

EDIÇÃO COMEMORATIVA DE 23 ANOS



Mulher Negra & Saúde

Caderno I

Cadernos Geledés
Edição comemorativa de 23 anos
Publicado em 1991



Nota

**Em comemoração ao 23º aniversário do
Geledés Instituto da Mulher Negra**

**Relançamos a coleção esgotada dos Cadernos Geledés.
O conteúdo original foi preservado conforme publicado em
1991.**



GELEDÉS
INSTITUTO DA MULHER NEGRA

23 anos

Lutando contra o
racismo, sexismo
e todas as formas de discriminação

30 de abril de 1988

GELEDÉS

INSTITUTO DA MULHER NEGRA

www.geledes.org.br

MULHER NEGRA & SAÚDE

GELEDÉS – Instituto da Mulher Negra:

Deise Benedito
Edna Roland
Isabel Bonfim
Eufrosina (Lola) Tereza de Oliveira
Maria Lúcia Silva
Nilza Iraci
Sílvia de Souza
Solimar Carneiro
Sonia Nascimento
Sueli Carneiro
Vanderli Salatiel

Programa de Saúde:

Edna Roland – Coordenadora
Lola Tereza de Oliveira – Assist. Social
Maria Dirce Gomes Pinho – Pesquisadora
Maria Lúcia Silva – Psicóloga
Márcia Regina Alves de Oliveira – Secretária
Sílvia de Souza – Psicóloga
Vanderli Salatiel – Educadora

Edição Geral:

Nilza Iraci Silva

Composição/Arte final:

TD-Laser – Fone: 289-1295

Desenho da Capa:

Luiz Pê

Impressão e acabamento:

Gráfica Pródica – Fone: 578-4438

Cadernos Geledés é uma publicação de Geledés – Instituto da Mulher Negra – Praça Carlos Gomes, 67 – 5º andar – Cj. M – Cep: 01501-040 – Liberdade – São Paulo – SP – Fone (011) 35-3869 – Fax 36-9901. É permitida a reprodução total ou em parte, desde que citada a fonte.

Outono/1991



MULHER NEGRA & SAÚDE

*“Nós já tratamos dos problemas de todo mundo.
Chegou a hora de tratar dos nossos”.*

Billye Avery

Índice

A saúde da mulher negra no Brasil*	7
O ovo e a galinha	17
A construção da cumplicidade:	21
grupos de auto-ajuda e oficinas de saúde.....	21
Rompendo a conspiração do silêncio	25
AIDS: História, Cara e Sexo	29
28 de Setembro: Repensando o Ventre Livre	31

Apresentação

Este é o **primeiro de uma série de Cadernos Geledés**.

Mulher Negra e Saúde pretende apresentar a linha do **Programa de Saúde de Geledés – Instituto da Mulher Negra**, desenvolvendo alguns temas que o Programa se propõe a trabalhar.

Como um primeiro filho muito desejado, ele foi idealizado e gestado com afeto e fantasia; é fruto de um sonho coletivo que se tornou realidade.

É a primeira publicação editada no Brasil dedicada inteiramente às questões de saúde da mulher negra.

Com esta publicação pretendemos colaborar para a reflexão e organização das mulheres negras em torno da sua própria saúde. Ao mesmo tempo nos dirigimos também aos trabalhadores do Setor Saúde, na expectativa de sensibilizá-los para a compreensão das diferenças raciais da população que atendem no seu cotidiano, bem como aos técnicos e autoridades responsáveis pelo planejamento das ações do Sistema Público de Saúde.

Trata-se de uma primeira tentativa de sistematizar o nosso entendimento do que deve ser um programa de saúde voltado para as mulheres negras.

Partimos da discussão dos poucos dados existentes a respeito dos diferenciais de saúde das mulheres negras, definimos as atividades que entendemos devam ser desenvolvidas pela nossa Entidade na área da Saúde, falamos de nossas dores e segredos, abrimos o debate sobre questões candentes como a AIDS e o aborto.

Enfim, este caderno representa momentos de um percurso difícil que vimos construindo coletivamente para dar visibilidade e estabelecer a legitimidade de um conhecimento que recorte a especificidade do ser mulher e do ser negro na área da saúde.

A Coordenação

São Paulo, 28 de maio de 1991

Dia Internacional de Ação pela Saúde da Mulher

A saúde da mulher negra no Brasil*

Entre outros avanços sociais obtidos pela Constituição Federal brasileira, promulgada em outubro de 1988, foi garantido o princípio de que a “Saúde é um Direito de Todos e um Dever do Estado”. Se em termos doutrinários este preceito constitucional representa uma vitória social importante, ele não é suficiente para garantir a realização desse direito essencial.

Ao contrário, a situação de saúde de grandes parcelas da população no Brasil é extremamente precária. Entre as causas dessa situação podemos mencionar o baixo poder aquisitivo resultante dos baixos salários, a precariedade da alimentação em termos quantitativos e qualitativos, as condições insalubres e inseguras de trabalho, as condições de contaminação ambiental por agentes químicos e biológicos decorrentes da insuficiência do saneamento básico, ausência de controle sobre fontes poluidoras e uso indiscriminado de agrotóxicos; o baixo nível educacional da maioria da população, a insuficiência e a precariedade da atenção oferecida pelo Sistema Público de Saúde, as desigualdades e discriminações sexual e racial que impedem às mulheres e aos negros o acesso a melhores e mais bem pagas ocupações e os submetem a pressões e violências de ordem sexual, racial e policial que podem, inclusive, não apenas resultar em danos à saúde mas em óbito da vítima.

A percepção das desigualdades raciais no tocante à saúde no Brasil é ainda incipiente. Tal fato poderia parecer surpreendente na medida em que essas diferenças deveriam ser esperadas como resultado óbvio das profundas desigualdades sócio-econômicas entre negros e brancos no Brasil.

Enquanto 24,6% dos brancos recebem uma renda inferior a 1 salário mínimo, 44,8% dos negros encontram-se abaixo desse limite de pobreza absoluta; enquanto 25% dos brancos são analfabetos, 48% dos negros encontram-se nessa situação.

Com relação às diferenças entre mulheres, os dados publicados a partir do recenseamento de 1980 são alarmantes, sendo da ordem de 48% a taxa de analfabetismo entre as mulheres negras, enquanto que esta porcentagem cai para 24% entre as mulheres brancas.

O rendimento médio mensal auferido pelas mulheres brasileiras varia significativamente segundo a cor.

Adotando o critério utilizado por vários pesquisadores brasileiros, de considerar 2 salários mínimos como a barreira da pobreza, verificamos que cerca de 85% das mulheres negras encontram-se abaixo da linha de pobreza na medida em que ganham até 2 salários mínimos mensais, contra 64% das mulheres brancas na mesma situação.

O significado dessa renda ínfima assume contornos ainda mais dramáticos se considerarmos as ocupações exercidas pelas mulheres negras. Se é verdadeiro que a Prestação de Serviços, onde está incluído o emprego doméstico, é a ocupação que concentra mais mão de obra feminina no Brasil, quando desagregamos esse dado segundo a cor, encontramos que nesta ocupação concentram-se 24% das mulheres brancas e 56% das mulheres designadas como pretas no Censo de 1980.

Depois da Prestação de Serviços, setor em que uma grande quantidade de trabalhadores não tem carteira assinada e, portanto, nenhuma garantia trabalhista, são as ocupações da Agropecuária e da Indústria da Transformação, nas quais as condições de trabalho são mais penosas, que abarcam quase todo o restante da mão de obra feminina negra brasileira.

É de se esperar, portanto, que tais desigualdades sociais manifestem-se também no acesso desigual à Saúde, apresentando a população negra índices diferenciados em relação ao restante da população.

Todavia, como um resultado da “democracia racial” supostamente existente no Brasil, o Sistema de Saúde tem oferecido considerável resistência ao reconhecimento da necessidade do registro da raça ou cor dos usuários, de modo a permitir a produção de dados a respeito das desigualdades de saúde entre os grupos raciais.

Dispomos de poucos dados publicados sobre a população negra no Brasil tendo em vista que, somente agora muito recentemente, é que se começa a romper a conspiração do silêncio oficial a respeito das desigualdades raciais no país.

Não dispomos de dados estatísticos a respeito da qualidade da habitação e saneamento desagregados por cor, tendo em vista a não publicação por parte do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de tais informações.

