

A saúde da mulher: a violência como problema de saúde pública e a importância do recorte étnico/racial

Ana Elisa Araújo Messias

Mestre em Ciências Sociais - Universidade Estadual de Londrina

E-mail: aelisamessias@yahoo.com.br.

RESUMO: A violência como fenômeno cultural e social sempre fez parte das relações sociais. E, em relação às violências cometidas contra mulheres negras, podem-se multiplicar os embates considerando os vários preconceitos dos quais historicamente são vítimas. Este artigo tem como objetivo analisar aspectos da violência contra a mulher como um problema de saúde pública sob uma perspectiva das relações raciais.

ABSTRACT: Violence as a cultural and social phenomenon has always been part of the social relationship. And referring to the violence against women the shock can be greater considering the great deal of discrimination which women are historically victims. This article aims to analyze aspects of violence against women as a public health problem from a perspective of race relations.

INTRODUÇÃO

A violência atinge todas as mulheres sem distinção de cor, classe, religião, grau de escolaridade. Mas não há como negar que as mulheres negras são expostas a uma carga a mais de violência – a étnico/racial. Para Brito, “a discriminação racial agrava o quadro da realidade das mulheres negras, tornando -as extremamente vulneráveis a todo tipo de violência e privações” (2004, p. 57); e segundo Oliveira (2003), o somatório do recorte étnico/racial potencializa a violência, indicando a necessidade de uma atenção diferenciada à sua saúde.

Assim, aglutinamos a esta reflexão um tema inserido nas discussões acadêmicas há poucos anos, mas que evidencia urgência nas ações – o reconhecimento do recorte étnico/racial na questão da saúde pública, do qual o racismo é fator somatório na vida da mulher negra.

O FATO DE SER MULHER NEGRA

Segundo Florestan Fernandes a transição do trabalho escravo para o trabalho livre foi relativamente mais fácil para a mulher negra (FERNANDES, 1965). As mulheres da “casa grande” possuíam mais chances de conseguir um emprego de serviços domésticos, pois durante muito tempo aprenderam sobre a administração de uma casa, de cozinhar a costurar. Com um contingente grande de negros e poucas contratações, pois houve exclusão do mercado formal ao preferir a mão de obra do imigrante europeu, foi designado à mulher negra o sustento da casa, de seus filhos e de seu companheiro. “Muitos homens passaram a negligenciar seu interesse em ‘ganhar a vida’, convertendo-se em dependentes sistemáticos da mulher em matéria de alimentação, alojamento e pequenas despesas cotidianas” (FERNANDES, 1965, p. 63).

Bernardo (1998) enfatiza que na década de 60 e 70, a maioria das mulheres negras na idade adulta não conseguiu se desvencilhar das atividades que exerciam

quando crianças, e continuaram em trabalhos, por exemplo, de empregadas domésticas¹ e embrulhadeiras de balas. Foram poucas que conseguiram qualificar sua mão de obra como costureiras.

Nessas lembranças ressalta o descrédito do próprio grupo a respeito da mobilidade ocupacional, mais do que isto, ressalta a discriminação que as mulheres negras sofriam, daí o descrédito na possibilidade de situações melhores de trabalho (BERNARDO, 1998, p. 54).

A mulher negra continua até os dias de hoje em plena desvantagem na sociedade brasileira, pois segundo Silva (1999), ela possui:

menor nível de escolaridade, trabalha mais, porém com rendimento menor, e as poucas que conseguem romper barreiras de preconceito e discriminação racial e ascender socialmente têm menos possibilidade de encontrar companheiros no mercado matrimonial especialmente se desejarem que estes possuam o mesmo nível social (SILVA, 1999, p. 73).

