ouvidas. Alguém precisa escutar o grito das vulneradas!

6. Referências

- ANDRADE MARTINS, A. *Bioética, saúde e vulnerabilidade: em defesa da dignidade dos vulneráveis*. São Paulo: Paulus, 2012.
- ARBEX, D. *Holocausto brasileiro: 50 anos sem punição*. Tribuna de Minas, Juiz de Fora, 20 nov. 2011. Geral, p.3.
- ARBEX, D. *Holocausto brasileiro*. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BRASIL. *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. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma técnica: atenção humanizada ao abortamento*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno; n° 4).
- BRASIL. *Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)*. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Rev. e atual. Brasília: SEDH/PR, 2010.
- COUNCIL FOR INTERNATIONAL ORGANIZATIONS OF MEDICAL SCIENCES (CIOMS). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*, Guideline 13. Geneva, Switzerland (julho, versão provisória), 2002. Disponível em: <www.cioms.ch>. Acesso em: 14 mar. 2014.
- DINIZ, D.; GUILHEM, D. "Bioética e Gênero". In: FABRI DOS ANJOS, M.; DE SIQUEIRA, J.E. (Orgs.). *Bioética no Brasil: tendências e perspectivas*. Aparecida, SP: Ideias & Letras; São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.
- DE CARVALHO FORTES, P. A. "Como priorizar recursos escassos em países em desenvolvimento". In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (Org.). *Bioética, poder e injustiça*. 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola; Sociedade Brasileira de Bioética, 2004.

- FORTE RAULI, P. M.; TESCAROLO, R. "Bioética, vulnerabilidade e educação". In: SANCHES, M. A.; GUBERT, I. C. (Orgs.). *Bioética e vulnerabilidades*. Curitiba: Ed. UFPR; Champagnat, 2012.
- GARRAFA, V.; LORENZO, C. *Helsinki 2008*: redução de proteção e maximização de interesses privados. Rev. Assoc Med Bras. 2009;55(5).
- GUILHEM, D. "Bioética, gênero e saúde pública". In: DE CARVALHO FORTES, P. A.; CAMPOS ZOBOLI, E. L. (Orgs.). *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Edições Loyola; Centro Universitário São Camilo, 2003.
- GUILHEM, D.; GARBI NOVAES, M. R. "Ética e investigação em seres humanos". In: GARBI NOVAES, M. R.; LOLAS, F.; QUEZADA, A. *Ética e farmácia: uma abordagem latino-americana em saúde*. Brasília: Thesaurus, 2009.
- HEIDEGGER, M. *Ser e tempo I*. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
- KOTTOW, M. "Comentários sobre bioética, vulnerabilidade e proteção". In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (Org.). *Bioética, poder e injustiça*. 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola; Sociedade Brasileira de Bioética, 2004.
- KOTTOW, M. "Vulnerabilidad y protección". In: TEALDI, J. C. (Org.) *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Unesco/Red Latinoamericana y Del Caribe de bioética/Universidad Nacional de Colômbia, 2008.
- MORIN, E. *O método 5: a humanidade da humanidade*. Tradução Juremir Machado da Silva. 5.ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.
- NEVES, M. C. P. *Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio*. Revista Brasileira de Bioética, 2006, 2(2).
- OLIVEIRA, F. "Feminismo, raça/etnia, pobreza e bioética: a busca da justiça de gênero, anti-racista e de classe". In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (Org.). *Bioética, poder e injustiça*. 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola; Sociedade Brasileira de Bioética, 2004.
- PEGORARO, O. A. "Ética e ciência 1. Fundamentos filosóficos da bioética". In: PALÁCIOS, M., MARTINS, A.; PEGORARO, O. A. (Orgs.). *Ética, ciência e saúde: desafios da bioética*. Petrópolis: Vozes, 2001.
- PERETTI, C. "Gênero, vulnerabilidade e HIV/AIDS: um olhar fenomenológico". In: SANCHES, M. A.; GUBERT, I. C. (Orgs.). *Bioética e vulnerabilidades*. Curitiba: Ed. UFPR; Champagnat, 2012.
- SCHRAMM, F. R. "A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública". *Revista Brasileira de Bioética*, 2006, 2(2).
- SHERWIN, S. "Fundamentos da bioética feminista". In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (Org.). *Bioética, poder e injustiça*. 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola; Sociedade Brasileira de Bioética, 2004.
- SOLBAKK J. H. "Vulnerabilidad: ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria?". *Revista Redbioética/Unesco*. 2011;1(3):89-101
- TODOROV, T. *A conquista da América: a questão do outro*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Brasília: Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília/Sociedade Brasileira de Bioética, 2005, p. 7, art. 8.
- VIEIRA VILLELA, W.; MONTEIRO, S. "Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres". *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24 n. 3, Brasília, set. 2015. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000300019 Acesso em: 30 abr. 2018.
- WALDOW, V. R.; FIGUEIRÓ BORGES, R. "O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade". *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, aug. 2008, volume 16, n. 4.