

**VIOLÊNCIA CONTRA A SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS:
ACASO OU PRÁTICA SOCIAL?****VIOLENCE AGAINST BLACK WOMEN'S HEALTH:
CHANCE OR SOCIAL PRACTICE?**Alba Jean Batista Viana¹Eduardo Sérgio Soares Sousa²Mércia Gomes Oliveira de Carvalho³Ana Carolina Gondim de A. de Oliveira⁴Luciana Manguiera Vaz⁵**Resumo**

O presente estudo teve como objetivo analisar o acesso e as práticas de saúde prestadas às mulheres em situação de violência sexual em um serviço público de referência na Paraíba. Trata-se de um estudo documental, descritivo, com abordagem quantitativa. A amostra foi obtida a partir de 46 protocolos de atendimentos, com informações que caracterizassem o perfil sócio-demográfico, a violência e a assistência prestada às mulheres. Considerando os resultados analisados, as vítimas da violência sexual foram às mulheres negras (72%), jovens, entre 10 - 20 anos (54%). O estupro foi o tipo de violência mais empregado (96%) e os agressores foram do sexo masculino (100%). Apenas 50% destas mulheres recorreram ao serviço de referência antes de 72 horas, após a ocorrência da violência. Com este atraso, só metade delas (50%) pode receber a prescrição de anticoncepção de emergência. Por outro lado, os exames para diagnosticar DST/AIDS e hepatite B (63%) e para sífilis / VDRL - (4%) não foram solicitados de forma sistemática para todas. Estes aspectos repercutem no acesso e na utilização dos serviços. Na verdade, estes dados revelam as fragilidades da assistência e apontam para questões étnico-raciais, desde que as vítimas de violência sexual foram, marcadamente, as mulheres negras.

Palavras-Chave: Violência sexual. Violência contra a mulher. Atenção à saúde.

Abstract

The present study aimed to analyze the access and use of health practices provided to women in situations of sexual violence in a public service reference in Paraíba. It is a documentary, descriptive study with a quantitative approach. The sample was obtained from 46 protocols of care, with information that characterize the socio demographic profile, violence and assistance to women. Considering the results analyzed, the victims of sexual violence were to black women (72 %), young people aged 10-20 years (54 %). Rape was the most used type of violence (96 %) and the aggressors were male (100 %); from this total, 70 % of them were unknown women. Only 50% of these women resorted to the reference service until 72 hours after the occurrence of violence. With this delay, only half (50 %) could receive the prescription for emergency contraception. On the other hand, tests to diagnose STDs / AIDS and hepatitis B (63 %) and syphilis / VDRL - (4 %) were not asked systematically to all of them. These aspects have an impact on access and use of services. Indeed, these data reveal the weaknesses of care and point to ethnic and racial issues, since the victims of sexual violence were, in particular, black women.

Keywords: Sexual violence. Violence against women. Attention to health.

1 - Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professora do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (CESED). Email: alba jean2009@gmail.com

2 - Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Email: esergiosousa@uol.com.br

3 - Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB). Email: merciagoc@gmail.com

4 - Professora Mestre do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (CESED). Email: anagondim30@hotmail.com

5 - Professora Mestre do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (CESED). Email: lucianamvaz@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, a violência manifesta-se como um grave problema de ordem social, cuja complexidade representa um grande desafio para os estudiosos interessados em adentrar nas discussões e teorizações sobre o assunto. Nesse contexto, pode-se observar que o fenômeno da violência apresenta diversas faces, tratadas em diferentes condições (GUIMARÃES; CAMPOS, 2008).

Os distintos níveis de complexidade e tipos de violência presentes no entorno social abrange um espectro que vai desde formas explícitas até as mais silenciosas. Desse modo, o fenômeno é versado como um objeto de pluralidade de interpretações, que requer diversos olhares voltados para uma multiplicidade de abordagens que envolvem aspectos biológicos, políticos, psicológicos, antropológicos, sociológicos, econômicos, histórico-culturais, dentre outros, sem outorgar a nenhum deles a primazia ontológica (DRAWIN, 2011).