Portanto, a mulher negra, além de ter que comprovar competência, a um cargo pretendido, tem que lidar com preconceito e discriminação racial. “A questão de gênero² é, em si, um complicador, mas, quando somada à da raça, significa maiores dificuldades para os seus agentes” (SILVA, 2003). Para Bernardo:

as mulheres negras advém de uma experiência histórica diferenciada, marcada pela perda de poder de dominação do homem negro por sua situação de escravo, pelo exercício de diferentes estratégias de resistência e sobrevivência. Enquanto a relação convencional de dominação e subordinação social da mulher tem como complementaridade a eleição do homem como provedor, temos o homem negro castrado de tal poder enquanto escravo e posteriormente aliado do processo de industrialização crescente (BERNARDO, 1998, p. 43).

1 “O trabalho de empregada doméstica, em muitos casos, correspondia quase que à continuação do regime anterior e à impossibilidade da existência de uma vida privada, mas, na contingência da miséria, dava às mulheres negras o local onde dormir e alimento para continuar vivendo”. BERNARDO, Terezinha. A memória em preto e branco: olhares sobre São Paulo. São Paulo: EDUC/ FAPESP, 1998, p. 56.

2 No Brasil, a categoria gênero, como uma categoria de análise, foi introduzida a partir da década de 80 através dos estudos feministas (STOLCKE, 1991, p. 102). Esta categoria permitiu demonstrar que as referências culturais são sexualmente produzidas, ou seja, são determinadas pelo sexo do indivíduo, podendo este termo ser entendido como um instrumento que facilita a percepção das desigualdades entre homens e mulheres, não mais operando as diferenciações do sexo feminino e do sexo masculino sob determinações biológicas.

Quando analisadas as discriminações sob o aspecto gênero estas se tornam mais significativas. “A pobreza, a falta de oportunidades, a desigualdade de rendimentos e a discriminação atingem muito mais fortemente as mulheres que os homens” (GUIMARÃES, 2002, p. 69). Segundo Hasenbalg:

Se o racismo (bem como o sexismo) torna-se parte da estrutura objetiva das relações políticas e ideológicas capitalistas, então a reprodução de uma divisão racial (e sexual) do trabalho pode ser explicada sem apela r para o preconceito e elementos subjetivos (HASENBALG, 1979).

Segundo Stolcke (1991), até os anos 90, a teoria feminista abordava as mulheres como uma categoria social indiferenciada, sendo as pesquisas reportadas generalizadamente, ou seja, não se distinguia dados referentes à cor da mulher. A insatisfação e a necessidade de serem abordados os temas com um olhar mais amplo, fez com que a agenda feminista se reformulasse afim de, por exemplo, contemplar a ótica das mulheres negras que sofrem, além do preconceito de gênero, o preconceito advindo de sua cor. Ou seja, “a maneira como gênero, classe e raça se cruzam para criar não apenas fatores comuns, mas também diferenças na experiência das mulheres” (STOLCKE, 1991, p. 102).

Segundo Brito (2003, p. 57), “a discriminação racial agrava o quadro da realidade das mulheres negras, tornando-as extremamente vulneráveis a todo tipo de violência e privações”. Assim, aglutinaremos a essa discussão um tema inserido nas discussões acadêmicas há poucos anos, mas que evidencia urgência nas ações – o reconhecimento do recorte étnico/racial na questão da violência contra a mulher . E ainda, o racismo como fator somatório na saúde da mulher negra.

A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NEGRA

A prática de violência contra as mulheres negras marca a historiografia nacional. Segundo Brito (2003), Gilberto Freire, em “Casa Grande e Senzala”, retrata o papel da mulher negra no período escravocrata, onde esta servia como objeto de trabalho e como objeto sexual para os senhores e seus filhos , sendo a mulher negra vítima incontável de

um sistema de economia, de família e de patriarcado, subjugada a ser violentada em silêncio.

Saffioti (1987, p. 16) ressalta que “a supremacia masculina, perpassa todas as classes sociais, estando também presente no campo da discriminação racial. Na sociedade brasileira, a última posição é ocupada por mulheres negras e pobres”.

