

PESQUISA

Racismo nos serviços de saúde: a ausência do cuidado com as mulheres negras vítimas de violência sexual

Racism in health services: a lack of care of violence against black women victims of sexual violence

Racismo en los servicios de salud: la falta de atención a las mujeres negras víctimas de violencia sexual

Alba Jean Batista Viana¹, Eduardo Sérgio Soares Sousa², Ednalva Maciel Neves³

ABSTRACT

Objective: to analyze the access and the use of health practices given to 40 women in a situation of sexual violence in a public health service of reference in the State Paraíba, Brazil. **Method:** It is a descriptive documentary study with a quantitative and qualitative approach, performed in a public service of the State of Paraíba reference to assistance to women in situations of sexual violence. **Results:** in 39% of cases the higher frequency of aggressions predominated in women of low-income social class, between 10-20 years of age, and 20% of them were pregnant at the time of the aggression. Most of the victims were black women (72%). The type of sexual violence more employed was the rape (59%). Besides the delay to start the service, the exams for AIDS prophylaxis and emergency contraception, in 69% of notifications were not recorded. **Conclusion:** these aspects reveal the racism and the precarious conditions of health for black women, suggesting a possible non-valuation by health professionals, similar of what occurs in other social spaces in our society. **Descriptors:** sexual violence, racial inequality, health care, social and human rights.

RESUMO

Objetivo: analisar o acesso e a utilização das práticas de saúde prestada a 40 mulheres em situação de violência sexual em um serviço público de saúde de referência na Paraíba. **Método:** estudo documental descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado em um serviço público do Estado da Paraíba de referência para assistência às mulheres em situação de violência sexual. **Resultados:** em 39% dos casos a frequência maior das agressões predominou nas mulheres de classe social de baixa renda, entre 10 - 20 anos e 20% se encontravam grávidas no momento da agressão. As maiores vítimas foram mulheres negras (72%). O tipo de violência sexual mais empregado foi o estupro (59%). Além da demora em iniciar o atendimento e realizar exames, a profilaxia AIDS e anticoncepção de emergência, em 69% das notificações não foram registradas. **Conclusão:** Estes aspectos revelam o racismo e as precárias condições de saúde das mulheres negras, sugerindo uma possível não valorização por parte dos profissionais, semelhante ao que ocorre em outros espaços sociais na nossa sociedade. **Descritores:** violência sexual; desigualdades étnico-raciais; atenção à saúde; direitos humanos e sociais.

RESUMEN

Objetivo: analizar el acceso y la utilización de las prácticas de salud prestada a 40 mujeres en situación de violencia sexual en un servicio público de salud de referencia en Paraíba. **Método:** un estudio documental descriptiva con un enfoque cuantitativo y cualitativo, realizado en un servicio público del Estado de Paraíba referencia a la asistencia a las mujeres en situación de violencia sexual. **Resultados:** en los 39% de los casos la frecuencia mayor de las agresiones predominó en las mujeres de clase social de baja renta, entre 10 - 20 años y las 20% se encontraban embarazadas en el momento de la agresión. La mayoría de las víctimas fueron las mujeres negras (72%). El tipo de violencia sexual más empleado fue el estupro (59%). Además del retraso para iniciar el atendimento y realizar exámenes, la profilaxis de la SIDA y anticoncepción de emergencia, en los 69% de las notificaciones no son registradas. **Conclusión:** Estos aspectos revelan el racismo y las precarias condiciones de salud a las mujeres negras, sugiriendo una posible no valoración por la parte de los profesionales, semejante al que ocurre en otros espacios sociales en nuestra sociedad. **Descriptor:** violencia sexual; desigualdades étnicas raciales; atención a la salud; derechos humanos y sociales.

¹Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba - UFPB. E-mail: alabajean2009@gmail.com. ²Doutor em Sociologia. Professor Adjunto IV da Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Docente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia. E-mail: esergiosousa@uol.com.br. ³Doutora em Antropologia. Professora Associada I da Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Docente do Departamento das Ciências Sociais e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia. E-mail: ednneves@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Este artigo procura analisar as relações entre a violência de gênero contra mulheres negras e o cuidado à saúde. A partir das reflexões de diversos autores a respeito da temática, buscaremos reproduzir o recorte étnico-racial no acesso e na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual. O objetivo do estudo é fazer uma discussão que situe o aspecto étnico-racial não como um mero obstáculo das mulheres ao acesso e a utilização dos serviços de assistência, mas compreendê-lo como elemento integrante da atenção a saúde.

A abordagem dada ao texto está relacionada com as informações coletadas junto a um serviço de atenção à saúde a partir dos prontuários de atendimento, os quais permitiram traçar um perfil das mulheres que procuraram o serviço e das práticas assistenciais realizadas pelos profissionais de saúde. Os registros das informações revelaram elementos que permitiram pensar a violência sofrida e a qualidade do atendimento ofertado.

