

Vivenciando o Racismo e a Violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas¹

Living Racism and Violence: a study on the vulnerabilities of black women and the attempt to prevent HIV/AIDS in a *Quilombo* community in Alagoas

Jorge Luís de Souza Riscado

Mestre em Psicologia Social. Doutorando em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz. Professor Adjunto IV da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas.

Endereço: Trav. Francisco Freire Ribeiro, 36, Ed. Hermon, Apt 301, Pinheiro, CEP 57057-650, Maceió, AL, Brasil.

E-mail: jorgeluisriscado@hotmail.com.

Maria Aparecida Batista de Oliveira

Mestre em História Social. Professora Adjunta IV do Instituto de Ciências Humanas, Comunicação e Arte da Universidade Federal de Alagoas.

Endereço: Rua Dr. Odilon Vasconcelos, 452, Ed. Morada do Mar, Apt 101, Ponta Verde, CEP 57035-350, Maceió, AL, Brasil.

E-mail: mcyda@folha.com.br

Ângela Maria Benedita Bahia de Brito

Especialista em Ecologia e Ciências do Ambiente. Professora Aposentada e Voluntária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas.

Endereço: Rua Luiz Gonzaga da Silva, 145, Serraria, CEP 57046-785, Maceió, AL, Brasil.

E-mail: angelabahia@yahoo.com.br

¹ Financiamento: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.

Resumo

Objetivo: Analisar as formas de violência racial e de gênero e o comportamento das mulheres quilombolas diante das DST/aids em Comunidades Remanescentes de Quilombos em Alagoas. **Métodos:** Abordagem qualitativa, a partir de 10 grupos focais, constituídos de 12 a 18 mulheres, com idade variável entre 16 a 55 anos, em que foram abordadas as temáticas gênero, racismo, violência doméstica, exame ginecológico preventivo, uso das Unidades Básicas de Saúde (USB) e do Programa Saúde da Família (PSF), doenças sexuais transmissíveis, parcerias sexuais, uso de camisinha, uso de drogas. O aporte teórico foi da fenomenologia de base existencialista proposta por Merleau-Ponty e o referencial foucaultiano. **Resultados:** A análise dos depoimentos apontou que um acentuado contingente de mulheres padece de violência doméstica em níveis físico, sexual, psicológico, patrimonial e moral. Quanto ao racismo, as mulheres quilombolas disseram ser vítimas de preconceito racial, com expressões de subestimação, humilhação na rua, na escola, em festas, em atendimento em postos de saúde. Evidenciou-se um grau alto de vulnerabilidade à infecção por DST/aids e outros agravos, pela ausência de uma política de saúde mais efetiva e de um trabalho educativo nessas comunidades. **Conclusões:** Os dados obtidos revelaram as precárias condições de vida, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a falta

de prática preventiva para as doenças sexualmente transmissíveis. Faz-se necessária uma intervenção efetiva e perene dos organismos do Estado na área da educação, da saúde, visando à promoção da equidade, racial e de gênero e à saúde das mulheres quilombolas.

Palavras-chave: Mulher quilombola; Violência; Racismo; DST/aids; Prevenção.

Abstract

Objective: To analyze the forms of racial and gender violence, quilombola women's behavior regarding STD/AIDS, in Quilombos Remaining Communities in Alagoas. **Methods:** Qualitative approach from 10 focus groups, comprising 12 to 18 women, with age ranging from 16 to 55, which permeated the themes of gender, racism, domestic violence, gynecological preventive exam, HBU (Health Base Unit)/FHP (Family Health Program) use, sexually transmitted diseases, sexual partnerships, condom use, drugs. The theoretical framework reference is based on phenomenology, proposed by existentialist Merleau-Ponty, and on the theoretical contribution of Foucault. **Results:** The statements indicated that a strong contingent of women suffering from domestic violence in physical, sexual, psychological, and moral heritage. As for racism, the quilombola women expressed that they are victims of racial prejudice, with underestimating expressions, humiliations in the street, at school, at parties, in attendance at public health clinics. In the speech, it became clear that they are very vulnerable to infection of STD/AIDS and other health problems, lack of a more effective health policy and educational work in these communities. **Conclusions:** These data revealed the precarious living conditions of this population, poor access to health services, lack of preventive practice for sexually transmitted diseases. It is necessary a long-term effective intervention of the state agencies in education and health, aimed at promoting racial and gender equity of the Quilombola women and their health.

Keywords: Quilombola Woman; Violence; Racism; STD/AIDS; Prevention.

Introdução

O princípio da igualdade e da não discriminação promulgada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos foi enfaticamente reafirmado na Conferência Mundial contra o racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerâncias, realizada em Durban, em 2001. A carta de princípios gerada nessa conferência enfatiza ainda o encorajamento da luta pelo respeito aos direitos humanos quando reafirma os princípios de igualdade e não discriminação, reconhecidos na Declaração Universal de Direitos Humanos. Ela incentiva o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais para todos, sem distinção de qualquer tipo, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou qualquer outro tipo de opinião, origem social e nacional, propriedade, nascimento ou outro status (Relatório da Conferência Mundial contra o Racismo, 2001, p. 1).

Nesse contexto, intervenções na área da saúde e da educação que abordem a violência contra a mulher e, em especial, a mulher negra se fazem necessárias, considerando que a desigualdade entre homens e mulheres se constitui em fator de grande vulnerabilidade para as mulheres. Este cenário de desigualdade, no qual a violência é exercida, contribui para o surgimento de diversas enfermidades como as DST/aids, doenças psicológicas, agravamento de outras situações patogênicas além de contribuir para altas taxas de mortalidade. Segundo Minayo (2006), no que se refere à violência, “Estima-se que cause mais mortes as mulheres de 15 a 44 anos do que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e a guerra”. Pesquisa realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que o HIV/aids e a violência contra a mulher não só interagem como se reforçam (Krung, 2002). Nesse sentido, Oliveira (2003) considera de imprescindível importância a “inclusão de práticas de promoção e educação em saúde da população negra nas rotinas assistenciais e facilitação do acesso em todos os níveis do sistema de saúde”.