Segundo Cunha (2008), comumente, no cotidiano, o vocábulo violência está associado a duas ideias: a “de coerção ou intimidação pela força sobre alguém em situação de inferioridade física ou constrangimento moral” (CUNHA, 2008, p. 22). Por conseguinte, essas relações desiguais de poder entre os indivíduos contribuem para o desenvolvimento da violência na sociedade.

Nessa perspectiva, a violência contra a mulher apresenta-se inserida em uma modalidade de violência específica, que abrange dimensões de poder (ROMAGNOLI; ABREU; SILVEIRA, 2013). Desse modo, ela pode ser compreendida como toda ação na qual se obriga uma pessoa, numa relação de poder, através de força física, coerção, sedução ou intimidação psicológica, a praticar ou submeter-se à relação sexual (LABRONICI; FEGADOLI; CORREA, 2010).

A violência sexual contra a mulher constitui uma das expressões de violência baseada no gênero, que se origina, na maioria das vezes, no desequilíbrio de poder existente entre homens e mulheres. Ela se impõe como uma demonstração extrema de poder do homem sobre a mulher na subjugação do seu corpo e de sua autonomia como sujeito, desencadeando conflitos sobre a relação hierárquica tradicional (OLIVEIRA, 2007). Ela “atua anulando a relação entre dois sujeitos, coisificando um deles, dentro de uma relação de poder” (PILECCO; KNAUTH; VIGO, 2010, p. 2).

Para Bourdieu (2010), o gênero é um conceito relacional e uma estrutura de dominação simbólica em que o princípio masculino é tomado como medida de todas as coisas, produzindo significados no mundo social e imbuindo corpos e *habitus* dos agentes. Os aspectos ligados ao ato sexual como representação de poder são mais um indício da relação social de dominação, expressando o desejo masculino como desejo de posse e dominação erotizada sobre o feminino.

A violência sexual afeta especialmente as mulheres, mas, quando levado em consideração o critério da raça-cor, não há como negar que as negras são expostas a uma carga maior de violência. Os indicadores sociais sinalizam que a população negra se encontra em desvantagem no Brasil, uma vez que os estudos concernentes aos grupos racial-étnicos evidenciaram que

a grande maioria dos atendimentos por causas violentas dá-se na população negra, o que tem correlação com as desigualdades sociais e com os aspectos relacionados à violência de gênero e ao racismo (BRASIL, 2009).

De acordo com Batista e colaboradores (2012), atualmente o Brasil abriga a segunda maior população negra do mundo, concentrando em torno de 50,7% (autoclassificada) de afrodescendentes (pardos ou pretos). Os homicídios entre as mulheres negras correspondem à segunda causa de morte por violência neste grupo. O que é equivalente a um risco três vezes maior quando comparado às mulheres brancas.

O *Mapa da violência 2012* revelou que, no período de 2002 a 2010, o número de mortes causadas por assassinatos apresentou uma tendência de queda de 41% para 28,5% na população branca, em contraste com o aumento significativo de 58,6% para 71,1% na população negra. “Os dados apontam que essa vitimização está crescendo de forma rápida e altamente preocupante pelas suas implicações sociais e políticas” (WAISELFISZ, 2012, p. 39).

Estudos realizados por Garcia et al. (2013) revelaram que, ao comparar a expectativa de vida das mulheres negras com a das brancas, verificou-se que 58% dos óbitos de jovens negras por causas externas referem-se a assassinatos. Estima-se que no período de 2009 a 2011, no Brasil, a cada ano, ocorreu cerca de 660 mortes de mulheres por causas violentas. Do total desses óbitos, 61% foram de mulheres negras, e as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste foram as que apresentaram as maiores taxas de feminicídio, situando-se nas proporções de 87%, 83% e 68%, respectivamente.

No tocante à violência sexual, as mulheres negras são as mais vulneráveis. Segundo as informações divulgadas pelo Partido Socialista dos Trabalhadores Unificado (PSTU) (2013, p. 1) em 2012, a cada hora, duas mulheres foram atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com sinais de violência sexual. A cada 12 segundos, no Brasil, uma mulher é estuprada e as principais vítimas são as mulheres pobres e negras que moram na periferia. 61% das vítimas de feminicídio são mulheres negras. De acordo com Santos (2013), o número de estupros praticados no território brasileiro excede o de homicídios hediondos.