A violência sexual contra a mulher é entendida, aqui, como a ação ou conduta em que ocorre o controle e a subordinação da sexualidade e do corpo feminino, através da imposição do desejo de outrem, que é incorporada como constitutiva das regras que normatizam a prática sexual¹. Esta conceituação revela o não consentimento da mulher e perda do exercício autônomo de sua sexualidade. O consentimento se torna um aspecto relevante, visto que se pode inferir sobre o caráter moral da vítima.

É consenso que no conjunto das violências praticadas contra a mulher, a violência sexual assume um significado distinto, em razão das consequências do ato para com essas mulheres, considerando-se danos físicos, psíquicos e morais, resultantes da dominação, coação e desigualdades de força e gênero. A violência pode, assim, se expressar em qualquer faixa etária, atingindo mulheres de diferentes condições sociais, raças, etnias, culturas e sociedades. E se destaca, como um tipo de agressão que atinge a parte mais individual e reservada do ser humano, que é a sua sexualidade, limitando ou anulando o exercício dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos².

Todavia, quando se considera o critério da raça-cor, a grande maioria é formada por mulheres negras, de modo que, não há como negar que estas mulheres são expostas a uma carga maior de violência - a étnico/racial. Sabe-se que um grupo social não se estabelece por relações de raça ou cor, mas as diferenças raciais e étnicas associam-se a desigualdades sociais. A etnia em si não é um fator de risco, mas a inserção social adversa de um grupo étnico/racial é que se constitui em característica de vulnerabilidade³. Para Brito⁴, “a discriminação racial agrava o quadro da realidade das mulheres negras, tornando-as extremamente vulneráveis a todo tipo de violência e privações”.

Na concepção de Ianni⁵, foi durante a escravatura que se formou uma poderosa cultura racista. De modo que, o preconceito racial consiste de um instrumento de dominação, que somado ao preconceito de classe, produz discriminação, intolerância, desigualdades de acesso aos direitos sociais, políticos, jurídicos e culturais, ademais, a

violência em suas diversas formas de manifestações. Assim, o referido autor defende que a raça e a classe social são constituídas simultaneamente e reciprocamente na dinâmica das relações sociais, ou seja, nos jogos das forças sociais.

Nas sociedades de um modo geral, a discriminação torna-se um meio de distinção, uma espécie de lei universal, segundo a qual certos grupos populacionais são privados da igualdade social, política e econômica.

Neste sentido, endossamos a posição de Madeira⁶, ao apregoar que:

O aspecto étnico constitui uma variável fundamental para definir a posição social, econômica e política que ocupam essas mulheres. As negras sofrem duplamente tanto pela condição de gênero como de etnia, e a tradição escravista continua legitimando formas de violência, práticas impunemente toleradas de utilização dessas mulheres como coisa. No presente isto se dá sob forma do turismo e abuso sexuais, prostituição e marginalização. Tais práticas são fomentadas pelos estereótipos que estigmatizam a mulher negra como: sexualmente disponíveis dotadas de superexcitação, feias e pobres, quentes, carinhosas e sensuais. A violência sexual contra as negras, como no período colonial, continua romantizada, se reedita no imaginário social adquirindo novas roupagens^{6:1}.

De acordo com Munanga⁷, essas condições se estabeleceram a partir do momento em que o Brasil escravocrata herdou a sua estrutura patriarcal da família de Portugal, na qual propiciou a mulher negra situações de vulnerabilidade no espaço social. Pois, em decorrência do desequilíbrio demográfico existente entre os sexos durante o período da escravidão, muitas escravas negras se tornaram vítimas fáceis de todos os tipos de agressões, especialmente da sexual por parte dos senhores brancos, como consequência, uma grande parte dessas mulheres foram transformadas em prostitutas, a fim de garantir meios de renda e de serem impedidas de estabelecer qualquer estrutura familiar estável.

A prática da violência sexual contra as mulheres negras marca a historiografia nacional. Gilberto Freire⁸ na obra "Casa Grande e Senzala", retrata o papel da mulher negra no período escravocrata, onde esta servia como objeto de trabalho e sexual para os senhores e seus filhos, sendo a mulher negra vítima incontável de um sistema de economia, de família e de patriarcado, subjugada à violência em silêncio. Neste contexto, enquanto a mulher branca era guardada e vigiada, a mulher negra era submetida ao abuso sexual, ao estupro e a humilhação.