A violência contra a mulher atinge todas as mulheres sem distinção de cor, classe, religião, grau de escolaridade etc., mas não há como negar que as mulheres negras portam uma carga a mais de violência – a étnico/racial. Segundo Oliveira (2003), o somatório deste recorte étnico/racial potencializa a violência, indicando a necessidade de uma atenção diferenciada na abordagem, no enfrentamento e nas soluções, pois:

não enfrentar todas as dimensões da violência de gênero, incluindo a dimensão racial/étnica significa que nos dispomos a fortalecer o patriarcado, uma forma de ser e de sentir-se no mundo com todas as benesses conferidas por uma suposta superioridade divina e genética (OLIVEIRA, 2003, p. 45).

Neste sentido que estudos de temas como a violência contra a mulher, considerando as relações raciais se fazem urgentes, a fim de que a realidade brasileira vislumbre alguma mudança em suas relações, pois são poucos os estudos que englobam o recorte étnico/racial no tema violência contra a mulher ³. E esta é a nossa tentativa neste estudo, inserir na discussão da violência contra a mulher um dos aspectos da questão racial, pois como ressalta Oliveira (2003):

Enfrentar a violência doméstica, sexual e racial exige entender que, sem demolir os padrões culturais que a sustentam, nos limitaremos a cuidar de suas decorrências físicas e psicológicas, isto é, da condição de seqüeladas da violência doméstica, que é a marca das sobreviventes (OLIVEIRA, 2003, p. 46).

3MENEZES, Stela Nazareth; FARINA, Olga; RAMÃO, Sílvia Regina. Histórias de resistência de mulheres negras. Revista Estudos Feministas v.13, nº3. Florianópolis, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2005000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em maio de 2007.

RUFINO, Alzira. Avanço das mulheres: que mulheres? Centro de Estudos Feministas e Acessoria. Disponível em: <<http://64.233.167.104/search?q=cache:pQ5eBaUSFPgJ:www.cfemea.org.br/noticias/detalhes.asp%3FIDNoticia%3D635+mulher+negra+estat%C3%A4sticas&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=5&gl=br>>. Acesso em jul. 2007.

A VIOLÊNCIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E O RECORTE ÉTNICO RACIAL

A condição da mulher sempre foi permeada de desigualdades e preconceitos. Na área da saúde estas desigualdades foram reiteradas por uma ordem médica pautada em preceitos machistas e reguladores, sendo esta reguladora da ordem social. Segundo Costa, na sociedade brasileira do século XIX:

o machismo foi fundamental à ordem médico-política por várias razões. Em primeiro lugar, porque servia de corretivo aos homens menos hábeis, estimulando-os a alcançar o mesmo desempenho, ora pela incitação “cordial” à mudança, ora pela coerção brutal. Profundamente convencido de que o verdadeiro homem era dono da mulher e fiscal dos filhos, o “machista” tornava-se um ciumento guardião da moral higiênica. Estava sempre disposto a reprimir com violências físicas e morais de todos aqueles que, por incompetência ou rebeldia, ousassem contestar os novos mandamentos da conduta masculina (COSTA, 20 04, p. 253).

Porém, foi somente na década que 80, na II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ⁴, realizada no ano de 1988 na Austrália, que a saúde da mulher foi identificada e incluída entre as quatro áreas prioritárias na promoção de ações de políticas públicas saudáveis, através da Declaração de Adelaide. Esta Conferência seguiu os mesmos preceitos da Declaração de Alma-Ata, lançada pela Assembléia Mundial de Saúde em 1977 e da I Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde, realizada em 1986 em Ottawa. Segundo a Declaração de Adelaide, em sub-item intitulado como “Apoio à Saúde da Mulher”, foi proposto:

que os países comecem a desenvolver planos nacionais para a promoção de políticas públicas voltadas à saúde da mulher, nos quais os pontos da agenda do movimento de mulheres fossem respeitados e priorizados, incluindo como sugestão as seguintes propostas: igualdade de direitos na divisão de trabalho existente na sociedade; práticas de parto baseadas nas preferências e necessidades das mulheres; mecanismos de apoio à mulher trabalhadora, como: apoio a mulheres com crianças, licença-maternidade, licença para acompanhamento dos cuidados a filhos doentes (DECLARAÇÃO DE ADELAIDE, 1988, p. 4).