Essas descrições corroboram o pensamento de Santos (2009, p. 3) ao afirmar que “[...] as mulheres negras são as mais vulneráveis quando o assunto é violência, isso porque, desde a época da escravidão a mulher negra é vista como objeto sexual, povoando as fantasias dos homens”.

Neste sentido, endossamos a posição de Madeira (2004, p. 1), 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 [...]. A violência sexual contra as negras, como no período colonial, continua romantizada, se reedita no imaginário social adquirindo novas roupagens.

A violência sexual contra as mulheres negras demarca a historiografia nacional. Nesse sentido, Messias (2008) evidencia que, na obra *Casa Grande e Senzala* de Freire (2003), o autor descreve as condições sociais da mulher negra no período escravocrata, onde ela servia de objeto de trabalho e sexual para os senhores e seus filhos, bem como expõe sua situação enquanto “vítima de um sistema de economia, de família e de patriarcado, subjugada à violência em silêncio” (MESSIAS, 2008, p. 4). De modo que, enquanto a mulher branca era preservada e vigiada, a mulher negra era submetida ao abuso sexual, ao estupro e à humilhação.

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. Dessa forma, a etnia em si não é um fator de risco, mas a inserção social adversa de um grupo é que se constitui em característica de vulnerabilidade.

Nas sociedades de um modo geral, a discriminação torna-se um meio de distinção, uma espécie de lei universal, na qual determinadas categorias de indivíduos são privados da igualdade social, política e econômica. No Brasil, a crença social relacionada à raça negra “se estabeleceu a partir de concepções incorporadas pelas teorias racistas que insistiam na inferioridade deste segmento” (GUIMARÃES; PINTO, 2013, p. 1) populacional em relação ao dos brancos.

Considerando as condições das mulheres negras no que concerne ao cuidado da saúde, observamos que, apesar dos avanços ocorridos nas últimas décadas, ainda existe uma lacuna no entendimento sobre os diferenciais raciais de acesso aos serviços, tendo em vista que as questões de gênero, raça e geração indicam “assimetrias e vulnerabilidades, restringindo direitos, liberdades de escolhas e opções” (BATISTA et al, 2012, p. 285), que no cotidiano dificulta o acesso e a utilização dos serviços de saúde.

O Brasil progrediu nas políticas de promoção da saúde das mulheres. No entanto, o cenário atual reafirma uma situação de desigualdades e vulnerabilidade da população negra no acesso e utilização dos serviços de saúde, demonstrando as desigualdades raciais, procedidas da exclusão social e do racismo, produzindo reflexos nas condições de vida das mulheres negras, especialmente no processo saúde-doença (GOES; NASCIMENTO, 2010). Nessa perspectiva, Simão e colaboradores (2006) compreendem 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.

Para Florestan Fernandes (2005-2006), 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, demonstrando que apesar dos avanços nas políticas públicas “as mulheres negras, ainda carecem de políticas públicas que garantam igualdade de direitos e reprimam o racismo institucional” (COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, 2012, p. 5)

O presente estudo tem como objetivo analisar o acesso e as práticas de saúde

prestadas às mulheres negras em situação de violência sexual em um serviço público de referência na Paraíba.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um serviço público do estado da Paraíba considerado de referência para assistência às mulheres em situação de violência sexual. A caracterização da amostra foi obtida a partir de 46 protocolos de atendimentos, selecionados no Serviço de Arquivo Médico, 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 atenderem aos critérios de inclusão: são prontuários de mulheres residentes no município de João Pessoa, de qualquer faixa etária e contêm notificação de violência sexual relativa ao período selecionado para o estudo. Foram excluídos da análise os prontuários onde a existência de violência sexual foi descartada.

Na busca pela 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 a agressão sofrida e o atendimento no serviço de saúde, além da solicitação de exames do protocolo da Norma Técnica adotada pelo Ministério da Saúde. O período de coleta dos dados deu-se de janeiro a dezembro de 2012.

Para analisar as informações coletados nas fichas de notificação compulsória e nos prontuários, armazenamos as informações referentes à violência sexual em um banco de dados, organizados em planilhas eletrônicas do Office Excel 2003, para apreciação da estatística descritiva e verificação das ocorrências de cada aspecto relacionado ao estudo. Após as análises, contemplamos os objetivos propostos no estudo, fazendo-se as inferências e os cruzamentos de informações necessários para este fim.