Originalmente, o mulato foi produto de estupro da mulher africana pelo português e não o resultado de um casamento tradicionalmente consagrado [...]. Já que a existência da mulata significa o produto do prévio estupro da mulher africana, a implicação está em que, após a brutal violação, a mulata tornou-se só objeto de fornicação, enquanto a mulher negra continuou renegada a sua função original, ou seja, o trabalho compulsório [...]. Embora considerado como ponte étnica entre negro e branco, o mulato não goza de um status social diferente do negro. Se durante a escravidão os mulatos puderam receber alguns tratamentos privilegiados em relação aos negros, hoje eles são em grande maioria da classe pobre e, portanto, constitui-se na maior vítima da discriminação racial, devido à ambiguidade cor/classe, além de serem mais numerosos que os negros⁷.

Nessa confluência que se dá sob a regência dos portugueses, matrizes raciais díspares, tradições culturais distintas e formações sociais defasadas, se enfrentam e se fundem para dar lugar a um povo novo, num novo modelo de estruturação societária. Novo porque "(...) surge como uma etnia nacional, diferenciada culturalmente de suas matrizes

formadoras, fortemente mestiçada, dinamizada por uma cultura sincrética e singularizada pela redefinição de traços culturais dela oriundos" (Ribeiro, p.19)⁹.

Nesse modelo de estruturação societária, a negra tem sido negada cotidianamente sua condição de mulher, através do racismo e do sexismo. A partir do racismo e da consequente hierarquia construída, ser negra passa a constituir uma posição inferior, enquanto o sexismo atua na desqualificação do feminino, ou seja, do gênero, dificultando sua inserção nos espaços institucionais, assim como, sua representação política e suas possibilidades de ascensão social. Tais dificuldades seriam geradas pelo etnocentrismo e patriarcalismo que obstruem a autodeterminação de sujeitos sociais e políticos. A luta por maior autonomia passa pela politização do corpo, no qual reverberam inúmeras reivindicações e transformações sociais e políticas, inclusive melhores condições de saúde^{10,11}.

Atualmente o Brasil abriga a segunda maior população negra do mundo, concentrando em torno de 50% auto classificada como afrodescendente (pardos ou pretos). No entanto, os indicadores sociais apontam que a referida população encontra-se em desvantagem em todo o país, que pode ser evidenciadas a partir das condições socioeconômicas e do acesso aos serviços de saúde, que limitam não somente o seu nível de bem-estar, mas também o das futuras gerações¹².

No que se refere à saúde, observamos que apesar dos avanços ocorridos no nas últimas décadas, ainda existe uma lacuna no entendimento sobre os diferenciais raciais de acesso aos serviços. Os resultados apresentados por Simão e colaboradores¹³ revelaram que o acesso à saúde consagrado como um direito universal, não tem sido garantido a toda população, fato este que inviabiliza a promoção, proteção e recuperação da saúde de maneira universal.

O perfil epidemiológico da população negra é marcado por singularidades, em particular das condições de vida que geram diferenças no processo saúde-doença. Os achados de Santos¹⁰ e Brasil¹⁴ sobre etnia e gênero, evidenciaram a continuidade da desigualdade social, tendo em vista que em 2004 o percentual de mulheres negras que não tiveram acesso ao exame ginecológico foi de 10% superior ao número de mulheres brancas; as que não tiveram acesso ao exame clínico de mama são 27% acima das mulheres brancas. No período de 2000 a 2004, a infecção HIV/AIDS elevou-se de 36% para 42,4% entre as mulheres negras, enquanto na população feminina branca, a incidência diminuiu. As mulheres negras possuem menor acesso à anestesia durante o parto e a esterilização cirúrgica; apresentam menor expectativa de vida quando comparada as mulheres brancas e 58% dos óbitos de jovens negras por causas externas referem-se a assassinatos, demonstrando a existência de desigualdades raciais na saúde²⁹.

Essas condições colocam as mulheres negras numa posição de inferioridade que as marginalizam socialmente, desde as melhores condições de trabalho, acesso à escolaridade, até um sistema digno de saúde, dentre outros, e que acaba influenciando negativamente na valorização de sua cultura e na constituição de sua autoimagem, levando-as a internalizarem essa desvalorização perante o branco, fator que contribui para diminuição de sua autoestima⁹.

Desse modo, o cenário apresentado reafirma a situação de maior vulnerabilidade da população negra no acesso e utilização dos serviços de saúde, demonstrando a necessidade

de políticas públicas de saúde mais eficazes, que promovam ações afirmativas e superação das diferenças históricas verificadas entre as populações branca e negra.

A Constituição Federal Brasileira ao instituir a saúde como direito de todos (as) e dever do Estado, assume a responsabilidade de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, de modo a contemplar as necessidades e demandas da população. Nesse contexto, a atenção às mulheres em situação de violência sexual faz parte das políticas públicas de saúde e se inserem na perspectiva de integralidade, qualidade e resolutividade da atenção para efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Todavia, embora seja um avanço inegável como direito de cidadania, não o é quando se trata de dever do Estado, uma vez, que este não tem assegurado a todos a mesma qualidade de atenção à saúde, seja do ponto de vista regional e/ou ético-racial, submetendo as mulheres negras a ocuparem lugares desiguais nas redes sociais e trazerem consigo experiências desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer^{15,16}.