4 DECLARAÇÃO DE ADELAIDE. II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1988. Disponível em: <
<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>>. Acesso em 05 de Setembro de 2007.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988⁵ incluiu a saúde como direito social, proposto no Art. 6º: “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

A Universidade de Campinas (UNICAMP), como pioneira em atenção à saúde da mulher, desenvolveu desde o fim da década de 60 programas verticais que contemplassem a saúde da mulher de forma diferenciada, com o objetivo de promover atendimentos voltados para a “detecção e prevenção às mulheres de nível sócio-econômico mais baixo, integrada de uma forma simples e prática sem acarretar gastos excessivos” (PINOTTI, FAÚNDES, ZEFRINO, 1988, p. 20). Com a implantação destes atendimentos diferenciados chegou-se ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este Programa visava como primeiro avanço: “conseguir que, pelo menos nos aspectos biomédicos, se pense na mulher inteira e não em órgãos separados” (p. 22); Pensar a mulher como um ser integral, biológico e psico-social estava longe da conduta do sistema público de saúde, tanto público quanto privado. Assim, “a Unicamp reclama o mérito de ter influenciado o Ministério da Saúde para que adotasse esse modelo” (PINOTTI, FAÚNDES, ZEFRINO, 1988, p. 23). Porém, quando o Ministério da Saúde se refere à saúde da mulher, não cita em nenhuma das suas disposições a Universidade de Campinas na implementação do PAISM:

Em 1984, o Ministério da Saúde, atendendo às reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo. O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das

5BRASIL. Constituição de 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm > . Acesso em 16 de Junho de 2007.

mulheres (BRASIL, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher 2004, p. 16-17) ⁶.

A efetivação e estruturação de normas e disposições da saúde da mulher sob um recorte de gênero sofreram e sofrem dificuldades até hoje. Da mesma forma a luta pela inserção do recorte étnico/racial na saúde do Brasil foi travada com dificuldades, como ressaltou Fátima Oliveira (2003):

“Todavia, não tem sido fácil demonstrar aos governos, à sociedade e inclusive a profissionais e escolas de saúde, em âmbito mundial, a relevância de tais afirmativas. São generalizadas a incompreensão e a ausência de políticas de saúde como meios de combate ao racismo (OLIVEIRA, 2003, p. 95).

Segundo Costa (2004), a higienização pautada no controle dos corpos, disseminada a partir da década de 30, fez com que o racismo fosse institucionalizado também nas práticas de saúde. Estes preceitos de higienização serviram para incentivar o racismo e os preconceitos raciais, por defender um corpo sadio nos moldes de uma classe e uma raça dominante, “corpo robusto e harmonioso, organicamente oposto ao corpo relapso, flácido e doentio do indivíduo colonial” (COSTA, 2004, p. 13).

O cuidado higiênico com o corpo fez do preconceito racial um elemento constitutivo da consciência de classe burguesa. O racismo não é acessório ideológico, acidentalmente colocado ao *ethos* burguês. A consciência de classe tem, na consciência da superioridade biológico-social do corpo, um momento indispensável à sua formação. O indivíduo de extração burguesa, desde a infância, aprende a julgar-se superior aos que se situam abaixo dela na escala ideológica de valores sócio-raciais (COSTA, 2004, p. 13-14).