Não dispomos, também, de dados referentes à morbidade de mulheres negras no Brasil, tendo em vista que os responsáveis pelos órgãos públicos ainda não se conscientizaram de que a variável raça ou cor se constitui num aspecto fundamental que indica diferentes condições de vida e saúde no país.

As poucas pesquisas existentes apontam grandes diferenças nas taxas de mortalidade infantil e fecundidade e na prevalência de hipertensão entre negros e brancos.

A ausência de informações sobre as diferenças nas condições de saúde dos diversos grupos raciais tem dificultado a percepção do impacto da questão racial por parte das lideranças negras dos Movimentos de Saúde, bem como a mobilização do Movimento Negro em torno das questões de saúde.

Com relação à mortalidade infantil, Estela Maria Garcia Tamburo (1987) apresenta os seguintes dados:

TABELA 1

Mortalidade Infantil, segundo declaração de cor das mães

Ano	Branca	Parda	Preta	Negra(1)	Total
1960	105	151	140	148	122
1980	77	105	102	105	89

Fonte: FIBGE, Censos Demográficos 1960, 1980.

(1) Consideram-se negros a soma dos declarados como pardos e pretos.
(0/000) – Brasil – 1960/1980.

O que estes dados dizem é que em 1960, de cada 1.000 crianças brancas nascidas, 105 morriam antes de completar 1 ano de idade, enquanto de cada 1.000 crianças negras nascidas, 148 morriam antes de 1 ano.

Portanto, em 1960, para cada 1.000 crianças, as mães negras perderam 43 crianças a mais que as mães brancas.

Somente 20 anos depois, em 1980, quando a taxa de mortalidade infantil das crianças brancas tinha baixado para 77, é que as crianças negras conseguiram alcançar o índice de 105.

Tais diferenças nos índices de mortalidade infantil persistem mesmo quando se controla o nível de instrução das mães:

TABELA 2

Mortalidade infantil (0/00), segundo declaração de cor e instrução das mães

Brasil – 1980

Cor/Nível de instrução	Branca	Parda	Preta	Negra(1)	Total
Sem instrução	95	110	120	112	107
1 a 3 anos	85	93	101	94	90
4 a 7 anos	69	84	86	84	76
8 anos ou mais	57	70	82	71	62

Fonte: Tabulação Especial Censo Demográfico, 1980.

(1)

Consideram-se negros a soma dos declarados como pardos e pretos.

Partindo da idéia de que o nível de instrução das mães é um fator que influencia na sobrevivência das crianças, pois um maior nível de instrução pode, por exemplo, significar um maior conhecimento a respeito de como cuidar de um recém nascido, ou maiores informações a respeito de como ter acesso ao Sistema de Saúde, esta tabela nos diz o seguinte:

a) por um lado, podemos considerar o nível de instrução como um fator que influencia na probabilidade de sobrevivência das crianças: os índices de mortalidade infantil diminuem com o aumento dos anos de estudo para todas as mães;

b) todavia, para cada nível de instrução considerado, existem diferenças significativas no número de crianças que morrem de acordo com a cor: as crianças negras apresentam desvantagens significativas para todos os níveis de instrução; ou seja, as diferenças nos índices de mortalidade infantil entre crianças negras e brancas não são devidas a diferenças de instrução entre as mães brancas e negras. Uma explicação possível é que provavelmente mães brancas e negras, mesmo tendo o mesmo nível de instrução, não ganham a mesma renda e, portanto, não podem oferecer condições idênticas a seus filhos.

Alguns estudos demográficos já publicados apontam para a existência de peculiaridades no comportamento produtivo das mulheres classificadas pelo IBGE como pretas e pardas (Bercovich, 1986).

Um dos aspectos estudados pelos demógrafos é a fecundidade. Para se calcular a taxa de fecundidade toma-se o número total de filhos numa determinada população e divide-se pelo número de mulheres. Ou seja, a fecundidade nos informa a respeito do número médio de filhos por mulher.

Com relação à fecundidade, os dados disponíveis para os recenseamentos de 1940, 1950 e 1960 apontam variações significativas no comportamento reprodutivo em função da cor das mulheres, apresentando as mulheres pretas taxas de fecundidade menores que as mulheres brancas, enquanto as mulheres pardas apresentam as taxas mais altas. Tal tendência só foi invertida com a queda violenta da fecundidade das mulheres brancas entre 1960 e 1980, relacionada ao processo de urbanização e aumento do uso de métodos contraceptivos.

TABELA 3

Taxas cumulativas de fecundidade para mulheres de 15 a 49 anos

Brasil – 1940/1980 – Taxas segundo a cor

Anos	Branca	Preta	Parda	Total
1940	272,4	248,5	276,5	265,8
1950	255,8	249,4	286,7	263,1
1960	248,4	247,4	296,2	260,4
1980	198,0	240,5	275,5	227,3

Fonte: FIBGE – Censos Demográficos de 1940, 1950
Censos Demográficos de 1960 e 1980: Tabulações Especiais

Esta tabela nos diz que as taxas de fecundidade diminuíram nestes 40 anos para todas as mulheres, sendo que em 1940 as mulheres pretas apresentavam a taxa mais baixa e as mulheres pardas a mais alta. A fecundidade das mulheres brancas diminui progressivamente. A fecundidade das mulheres pardas cresce progressivamente até 1960, quando apresenta uma taxa semelhante à da década de 40. A fecundidade das mulheres pretas apresenta pequenas variações entre 1940 e 1960, tendo uma queda mais significativa em 1980.

Um dos fatores que explica a menor fecundidade das mulheres pretas é a maior proporção de mulheres pretas sem filhos, se se considerar apenas as mulheres pretas que têm filhos, o número médio de filhos é maior.

Alicia Bercovitch levanta duas hipóteses para explicar esse fato: uma maior quantidade de mulheres pretas sem parceiro e, portanto, com menores chances de engravidar e a existência de fatores que influiriam na fertilidade das mulheres pretas. A primeira hipótese é confirmada, mas mesmo analisando-se apenas as mulheres que têm parceiro, as diferenças persistem.

Esta constatação é considerada por Alicia Bercovitch, pesquisadora do Núcleo de Estudos de População da Universidade de Campinas (NEPO/UNICAMP), como um possível indicador de um maior índice de mulheres pretas estéreis.

Bercovitch considera as diferenças na fecundidade existentes entre mulheres pretas e pardas surpreendentes, tendo em vista que as semelhanças das condições sócio-econômicas entre mulheres pretas e pardas não apontariam nessa direção.

As explicações tradicionais de autores conservadores costumam relacionar o fenômeno da esterilidade à prevalência de doenças sexualmente transmissíveis que não foram adequadamente tratadas. Se tal explicação é bastante confortável para aqueles que desejam ratificar o mito da mulher negra como portadora de uma sexualidade animal, na medida em que essas doenças seriam decorrentes de uma maior promiscuidade sexual das mulheres pretas, não é suficiente para esclarecer as reais causas do fenômeno.

A esterilidade pode também resultar de outras causas tais como desnutrição, avitaminoses, alterações do psiquismo, consequência de abortamento provocado, etc.

Cleveland e Wilson referem-se à existência de esterilidade prevalente em mulheres do Zaire e Cameron, áreas de procedência de escravos trazidos para o Brasil (Bercovitch, 1986).

Enfim, a compreensão desse problema exige a realização de novas pesquisas que permitam explicar porque em condições sócio-econômicas tão semelhantes as mulheres pretas e pardas apresentam no Brasil diferenças tão gritantes do ponto de vista da fecundidade.

No que diz respeito às causas de óbitos de mulheres, não conhecemos dados publicados desagregados por cor, pois esta informação não é registrada nos atestados de óbitos. É de fundamental importância que o Movimento Negro do Brasil exija das autoridades competentes a imediata inclusão do quesito cor nos atestados de óbito, para que possamos saber de que e quando morrem os negros neste país.

Com relação à morbidade na população negra, ou seja, a frequência das doenças, o nosso conhecimento encontra-se em estado bastante precário, na medida em que não é de praxe o registro da cor nos prontuários de pacientes pelo Sistema de Saúde, preenche-se normalmente o nome, endereço, sexo, filiação e “salta-se” o item cor, considerado desnecessário; ou então ele simplesmente nem existe nos impressos do Sistema de Saúde.