Com relação ao acesso e utilização dos serviços de atenção às mulheres negras, a maioria das dificuldades não é resultante de suas características genéticas, mas de suas condições socioeconômicas, educacionais e das desigualdades históricas relacionadas com a pobreza e imputadas pelo racismo. A institucionalização da política de saúde da população negra demandou a inserção do recorte racial no Plano Nacional de Saúde e requer a compreensão da necessidade de recortes que permitam o estabelecimento de prioridades e a identificação de lacunas da política de saúde brasileira. Dessa forma, as ações que terão maior impacto sobre a saúde da população negra são aquelas que visam melhorar as condições sociais e de saúde, reduzindo os índices de mortalidade e morbidade, facilitando o acesso aos serviços de saúde para atendimento, melhorando esses serviços e prestando assistência que acolha e respeite a diversidade, de modo a garantir a promoção da igualdade racial em saúde¹⁷.

Para Fernandes¹⁸ o padrão brasileiro de relação social, ainda hoje dominante, foi construído por uma sociedade escravista para manter o negro subordinado ao branco. Assim, enquanto esse padrão de relação social não for abolido, a desigualdade econômica, social e política entre negros e brancos continuará grande, embora tal situação não seja reconhecida de modo aberto e explícito.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado em um serviço público do Estado da Paraíba de referência para assistência às mulheres em situação de violência sexual. A caracterização da amostra foi obtida a partir de quarenta protocolos de atendimento, selecionados no Serviço de Arquivo Médico por meio de coleta manual, com informações que caracterizassem o perfil sócio demográfico, o ato de violência e a assistência prestada à vítima.

Esses documentos constituem a amostra do estudo por atender aos critérios de inclusão: ser prontuário de mulheres de qualquer faixa etária, atendidas até cinco dias após a agressão e conter notificação de violência sexual relativa ao período selecionado para o

estudo. Foram excluídos da análise os prontuários em que a existência de violência sexual foi descartada, por tratar-se de relação sexual consentida, sem presença ou ameaça de violência.

Na busca por caracterização demográfica e social, levantamos as seguintes variáveis das usuárias: idade; ocupação; cor; estado civil; local de residência; cidade de procedência; tipo de violência sexual sofrida; os agressores; a utilização pelo agressor de substâncias que induzissem a distúrbios comportamentais; local/horário da ocorrência; tempo entre agressão sofrida e atendimento no serviço de saúde, e; solicitação de exames do protocolo da Norma Técnica adotada pelo Ministério da Saúde. O período de coleta dos dados deu-se de janeiro de 2006 a junho de 2007.

Com relação aos dados qualitativos para analisar as informações coletados nas fichas de notificação compulsória e nos prontuários, adotamos a técnica de análise de conteúdo para obtermos, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, o delineamento das estruturas de relevância dos conteúdos. Após as análises, contemplamos os objetivos propostos no estudo, fazendo-se as inferências e os cruzamentos de informações necessários para este fim. Quanto aos dados quantitativos, as análises foram realizadas através da aplicação dos testes de percentual simples e distribuição de frequência, utilizando-se o programa Epi-Info, versão 6.01.

Foram seguidas as normas para pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, como aprovação no Comitê de Ética e autorização da instituição, de modo a atender todos os procedimentos éticos necessários ao estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de atendimentos realizados, as maiores vítimas da violência sexual foram às mulheres negras (cor da pele parda e preta) com 72% das notificações em relação às mulheres brancas (28%). Para Lopes¹⁵, apesar da sociedade brasileira não conviver com o preconceito racial e a segregação de forma legal ou explícita, "a atribuição de um significado social negativo a determinados padrões fenotípicos de diversidade justifica o tratamento desigual, impõe e intercala barreiras que impedem ou dificultam a mobilidade social negra", de modo que a naturalização do racismo e do sexismo reproduz sistematicamente estereótipos e estigmas sobre mulheres negras, trazendo prejuízos para a afirmação de sua identidade racial e valorização social. Estes dados remetem aos estudos de Brasil¹⁴ com grupos racial/étnicos, quando aponta que a grande maioria dos atendimentos à população negra por causas violentas, são resultantes das desigualdades sociais e dos aspectos relacionados à violência de gênero e racismo.