Assim, as práticas de saúde no Brasil foram pautadas em discriminação e preconceito. Porém, a partir da década de 80 houve um reconhecimento da necessidade do recorte étnico/racial na sistematização das práticas de saúde. Na II Conferência

6 BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em 06 de Junho de 2007.

Internacional sobre Promoção da Saúde ⁷, realizada em 1988 na Austrália foi disposto também que:

Todas as mulheres, especialmente aquelas de grupos étnicos, indígenas ou outras minorias, têm o direito à autodeterminação de sua saúde e deveriam ser parceiras plenas na formulação das políticas públicas voltadas à saúde, tendo assim assegurada sua identidade cultural. (DECLARAÇÃO DE ADELAIDE, 1988, p. 4).

No Brasil, em 1996, o Ministério da Saúde, organizou uma Mesa Redonda sobre a Saúde da População Negra onde constatou:

1. A população negra brasileira é muito particular do ponto de vista genético. Não corresponde a nenhuma outra população de qualquer parte do mundo; 2. Os dados históricos são bem conhecidos; estudos demonstram que essas diferenças, quanto a seus aspectos biológicos, persistem até hoje; 3. Como consequência, a população negra brasileira é única do ponto de vista genético. Da perspectiva médica, isso significa que o conhecimento a respeito de todos os aspectos biológicos ligados às etnias negras, incluindo as doenças, podem ter no Brasil características próprias; particularmente as doenças podem ter comportamentos diversos daqueles observados, quer na África, quer em outros países da América ou da Europa; e 4. Até hoje os estudos que analisam as populações afro-brasileiras são muito escassos. (OLIVEIRA, 2003, p. 93 – 94).

Oliveira (2003), em uma consultoria à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que resultou na publicação “Saúde da População Negra: Brasil ano 2001”, sistematizou o estado da arte sobre a saúde da população negra, apresentando o recorte étnico/racial já estabelecido no Brasil, mas que ainda sofre resistências no reconhecimento e investimento na prevenção destas doenças, que interferem na saúde reprodutiva da mulher negra e na redução de vida produtiva do homem negro, atingindo precocemente um número significativo de pessoas, sendo estas:

Mortalidade precoce de afrodescendentes no Brasil; diabetes tipo II; hipertensão arterial; miomas uterinos; anemia falciforme; deficiência de glicose-6- fosfato desidrogenase; mortalidade infantil; mortalidade materna; síndromes hipertensivas na gravidez e mortalidade materna; raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva;

7 DECLARAÇÃO DE ADELAIDE. II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>. Acesso em 05 de Setembro de 2007.

dados de estudos sobre a Lei de Planejamento Familiar, esterilização, cesárea e quesito cor; violência, violência de gênero, recorte racial/étnico e saúde; além de outras doenças nas quais há indícios de incidência expressiva em mulheres negras, tais como câncer cérvico-uterino, e no conjunto da população negra, como a infecção por HIV/Aids (OLIVEIRA, 2003, p. 91).

No entanto, o compromisso efetivo do Ministério da Saúde com a saúde da mulher negra foi realizado somente em maio de 2003, onde este se comprometeu segundo Oliveira (2004) em:

monitorar a inclusão do quesito “cor” nas pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde, conforme determina a resolução do Conselho nacional de Saúde; determinar a inclusão do quesito “cor” nos sistemas de informação e em todos os documentos do Sistema Único de Saúde (SUS); determinar a contratação de uma representante do movimento negro para assessorar a inclusão das questões relacionadas à população negra, nas ações da saúde da mulher; estimular e apoiar a implementação em todos os Estados da Federação da política de atenção à anemia falciforme do Ministério da Saúde, que prevê diagnóstico, tratamento, atenção às questões étnicas, dando ênfase às especificidades das mulheres falcêmicas, na idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal (OLIVEIRA, 2004, p. 48-49).

Segundo Minayo (2004) o tema da violência se torna um tema do campo da saúde:

pelo impacto que provoca na qualidade de vida; pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares; e também, pela concepção ampliada de saúde, a violência é objeto da intersetorialidade, na qual o campo médico-social se integra” (MINAYO, 2004, p. 646).