Foram seguidas as normas para pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), como a autorização da instituição e aprovação no Comitê de Ética através do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 15566913.0.0000.5175, de modo a atender todos os procedimentos éticos necessários ao estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de atendimentos realizados, as maiores vítimas da violência sexual foram as mulheres negras (72%). Perfazendo um número muito maior quando comparado com as mulheres brancas (28%). Estes dados remetem aos estudos de Brasil (2009) 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 ao racismo.

Para Santos (2009), a violência sexual contra as mulheres negras não é considerada apenas fenômeno da contemporaneidade, mas também como algo arraigado na história da constituição da humanidade. A abolição da escravidão sem planejamento, assim como a sociedade de base patriarcal e machista propiciou que as mulheres afro-descendentes se tornassem, na atualidade, alvo de duplo preconceito, o racial e o de gênero.

Para Lopes (2004), apesar da sociedade brasileira não conviver com o preconceito racial e a segregação de forma legal ou explícita, a imputação 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” (LOPES, 2004, p. 1596), 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.

Quando levada em consideração a localização das residências das mulheres, os dados revelaram que os atos de violência sexual tiveram prevalência na periferia de João Pessoa (70%). Esse resultado corrobora os achados do Centro de Referência, Estudos e Ações Sobre Crianças e Adolescentes (CECRIA) (2007) 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.

Na concepção de Fry (2005), 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 Santos (2013) consideram que a influência desses fatores na estrutura política e econômica do país propicia modos de exploração, marginalização e pobreza racista e sexista.

De acordo com Oliveira et al (2009), este tipo de violência atinge todas as classes sociais em diferentes momentos históricos, no entanto, é nas camadas populares que ela se torna pública em virtude das denúncias, uma vez que 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 mulheres que sofreram violência sexual concentrou-se na faixa etária entre 10 e 20 anos (54%) e designaram-se estudantes (54%). Estes resultados demonstraram que a faixa etária revela a fragilidade e vulnerabilidade da população feminina negra para os agravos violentos no espaço social, tanto em termos da capacidade de defesa quanto nas condições sociais e de vida das mulheres atingidas.

Ribeiro, Ferriani e Reis (2004) compreendem que, em virtude dessas mulheres serem

socialmente consideradas como indivíduos ainda em fase de desenvolvimento psicológico, moralmente imaturos, o fato de estarem despertando para a sexualidade e a 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 das agressões, verificou-se que a maioria ocorreu nas vias públicas (69%), em menor proporção nas residências (22%) e a seguir identificou-se o não registro dessa informação nos prontuários das mulheres (9%). Quanto ao horário de ocorrência das agressões, o maior número de casos sucedeu à noite, entre as 19 e 24 horas (43%), seguido de durante o dia, entre as 06 e 18 horas (19%), do não registro desse dado nos protocolos (19%), na madrugada, entre as 01 e 05 horas (17%) e ignorado (2%). Tratando-se do estado civil, na maior parte das notificações a agressão predominou entre as mulheres solteiras (78%), logo após entre as mulheres casadas/união consensual (16%), as viúvas (2%), as separadas (2%) e sem registro dessa informação (2%).

A distribuição geográfica das ocorrências das agressões – na periferia da cidade e em espaços precários – reforça um perfil de carência das vítimas. A análise combinada da relação local/horário das agressões/estado civil das vítimas sugere que a prevalência da violência contra mulheres solteiras, pode ser justificada em virtude da maior parte dessas mulheres serem 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, pesquisas realizadas por Brasil (2008) demonstraram que a residência figura nas estatísticas como o local de maior ocorrência das notificações da violência sexual. Estes resultados corroboram os estudos de Ribeiro et al. (2004), 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 encoberto pelo silêncio cúmplice, o que se revela como um elemento que reforça a subnotificação da violência sexual.

No tocante ao tipo de violência sexual, o mais frequente foi o estupro (96%). Quanto ao caráter da exposição sexual, na maioria das notificações destacou-se o vaginal como o mais praticado (59%). Os agressores eram do sexo masculino (100%) e desconhecido das vítimas (70%).