Quando levada em consideração as condições sociais, a frequência das agressões predominou nas mulheres negras de baixa renda. Esse resultado corrobora com os achados do Centro de Referência, Estudos e Ações Sobre Crianças e Adolescentes - CECRIA¹⁹ ao revelarem que geralmente a violência é materializada contra pessoas que estão em desvantagem física, emocional e social, em consequência das relações construídas de forma desigual. Por isso, consideramos que a situação de pobreza favorece as condições para que

as mulheres negras se transformem em grupos mais expostos à exploração sexual e a outros tipos de violação de seus direitos.

Segundo Fry²⁰, no Brasil a discriminação racial e a desigualdade social entre indivíduos brancos e negros são, na maioria das vezes, decorrentes do patrimônio deixado pela escravidão e da dificuldade dos negros se adaptarem ao sistema capitalista. Nesse sentido, Stedile e Santos²¹ ressaltam que esses fatores conformam uma estrutura política e econômica que propiciam modos de exploração, marginalização e pobreza racista e sexista.

De acordo com Oliveira et al²², este tipo de violência atinge todas as classes sociais e em diferentes momentos históricos, no entanto, é nas camadas populares que ela se torna pública em virtude das denúncias. Pois, nas camadas mais altas da sociedade o pacto do silêncio ainda não foi superado, a violência permanece velada, mantêm-se o anonimato e compra-se a discrição através dos atendimentos particulares, quando o fazem.

No que se refere à faixa etária e ocupação, o estudo evidenciou que a maioria das vítimas concentrou-se na faixa etária entre 10 e 20 anos (39%) e se designaram como estudantes (52,5%), considerada uma fase da vida de maior fragilidade e vulnerabilidade para este tipo de violência no espaço social. A faixa etária revela a vulnerabilidade da população feminina negra para os agravos violentos, tanto em termos da capacidade de defesa, quanto nas condições sociais e de vida das mulheres atingidas.

Segundo Ribeiro, Ferriani e Reis²³, o fato das vítimas serem socialmente consideradas indivíduos em desenvolvimento psicológico e moralmente imaturos, estar despertando para sexualidade e feminilidade, é tomado no contexto da violência como uma forma de “provocação” ao agressor que apela para o abuso sexual. Neste contexto, os agressores reforçam uma visão de poder sobre o feminino.

Com relação aos locais de ocorrência da violência sexual, verificou-se que grande parte dos prontuários apresentou inexistência de registro sobre o assunto (35%); seguida das vias públicas (27,5%) e residências (22,5%). Quanto ao horário de ocorrência das agressões, a maioria dos casos não exhibe essa informação nos protocolos (77%) e nos casos identificados sucederam à noite entre as 19 e 23 horas (23%). Tratando-se do estado civil, na maior parte das notificações esse dado não foi expresso nos prontuários (52%), predominando a agressão entre as mulheres solteiras (32%).

A distribuição geográfica das ocorrências das agressões reforça um perfil de carência das vítimas, na periferia da cidade e em espaços precários, com dificuldade de acesso aos serviços básicos. A análise combinada da relação local/horário das agressões/estado civil das vítimas sugere que a prevalência da violência em mulheres solteiras, pode ser justificada em virtude da maior constância das agressões ter ocorrido em mulheres ainda muito jovens e estarem mais expostas às atividades de lazer durante o período noturno.

Outro aspecto preocupante a ser considerado, é que a residência apresentou o segundo maior número de casos. Neste sentido, de acordo com o Mapa da Violência²⁴, dos casos notificados de violência contra as mulheres, 71,8% dos incidentes sucederam no âmbito doméstico e seus agressores foram seus companheiros e ex-companheiros. Estes resultados corroboram com os estudos de Ribeiro, Ferriani e Reis²³, ao afirmarem que no ambiente doméstico os limites impostos pela privacidade isolam a vítima dos olhos e ouvidos públicos, proporcionando aos agressores um local favorável para que o crime seja praticado sem testemunhas ou encoberta pelo silêncio cúmplice, o que se revela como um elemento que reforça a subnotificação da violência sexual.

Com relação ao tipo de violência sexual, o mais empregado foi o estupro (59%). Nesta categoria de análise 28% dos casos não apresentaram registro dessa informação no protocolo. Quanto ao tipo de exposição sexual, na maioria das notificações não foram identificadas explanação sobre esse dado (45%). A seguir, destacou-se o tipo vaginal como o mais praticado (40%). Os agressores eram do sexo masculino (90%) e eram conhecidos das vítimas (52,5%).

Conforme afirma Cruz e Oliveira²⁵, o estupro colonial praticado pelos homens brancos contra as mulheres negras, ainda hoje se perpetua e desemboca em outras situações de violência contra as mulheres negras, como o turismo sexual e o tráfico de mulheres, além da violência psicológica, do abuso sexual e da privação. No que se refere ao turismo sexual, a maior parte das mulheres envolvidas são negras e 60 % dessas mulheres têm entre 13 e 16 anos. De modo que, para Santos¹⁰, a violência sexual contra as mulheres negras não é considerada apenas fenômeno da contemporaneidade, mas também como algo arraigado a história da constituição da humanidade. A abolição da escravatura sem planejamento, assim como, a sociedade de base patriarcal e machista, propiciou para que as mulheres afro-descendentes na atualidade se tornassem alvo de duplo preconceito, o racial e o de gênero.