Estamos assim, mais uma vez, diante da conspiração do silêncio no que diz respeito às condições de saúde da população negra, e das mulheres negras em particular, no Brasil.

Esta ausência de dados sobre a saúde da mulher brasileira, desagregados por cor nos impossibilita fundamentar, de um modo mais preciso, propostas de políticas públicas voltadas para as mulheres negras no âmbito da saúde.

No entanto, para fins de reflexão sobre a pertinência do conhecimento das particularidades das condições de saúde das mulheres negras, recorreremos a informações publicadas pelo Projeto Nacional de Saúde das Mulheres Negras, de Atlanta, Estados Unidos, onde a população negra se constitui em 13% da população global, e nas quais se constata que:

“o número de mulheres negras entre 45 a 64 anos que morrem de diabetes é o dobro do número de mulheres brancas na mesma faixa etária;

a incidência de câncer de mama é menor nas mulheres negras do que nas mulheres brancas, porém, mais mulheres negras morrem no período de cinco anos após o diagnóstico;

em 1986, foram diagnosticados cerca de 52.000 novos casos de câncer cervical. Desse número, mais da metade ocorreu em mulheres negras. O número de negras que provavelmente morrerá dessa doença é três vezes maior se comparado com o número de brancas;

o número de mulheres negras que morrem de alcoolismo é duas vezes maior do que entre as mulheres brancas;

para os negros com pressão alta a probabilidade de sofrerem lesão nos rins, levando à diálise ou a transplante, é dezoito vezes maior do que para os brancos;

quase metade das mulheres negras dos Estados Unidos engravida antes dos vinte anos e provavelmente 90% dessas jovens serão mães solteiras;

em 1983 o coeficiente de mortalidade materna para as mulheres negras era 18,3%; para as mulheres brancas o coeficiente era de apenas 5,9%”.

O Movimento Feminista brasileiro apresenta um acúmulo significativo de experiência na área da saúde, tendo, inclusive, conseguido participar da formulação e implementação de políticas públicas sistematizadas no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM.

Com a transcrição dessas informações, queremos sensibilizar os técnicos e autoridades de saúde, bem como os grupos feministas que atuam na área de saúde, para a necessidade do corte racial na abordagem da saúde da mulher, particularmente em sociedades multirraciais e racistas como a nossa, em que pertencer a um determinado grupo étnico já pré determina as condições sociais de existência dos indivíduos.

Porém, se o Sistema de Saúde Pública no Brasil até hoje mostrou-se omissos em relação à mulher negra, devemos registrar que forças poderosas têm se mostrado atentas e atuantes, interferindo de forma autoritária nos direitos reprodutivos das mulheres em geral, e das mulheres negras em particular.

Dados apresentados pela doutora Elza Berquó, no “I Seminário Sobre Esterilização Feminina e Masculina”, realizado em fevereiro de 1988, em São Paulo, apresenta um quadro alarmante a respeito dos métodos anticoncepcionais usados pelas mulheres brasileiras de 15 a 54 anos. A esterilização (44,4%) e a pílula (41,0%) se constituem praticamente nas únicas opções disponíveis para as mulheres brasileiras. Os dados apresentados para 11 Estados mostram a tendência de uma prevalência maior da esterilização nos estados do Norte e Nordeste, em que é maior o peso da população negra, chegando a ser o método usado por 75% das mulheres do Maranhão. 71% das mulheres de Goiás que usam algum método estão esterilizadas. Este último dado é particularmente inquietante quando Goiás, juntamente com São Paulo, é considerado o Estado em que mais avançou o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher).

Conforme afirmou a Dra. Elza Berquó, “todas as vezes que verificamos uma concentração exagerada de uso de apenas um método anticoncepcional, não há dúvida nenhuma de que podemos estar mais próximo de um controle da natalidade do que de um planejamento familiar”.

Todavia, o PAISM, que deveria oferecer “assistência integral à saúde da mulher”, não tem avançado na sua efetivação real a nível nacional.

Como efetivar um Programa verdadeiro de Atenção Integral à Saúde da Mulher se não temos notícia de estímulo à produção nacional do diafragma, DIU, geléias e espumas espermicidas, e a oferta de métodos contraceptivos na rede pública de saúde é intermitente, constituindo-se num dos primeiros itens cortados com a constante insuficiência de verbas?

Como efetivar um planejamento familiar eficaz se os técnicos de saúde não recebem treinamento sobre todos os métodos anticoncepcionais, principalmente os que oferecem menores riscos à saúde da mulher?

Como avançar na concretização desse Programa se muitos profissionais da saúde, partindo de visões estereotipadas sobre as mulheres pobres e negras as consideram incapazes de assumir o real controle sobre a sua reprodução e as tratam como objetos inertes, induzindo-as ao uso de métodos irreversíveis como a laqueadura das trompas?

Ao sofrerem o peso da discriminação racial e sexual, as mulheres negras enfrentam condições de vida bastante adversas que repercutem sobre a sua saúde física e mental.

Partimos assim de uma situação pouco conhecida pelas autoridades de saúde e por nós próprias mulheres negras, protagonistas e coadjuvantes de uma história de desigualdades.

A melhoria das condições de saúde das mulheres negras no Brasil depende, sem dúvida, de mudanças sociais profundas que interfiram na distribuição injusta e escandalosa da renda no Brasil, em que a exploração dos trabalhadores, dentre eles os trabalhadores negros, e dentre eles as mulheres negras, garante os privilégios de poucos. A um nível mais específico, a melhoria da saúde das mulheres negras depende da vontade política real dos governantes de efetivarem o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, oferecendo atenção em todas as fases da sua vida, em especial na fase reprodutiva, pelas profundas repercussões que a reprodução tem na vida da mulher, oferecendo-lhes todos os meios para garantir a concepção e a anticoncepção.

A melhoria das condições de saúde das mulheres negras no Brasil depende da vontade política das autoridades de saúde de darem fim à conspiração do silêncio, dispondo-se a levantar o véu de ocultamento que nos impede de conhecer a real situação da saúde da mulher negra no que diz respeito à morbidade, mortalidade, etc.

O primeiro passo para a resolução de um problema é o reconhecimento da sua existência.

Cabe aos órgãos de saúde pública, que se constituem praticamente nos únicos serviços de saúde aos quais as mulheres negras têm acesso, promover pesquisas desagregando a população por cor, para o que é essencial que a rede de saúde incorpore a necessidade do registro das características raciais da clientela.

Sabendo dos efeitos que a ideologia oficial de inexistência do racismo no Brasil exerce sobre as concepções de técnicos e funcionários do Sistema de Saúde, esse simples registro deverá se constituir em tarefa árdua a ser cumprida.

Finalmente, a melhoria das condições de saúde das mulheres negras depende de nós mulheres negras, da nossa ação política organizada, assumindo cada vez mais o controle sobre as informações relativas ao nosso corpo, às nossas condições de vida, ao nos organizarmos para exigirmos o cumprimento do preceito constitucional de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

Dada a precariedade das atuais condições do Sistema de Saúde no Brasil, para os setores menos privilegiados da população, a organização é fundamental para que possam garantir os serviços de que necessitam.

Por outro lado, é sabido que a promoção da saúde e a prevenção de doenças representam custos mais baixos do que as ações para a sua recuperação, que envolvem diagnóstico, tratamento e de saúde hegemônico no Brasil não prioriza as atividades educativas, que são essenciais para a promoção e prevenção.

O Programa de Saúde de Geledés pretende contribuir para a ampliação do conhecimento a respeito das condições de saúde da mulher negra brasileira e para a sua organização, para que possamos mudar o quadro de precariedade que nos atinge.

Edna Roland

Bibliografia:

BERCOVITCH, Alicia, Fecundidade da Mulher Negra. Textos Nepo II, UNICAMP, Campinas, 1987.

CARNEIRO, Sueli & **SANTOS**, Thereza. Mulher Negra. Editora Nobel/Conselho da Condição Feminina de São Paulo. São Paulo, 1985.

CONSELHO MUNDIAL DE IGREJAS, Contact – Comissão Médica Cristã. São Paulo, abr. 1985.

I Seminário sobre Esterilização Feminina e Masculina. Caderno do Conselho Estadual da Condição Feminina, São Paulo, 1988.