O recorte de gênero dado nessa pesquisa é importante, pois, como é constatado em documento intitulado “Não feche os olhos para a violência contra a mulher”, lançado pela Rede Nacional Feminista de Saúde Direito Sexuais e Direitos Reprodutivos por

ocasião do dia 25 de novembro, dia Internacional pela Eliminação da Violência Contra a Mulher, “A invisibilidade do recorte racial/étnico na violência de gênero tem postergado a análise e a melhor compreensão das particularidades que o fenômeno pode adquirir quando relacionado especificamente às mulheres negras” (Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos reprodutivos, 2003, p. 5). Assim, a política traçada pelo Ministério dos Direitos Reprodutivos da Saúde, ao definir a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher: princípios e diretrizes aponta como relevante “a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade de direitos de cidadania da mulher” (Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres, 2004, p. 13). É nesse sentido que se dá a pertinência dessa investigação no tocante ao “Estudo sobre as vulnerabilidades da população negra ao HIV/aids e a busca de prevenção em Comunidades Remanescentes de Quilombos, em Alagoas”, realizado nos municípios do Estado de Alagoas, destacando-se: Palmeira dos Índios; Olho D’Água das Flores; Arapiraca; Cacimbinhas; Batalha; Poço das Trincheiras; União dos Palmares; Major Izidoro; Monteirópolis; Santana do Mundaú; Penedo; Santa Luzia do Norte e Igreja Nova.

Obter informações sobre atividade sexual, conhecimento, comportamento e vulnerabilidade da população negra diante de HIV/aids, racismo e violência foi o objetivo deste estudo. Consideramos sua relevância na medida em que se dá no contexto das políticas públicas de ações afirmativas, cuja finalidade precípua é a de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população quilombola situada no Estado de Alagoas.

Quadro Teórico

Este estudo está pautado na investigação com abordagem na questão de gênero e sua articulação com as DST/HIV/aids diante da vulnerabilidade em que a população negra se encontra. Esse enfoque será discutido, nesta pesquisa, considerando gênero como relações historicamente construídas

de forma desigual e que, portanto, se constituem um fenômeno universal. As relações de desigualdade e opressão vivenciadas pela população negra e particularmente pelas mulheres são expressas de forma muito singular, de acordo com as relações tecidas em cada momento histórico e da forma como é assumida a organização e a gestão da sociedade (Oliveira, 2006, p. 22).

A concepção de gênero trabalhada nesta pesquisa pauta-se na proposta que defende a terminologia de gênero como uma construção histórica e social (Saffioti, 2004; Scott, 1995). Nesta perspectiva, Scott (1995, p. 75) relata:

O termo “gênero”, além de um substituto para o termo mulheres, é também utilizado para sugerir que qualquer informação sobre as mulheres é necessariamente informação sobre os homens que um implica o estudo do outro. Essa utilização enfatiza o fato de que o mundo das mulheres faz parte do mundo dos homens, que ele é criado nesse e por esse mundo masculino [...] Além disso, o termo “gênero” também é utilizado para designar as relações sociais entre os sexos.

A ideia de gênero, abordada pela autora supracitada, evidencia que a categoria é historicamente determinada, e que, portanto, vai ser construída não apenas sobre a diferença sexual, mas atribuindo a essa diferença o resultado de um processo cultural que atribui socialmente quais devem ser os papéis masculino e feminino a serem desempenhados por homens e mulheres na sociedade.

Metodologia

Esta pesquisa foi submetida ao setor de Bioética do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Alagoas, sob o Protocolo de aprovação de N° 007819/2005-61, atendendo à Resolução 196/96 do CNS - MS. As participantes leram e posteriormente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, a partir de pesquisa mais ampla denominada “Estudo sobre as vulnerabilidades da população negra ao HIV/aids

e a busca por ações de prevenção em comunidades remanescentes de quilombos, em Alagoas”. Os sujeitos da pesquisa foram mulheres de 23 comunidades remanescentes de quilombos do estado de Alagoas. A escolha das mulheres para a participação nas entrevistas semiestruturadas deu-se pela indicação das lideranças das comunidades.

Foram realizados 10 grupos focais com um número de 12 a 18 mulheres, perfazendo um total de 180 mulheres. A idade das participantes variou entre 16 a 55 anos. O grau de instrução do grupo foi variável, as mulheres em sua maioria não sabiam ler, algumas possuíam nível fundamental e apenas cinco possuíam o ensino superior, uma com formação em História e as outras em Pedagogia.

O roteiro utilizado para as entrevistas inseria questões de âmbito pertinentes ao SER MULHER, baseadas nas seguintes categorias: violência contra a mulher, doenças sexualmente transmissíveis, acesso às UBS e racismo. A coleta envolveu três encontros vivenciais: um de caráter singular para contato inicial e dois de caráter plural: o primeiro se constituiu em grupo focal, inicialmente foi aplicada técnica de relaxamento visando “quebrar o gelo” do grupo e trabalhar o cuidado de si e a autoestima das mulheres. A seguir foram trabalhadas as categorias: a) O que é ser mulher, objetivando identificar qual é a identidade da mulher quilombola e como elas se sentem como mulheres; b) O que é racismo e como as mulheres compreendem essa categoria e se já vivenciaram discriminação e preconceito racial; c) Violência, violência contra a mulher e as fases da violência física, sexual, psicológica, moral e patrimonial; d) Doenças sexualmente transmissíveis; camisinha feminina e a Lei Maria da Penha. Essa etapa visava compreender as nuances da violência e sua interação com a saúde da mulher.