Nos dados referentes aos tipos de violência sexual, observamos que estes se encontram em concordância com a literatura. No entanto, quando se analisa a identificação do agressor com a faixa etária das vítimas (10-20 anos) destacam-se os conhecidos como autores da agressão, demonstrando controvérsias com a literatura, tendo em vista, que a maioria dos estudos aponta que em mulheres adolescentes e adultas, geralmente os agressores são desconhecidos, conforme afirmam Lopes e colaboradores²⁶.

No conjunto dos casos analisados há relato das mulheres de que o agressor usou algum tipo de droga durante a ocorrência da agressão (10%) e que o crime sexual foi perpetrado por um único agressor (75 %). No que consiste ao uso de drogas durante o episódio de agressão, os resultados apresentados remetem aos estudos Grossin, Sibille, Lorin, Banasr, Brion, Durigon²⁷, e Brasil²⁸, ao relatarem que dos casos de violência atendidos em serviços de saúde 14% e 26%, respectivamente, suspeita de uso de álcool ou droga ilícita pelos agressores no momento do crime sexual. Todavia, verificamos que este dado tem sido pouco explorado na literatura.

Tratando-se do tempo decorrido entre a agressão e o atendimento, verificamos que a maioria dos prontuários não indica registro acerca dessa informação (40%), logo depois, sobressaiu-se: após as 72 horas (35%) e antes das 72 horas (25%). Quanto à solicitação de exames para profilaxia de DST/AIDS e anticoncepção de emergência, predomina ausência de notificações nos prontuários a respeito destes procedimentos (69%); a seguir, distinguiram-se as requisições de exames para VDRL, HIV e Hepatite B (22%); HIV e Hepatite B (3%); VDRL e sorologia HIV (3%) e sorologia HIV (3%). A profilaxia DST/AIDS e anticoncepção de emergência foram administradas em 28% e 3% dos casos respectivamente.

De acordo com Pfeiffer e Salvagni²⁹ é importante avaliar os riscos envolvidos em cada caso e a necessidade de profilaxia para a hepatite B, proteção medicamentosa contra as DST não-virais, quimioprofilaxia para a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a contracepção de emergência. Essa etapa do atendimento é fundamental para proteger a vítima dos danos e agravos da violência sexual, devendo ser instituída até 72 horas após a agressão.

O estudo demonstra que apesar da Norma Técnica ter sido adotada pelo Ministério da Saúde desde 1999 e a implementação da mesma neste serviço de referência ter se dado em 2006, os dados apresentados evidenciam um percentual pouco significativo do uso deste protocolo para evitar a contaminação por DST/AIDS e a gravidez indesejada, considerando que do contingente da amostra 28% das notificações fizeram a profilaxia com Kit DST/AIDS (DST não virais e anti-retrovirais) e em apenas 3% dos casos a anticoncepção de emergência foi instituída, cujo motivo mais provável tenha sido o tempo superior às 72 horas entre a agressão e o atendimento.

Chama atenção ainda, o elevado percentual do não preenchimento dos itens referentes ao estado civil, residência e local de ocorrência do crime, sugerindo uma possível não valorização destes dados por parte dos profissionais de saúde que realizaram os atendimentos às vítimas. Estes achados remetem aos estudos de Vicente e Vieira³⁰, ao destacarem que parte desses profissionais pode ter dificuldades para questionar a mulher sobre o ato de violência perpetrado, seja por despreparo ou medo de ofendê-la. E que os sentimentos de frustração e impotência, relativos à resolução da situação pode também causar dificuldades na abordagem adequada do assunto, assim como, na interação com a paciente, particularmente se considerada a realidade do diminuto de tempo para o atendimento. Estes autores ainda ressaltam que apesar do aumento da consciência social em relação à violência de gênero, ainda existe limites na capacidade dos profissionais de saúde em reconhecer e lidar com este problema.

CONCLUSÃO

Apesar da luta por princípios legais e reconhecimento social em defesa da equidade étnico-racial, os casos de violência sexual contra as mulheres negras não deixam de acontecer, nem passam a ser vistos de maneira uniforme pela sociedade como um crime. Observamos através da análise crítica da história brasileira, que as condições de escravidão, colonização, patriarcado e exclusão moldaram uma realidade e cristalizaram estruturas que são inadequadamente entendidas como legítimas. De modo que, mesmo com os esforços empreendidos nas últimas décadas, este grupo racial tem se perpetuado à margem da sociedade, onde os direitos humanos e de cidadania têm sido negligenciado.