ROLAND, Edna & **CARNEIRO**, Sueli. “A Saúde da Mulher Negra no Brasil – A perspectiva da Mulher Negra” in Mulher Negra, Editora Vozes, 1990.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Sub-Programa de Saúde da Mulher – Subsídios e Diretrizes, vol. I. São Paulo, 1986.

TAMBURO, Estela Maria Garcia. Mortalidade Infantil na População Negra. Textos Nepo II, UNICAMP, Campinas, 1987.

O ovo e a galinha

GELEDÉS – Instituto da Mulher Negra é uma organização criada em 1988 por um grupo de mulheres negras de São Paulo, que vêm de uma longa experiência política e social em outros grupos e instituições públicas. A maioria de nós é originária do Movimento Negro, outras do Movimento Feminista; algumas passaram por organizações políticas que lutaram na clandestinidade contra a ditadura militar.

Assim, a nossa tradição é de luta política: contra o racismo, contra o sexismo, contra a violência policial, contra a ditadura militar. Uma luta para conquistarmos os direitos da cidadania profundamente desrespeitados em nosso país, principalmente em relação à população negra.

Mas quando criamos Geledés, desejávamos criar um grupo diferente. Um grupo que levasse em conta as necessidades e dificuldades de cada uma de nós; um grupo que nos ajudasse a crescer e não se transformasse num peso em nossas vidas. Um grupo, enfim, que reconhecesse de fato, que as pessoas fazem a história, mas não de acordo com a sua vontade, e sim dentro de circunstâncias determinadas. Um grupo que reconhecesse que somos um produto da nossa história, de circunstâncias sobre as quais tivemos pouca possibilidade de controle. Um grupo que reconhecesse que um processo histórico extremamente violento usurpou, destruiu, amorteceu parte da nossa capacidade de nos vermos enquanto indivíduos e cidadãos, que produziu um processo de inferiorização tal, que é necessário o resgate deste indivíduo cindido e destruído. Um grupo que reconhecesse que este processo histórico produziu distorções na nossa identidade, e que é preciso recuperar nossa dignidade.

Ao conhecermos em 1989 a experiência do National Black Women's Health Project – NBWHP (Projeto Nacional de Saúde das Mulheres Negras) em Atlanta, EUA, encontramos uma possibilidade de um caminho: a experiência dos grupos de auto-ajuda permite visualizar a miséria humana que a nossa história produziu e, ao compartilharmos essa experiência, é possível compreender que cada uma sozinha não é responsável por sua miséria. Todavia, consideramos que essa compreensão deve levar a uma busca de superação, o que só será possível através de uma ação coletiva organizada pois, do contrário, mais uma vez cada uma estará sendo responsabilizada por uma solução que é impossível individualmente.

Sem dúvida, a sociedade é produto da ação dos indivíduos, mas ela adquire uma autonomia em relação a eles e é regida por forças e leis que não estão presentes no nível individual. Assim, num processo de mudança devemos considerar a necessidade de atuar em diferentes níveis, atuando de acordo com as leis e princípios que regem cada um; atuar sobre as forças que determinam o comportamento dos indivíduos, atuar sobre as forças políticas e sociais que determinam o funcionamento das instituições e do conjunto da sociedade.

Não há possibilidade de saída para indivíduos isolados a não ser reproduzindo os mesmos mecanismos de opressão que se abatem sobre nós. Isso nos parece particularmente verdadeiro quando vemos o panorama a partir da perspectiva de um grupo oprimido socialmente num país abaixo do Equador: são tantas as carências e necessidades, são tantos os obstáculos que temos que enfrentar que podemos facilmente perceber que temos que atuar em diversos níveis e ao mesmo tempo. Não há espaço para o florescimento de ideologias do “self-made-man” (ou “woman”), nem do “self-saved”. Temos que nos “salvar” juntos, uns aos outros, pois para ter a galinha precisamos do ovo, e para ter o ovo precisamos da galinha!

Por isso, em Geledés concebemos o nosso trabalho de maneira complexa e integrada. No momento estamos organizados em dois Programas principais: o Programa de Saúde e o Programa de Direitos Humanos e Igualdade Racial.

O Programa de Direitos Humanos e Igualdade Racial prevê:

O atendimento jurídico individual de pessoas que foram vítimas de discriminação racial.

Pesquisa sobre a legislação no Brasil e no exterior com o objetivo de elaborar propostas de mudança nas leis do país.

Trabalho de conscientização da população negra que permita a sua organização política, através do desenvolvimento de uma consciência de cidadania.

Atualmente nossos advogados acompanham casos de discriminação racial no trabalho, em locais públicos e violência policial.

O Programa de Saúde que abre a série de Cadernos Geledés prevê a realização de diferentes atividades:

Grupos de Auto-Ajuda: inspirados na experiência do NBWHP através dos quais pretendemos dar conta das necessidades individuais, oferecendo suporte umas às outras e condições de desenvolvimento emocional e espiritual que permitam às mulheres um processo de identificação coletiva enquanto mulheres negras marcadas por uma experiência comum, e o engajamento em atividades comunitárias.

Oficinas de Saúde: grupos de reflexão com o objetivo da produção de um conhecimento a respeito de nós mesmas, para auxiliar no trabalho com novos grupos de mulheres.

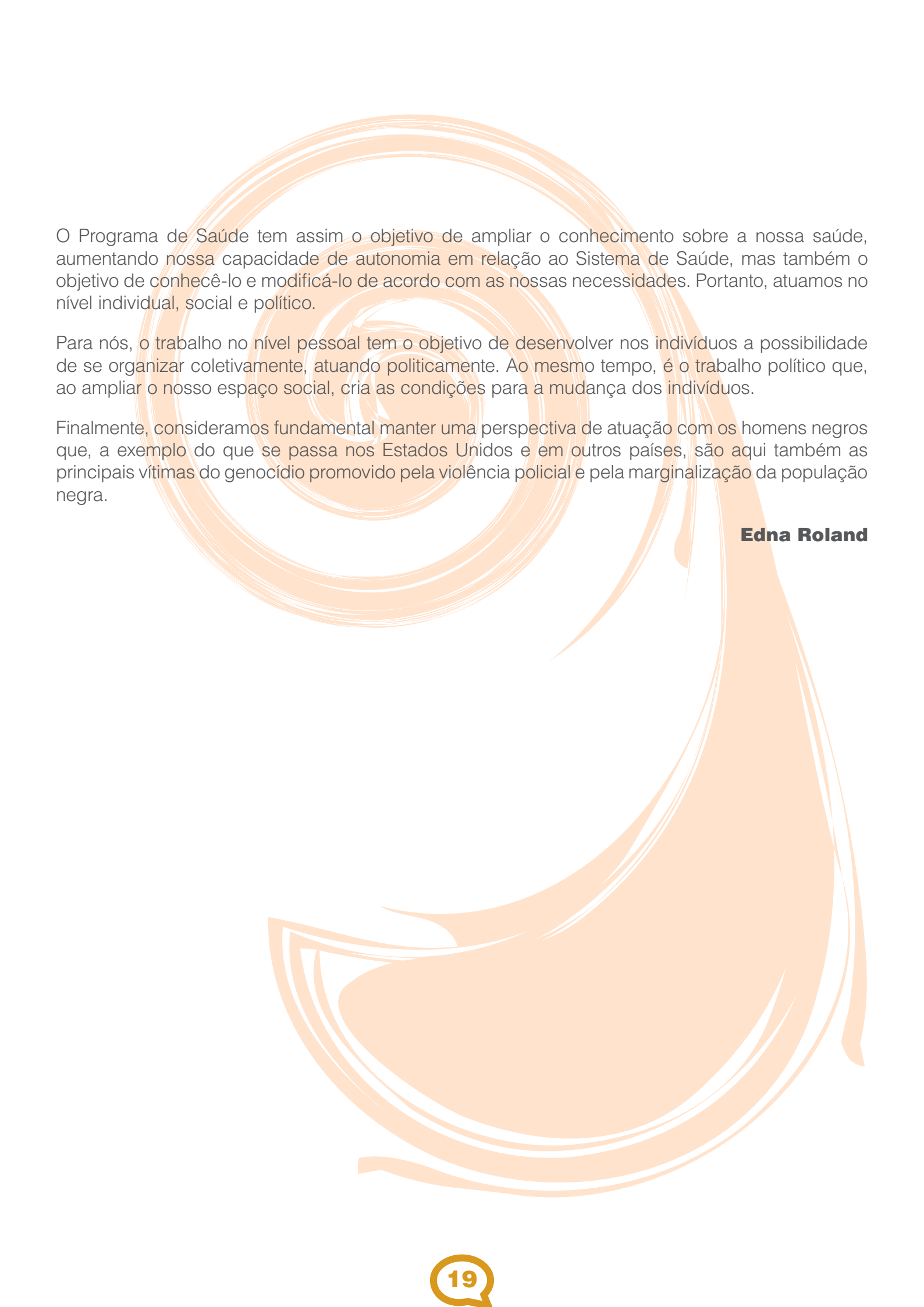
Levantamento de informações sobre o Sistema de Saúde e os direitos do cidadão: com o objetivo de ampliar as possibilidades de uso da rede pública de saúde por parte das mulheres negras.