No estudo de campo com as comunidades quilombolas foi utilizada a técnica de grupo focal, proposta por Gatti (2005). Nas etapas foram utilizados o diário de pesquisa e o gravador, com o consentimento prévio de cada uma das mulheres, visando o registro de suas falas, da forma mais completa, nas entrevistas² e nas colocações feitas no grupo focal.

A análise dos dados foi realizada à luz do enfoque

2 As depoentes estão referidas por pseudônimos. Omitimos o nome da comunidade de que elas fazem parte com a finalidade de preservar sua identidade, respeitando assim os preceitos éticos que norteiam a pesquisa realizada com seres humanos.

fenomenológico, com ênfase na obra Fenomenologia da percepção (Merleau-Ponty, 1971), considerando-se a natureza da metodologia proposta, que confere sentido à experiência vivida: ela é descritiva da situação vivida, por isso procura mostrar a experiência da vivência de cada mulher negra a partir da análise da realidade que elas têm no dado momento, estabelecendo os rumos norteadores do vivido, que, segundo Oliveira (2006, p.18), é procurar “ir às coisas nelas mesmas, buscando trazê-las para a ordem da significação. Portanto, ela é doadora de sentido, constituída fundamentalmente de atos como os de perceber, desejar, imaginar, pensar, querer e, sobretudo significar”.

Utilizou-se ainda o referencial foucaultiano para a compreensão dos mecanismos do poder e suas interfaces com a violência de gênero (Foucault, 1979). Foi utilizada ainda a análise de conteúdo de Bardin (2002), pois sua teoria explicita a análise de conteúdo como suporte fundante para conhecer o que está por trás das palavras proferidas pelas depoentes. Para o entendimento das questões de gênero foram utilizados os conceitos de Scott (1995) e Saffioti (1987), para a questão da violência perpetrada contra a mulher negra e sua situação de vulnerabilidade nas questões de gênero, racismo e saúde, foram utilizadas as proposições teóricas de Carneiro (1999) e Oliveira (2003).

Vale salientar que, atendendo ainda aos princípios éticos, como agenda devolutiva, o último momento constituiu-se de uma oficina com realização de palestra sobre doenças sexualmente transmissíveis, câncer de mama e de colo de útero, conhecimento do corpo da mulher e do homem, importância do uso da camisinha e cuidados com a saúde, autoexame das mamas, exame pré-natal e direitos que a mulher negra tem para buscar os serviços de saúde e ter acesso a eles.

Resultados e Discussão

A mulher negra historicamente ocupa na sociedade brasileira a última posição social, pois tem um componente que a torna mais discriminada ainda:

a cor. A História tem revelado que a mulher negra é triplamente discriminada: por ser mulher, por ser negra e, conseqüentemente, por sua classe social de acordo com Oliveira (2006). Considerando esses elementos e os dados indicadores do documento Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Atenção à saúde das Mulheres Negras (2005, p. 7), as mulheres dessa etnia encontram-se, uma grande parcela, abaixo da linha da pobreza, e que “[...] por razões sociais ou de discriminação, as mulheres negras têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência obstétrica - seja no pré-natal ou no puerpério, dentre outras formas com maior risco de morrer mais cedo por determinadas doenças.”.

É desse ponto de vista que a apresentação dos resultados obtidos neste estudo realizado com as mulheres quilombolas está orientada. Para isso, apontamos como ponto de análise as categorias: gênero, relações de poder, racismo, violência e saúde. Nesse sentido, verificamos nas falas³ das mulheres no grupo focal que a maioria se sente bem e feliz sendo mulher. Assim:

Ser mulher é ser vencedora, batalhar pelos seus sonhos, ter responsabilidade e lutar pelo futuro de seus filhos, é cuidar dos filhos, do marido, é batalhar (mulher quilombola 1).

Eu me sinto bem demais sendo mulher, graças a Deus, trabalho muito na roça e em casa e dou conta do marido e dos meus filhos, mais eu me canso muito o meu marido não faz nada dentro de casa quando chega vai dormir e às vezes bebe. Eu não posso me queixar da vida que Deus me deu. (mulher quilombola 2).

Observa-se no conteúdo dessas falas que as mulheres têm em seu imaginário a demarcação dos papéis a elas destinados, a procriação e o cuidado com o marido e os filhos, sem se queixar da sobrecarga de trabalho. Diante disso, constata-se que a mulher cumpre um papel que a sociedade lhe confere: ser reprodutora biológica da espécie, mas ter a responsabilidade da reprodução ideológica, na medida em

3 Optamos por conservar nos depoimentos/entrevistas a linguagem original das entrevistadas, sem a correção gramatical, no sentido de preservá-lhes a autenticidade e identidade.

que seus ensinamentos e exemplos de vida passam aos filhos, influenciando valores formadores de seu caráter, tais como: simplicidade, conformismo, imaginação, obediência, bondade e pureza. Entrecruzando os dados obtidos na realização dos grupos focais com as posições singulares das mulheres, o que ficou evidenciado por parte de algumas é que elas não se sentem felizes com a situação de opressão a que estão submetidas, conforme podemos verificar na fala de uma delas, analfabeta, casada, trabalhadora da roça e que tem 4 filhos: “

É tão difícil ser mulé, e mãe de família, eu acho que a mulé nasceu para sofrer. Nois não pensamos em nois, se pensa mais no marido e nos filhos, nos nus matamos de trabalhar, e pensemos muito nos outros” (Dandara, 38 anos).

Nessa ordem de ideias, evidencia-se que as mulheres são educadas para o cuidado da casa, da família e para que o desempenho da maternidade seja excelente, o que reforça sua abnegação, conformismo, para esquecer-se de si e só cuidar do outro. A sociedade legítima e corrobora a diferença estabelecida entre os sexos. São essas atitudes sociais que ideologicamente vão construindo o papel dos gêneros masculino e feminino, o que consequentemente, afasta a mulher do mundo do poder e do público.