As desigualdades raciais, resultantes dos efeitos da exclusão social e do racismo, são manifestadas através da prática do preconceito e da discriminação. Segundo Messias³ (p. 14) o fato de ser mulher negra "traz consigo a grande particularidade, de somar às suas relações sociais, afetivas, econômicas, políticas, culturais e emocionais, o fator racismo, que delinea relações tanto no público como no privado".

A desigualdade entre brancos e negros se faz discrepante em todos os aspectos, desde o acesso à ascensão social até a utilização de serviços de saúde de qualidade, igualitário e que respeite a diversidade racial. Nessa perspectiva, trata-se de uma maioria sem acesso aos bens e serviços essenciais, e expostos à violência em nossa sociedade.

Os direitos sociais estão previstos em nossa Constituição Federal e em documentos internacionais, como tratados e convenções. No SUS, a universalidade supõe que todos os

brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e respectivas ações, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural. Todavia, no cotidiano o direito à saúde não é exercido da mesma forma por todas as pessoas. Isso ocorre em decorrência das desigualdades sociais existente na estrutura de nossa sociedade.

Os estudos evidenciam que apesar da assistência às mulheres em situação de violência sexual fazer parte das políticas públicas, os serviços pouco respondem as necessidades prementes das vítimas, ou seja, as ações são pontuais, fragmentadas, sem compromisso de continuidade na atenção. Verificamos que o profissional de saúde subjugava a abordagem da violência sexual aos saberes biomédicos, desarticulados do contexto biopsicossocial. Nesse sentido, quando as queixas são de ordem psicológica e social, as barreiras estruturantes entre a rede de atenção a mulher impossibilita o fluxo de assistência devida.

Quando levado em consideração o recorte ético-racial, denotamos que a discussão acerca da atenção as mulheres negras vítimas de violência sexual representa para o setor saúde um grande paradoxo. Trata-se do dilema étnico-racial de prestar cuidados, a partir da ruptura com valores e percepções socialmente definidas. Confrontar-se com este paradoxo, a fim de garantir às mulheres afrodescendentes o direito à saúde e a autonomia sobre seus corpos, demanda um esforço contínuo e integrado dos diferentes setores da sociedade.

Apesar da violência contra a mulher ser reconhecida como problema de saúde pública no Brasil, não foi incluído o recorte étnico racial às reflexões. As desigualdades étnico-raciais têm se revelado persistente e requer ações e políticas públicas que modifiquem a situação de adversidade vivida pela população negra. No entanto, para que estas políticas públicas se tornem eficazes, elas precisam ser horizontais, responder as demandas locais e enfrentar o desafio de envolver a sociedade no processo de desconstrução de discursos que mantêm e reproduzem as desigualdades entre os indivíduos. Dessa forma, o combate e a erradicação das desigualdades ético-raciais convertem-se num grande desafio para as políticas públicas, tornando-se indispensável que elas apontem uma reformulação de práticas enraizadas na sociedade brasileira, que contemplem as necessidades, promovendo o direito à igualdade de parcelas da população que se inserem de forma excludente no país.

Os comentários apresentados neste artigo apontam as assimetrias étnico-raciais existentes na assistência à saúde as mulheres negras em situação de violência sexual, de modo a contribuir para compreensão do assunto de forma mais abrangente, ampliar as discussões acerca da temática, servir de insumos para a busca da equidade e ajudar a todos aqueles que trabalham com mulheres vitimadas pela violência sexual a atuarem de forma mais cautelosa, acolhedora e conscienciosa.

É importante ressaltar, que para enfrentar a violência sexual e racial demanda entender que, sem demolir os padrões culturais que a sustentam nos limitaremos a cuidar das sequelas da violência sexual, que é a marca das sobreviventes. Nesse sentido, é imprescindível a continuidade da luta pela conquista de direitos e melhorias nas condições de vida das mulheres negras brasileiras; pelo reconhecimento da violência praticada como algo não natural, para que se possa um dia vislumbrar um país com menos violência e menos desigualdades entre homens e mulheres, entre raças e gêneros.