Nos dados referentes aos tipos de violência e ao caráter de exposição sexual, observamos que estes se encontram em concordância com a literatura. Quanto ao predomínio do agressor do sexo masculino, os estudos realizados por Rodrigues e colaboradores (2012) evidenciam que a desigualdade nas relações sociais, associado aos padrões de agressividade, diferença de poder e força, contribui para o desenvolvimento da violência de gênero como mecanismo de controle das relações.

No conjunto dos casos analisados, há relato das mulheres de que a maior parte dos agressores não fez uso de bebida alcoólica (54%), seguido dos casos em que os agressores utilizaram álcool (26%) durante a ocorrência da agressão, e de que o crime sexual foi perpetrado por um único agressor (85%).

No que concerne ao uso de drogas durante o episódio de agressão, os resultados apresentados remetem aos estudos de Brasil (2008), ao relatar que, dos casos de violência atendidos em serviços de saúde, suspeita-se de uso de álcool ou droga ilícita pelos agressores no momento do crime sexual em 14% e 26% dos casos, respectivamente.

De acordo com Rodrigues et al (2012), o álcool, por ser uma droga lícita socialmente aceita e bastante consumida, produz nos indivíduos alterações neuromotoras e de comportamento que podem favorecer a ocorrência de atos violentos. 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 indica que as mulheres em situação de violência sexual buscou a atenção à saúde antes das 72 horas (50%), sobressaindo, depois, a utilização dos cuidados após as 72 horas (48%). Quanto à solicitação de exames para profilaxia das consequências da violência, os dados nos prontuários evidenciaram o predomínio da solicitação dos procedimentos para DST/AIDS (63%) e prescrição da anticoncepção de emergência (50%); a seguir, distinguiram-se as requisições de exames para Hepatite B e VDRL em 63% e 4% dos casos respectivamente.

Chama ainda a atenção, o baixo percentual de prescrição e solicitação de exames para profilaxia das consequências da violência sexual, tais como anticoncepção de emergência (50%) e VDRL (4%), sugerindo uma possível não valorização destes dados por parte dos profissionais de saúde que realizaram os atendimentos às mulheres em situação de violência sexual.

Estes achados remetem aos estudos de Vicente e Vieira (2009), 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 podem também causar dificuldades na abordagem adequada do assunto, assim como na interação com a paciente, particularmente se considerada a realidade do tempo reservado para o atendimento.

Destarte, 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. E quando levado em consideração os aspectos étnicos no cuidado em saúde, podemos verificar que o impacto do racismo ainda se faz presente na atenção à mulher negra, seja na exclusão do atendimento adequado, seja porque as negras se encontram na sua maioria inseridas nos extratos mais pobres da população brasileira, demandando a necessidade de formulação de políticas públicas capazes de promover impacto na desigualdade racial e melhores condições de saúde (SOUZAS, 2010).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os casos de violência sexual contra as mulheres continuam acontecendo, especialmente contra as negras, apesar da luta por princípios legais e reconhecimento social em defesa da equidade étnico-racial. Estas situações raramente são vistas como um crime.

As desigualdades raciais, resultantes dos efeitos da exclusão social e do racismo, são manifestadas através da prática do preconceito e da discriminação. A diferença 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, igualitários e que respeitem a diversidade racial. Nessa perspectiva, trata-se de uma maioria sem acesso aos bens e serviços essenciais e exposta 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.

Quando levado em consideração o recorte étnico-racial, depreendemos que a discussão acerca da atenção às 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.

Dessa forma, o combate e a erradicação das desigualdades étnico-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 presentes na assistência em saúde às 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 insumo 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, é preciso entender que se deve demolir os padrões culturais que a sustentam. Sem isto 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

BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Orgs.). **Saúde da população negra**. 2. ed. ver. e apl. Brasília, DF: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros (ABPN), 2012. (Coleção Negras e Negros: pesquisas e debates / coord. Tânia Mara Pedrosa Muller). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf >. Acesso em: 28 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Temático prevenção de violências e cultura de paz III**, Painel de Indicadores do SUS nº 5, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_n5_p1.pdf >. Acesso em: 28 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencias_acidentes.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2013.