No tocante à questão da violência, verificou-se que um pequeno percentual de mulheres afirmou não sofrer violência. No entanto, em determinada comunidade, as mulheres revelaram conhecer casos de violência pela televisão, pelo rádio, inclusive tinham conhecimento da Lei Maria da Penha pela música cantada por Alcione. Em outras comunidades estudadas as mulheres afirmaram já ter vivenciado situação de violência, conforme explícito nas falas:

Eu já sofri e sofro de violência nessa vida, ele bate em mim quando bebe, chega em casa esculhambando se eu disser qualquer coisa ele me bate, belisca, eu sofro demais, e as palavras dele dói muito em mim, eu sou nega safada, feia, não presto. [Silêncio no grupo, e depois o choro (Mulher quilombola 3).]

Eita mulher, sofrimento é o meu, já apanhei demais, meu marido bebia muito, me batia, minha vida era um inferno, me empurrava, chutava mi-

nha barriga, uma vez ele fez sexo a pulso, botou o joelho na minha barriga com muita força, e com o facão dizia que ia me matar. Nesse dia eu me vi morta, eu sofro dos nervos, e meus filhos todos são doentes, hoje eu sou viúva, mataram ele na porta de casa na vista minha e dos filhos, meu caçula dá trabalho, tem problema nos nervos, e de vez em quando diz que vai se matar. Mais tenho fé em Deus que tudo vai passar, rezo muito (Mulher quilombola 4).

Nessas falas é possível perceber que essas mulheres sofrem de violência doméstica em nível físico, sexual e psicológico. A mulher padece de violência quando sofre qualquer tipo de ação que provoque a ela dano ou sofrimento físico, sexual, psicológico, econômico e pode acontecer tanto no ambiente privado como no público. A violência física é definida como aquela que provoca na vítima danos ao seu corpo, caracterizada por chutes, pontapés, tapas, murros, beliscões, queimaduras, sufocamento, ferimentos, lesões corporais e agressão com armas. Segundo Schraiber (2002), violência psicológica é aquela que causa dano à autoestima, à identidade da mulher. Esse tipo de violência desqualifica a mulher, ou seja, a mulher passa a sofrer em seu cotidiano insultos, gritos, xingamentos, humilhações, ameaças, chantagens emocionais. Partindo da concepção dessa mesma autora, violência sexual é toda ação que obriga a mulher a manter relações sexuais sem a expressão da sua vontade, mediante o uso da força física, coerção ou intimidação psicológica, tal como o que revelam as falas extraídas da vivência mapeada no grupo focal, o que vai de certa forma desqualificar a mulher e consequentemente contribuir para sua baixa estima.

Por violência, Chauí (1984, p. 35) compreende que:

“há violência quando se trata um ser humano não como sujeito, mas como coisa. Essa se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio [...] A violência perfeita é aquela que obtém a interiorização da vontade e da ação alheia pela vontade da parte dominada, de modo a fazer com que a perda da autonomia não seja percebida nem reconhecida, mas submersa numa heteronímia que não se percebe como tal.”

Nesse sentido, a violência é entendida como forma cruel e perversa que contribui para o aviltamento da dignidade do ser da mulher, coisificando-a. Essa é, portanto, uma forma perversa de controle e de poder masculino, que se apodera da liberdade e da dignidade do ser da mulher e a transforma em mero objeto da satisfação e do desejo do homem. Socialmente, a coisificação feminina é considerada natural, já que sua subjetividade é assim construída sob a ótica do patriarcalismo, machismo e racismo, que impede a mulher, portanto, de construir sua alteridade (Oliveira, 2006). Nessa vivência de violência presente no cotidiano da mulher, ela é humilhada, maltratada, desqualificada, desautorizada.

No depoimento de uma mulher quilombola, com instrução fundamental, trabalhadora na roça, casada, 5 (cinco) filhos, é verificado o quanto ela padece de violência:

Ninguém daqui sofre como eu. Meu marido bate em mim, nos filhos. Ele chega doido, quando bebe, sou chamada de tudo, as palavras dele são feroz, ele chuta eu, soca tapa na minha cara, faz a pulso, não posso dizer que não quero, sou obrigada, eu tenho vergonha da vida que levo. Um dia Deus me ajuda e eu saio dessa vida. Eu trabalho na roça e cuido da casa, ele acha tudo pronto mais não dá valor, choro. Mesmo assim eu gosto dele, eu sofro, tenho dor no coração, na cabeça e não durmo direito (Aqualtume, 38 anos).

No registro da fala dessa depoente é possível perceber um grande sofrimento; ela sofre de violência por parte de seu companheiro e isso lhe causa dor. Ela é violentada de forma física, sexual, psicológica e moral. Com isso está demonstrado que o poder do homem dominador na nossa sociedade afirma-se na violência, à medida que no percurso da História, socialmente é construída uma imagem que considera a mulher um ser inferior, fraco e que, portanto, pode apanhar (Oliveira, 2006). Assim sendo, em função da lógica da dominação e da ordem social estabelecida, ela deve ser disciplinada, domesticada, escravizada e dominada. A esse respeito, Foucault (1979, p. 106 e 107) afirma “[...] a disciplina é um conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultados o indivíduo em sua singularidade. O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los,

localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder”.

É, pois, desse modo que Foucault vai demonstrar que a disciplina tem como função aumentar a docilidade e a utilidade dos sujeitos sociais, bem como a subordinação de uns indivíduos sobre outros. Dessa forma é que se dá a aprendizagem dos papéis masculino e feminino internalizados historicamente mediante as redes complexas de interação social e de poder.