REFERÊNCIAS

- 1 Cavalcanti LF, Gomes R, Minayo MCS. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006 jan; 22(1):31-39.
- 2 Monteiro CF de S, Teles DCBS, Castro KL, Vasconcelos NSV de, Magalhães R de LB, Deus MCBR de. Violência sexual contra criança no meio intrafamiliar atendidos no SAMVVIS, Teresina, PI. *Rev Bras Enferm*. 2008 jul/ago; 61(4):459-63.
- 3 Messias AEA. A saúde da mulher: a violência como problema de saúde pública e a importância do recorte étnico/racial. *Revista África e Africanidades*. 2008; 1(2).
- 4 Brito BR. Violência doméstica e sexual: um olhar da mulher negra. In: *Violência contra a mulher e saúde - um olhar da mulher negra*. Belo Horizonte: Casa de Cultura da Mulher Negra; 2003.
- 5 Ianni O. O preconceito racial no Brasil. *Estud av*. 2004, 18(50): 6-20.
- 6 Madeira Z. Mulher negra no Ceará. *Destaques do Governo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 7 Munanga K. *Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra*. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.
- 8 Freire G. *Casa grande e senzala*. 48a ed. São Paulo: Global; 2003.
- 9 Ribeiro D. *O Povo Brasileiro: evolução e o sentido do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.
- 10 Santos WC da S. Direitos Humanos: a mulher negra brasileira. *Revista África e Africanidades*. 2009; 2(5).
- 11 Souza R. Movimento de mulheres negras e a saúde: análise documental sobre a reivindicação de inclusão do “quesito cor” no sistema de informação à saúde. In *Anais do 9 Seminário Internacional Fazendo Gênero: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*; 2010 ago 23 - 26; Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.
- 12 Cunha EMGP. O recorte racial no estudo das desigualdades em saúde. *São Paulo em Perspectiva*. 2008 jan/jun; 22(1):79-91.
- 13 Simão AB, Torres MA de A e, Lacerda MA, Miranda-Ribeiro P, Caetano AJ, Perpétuo IHO. Desigualdades raciais na saúde da mulher em belo horizonte: perfis de acesso à contracepção, acompanhamento ginecológico e diagnóstico de câncer de colo uterino. In *Anais do XII Seminário de Economia Mineira*; 2006 set; Diamantina - MG.
- 14 Ministério da Saúde(BR), Secretaria de vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de saúde. *Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007*. Série G. Estatísticas e Informação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- 15 Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2005 set-out 21(5):1595-1601.
- 16 Oliveira EM de. Fórum: violência sexual e saúde. Introdução. *Cad. Saúde Pública*. 2007 Feb; 23(2): 455-458.

- 17 Barbosa MIS, Fernandes VR. Afirmando a saúde da população negra na agenda das políticas públicas. In Relatório do I Seminário Saúde da População Negra, 2004 ago 18 - 20; Brasília (DF), Brasil. 2.^a ed. Brasília - DF.
- 18 Fernandes F, Pereira JBB, Nogueira O. A questão racial brasileira vista por três professores. Revista USP. 2005-2006 dez/fev; 68:168-179.
- 19 Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes - CECRIA (BR). Rede de informações sobre violência sexual de crianças e adolescentes (RECRIA). Brasília (DF): RECRIA, 2007.
- 20 Fry P. A persistência da raça: ensaios antropológicos sobre o Brasil e a África austral. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005.
- 21 Batista LE, Monteiro RB, Medeiros RA. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. Saúde debate. 2013 Dec; 37(99): 681-690.
- 22 Paixão GPN, Gomes NP, Diniz NMF, Couto TM, Vianna LAC, Santos SMP. Situações que precipitam conflitos na relação conjugal: o discurso de mulheres. Texto contexto - enferm. 2014 Dec; 23(4): 1041-1049.
- 23 Ribeiro MA, Ferriani M das GC, Reis JN dos. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas a vitimização nas relações familiares. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):456-464, mar-abr, 2004.
- 24 Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012. Atualização: homicídios de mulheres no Brasil. São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos/ FLACSO Brasil, 2012.
- 25 Romagnoli Roberta Carvalho, Abreu Leila Lúcia Gusmão de, Silveira Marise Fagundes. A violência contra a mulher em Montes Claros: análise estatística. Gerais, Rev. Interinst. Psicol. 2013 Jul; 6(2): 282-297.
- 26 Lopes IMRS, Gomes KRO, Silva BB da, Deus MCBR de, Galvão ERCGN, Borba DC. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina-PI. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2004 Mar; 26(2): 111-116.
- 27 Grossin C, Sibille I, Lorin de la Grandmaison G, BanasrA, Brion F, Durigon M. Analysis of 418 cases of sexual assault. Forensic Sci Int 2003;131(2-3):125-30.
- 28 Ministério da Saúde(BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Painel de Indicadores do SUS nº 5: prevenção de violências e cultura de paz. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- 29 Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. J. Pediatr. (Rio J.) 2005 Nov; 81(5 Suppl): s197-s204.
- 30 Vicente L de M, Vieira EM. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de Medicina e médicos residentes. Rev. bras. educ. med. 2009; 33(1): 63-71.

Recebido: 01/09/2014
Revisão requerida: não
Aprovado em: 12/11/2014
Publicado em: 30/12/2014

Contato do autor correspondente:
Eduardo Sérgio Soares Sousa
João Pessoa - PB - Brasil
Email: esergiosousa@uol.com.br