CENTRO DE REFERÊNCIA, ESTUDOS E AÇÕES SOBRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES (CECRIA). **Rede de informações sobre violência sexual contra crianças e adolescentes** (RECRIA). Brasília, 2007. Disponível em: < http://www.cecria.org.br/recria/index.php?option=com_content&view=article&id=174&Itemid=123 >. Acesso em: 28 nov. 2013.

Porto Alegre ASSEMBLEIA LEGISLATIVA. COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. **Dossiê do movimento de mulheres do Rio Grande do Sul à comissão parlamentar mista de inquérito sobre a violência contra a mulher**. Porto Alegre, 7 maio 2012. Disponível em: <<http://www.al.rs.gov.br/download/SubdaMulher/Anexo%201.PDF>>. Acesso em: 28 nov. 2013.

CUNHA, E. M. G. de P. da. O recorte racial no estudo das desigualdades em saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, jan./jun. 2008. Disponível em: < http://www.seade.gov.br/produutos/spp/v22n01/v22n01_06.pdf >. Acesso em: 28 nov. 2013.

DRAWIN, C. R. O paradoxo antropológico da violência. In: BUCIANO, A. do R.; KYRILLOS, F.; MOREIRA, J. de O. (Orgs). **Faces da violência na contemporaneidade: sociedade e clínica**. Barbacena, MG : EdUEMG, 2011.

FERNANDES, F. A questão racial brasileira vista por três professores: Florestan Fernandes, João Baptista Borges Pereira, Oracy Nogueira. **Revista USP**, n. 68, p. 168-179, dez./fev. 2005-2006. Disponível em: < <http://www.usp.br/revistausp/68/14-florestan-joao-oracy.pdf> >. Acesso em: 28 nov. 2013.

FREIRE, G. **Casa grande e senzala**. 48. ed. São Paulo: Global, 2003.

FRY, P. **A persistência da raça: ensaios antropológicos sobre o Brasil e a África austral**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

GARCIA, L. R. S. de F. et al. **Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil**. IPEA. Dispo-

nível em: < http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/23/Documentos/130925_sum_estudo_femicidio_leilagarcia.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2013.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. do. Intersecção do racismo e do sexismo no âmbito da saúde Sexual e reprodutiva. In: FAZENDO GÊNERO 9 - Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, Florianópolis, 23 a 26 de agosto de 2010. **Anais eletrônicos...**, Florianópolis: UFSC, 2010. Disponível em: < http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278279228_ARQUIVO_INTERSECCAODORACISMOEDOSEXIS_MONOAMBITODASAUDESEXUALEREPRODUTIVA.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2013.

GUIMARÃES, A. C.; PINTO, J. M. de R. Discriminação racial na escola: vivências de jovens negros. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE POLÍTICA E ADMINISTRAÇÃO DA EDUCAÇÃO, XXVI., Recife. Anais eletrônicos..., Recife: ANPAE, 2013. Disponível em: < <http://www.anpae.org.br/simposio26/1comunicacoes/AdrianaCristinaGuimaraes-ComunicacaoOral-int.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

GUIMARÃES, S. P.; CAMPOS, P. H. F. Sociabilidade violenta: contemporaneidade e os novos processos sociais. **Estudos**, Goiânia, v. 35, n. 5, p. 901-913, set./out. 2008. Disponível em: <<http://seer.ucg.br/index.php/estudos/article/download/1100/771>>. Acesso em: 25 dez. 2013. .

LABRONICI, L. M.; FEGADOLI, D.; CORREA, M. E. C. Significado da Violência Sexual na Manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, jun. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/23.pdf>>. Acesso em: 25 dez. 2013.

LOPES, I. M. R. S. et al. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina-PI. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, mar. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n2/a05v26n2.pdf>>. Acesso em: 25 dez. 2013.

MADEIRA, Z. **Mulher negra no Ceará**. Destaques do Governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MESSIAS, A. E. A. A saúde da mulher: a violência como problema de saúde pública e a importância do recorte étnico/racial. **Revista África e Africanidades**, Ano I, n. 2, ago. 2008. Disponível em: < http://www.africaeaficanidades.com.br/documentos/A_saude_da_mulher_A_violencia_como_problema_de_saude_publica_e_a_importancia_do_recorte_racial.pdf>. Acesso em: 25 dez. 2013.