A ideologia patriarcal e racista instituída no Brasil como ação eficaz dos colonizadores perdura por séculos, e com permanência no ideário da população até hoje (Saffioti, 1987; 2004). No período escravocrata, a mulher negra padecia das mais duras e cruéis formas de violência física, sexual, moral, dentre outras, perpetradas pelos senhores de engenho, que exerciam o poder do senhor e o pátrio poder. Essas formas cruéis de violência significam a expressão da humilhação vivida pela mulher negra, com a formação de uma autoestima baixa e de condições precárias de vida. Nessa linha de raciocínio, Carneiro (1999, p. 19) argumenta: “[...] o chamado estupro colonial ocorrido em nosso país perpetrado pelos senhores sobre mulheres negras é um dos pilares da decantada democracia racial pela mestiçagem que produziu, fato que está na origem de todas as construções sobre a identidade nacional e das relações hierárquicas de gênero/raça presentes em nossa sociedade”.

Um grande número de mulheres quilombolas, segundo dados obtidos neste estudo, passa por padecimento e muito sofrimento com seu envolvimento em situação de violência. Na análise dos depoimentos das mulheres quilombolas que são acometidas de violência doméstica no contexto das relações interpessoais, observa-se que elas têm registrado em seu corpo a escritura do sofrimento, da culpa, da dor, da angústia, ou seja, a circunscrição do retrato da violência com suas diferentes marcas da dominação e submissão. Marcas físicas e psíquicas resultantes de todo processo social que a mulher vai internalizando na trajetória de construção de sua história.

É o que se observa no depoimento de uma mulher quilombola, mãe de 8 filhos, que sabe assinar o nome, casada, trabalhadora da roça quando afirma:

“Já apanhei por demais nessa vida do marido, já aguentei de tudo, sofri tudo isso por causa de mulher que ele arranjava fora, trouxe doença do mundo para dentro de casa, aguentei seis anos tudo isso depois deixei, sofri muito moça, mais agora sou outra, sou livre, com meus filhos trabalho muito para botar comida em casa, mais sou livre do sofrimento de marido, não vivo com medo mais. Agora em casa tenho PAZ.(grifo nosso)” (Menininha, 42 anos):

“Menininha” consegue fenomenologizar sua angústia, sua dor, quando pensa seu vivido, e toma consciência de si, de seu sofrimento e consegue dar novo rumo a sua vida separando-se de seu agressor. Pode-se, então afirmar que a liberdade é autodeterminada e que, portanto, representa o encontro do sujeito com ele mesmo e com o mundo, o que constitui um estreito laço cuja função é ligar o sujeito com sua história.

Desse modo, verifica-se que “Menininha” saiu da relação de violência quando conseguiu estabelecer uma ruptura com seu laço conjugal, ela conseguiu, diante das circunstâncias, empoderar-se e superar sua situação existencial de violência, dando um novo significado a sua vida. No entanto, muitas mulheres continuam presas às teias do mundo da violência doméstica, pois é muito difícil desamarar os nós tecidos pelas malhas da rede da subordinação, construída historicamente e culturalmente pelo mundo pautado em uma cultura patriarcal. Nesse sentido, Bourdieu (1999, p. 64) afirma: “[...] se a unidade doméstica é um dos lugares em que a dominação masculina se manifesta de maneira mais indiscutível (e não só através do recurso à violência física), o princípio de perpetuação das relações de força materiais e simbólicas que aí se exercem se coloca essencialmente fora desta unidade, em instâncias como a Igreja, a Escola ou o Estado e em suas ações propriamente políticas, declaradas ou escondidas.

Diante do exposto, pode-se afirmar que a mulher aprende e internaliza os mecanismos da submissão pela transmissão cultural realizada no transcurso de sua existência. Ela aprende a obedecer ao homem e tudo dele suportar em nome da preservação da família; por isso muitas delas sentem culpa e, sobretudo, vergonha de tornar pública a violência que vivenciam dentro de seus lares. Por isso muitas têm dificuldade de romper com esse vínculo e são no dia

a dia machucadas física, moral e sexualmente dentro do ambiente doméstico e ainda fora dele, quando são julgadas pelas amigas ou pelos vizinhos.

Eis o que diz outra mulher quilombola, casada, mãe de 6 filhos vivos, pois teve dois que nasceram mortos, trabalha na roça, e sabe ler.

“Já sofri muito, fui humilhada, apanhei com o cabo da enxada, levei tapa na cara, ele arranjava mulheres na rua, trazia doenças pra dentro de casa, falava das outras na minha vista, me chamava de feia, burra, ignorante, folé, aguentei tudo isso por 16 anos, ele foi trabalhar fora e pra lá ficou com a quenga que arranjou. Mais eu tou aqui, trabalhei duro para criar os filhos. Tenho muita fé em Deus e hoje tô feliz” (Nanã).

A violência representa, portanto, uma forma cruel e perversa de controle de um gênero sobre outro, constituindo-se assim em um fenômeno que avilta a dignidade e os direitos humanos. No que diz respeito ao racismo, tanto nas oficinas como nas entrevistas, as mulheres verbalizaram o preconceito racial que sofrem em seu cotidiano com sofrimento e, às vezes, com os olhos marejados de lágrimas, destacando-se da forma mencionada abaixo:

Muitas pessoas da cidade fazem piadas com o nome de nosso povoado, e falam pra nós escutar, eita, lá vem as negas, vem fedor por aí. Olha os cabelos de tuim. Isso dói muito, ninguém é melhor do que o outro (Mulher quilombola 5).

Eu já fui muito humilhada por ser negra, sofri demais, na rua, na escola a professora me discriminava, eu era muito humilhada, os colegas dizia, eita nequinha feia (Mulher quilombola 6).