Ações políticas sobre o Sistema Público de Saúde, pressionando-o a atender às nossas necessidades. Um exemplo disto foi a portaria municipal de São Paulo nº 696/90, de 30/03/90, que determinou o registro da cor dos usuários do Sistema Municipal de Saúde, o que permitirá, pela primeira vez no país, a produção de estatísticas pelo Sistema de Saúde a respeito da população negra. Participamos da 1ª e da 2ª Conferência Municipal de Saúde que discutiram as prioridades políticas para a saúde no Município de São Paulo, onde defendemos, e conseguimos aprovar, a exigência de aplicação da Portaria nº 696/90.

Acompanhamento de projetos de lei referentes à saúde que estejam em discussão no Congresso Nacional, Assembléia Legislativa e Câmara Municipal. No momento, juntamente com outros grupos e instituições participamos da discussão do projeto de lei que regulamentará a esterilização no País.

Realização de pesquisas sobre temas ligados à saúde reprodutiva.

Produção de folhetos para o desenvolvimento de atividades educativas.



O Programa de Saúde tem assim o objetivo de ampliar o conhecimento sobre a nossa saúde, aumentando nossa capacidade de autonomia em relação ao Sistema de Saúde, mas também o objetivo de conhecê-lo e modificá-lo de acordo com as nossas necessidades. Portanto, atuamos no nível individual, social e político.

Para nós, o trabalho no nível pessoal tem o objetivo de desenvolver nos indivíduos a possibilidade de se organizar coletivamente, atuando politicamente. Ao mesmo tempo, é o trabalho político que, ao ampliar o nosso espaço social, cria as condições para a mudança dos indivíduos.

Finalmente, consideramos fundamental manter uma perspectiva de atuação com os homens negros que, a exemplo do que se passa nos Estados Unidos e em outros países, são aqui também as principais vítimas do genocídio promovido pela violência policial e pela marginalização da população negra.

Edna Roland

A construção da cumplicidade:

grupos de auto-ajuda e oficinas de saúde

O que nos autoriza dizer que pelo fato de sermos mulheres negras adoecemos por diferentes processos que as mulheres brancas?

O que autoriza as mulheres brancas a questionarem a necessidade ou não de um Programa de Saúde da Mulher Negra?

O que faz com que digamos que somos diferentes das mulheres brancas e que, portanto, os programas de saúde voltados para a mulher em geral não dão conta da nossa especificidade?

Se nós sabemos o que significa ser negro; e às vezes, nem nós sabemos! Esta descoberta, na maioria das vezes, é feita com muita dor e muito sofrimento. Embora o caminho seja espinhoso, a descoberta nos leva a visualizar a luz no final do túnel.

A opressão sentida pela mulher, cantada em verso e prosa, jamais será sentida pelo homem. A opressão sofrida pelo negro não será jamais sentida pelo branco.

Somos diferentes.

Revelando segredos

Diga-me: o que a opressão provoca em você? Quais são os prejuízos emocionais marcados em seu próprio corpo? Quais são as possibilidades de você expressar sua emoção livremente?

O que lhe recorda os termos: negrinha, beijuda, cabelo pixaim, bunda grande, nariz chato...?

Quando isso aconteceu (ou acontece) como você se sentiu (ou sente)? Você já prestou atenção? Fez escarcéu, denunciou que estava sendo discriminada, chamou o gerente, se sentiu incapaz de reagir, deu batadeira no coração, ou se sentiu culpada por não reagir?

Já teve medo de reagir? Você já se sentiu humilhada mas, mesmo assim, deixou prá lá e passou o resto do dia irritada, puta da vida, se sentindo uma merda?

E quando você reagiu, como foi seu sentimento? Que você era forte, atrevida, valente? Como foi e como é?

Quem de nós já não ignorou uma mulher negra embriagada somente para não ser identificada com ela? Quem já não fechou o ouvido para a célebre frase: “Só podia ser negro!”?

Quem de nós já não se “fingiu de morta” diante das brincadeiras ou piadas ofensivas, desmoralizadoras e destruidoras de nossa imagem?

Não podemos negar que em muitas situações agimos dessa forma. Muitas vezes não podemos mesmo ouvir, é doloroso demais.

E quando agimos, como é? Quem fica no prejuízo?

Às vezes entramos numa loja qualquer, pedimos para ver algo e, antes mesmo de mostrar a mercadoria, o vendedor diz o preço – numa explícita alusão de que não podemos pagar. Isto nos enfurece tanto que muitas vezes levamos – só para mostrar que podemos. E nem sempre é o que queremos.

Ah, a polícia! Quantas vezes você já experimentou o sentimento de que é culpada, pelo fato de sentir o olhar perscrutador “dos home” como se de fato você devesse alguma coisa? É como se, caso seja abordada, não tivesse condições de provar que é inocente e, nestas ocasiões, você se pergunta: Mas eu tenho medo de quê? O que escondi? O que eles poderão achar? Não. Eles não acharão nada. Mas mesmo assim o medo persiste. Do que?

Já ouvi várias vezes: “Não, eu não olho nos olhos deles. É como se fôssemos atraí-los”. Mais ainda?

Existem alguns lugares que identificamos como lugares de “brancos”. Por exemplo, um grande hotel, uma loja chiquíssima, um restaurante elegantíssimo. Você entra naturalmente nestes lugares?

Você já deixou de entrar alguma vez, só de medo de sofrer uma daquelas humilhações: fazerem de conta que não te notaram; deixaram-na um tempão esperando ou então atenderem rapidamente para te despachar? Você já deixou alguma vez de fazer estas coisas só para não ter que brigar, se alterar?

De que maneira você reage? Seu coração aperta ou explode? Apertando ou explodindo seu coração, qual é o resultado para sua saúde emocional?

Não vamos nem falar na saúde física, porque se o coração se inflamar muito, sabemos que podemos chegar até ao infarto.

Você já prestou atenção no seu corpo? Seja reagindo o tempo todo, seja se preservando, estas marcas estão gravadas no nosso corpo, na nossa forma de andar, respirar, no tom de nossa voz. Enfim, onde estão as suas marcas?

Não vamos nem falar da loucura, ou quem sabe estamos falando de um processo longo e gradual de enlouquecimento?

Construindo nossa cumplicidade

Situações como estas vivemos cotidianamente e nem sempre temos respostas coletivas que alterem as atitudes tanto na sociedade como as nossas próprias.

A compreensão de que a sociedade é racista não tem sido suficiente para fortalecer nossa auto-estima e possibilitar que encontremos respostas individuais a estas situações na direção de nos fortalecermos emocionalmente.

Viver na defensiva 24 horas por dia tem nos levado a um desgaste tanto físico como emocional, que vai minando nossa auto-estima, como se fosse quebrar nossa coluna vertebral.

Fazer política deve estar combinado com o fortalecimento de nosso emocional, para que nossa ação tenha resultados mais transformadores. Isto só é possível com a criação de espaços onde essa tensão possa ser falada e compartilhada.

Se a reconstrução de nossa história coletiva só tem sido possível graças à ação persistente do Movimento Negro, é necessário que criemos espaços para reconstruirmos nossa história pessoal, individual. Isto também é fazer política. É resgatar o indivíduo dentro do coletivo.

Os Grupos de Auto-Ajuda e as Oficinas de Saúde têm sido uma experiência onde o coletivo é reconstruído através de nossas histórias pessoais.