Já Agudelo (1997) afirma:

Por seus efeitos contrários ao bem – estar individual e coletivo, pela destruição de milhares de vidas humanas e devido à intensa redução da qualidade de vida para as pessoas próximas às vítimas afetiva, política e socialmente, e ainda, pela limitação no exercício dos diferentes direitos, a violência tem efeitos graves e negativos sobre a Saúde Pública (AGUDELO, 1997, p. 54-55).

No final dos anos 80, os estudos acerca da violência, integraram reflexões das áreas de filosofia, ciências humanas e epidemiologia. Porém, apesar do tema emergir em dados e estatísticas, sendo os eventos violentos a segunda causa óbitos no perfil da

mortalidade em geral, Minayo (2004) afirma que não foi tarefa fácil integrar o assunto de acidentes e violências nas políticas de saúde no Brasil.

Foi após a Assembléia Mundial de Saúde em 1997 que o Brasil, em 1998, criou um Comitê Técnico com o objetivo de propor ações específicas da violência no setor da saúde. Segundo a autora: “em 16 de maio de 2001 (não sem muitos percalços e delongas), o documento foi oficializado por portaria com a seguinte denominação: ‘Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências’” (MINAYO, 2004, p. 646). E este documento constata que:

os homens sofrem mais violência que levam a óbito e tornam -se visíveis nos índices de mortalidade. Em outros segmentos, porém, sobretudo o de criança, adolescente, mulher e idoso, as violências não resultam necessariamente em óbito, mas repercutem, em sua maioria, no perfil de morbidade, devido ao seu impacto sobre a saúde (BRASIL, Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, 2001, p.11) ⁸.

No começo dos anos 90 a Organização Pan-Americana de Saúde começou a advertir os países membros para que incluíssem o tema da violência em suas agendas de intervenção. Em 1997, a Assembléia Mundial de Saúde deu atenção especial às causas da violência, tendo em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicado o “Relatório Mundial sobre Violência e Saúde” (MINAYO, 2004). Este relatório publicou as seguintes recomendações:

criar, colocar em prática e monitorar planos nacionais de prevenção da violência; aumentar a capacidade de coleta de dados sobre violência; definir prioridades e apoiar a pesquisa sobre as causas, conseqüências, custos e atividades de prevenção da violência; promover respostas de atenção primária; fortalecer respostas para as vítimas da violência; integrar a prevenção da violência a políticas sociais, de educação e por onde promover a equidade social e de gênero; incrementar a colaboração e intercâmbio de informação em prevenção da violência; promover e monitorar a adesão de nações a tratados internacionais, leis e outros mecanismos para proteger os direitos humanos; buscar respostas práticas apoiadas a nível internacional para controlar o tráfico

8 BRASIL, Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, 2001. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf> >. Acesso em 29 de Agosto de 2007.

de drogas e de armas (OPAS, Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde, 2002)⁹.

No Brasil, o enfoque à violência doméstica, como problema de saúde pública, emerge a partir dos anos 80 e representa a intersecção entre as violências contra a mulher e a violência intrafamiliar “no sentido de sinalizar para o fato de que as mulheres sofrem violências em diversos contextos, o familiar é sem dúvida, dos mais usuais e relevantes” (SCHRAIBER, 2005, p. 30). Seus efeitos na saúde da mulher podem ser traduzidos segundo Schraiber (2002):

em diversas repercussões para a saúde das mulheres e sua qualidade de vida. A violência conjugal e o estupro têm sido associados a maiores índices de suicídio, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, cefaléia, distúrbios gastrointestinais e sofrimento psíquico em geral. Em relação à saúde reprodutiva, a violência contra a mulher tem sido associada às dores pélvicas crônicas, às doenças sexualmente transmissíveis, como a Síndrome da imunodeficiência Humana Adquirida (Aids), além de doenças pélvicas inflamatórias e gravidez indesejada (SCHRAIBER, 2002)¹⁰.