Os depoimentos das mulheres expressam quanto o racismo está presente na sociedade brasileira, especificamente na alagoana. Apontam que é fruto do sistema patriarcal colonial (Carneiro, 1999). Mesmo sendo considerado crime, o racismo continua forte e presente no imaginário social brasileiro. Os negros são muito discriminados socialmente. São excluídos da população economicamente ativa. O maior número de desemprego é registrado entre a população negra, assim como o maior número de analfabetismo, além de sofrerem cotidianamente violência psicológica, o que pode acarretar baixa autoestima e, sobretudo, perda da identidade. Os

efeitos do racismo e do sexismo perpetrados contra a mulher negra produzem efeitos devastadores, porque são capazes de impulsionar reações capazes de provocar o silêncio de todas as perdas sofridas pelas mulheres negras na relação de dominação estabelecida e vivenciadas por elas no transcurso da história.

Com efeito, convém ressaltar a luta histórica do movimento negro pelo resgate de sua cidadania. Nesse sentido, as organizações das mulheres negras têm feito um trabalho que estabelece diálogo com o movimento feminista e com os gestores públicos e privados, objetivando que todos os atores sociais possam ressignificar seus olhares e perceber as atitudes racistas impostas a partir de uma práxis discriminatória, que a sociedade brasileira produz e reproduz na realidade cotidiana. A luta das mulheres negras tem se dado no sentido de denunciar as formas de racismo, da exclusão social, do mito da democracia racial, da situação de miséria, extrema pobreza, analfabetismo e precarização do atendimento dos serviços de saúde, conforme se expressa no documento elaborado no Encontro Nacional, intitulado: Olhares da Mulher Negra sobre a Marcha Zumbi + 10 (Brasil. Presidência da República. Secretaria de Questões de Gênero e Etnia, 2005).

No que se refere à saúde da mulher é necessário considerar a importância que deve ser dada ao polo saúde × violência × racismo, visto pelo movimento feminista como eixo fundamental para a implementação, de forma eficaz e eficiente, de políticas públicas que garantam o atendimento e a qualidade dos serviços de saúde para essa população. Essa problemática vem ultimamente servindo de tema de debate nas Conferências de Saúde, principalmente na IV Conferência Mundial realizada em Beijing, China, em 1995; e nas duas Conferências da Mulher que resultaram na elaboração do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres, 2005; 2008).

No cenário estudado, poucas mulheres exigem de seus parceiros o uso da camisinha masculina, mas marcadamente com o objetivo da contracepção. Confessam que “é difícil”, e que “não gostam”. A respeito da camisinha depois de um tempo de risos as mulheres expressaram:

Conheço já vi falar, mais digo que às vezes a pessoa não usa porque não se dá, e se não se der, ela cai (Mulher quilombola 7);

eita [risos] já usei uma vez, não gosto e meu marido também nem quer falar, não tem gosto né? (Mulher quilombola 8);

ai, nunca vi isso aí [risos] não sei de nada, nem posso falar isso pro meu marido não, ele não quer, não vai gosta (Mulher quilombola 9)r;

Nunca vi camisinha, já vi dizer que ela parece uma bola de soprar, e é muito ruim (Mulher quilombola 10).

Está contido na fala das mulheres um total desconhecimento da importância da utilização da camisinha na relação sexual, para a prevenção das doenças sexuais e da gravidez indesejada. É constatado ainda na expressão das depoentes o mito de que com a utilização de preservativos a relação não é prazerosa, e a necessidade de permissão do marido para a sua possível utilização, o que é compreensível, pois como afirma Riscado (2000, p. 106) “o uso da camisinha é uma negociação eminentemente masculina na cultura e no jogo sexual e que após perene relacionamento é estabelecido um relaxamento no uso da camisinha nas práticas sexuais”. Isso acaba tornando essas mulheres vulneráveis a contraírem doenças sexualmente transmissíveis, portanto sob esse prisma, Leão (2002, p. 33) propala: “a maior vulnerabilidade feminina e a consequente desvantagem na adoção de práticas preventivas, estaria baseada na assimetria de poder nas relações de gênero”.

Com isso fica demonstrado que as mulheres continuam prestando obediência ao homem, o que as tornam mais vulneráveis a contraírem as DST/aids. Segundo dados apontados pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres - SPM, a epidemia causada pelo vírus HIV aumentou no Brasil, pois o contágio “é de 1,5 homem para cada mulher, o que indica crescimento persistente e proporcionalmente mais intenso no contágio feminino, em especial entre as mulheres adultas, casadas. Trata-se de um processo de feminilização da epidemia” (Brasil, Presidência da República. Secretária Especial de Políticas para as Mulheres, 2010, p. 101).

Sobre o cuidado com a saúde e com o corpo, foi trabalhada no grupo a importância de tocar o corpo

para melhor conhecer a si mesma, se amar, se cuidar, abraçar a si mesma, e falar para si mesma sou bonita, sou poderosa, sou de luta, sou maravilhosa, e a importância ter uma conversa íntima com seu corpo, tocá-lo, apalpar as mamas, a vagina e qualquer coisa que observar de diferente, tal como: verrugas, feridas, caroços, coceiras ou corrimentos com odor. Nesses casos, deve-se recorrer imediatamente ao profissional de saúde. As mulheres expressaram o seguinte:

[risos] nunca me toquei e me pouco me olhei no espelho (Mulher quilombola 11);

as partes nunca olhei, tenho vergonha de e do outro (Mulher quilombola 12);

Mulé, eu me acho feia, vou olhar nada, pra quê? (Mulher quilombola 13);

Nunca dei um abraço neu, nem sei disso (Mulher quilombola 14),

Eita, agora lá tô eu me abraçando [risos], é bom (Mulher quilombola 15).

Na fala dessas mulheres está evidente um sentimento de vergonha do corpo “seu corpo torna-se dissidente de sua negritude” (Cavalleiro, 2001, p. 167), visto que os padrões de beleza impostos pelo modelo social e ideologicamente racista é o da estética branca, a mulher magra, cabelos lisos. Com isso, fica demonstrado que as mulheres negras se veem sob outro prisma, assumindo a identidade do branco dominador, bem como a internalização de valores repassados pela ideologia do embranquecimento e do mito da democracia racial, conforme Carneiro (1999), e um desconhecimento da mulher sobre seu corpo.