Temos descoberto que nossas marcas, cicatrizes, são semelhantes. O que tem mudado é o lugar onde estas histórias se deram ou se dão.

Descobrimos, por exemplo, que algumas de nós estivemos perto da prostituição, não porque fomos mandadas para fora de casa, e esse era o único meio de sobrevivência. Mas sim porque isto era uma forma de ataque ao nosso próprio corpo, à nossa própria imagem. Que ao mesmo tempo que nos sentíamos “gostasas”, nos achávamos feias, sem atrativos, e que este era um jeito de nos sentirmos “gostadas”.

Também descobrimos que para não realizarmos a profecia social de que o destino das mulheres negras era a prostituição, precisávamos engordar e, desta forma, não sermos “atrativas”, ou então, nos vestimos de tal forma que nosso corpo ficasse completamente coberto e não despertasse o apetite dos homens.

Descobrimos, também, o quanto a escola nos oprimia depreciando nossa imagem e inibindo nossas possibilidades, e que às vezes sobravam apenas três caminhos: ou nos destacávamos para sermos as primeiras alunas da classe, e desta forma diminuir a forma de opressão, ou éramos extremamente inibidas, cabisbaixas, como se fôssemos emburrecidas, e os ataques eram mais violentos, ou então largávamos a escola.

Qualquer uma das alternativas era a um custo emocional tão grande que as marcas sobrevivem até hoje.

Descobrimos, também, como odiávamos nosso cabelo e nos sentíamos aprisionadas pelas trancinhas que nossas mães faziam e que hoje gostamos tanto. E tínhamos desejos de tê-los lisos, soltos, balançando em nossos ombros.

Juntas, temos feito muitas descobertas sobre nossa sexualidade, sobre a representação do nosso próprio corpo, sobre nossos desejos secretos de embranquecer. Afinal de contas, está gravado em nossos corações e mentes que tudo que é alvo é bom, e tudo que é escuro é ruim.

Mas também temos feito boas descobertas: amamos os encontros familiares, normalmente muito barulhentos, com muitas risadas, piadas e gozações, sempre regados com muita música e muita dança; que são vitais para a nossa saúde física e emocional os espaços por nós recriados como a escola de samba, o carnaval, os bares negros, o candomblé e inúmeros outros, pois como diz Jimmy Cliff, com muita sabedoria, “cantar e dançar é um remédio, mesmo quando estamos com fome”.

Mas, a grande descoberta que temos feito ao compartilharmos as nossas alegrias, tristezas, dúvidas, certezas, dilemas, conflitos, é que, na maioria das vezes, eles não são produtos de nossas “fraquezas” individuais ou de nossa mente “doentia”, mas sim imagens que fomos engolindo ao longo de séculos de existência e que, na verdade, são vivências experienciadas por todas nós.

Estes espaços têm nos mostrado que ao recontar nossas histórias de vida à luz da opressão racial vivida por todas nós, se torna possível a reconstrução de nossa identidade, o resgate de nossa cumplicidade na busca de uma solidariedade real e efetiva entre nós, mulheres negras.

Maria Lúcia da Silva

Rompendo a conspiração do silêncio

Dentro da nossa perspectiva de desenvolver ações políticas em relação ao Sistema de Saúde no sentido de adequá-lo às necessidades das mulheres negras em particular e da população negra em geral, participamos juntamente com outros setores do Movimento Negro da articulação política que resultou na portaria 696/90, assinada pelo então Secretário Municipal de Saúde de São Paulo. Desta forma São Paulo será a primeira cidade do Brasil a dispor de informações das diferentes condições de saúde dos grupos raciais que compõem a população do município. Sabemos que a assinatura desta portaria não garante a sua efetivação, pois conhecemos as resistências existentes na sociedade brasileira ao reconhecimento das diferenças raciais. Aguardamos a publicação por parte da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo de pesquisas e informações mostrando os diferenciais de saúde entre os grupos raciais.

Após a assinatura da Portaria 696/90 foi realizado em 31/05/90 o Seminário “O Quadro Negro da Saúde: Implantação do Quesito Cor no Sistema Municipal de saúde”, do qual participamos, com a finalidade de sensibilizar os profissionais da saúde e discutir a forma como deveria ser feito o registro racial dos usuários do sistema municipal de saúde.

Neste seminário foi decidido que será seguida a classificação utilizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). O IBGE utiliza quatro categorias de cor, e o sujeito se auto-classifica. As categorias são as seguintes: preta, parda, branca e amarela. Sabemos das limitações do uso de tais categorias; utiliza-se o conceito de cor, que já contém uma visão ideológica resultante da maneira como a sociedade brasileira escamoteia as relações raciais no Brasil. Apesar disso, consideramos preferível utilizar as mesmas categorias que o IBGE, na medida em que ainda não se aprofundou a discussão a respeito de possíveis mudanças, ao mesmo tempo em que a manutenção da mesma classificação nos permite analisar os dados obtidos no Sistema Municipal de Saúde de São Paulo em confronto com os dados sócio-econômicos do Censo e outras pesquisas realizadas pelo IBGE.

A seguir reproduzimos o texto da justificativa e da Portaria 696/90, que esperamos possa ser utilizada pelo Movimento Negro em outras regiões.

Comissão da Publicação do DOM de 30.03.90

Protocolado despachado:

1858/90. Documento encaminhado por representantes do Movimento Negro à Secretaria Municipal de Saúde. Despacho: Publicar em DOM, na íntegra, com expedição da Portaria correspondente. 30.03.90. Dr. Eduardo Martins Alves Sobrinho.

Justificativa do item “Cor” no Sistema de Informação da Secretaria Municipal da Saúde-SMS-PMSP.

O Sistema de Informação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo se encontra, neste momento, em processo de redefinição dos seus indicadores sócioeconômicos e de saúde, visando o reconhecimento das condições de saúde da população. Tal redefinição tem por objetivo a identificação das necessidades mais prementes da população em relação à saúde, o que possibilitará o desenvolvimento e adequação das ações de planejamento e gerenciamento dos serviços de saúde às suas necessidades.

Neste contexto, torna-se necessário a coleta e análise do quesito “cor” pelo Sistema de Informação da Secretaria Municipal da Saúde, tendo em vista que a variável raça ou cor é explicativa das

desigualdades sociais existentes entre os diversos segmentos raciais que compõem a população brasileira. Estas desigualdades podem ser verificadas através de diversos indicadores sociais, como podemos observar, por exemplo, nos dados do Censo de 80 relativos à educação, onde 25% da população branca e 15,3% da população amarela encontram-se em situação de semi ou completo analfabetismo, sendo que para a população negra a porcentagem sobe para 48%.

No que diz respeito à posição no mercado de trabalho, temos que 70,6% da população negra se concentra em ocupações manuais enquanto que a população branca e amarela representam nestas ocupações, respectivamente, 52,1% e 32,4%.

O caráter explicativo da variável cor/raça torna-se evidente considerando que, mesmo quando eliminamos as diferenças educacionais, permanecem as diferenças salariais entre a população negra e branca no Brasil. Pesquisa realizada pelo SEP-Convênio-SEADE/DIEESE/UNICAMP em 1987, demonstrou um diferencial de rendimento médio real por hora trabalhada pela população negra da Grande São Paulo, da ordem de 22% a 28% a menos para todos os níveis de instrução, a partir do 1º Grau incompleto.

Tendo em vista que a saúde é resultante da qualidade de vida, na qual tem papel preponderante a nutrição, as condições de trabalho, habitação, saneamento básico, etc., os dados apresentados apontam para uma situação diferenciada dos grupos étnicos no Brasil, no tocante às condições de vida e conseqüentemente, de saúde.

Neste sentido, a coleta e análise do quesito cor pelo Sistema de Informação da Secretaria Municipal de Saúde, permitirá determinar em princípio, o peso das condições sócioeconômicas na situação de saúde dos diferentes grupos raciais. Por outro lado, possibilitará a identificação do peso da variável racial na incidência de doenças segundo os grupos étnicos, pois dados relativos a outros países multirraciais demonstram que a variável raça é associada à maior ou menor incidência de certas doenças tais como: diabetes, hipertensão, mioma etc.