Em 1998, o Ministério da Saúde publicou a Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, que teve como intuito, segundo Teles (2002), estabelecer padrões para o atendimento das mulheres vítimas de violência sexual em território nacional. Porém, segundo documento publicado pela Articulação de Mulheres Brasileiras: “Políticas Públicas para as Mulheres no Brasil: Balanço Nacional cinco anos após Beijing”, até o ano de 2000, somente 17 hospitais possuíam os padrões definidos pela Norma Técnica, sendo 11 pertencentes à região Sudeste, e ainda registrou que:

Infelizmente a implantação da norma técnica ainda se esbarra em questões burocráticas, ou nas resistências de profissionais de saúde que se negam ao atendimento das mulheres que procuram o serviço de abortamento legal; de juízes que negam o (desnecessário) alvará que permite a realização do procedimento nos casos previstos por lei; ou

9 OPAS, Relatório Mundial de Violência e Saúde, 2002. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/coletiva/UploadArq/violencia.ppt#256,1,Slide1> >. Acesso em 05 de Setembro de 2007.

10 SCHRAIBER, Lília Blima et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 36, n. 4, 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400013&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em 15 de Julho de 2007.

ainda por interferência de membros da igreja católica, que têm lançado mão de liminares alegando risco de vida para as mulheres/meninas (ARTICULAÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS, 2000, p. 93).

Porém, vale ressaltar que em nenhuma das disposições da Norma Técnica, publicada em 1998 pelo Ministério da Saúde, foi focado o recorte étnico/racial aglutinado à temática da violência contra a mulher. O tema da violência contra a mulher aparece aglutinado em 2004 pelo Ministério da Saúde, na elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher ¹¹, onde são abordados:

o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2004, p. 5).

O documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), citou pesquisa realizada por Correa e Piolla (2002) ¹², onde se constatou que no período de 1998 e 2002 foi priorizada a saúde reprodutiva da mulher, mais especificamente a redução da mortalidade materna, dificultando a atuação na atenção integral à saúde da mulher, e ainda “essa perspectiva de atuação também comprometeu a transversalidade de gênero e raça” (p. 18). Porém, em nenhum momento esta política fez um recorte sobre a violência contra a mulher quando citou a saúde da mulher negra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se, portanto, que o racismo foi reiterado também através das práticas higiênicas do fim do século XIX e começo do século XX, reforçando a ideologia racista e desigual presente na sociedade brasileira até os dias de hoje, quando se faz urgente uma reflexão mais profunda sobre as práticas de saúde destinadas à população negra no

11 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf> . Acesso em 14 de Junho de 2007.

12 CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p. 18

Brasil, especialmente à população feminina, que sofre ainda mais estas diferenciações e desigualdades.

Apesar da violência contra a mulher ser reconhecida como problema de saúde pública no Brasil, não foi incluído o recorte étnico racial às reflexões. É neste sentido, que a continuidade da luta pela conquista de direitos e melhorias na vida das mulheres negras brasileiras, e a luta pelo reconhecimento da violência praticada como algo não natural se torna algo imprescindível e necessário, para que se possa um dia vislumbrar um país com menos violência e menos desigualdades entre homens e mulheres, entre raças e gêneros.

Pois, segundo Benilda Brito (2003) o fato de ser mulher negra traz consigo a grande particularidade, de somar às suas relações sociais, afetivas, econômicas, políticas, culturais e emocionais, o fator racismo, que delinea relações tanto no público como no privado. Assim, se faz urgente no Brasil que a Saúde Pública trate efetivamente da saúde da mulher negra e das especificidades que este recorte implica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUDELO, Saúl Franco. *Equidade e Saúde: Contribuições da Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ABRASCO, 1997.

ARTICULAÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS. *Políticas Públicas para as Mulheres no Brasil: Balanço Nacional cinco anos após Beijing*. Brasília: AMB, 2000. Disponível em: < http://www.articulacaodemulheres.org.br/publique/media/politicas_publicas_mulheres_no_brasil.pdf >. Acesso em 03 de Junho de 2007.

BRASIL. Constituição de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm > . Acesso em 16 de Junho de 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf >. Acesso em 06 de Junho de 2007.

BRASIL, Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, 2001. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf> >. Acesso em 29 de Agosto de 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf > . Acesso em 14 de Junho de 2007.

BERNARDO, T. *Memória em preto e branco – olhares sobre São Paulo*. SP: EDUC/FAPESP, 1998.

BRITO, Benilda Regina. *Violência doméstica e sexual: um olhar da mulher negra*. In: *Violência contra a mulher e saúde – um olhar da mulher negra*. Belo Horizonte: Casa de Cultura da Mulher Negra, 2003. p. 57-60.

DECLARAÇÃO DE ADELAIDE. II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1988. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf> >. Acesso em 05 de Setembro de 2007.

FERNANDES, Florestan. A integração do negro na sociedade de classes. São Paulo: Dominus/USP, v. 1 e v. 2, 1965.

_____. O negro no mundo dos brancos. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1972.

GUIMARÃES, Antonio Sergio Alfredo. Racismo e anti-racismo no Brasil, SP: Editora 34, 1999.

_____. HUNTLEY, L. (orgs). Introdução. In: Tirando a máscara: ensaios sobre o racismo no Brasil. SP: Paz e Terra, 2000.

_____. Classes, Raças e Democracia. SP: Editora 34, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Violência social sob a perspectiva da saúde pública*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1994. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1994000500002&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em 23 Janeiro 2006.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2000.

_____. *A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004. p. 646. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/01.pdf> >. Acesso em 12 de Junho de 2006.

OLIVEIRA, Fátima. *Saúde da População Negra: Brasil ano 2001*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/0081.pdf> >. Acesso em Jun. 2007.

_____. *Avaliando e elencando os desafios*. In: Violência contra a mulher e saúde – um olhar da mulher negra. Belo Horizonte: Casa de Cultura da Mulher Negra, 2004. p. 44-49.

OPAS, Relatório Mundial de Violência e Saúde, 2002. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/coletiva/UploadArq/violencia.ppt#256,1,Slide1> >. Acesso em 05 de Setembro de 2007.

PINOTTI, José Aristodemo; FAÚNDES, Aníbal; ZEFERINO, Luis Carlos. *A evolução histórica do conceito de atenção integral à mulher*. In: A mulher e seu direito à saúde: por uma política de saúde no Brasil. São Paulo: Manoele, 1988, p. 14 -24.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. *Mulher na sociedade de classes: mito e realidade*. Petrópolis: Vozes, 1979.

_____. O poder do macho. SP: Moderna, 1987.

SCHRAIBER, Lilia Blima. D'OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas Pires. *Violência contra mulheres: interfaces com a saúde*. In: Interface – Comunicação, saúde e educação. Botucatu, UNI/UNESP, 1999. p. 11-27.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al . *Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde*. Rev. Saúde Pública , São Paulo, v. 36, n. 4, 2002 . Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400013&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em 15 de Julho de 2007.

_____. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Unesp, 2005
SILVA, Maria Nilza. *A mulher negra: o preço de uma trajetória de sucesso*. Tese de Mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1999. mimeo.

_____. *A mulher negra*. Revista Espaço Acadêmico, Maringá, ano II, nº 22, 2003. Disponível em: < www.espacoacademico.com.br/022/22_csilva.htm >. Acesso em 10 de setembro de 2006.

STOLCKE, Verena. *Sexo está para gênero assim como raça para etnicidade?* Estudos afro-asiáticos nº. 20, junho de 1991, p. 101-119.

TELES, Maria Amélia de Almeida. *O que é Violência contra a Mulher*. São Paulo: Brasiliense, 2002.