As mulheres alegaram dificuldade de acesso aos postos de saúde, acarretada pela distância e pela falta de recurso financeiro para pagamento de passagem, outras afirmaram nunca terem realizado exame ginecológico, pois sentem muita vergonha, embora tenham sido informadas pela agente de saúde de sua necessidade. Em algumas comunidades em que a agente de saúde era quilombola, constatou-se maior compromisso dessas profissionais com a comunidade; por causa delas algumas mulheres realizaram exames ginecológicos. Nessas comunidades, detectou-se que as mulheres tinham feito

exame apenas uma vez, pois alegavam não procurar o posto de saúde em virtude da dificuldade de acesso e, sobretudo, pelo preconceito e a falta de um atendimento humanizado dos(as) profissionais de saúde. Sobre essa questão, uma mulher quilombola, casada, mãe de 8 filhos, com instrução fundamental, trabalhadora da roça relata:

“Já fui ao médico e esperei manhã toda para ser atendida. Quando consegui chegar até ao médico ele nem levantou a cabeça, não disse nada, não perguntou nada, não pude falar nem da dor de cabeça que sentia todo dia, ele já foi passando remédio, eu penso que é porque sou negra, eu pra ser humilhada não vou mais” (Ewá, 52 anos)

Verifica-se nessa fala um exemplo de tratamento diferenciado, eivado de preconceito, que é dado às mulheres negras por alguns profissionais de saúde, que pode ser denominado racismo institucional. Diante disso, é necessário, portanto, capacitação dos profissionais sobre a questão racial, de gênero e, principalmente, a imperiosa necessidade de conscientização desses profissionais para o desenvolvimento de uma práxis humanizadora no atendimento às usuárias negras. O despreparo dos profissionais de saúde sobre a questão racial e de gênero constitui o que Ribeiro (2004, p. 90) considera “preconceito e discriminação não são questões apenas subjetivas, fazem parte da vida concreta dos indivíduos: expressam-se no corpo, no trabalho, no lazer etc. Assim, crenças, estigmas, mitos e realidade se confundem, provocando uma repetição de fatos que reafirmam a continuidade do racismo e do machismo”. Nessa linha de raciocínio constata-se que a discriminação racial se consolida cada vez mais de forma sutil e perversa. E só quem padece desse mal pode avaliar a dor que o preconceito racial provoca.

Pouquíssimas mulheres afirmaram ter feito mamografia, as que fizeram confessaram ter tido grandes dificuldades: esperaram muito tempo para a realização do exame, tiveram de se deslocar para outra cidade para realizá-lo, o aparelho quebrava, faltava profissionais. Outras não tinham sequer conhecimento do que se tratava o exame. Conheciam apenas o exame de citologia, que muitas já haviam feito. Diante da roda de conversa sobre a importância da realização do exame citológico e esclarecimento

de seus direitos no que tange ao atendimento nos postos de saúde, as mulheres afirmaram o compromisso com elas mesmas na busca dos exames preventivos.

Ficou demonstrado nesta pesquisa que as mulheres desconhecem o exame de mamografia e a importância de fazerem todos os exames uma vez ao ano, e conforme o que está explícito no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2008, p. 169-175), no capítulo que trata do Enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia, as mulheres negras estão em situação de maior vulnerabilidade que as brancas, são infectadas, morrem mais cedo. Ainda destaca que:

Além de apresentarem menor expectativa de vida comparativamente às mulheres brancas, dados da PNAD/IBGE revelam que, em 2004, 44,5% das mulheres negras não tiveram acesso ao exame clínico de mamas, contra 27% das mulheres brancas. Segundo o Ministério da Saúde, entre 2000 e 2004, a infecção por HIV/aids subiu de 36% para 42,4% entre as mulheres negras e entre os homens negros passou de 33,4% para 37,2%, enquanto na população branca, a incidência de casos diminuiu no mesmo período.

Nas Comunidades estudadas, as mulheres ainda referiram-se a outros agravos em sua saúde, tais como: hipertensão e diabetes.

No momento final desta pesquisa foi estabelecida uma agenda que incluía oficinas devolutivas intituladas “De Mulher para Mulher”. Esse momento vivencial ocorreu após a escuta das mulheres nos grupos focais e teve como objetivo, a partir do que foi constatado, informá-las a respeito de Doenças Sexualmente Transmissíveis, “as doenças do mundo”, como elas chamam, e outras doenças específicas da população negra, e a importância do autocuidado. Inicialmente, houve explicação sobre o que são as doenças, como elas são transmitidas, como se manifestam e como devem ser tratadas. Através de álbum seriado, foram apresentados diversos tipos de doenças, como Cancro Mole, Cancro Duro, Candidíase, Herpes, Gonorreia, Condiloma, Linfogruloma, Granuloma, Pediculose, Hepatite B e C, aids e infecções, além do fato de algumas doenças terem tratamento e outras, não. Ressaltaram-se a

necessidade de elas assumirem o compromisso de cuidar de si próprias e a importância de, uma vez por ano, fazerem consultas médicas, pois trata-se de direito de cidadã, basta procurar o (a) agente de saúde para que suas consultas médicas sejam marcadas. Elas foram informadas também da importância de fazerem o cartão do SUS e que o tratamento das DST/aids é gratuito e um direito de todos. Ressaltou-se a importância do uso do preservativo, pois ele é a forma mais segura de redução do risco de contrair DSTs, bem como o vírus da aids. Falou-se também de outras formas de transmissão das doenças: mãe infectada, compartilhamento de seringa, etc. Foi demonstrado como se deve usar a camisinha, tanto a masculina como a feminina. Foi dada orientação de como solicitar a camisinha feminina nos postos de saúde e a sua importância para a independência da mulher e a prevenção de DST/aids. Discutiu-se também como a higiene íntima da mulher deve ser feita.