Conforme demonstrado pelos dados apresentados acima, a variável “cor” determina diferentes condições sócioeconômicas e de saúde, tendo na identificação da população o mesmo peso que outras variáveis já consagradas e aceitas pelo Sistema de Saúde, tais como sexo, idade e nível de instrução, devendo, portanto, ser analisada em estudos epidemiológicos relativos à morbi/mortalidade e demais aspectos de saúde da população.

O reconhecimento desta questão, dada a sua magnitude, depende fundamentalmente de vontade política já demonstrada pelo Secretário desta Pasta, devendo ser ratificada pelas diversas instâncias desta Secretaria, uma vez que os aspectos técnicos que ela contém já foram equacionados por diferentes sistemas de informação de órgãos oficiais. Todavia, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo será o primeiro órgão de Saúde no país a trabalhar efetivamente com essa variável e levá-la em conta para seu planejamento de Ações de Saúde.

Assim sendo, propomos que a inclusão do item “cor” no sistema de informações desta Secretaria siga a classificação utilizada pelo IBGE no Censo de 80, através das categorias, branca, preta, parda e amarela. A utilização deste critério justifica-se por permitir uma comparabilidade dos dados, no que se refere à evolução demográfica, às mudanças econômicas e sociais e o reconhecimento das desigualdades raciais, que historicamente acompanham a trajetória da população brasileira.

Por fim, a introdução deste item permitirá a elaboração de um planejamento que contemple as especificidades dos grupos étnicos e, ao mesmo tempo, implemente ações de saúde nas diversas Administrações Regionais de Saúde.

PORTARIA 696/30.03.90

O Secretário Municipal de Saúde, no uso de suas atribuições legais e considerando a justeza da reivindicação contida no documento acima; considerando que a variável raça é explicativa das desigualdades sociais existentes entre os diversos segmentos raciais que compõem a população brasileira, RESOLVE:

- 1)** Introduzir o quesito COR no Sistema de Informação da Secretaria Municipal de Saúde.
- 2)** Para o cumprimento desta Portaria, o Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação definirá os critérios técnicos para o registro adequado da raça dos usuários do Sistema Municipal de Saúde, atendendo a critérios já estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e outros órgãos de pesquisa e informação no País.

AIDS: História, Cara e Sexo

Em 1980 registrou-se o primeiro caso notificado de AIDS no Estado de São Paulo. Três anos depois registrou-se o primeiro caso de mulher.

A partir de 1985 –quando havia 44 homens para cada mulher diagnosticada- o número de casos de mulheres vem crescendo progressivamente, chegando atualmente a uma proporção de 7 homens para cada mulher.

Segundo dados do Centro de Referência e Treinamento em AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, de 1980 até setembro de 1990 foram notificados 1.002 casos de mulheres no Estado de São Paulo, das quais 27,2% (273 casos) por transmissão sexual e 55,8% por transmissão sanguínea, dos quais 44,8% pelo uso de drogas injetáveis.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 1990 havia pelo menos 6 milhões de pessoas infectadas pelo vírus HIV, das quais 2 milhões são mulheres. Dados apresentados pela Dra. Jane Mulemwa, de Uganda, no 6th International Women and Health Meeting (6º Encontro Internacional de Mulheres e Saúde) realizado em Manila, Filipinas, em novembro de 1990, indicam que na região sub-saariana da África e no Caribe, mais de 1,5 milhão de mulheres estavam infectadas. Assim, é necessário reconhecer que são as mulheres dos países em desenvolvimento, da população negra ou não-branca, que são as mais afetadas.

No início da epidemia de AIDS trabalhou-se com o conceito de grupos de risco, época em que as informações disseminadas a respeito consideravam como grupos de risco os homossexuais masculinos, os usuários de drogas injetáveis e os haitianos. Tal concepção já apontava para o fato de que a AIDS faz eclodir preconceitos profundamente arraigados no mundo atual. Entre as “teorias” elaboradas para explicar o surgimento de uma doença diante da qual a ciência e todo conhecimento humano parecem encontrar um limite, surgem dois mitos que se lançam ao passado primitivo e à ficção científica: o vírus da AIDS teria surgido na África, proveniente de macacos; teria sido produzido em laboratório no contexto da guerra biológica.

Não é importante para nós a veracidade ou não de tais explicações, mas o fato de que elas encontram terreno fértil no preconceito e na impossibilidade emocional do ser humano admitir a sua finitude e a fragilidade da vida.

O conceito de grupos de risco levou erroneamente às mulheres se considerarem a salvo da epidemia, na medida em que não fizessem parte dos grupos que depois vieram a ser definidos como de risco: homossexuais masculinos, prostitutas, usuários de drogas injetáveis, usuários de produtos sanguíneos. Tal sentimento de estar a salvo se manteve a princípio, apesar da evidência de que na África a AIDS evoluía a partir de um padrão de transmissão heterossexual.

Após dez anos de registro do início da epidemia entre nós, a evidência da vulnerabilidade das mulheres ao vírus HIV começa a se impor, inclusive a possibilidade de transmissão sexual entre mulheres.

Dentro desse quadro, assume importância a discussão a respeito das condições sociais da mulher e do impacto que têm sobre a propagação da epidemia. É necessário destacar as formas de subordinação da mulher que as expõem a riscos: as relações sexuais dentro de um padrão opressivo, que permite ao homem recusar o uso do condom (camisinha) quando solicitado; o padrão

sexual poligâmico dos homens, que inclusive, em alguns grupos sociais justificam etnicamente tal comportamento; a violência sexual que expõe mulheres e crianças a contatos sexuais que não desejam e a prostituição.

Dado o papel específico que a mulher desempenha na reprodução, a transmissão vertical –da mãe para o feto- durante a gravidez e parto se constitui numa forma particular de transmissão em que a mulher está envolvida, constituindo-se em fonte adicional de angústia e sofrimento para as mulheres e que suscita controvérsias éticas, morais e filosóficas com relação ao aborto.

Consideramos lícito uma mulher escolher se quer ou não ter filho, em qualquer situação, cabendo a ela a decisão ética e moral diante da situação em que se encontra. Todavia consideramos filosoficamente equivocada a atual discussão a respeito do aborto em caso de AIDS. Entendemos que se a legalização do aborto em caso de AIDS é defendida por causa do agravamento das condições de saúde da mulher com AIDS devido a gravidez, não há necessidade, mesmo dentro das leis brasileiras atuais, de legislação específica a respeito, pois o artigo 129 do Código Penal já autoriza a realização do aborto quando há risco de vida para a mulher. Cabe portanto o reconhecimento da AIDS como uma doença que coloca em risco a vida da gestante, constituindo-se assim em condição que autoriza legalmente a realização do aborto, dentro das leis vigentes atualmente. Todavia, se a legalização do aborto é defendida em casos de AIDS a partir do risco (30 a 50%) da criança vir a ser portadora do vírus HIV tememos que tal proposta possa se basear no conceito eugênico da eliminação dos imperfeitos, presente tanto na justificativa da cremação de judeus e homossexuais na Alemanha de Hitler, quanto nas teorias de supremacia racial dos defensores do apartheid na África do Sul. Contraditoriamente, tememos que tal proposta possa fortalecer os preconceitos existentes contra os portadores do vírus HIV.

Por mais paradoxal que pareça, o vírus HIV propicia sérias reflexões no sentido de resgatar a cidadania –os direitos, o acesso aos serviços de saúde, a informação- mas também faz com que lutemos por uma sexualidade sem culpa, responsável e prazerosa, e que possibilite às mulheres estabelecerem de fato uma equivalência na relação com os homens, principalmente quando esta relação poderá comprometer a sua saúde.

Finalmente, se é positiva a destruição do mito que define a AIDS como uma doença dos “marginais”, não devemos substituí-lo por um outro, que considere a AIDS desprovida de história, cara e sexo: como qualquer outra, a AIDS é uma doença social que se propaga não só através de um vírus, mas da falta de condições adequadas de vida, da falta de perspectiva que leva as pessoas a se exporem ao risco das drogas injetáveis, da falta de controle nos bancos de sangue dos países da África, Caribe, Latino-América.

Edna Roland/Lola T. Oliveira

28 de Setembro: Repensando o Ventre Livre

Em junho de 1990, no IV International Interdisciplinary Congress on Women (IV Congresso Internacional Interdisciplinar sobre as Mulheres), realizado no Hunter College de New York, por proposta da Delegação do Brasil, foi assumido o dia 28 de setembro, data da assinatura da Lei do Ventre Livre no Brasil, como o Dia Latino Americano de Luta pela Legalização do Aborto.