OLIVEIRA, E. M. de. Fórum: Violência sexual e saúde. Introdução. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/22.pdf>>. Acesso em: 25 dez. 2013.

OLIVEIRA, M. M. et al. Marcas psicológicas da violência doméstica: análise de histórias de vida de mulheres de comunidades populares urbanas. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 123-139. jan./jun. 2009. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/5678>>. Acesso em: 25 dez. 2013.

PARTIDO SOCIALISTA DOA TRABALHADORES UNIFICADO (PSTU). **Violência**: a triste realidade das mulheres brasileiras. A violência machista, no capitalismo, tem classe, cor e

território, 2013. Disponível em: <<http://www.pstu.org.br>>. Acesso em: 02 dez. 2013.

PILECCO, F. B.; KNAUTH, D. R.; VIGO, Á. Violência de gênero: coerção sexual entre jovens brasileiras. *Fazendo Gênero 9, Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*, 2010. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277256020_ARQUIVO_Pilecco,KnauthVigo_2010_.pdf>. Acesso em: 25 dez. 2013.

RIBEIRO, M. A; FERRIANI, M. das G. C; REIS, J. N. dos. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas a vitimização nas relações familiares. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 456-464, mar./abr. 2004. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0857.pdf>>. Acesso em: 25 dez. 2013.

RODRIGUES, C. de S. et al. Acidentes e violências entre mulheres atendidas em Serviços de Emergência Sentinela - Brasil, 2009. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a13v17n9.pdf>>. Acesso em: 25 dez. 2013.

ROMAGNOLI, R. C.; ABREU, L. L. G. de; SILVEIRA, M. F. A violência contra a mulher em Montes Claros: análise estatística. *Gerais - Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 6, n. 2, p. 282-297, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a10.pdf>>. Acesso em: 25 dez. 2013

SANTOS, J. não a violência contra as mulheres. **Mulheres em movimento mudam o mundo**, segunda-feira, 25 de novembro de 2013. Disponível em: <http://mmm-rs.blogspot.com.br/2013_11_01_archive.html>. Acesso em: 25 dez. 2013.

SANTOS, W. C. da S. Direitos Humanos: a mulher negra brasileira. *Revista África e Africanidades*, ano 2, n. 5, maio 2009. Disponível em: <http://www.africaeaficanidades.com.br/documentos/A_mulher_negra_brasileira.pdf>. Acesso em: 25 dez. 2013.

SIMÃO, A. B. et al. Desigualdades raciais na saúde da mulher em belo horizonte: perfis de acesso à contracepção, acompanhamento ginecológico e diagnóstico de câncer de colo uterino. In: SEMINÁRIO DE ECONOMIA MINEIRA, XII., Diamantina - MG, set. 2006. *Anais eletrônicos...*, Diamantina: Cedeplar, 2006. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A011.pdf>. Acesso em: 25 dez. 2013.

SOUZAS, 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: FAZENDO GÊNERO 9 - Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, Florianópolis, 23 a 26 de agosto de 2010. *Anais eletrônicos...*, Florianópolis: UFSC, 2010. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1274823492_ARQUIVO_F9RSOUZAS20101.pdf>. Acesso em: 25 dez. 2013.

STEDILE, M.; SANTOS, E. M. dos. A discriminação racial como fator de desigualdade social: Contribuição para o debate no Dia Nacional da Consciência Negra. **Dia Nacional da Consciência Negra**, [20-12].

VICENTE, L. de M.; VIEIRA, E. M. O conhecimento sobre violência de gênero entre estudantes de medicina e médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.33, n.1, p. 63-71, jna./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/09.pdf>>. Acesso em: 25 dez. 2013.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**. Caderno Complementar 1. Homicídio de Mulheres no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2012. Disponível em: < [http://www.mapadaviolen-
cia.org.br/pdf2012/mapa2012_mulher.pdf](http://www.mapadaviolen-
cia.org.br/pdf2012/mapa2012_mulher.pdf) >. Acesso em: 25 dez. 2013.