As mulheres participaram ativamente dessas oficinas devolutivas com perguntas, dúvidas, e expressaram com emoção em suas falas: “nunca participei de uma reunião como essa” (Mulher quilombola 16); “sinto demais que as outras mulheres não estão aqui” (Mulher quilombola 17); “vou fazer de tudo para fazer os exames” (Mulher quilombola 18); “e também, né?, conversar os conhecimentos para as outras, hoje tem feira, fica difícil, elas não vêm” (Mulher quilombola 19).

No momento de avaliação, elas afirmaram que as oficinas pedagógicas tiveram significado positivo, conforme expresso em seus depoimentos: “foi muito bom”; “aprendi muitas coisas que não sabia”; “você devia voltar sempre”; “estou muito satisfeita”; “estou me sentindo feliz”; “Eu aprendi a me gostar, a me abraçar, nunca vi falar nisso, foi bom”; “eu aprendi a camisinha feminina, e que posso pedir no posto, agora quero usar, já tive doença do mundo, berruga, eu me limpo, meu marido nada, ele não vai no posto, não gosta da camisinha, eu agora vou usar, ele vai ver”; “não se esqueças de nós”. No encerramento das oficinas foram distribuídas cartilhas sobre a Lei Maria da Penha e todas cantaram as músicas *Maria da Penha*, de autoria de Paulinho Resende e Evandro Lima, interpretada por Alcione e *Maria Maria*, de Milton Nascimento.

Considerações Finais

Com base nos resultados obtidos, entrelaçados com o quadro teórico, algumas considerações tornam-se possíveis. Primeiramente constatamos que a violência exercida sobre a mulher negra em nível doméstico, racial e institucional se constitui em um fenômeno que avilta a dignidade da mulher, ao tempo em que se estabelece uma violação focada duplamente, pela saúde pública e pelos direitos humanos da mulher como cidadã. Os dados obtidos sobre violência, racismo e suas implicações para a saúde da mulher, bem como o desconhecimento das doenças sexualmente transmissíveis, confirmam a abrangência do estudo sobre as vulnerabilidades da população negra ao HIV/aids e a outras doenças sexualmente transmissíveis e a outros agravos de saúde, em vista dos resultados obtidos, tais como a constatação de péssimas condições de vida a que estão submetidas as populações remanescentes de quilombos, as dificuldades que essas comunidades têm para o acesso aos serviços de saúde, a falta de prática preventiva no que se refere às doenças sexualmente transmissíveis. Esses fatores possivelmente podem acarretar uma grande vulnerabilidade dessa às DST/aids.

Intervenções na área da saúde e da educação são fundamentais na medida em que se constatou que a desigualdade de gênero e o racismo apresentam-se como fatores de vulnerabilidade para as mulheres, e com maior risco de aparecimento de enfermidades principalmente DST/aids e outros agravos à saúde da mulher negra. A busca de alternativas para o enfrentamento dessas questões é dever ético de todos aqueles que estão envolvidos em saúde, educação, visando contribuir para o desenvolvimento de ações de promoção da igualdade de gênero, de condições sociais e direitos e a plena saúde das mulheres negras.

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BORDIEU, P. *A dominação masculina*. Tradução. Fernando Tomaz. Lisboa: Difel, 1999.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres. *II Plano Nacional de Políticas Para as Mulheres*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção à saúde integral da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Questões de Gênero e Etnia. *Documento do Encontro Nacional de Mulheres Negras: Olhares da Mulher Negra sobre a Marcha Zumbi + 10*. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL. Presidência da República. Secretária Especial de Políticas para as Mulheres. *Com todas as mulheres, por todos os seus direitos*. AECID, 2010.

CARNEIRO, S. É muito maior do que parece. *Revista Maria Maria*, n. 1, Supl. 1. Brasília: UNIFEM, 1999.

CAVALLEIRO, E. (Org.). *Racismo e antirracismo na educação: repensando nossa escola*. São Paulo: Summus, 2001.

FOUCAULT, M. *A microfísica do poder*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GATTI, B. A. *Grupo Focal em Ciências Sociais e Humanas*. Brasília: Liber Livro, 2005.

LEÃO, E. M.; MARINHO, L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para políticas públicas de saúde. *Revista Promoção da Saúde*, Brasília, v. 3, n. 6, p. 31-36, out. 2002.

KRUNG, E. G. *Relatório mundial sobre a violência e saúde*. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2002.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1971.

OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra*. Brasil - 2001. Brasília: OPAS, 2003.

OLIVEIRA, M. A. B. *Mulher e violência em Maceió: um pensar sobre sua história*. 2006. Dissertação (Mestrado em História Social). Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2006.

Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. *Não feche os olhos para a violência contra a mulher*, 2003. Disponível em: < <http://www.redesaude.org.br/Homepage/Folhetos/25%20de%20Novembro%202003.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2008.

RELATÓRIO Nacional da Conferência de Durban, ago./set. 2001.

RIBEIRO, M. Relações raciais nas pesquisas e processos sociais: em busca de visibilidade para as mulheres negras. In: VENTURI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. (Orgs). *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo: ed. Perseu Abramo, 2004.

RISCADO, J. L. S. *Aids: prevenção, representação e prontidão nacional*. Maceió: EDUFAL, 2000.

SAFFIOTI, H. I. B. *Gênero, patriarcado e violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004, p. 79-80. (Coleção Brasil Urgente).

SAFFIOTI, H. I. B. *O poder do macho*. São Paulo: Moderna. 1987.

SCHRAIBER, L. B. et al. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Editora UNESP, 2005. 183 p.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade* Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

Recebido em: 07/10/2009

Reapresentado em: 18/06/2010

Aprovado em: 21/06/2010