Somos pela vida, por isso a favor da legalização do aborto. Contradição?

A criminalização do aborto tem feito milhares de vítimas por falta de assistência médica adequada e, muitas vezes, devido à utilização de objetos contaminados, medicamentos nocivos ou procedimentos precários.

É evidente que as maiores vítimas da mortalidade por aborto são mulheres das classes mais pobres que, não por coincidência, são de maioria negra. Mulheres carentes de educação sexual e de acesso a métodos contraceptivos, e que pagam com a vida o preço de uma gravidez indesejada, advinda de um momento de exercício da sua sexualidade.

No caso de uma gravidez indesejada, quando o aborto não é realizado, ou essas mulheres se conformam com a gravidez, seja pela precariedade de condições financeiras para a realização do aborto, seja por motivos religiosos ou mesmo devido à insistência familiar; ou então, o sentimento de revolta contra tal estado faz com que se alienem do processo e tratem a gravidez como algo monstruoso e que desejam ignorar.

Em que condições psíquicas essas mulheres criarão essas crianças não desejadas? Que futuro será reservado a essas crianças sem um real cuidado e carinho materno que lhes possam assegurar condições adequadas de desenvolvimento?

O aborto é um fenômeno verificado através dos tempos em todas as culturas e sociedades, seja na legalidade ou na clandestinidade, por ser um último recurso que a mulher pode utilizar.

A diferença é que na legalidade é possível oferecer assistência médica adequada, diminuindo consideravelmente o índice de mortalidade e morbidade dessas mulheres.

Além disso, na medida em que o Sistema Público de Saúde assuma de fato a sua responsabilidade em relação aos direitos reprodutivos, o número de abortos tenderá a diminuir com a oferta de ações educativas e métodos contraceptivos. Contudo, todos os métodos anticoncepcionais podem falhar e, portanto, o direito ao aborto deve ser assegurado como direito humano fundamental das mulheres.

Na ilegalidade persistirá o enorme contingente de mulheres que morrem em consequência das condições precárias e outro tanto de mulheres estéreis como resultado de intervenções de curiosas ou pela utilização de métodos caseiros.

Quando as mulheres sobrevivem a um aborto clandestino feito em más condições, freqüentemente convivem com a culpa e a solidão na medida em que o Código Penal vigente condena seu ato. Caso ocorra uma complicação do quadro, o atendimento hospitalar feito por médicos e enfermeiras é muitas vezes acusatório e repleto de ameaças de denúncia, negando-lhes o direito a anestesia como forma de punição.

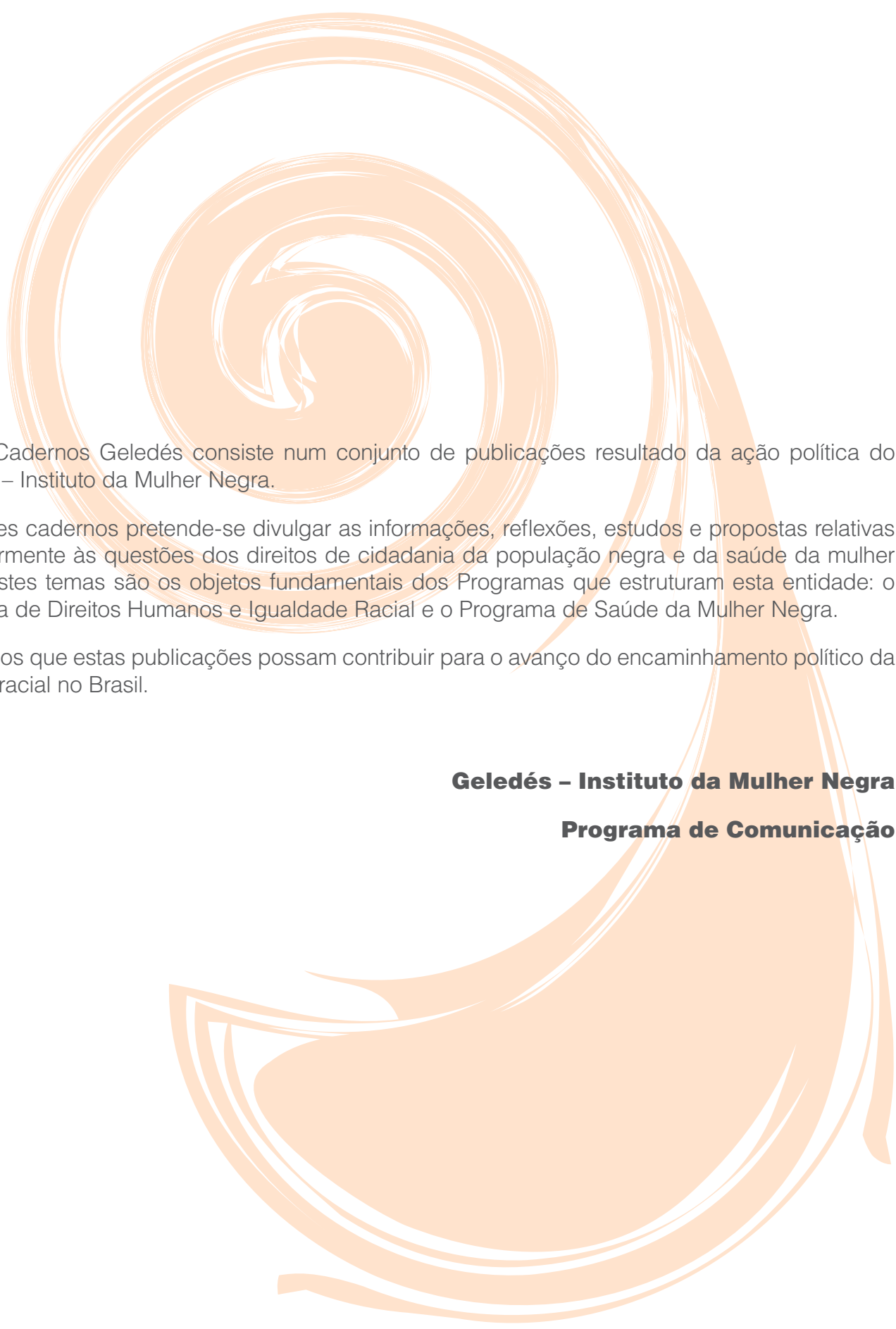
É importante enfatizar que o artigo 129 do Código Penal Brasileiro da década de 40, conservador e retrógrado, reconhece o aborto como legal em dois únicos casos: quando há risco de vida para a mulher ou quando a gravidez é resultante de estupro.

Com exceção do Serviço criado no Hospital Municipal do Jabaquara da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, não se tem notícia da existência de serviço semelhante no país. É necessário que a Rede Pública de Saúde garanta o direito das mulheres, criando novos serviços em todos os hospitais públicos.

A bandeira da legalização do aborto foi assumida pelas mulheres negras no 1º Encontro Nacional de Mulheres Negras em Valença, em 1988 e pelo Movimento Negro nos 2º e 3º Encontros de Negros do Sul-Sudeste, realizados em 1988, em São Paulo e em 1990 em Vitória, Espírito Santo.

Enquanto para as mulheres de classe média e alta o acesso ao aborto seguro já é garantido em clínicas particulares, pois podem despendar as altas somas cobradas devido à clandestinidade, para as mulheres negras, na sua maioria pertencentes às classes populares, é de sua importância que o aborto saia da clandestinidade, como única forma de acesso a um atendimento adequado e sem riscos desnecessários.

Silvia de Souza



A série Cadernos Geledés consiste num conjunto de publicações resultado da ação política do Geledés – Instituto da Mulher Negra.

Com estes cadernos pretende-se divulgar as informações, reflexões, estudos e propostas relativas particularmente às questões dos direitos de cidadania da população negra e da saúde da mulher negra. Estes temas são os objetos fundamentais dos Programas que estruturam esta entidade: o Programa de Direitos Humanos e Igualdade Racial e o Programa de Saúde da Mulher Negra.

Esperamos que estas publicações possam contribuir para o avanço do encaminhamento político da questão racial no Brasil.

Geledés – Instituto da Mulher Negra

Programa de Comunicação