

A FOME

[Marilene Felinto]

“Está tudo muito caro, pela hora da morte”, minha mãe continuou, trágica, “e o pai de vocês está desempregado, o dinheiro não deu”. [Eu quero] leite quente com bolacha[...] – a menina pequena urrava, sem pudor. [...] Havia um silêncio difícil, por causa do nó na garganta de minha mãe. Nós, os mais velhos, nos entreolhávamos impotentes, humilhados. A experiência individual da fome é uma experiência de humilhação extrema. Sentada àquela mesa, me lembro de ter olhado o quintal dos fundos entardecendo lá fora, a terra dura, áspera, cheia de poeira. Olhei depois para os meus pés descalços, sujos da terra: era como se eu mesma fosse feita daquela terra do quintal dos fundos. E como se nada me restasse senão terra, a terra desolada de um fim de tarde, nuns fundos de quintal. Tive medo de morrer. A experiência da fome me dizia – ainda sem palavras, mas na matéria-prima da terra – que ser privado de comida era ser privado do próprio direito de viver. Eu tinha uns nove anos de idade. Dava graças a Deus por não ser eu quem gostava de leite quente com bolacha. Dava graças a Deus por não gostar de nada em especial. Por aquelas e outras eu ia aprendendo, desde tenras amarguras, que não se devia nunca gostar de nada em especial. Eu ia endurecendo” [...] (FELINTO, Marilene (1999). “A Fome”. In: Emir Sader (org.) 7 Pecados do Capital. Rio de Janeiro, São Paulo: Ed. Record, p. 114-115 e 109-119).

APOIO



Comissão de Direitos Humanos
Dom Helder Câmara



SAÚDE, GÊNERO E VIOLÊNCIA

Maria de Fátima Gomes de Lucena



Maria de Fátima Gomes de Lucena

SAÚDE, GÊNERO E VIOLÊNCIA: um estudo comparativo Brasil/França sobre a saúde da mulher negra

Editora
Universitária UFPE

RENDEZ-VOUS À PARIS

[Iyasou Alemayehu]

Quand le métro est plein, il est dangereux pour un Africain comme moi de me tenir près des «autochtones», spécialement les plus âgés. Ils semblent convaincus que la couleur de notre peau fait forcément de nous des voleurs potentiels. Par conséquent, quand vous êtes près d'eux, il vous regardent avec crainte et tiennent leur sac bien serré ou boutonnent les poches de leur pantalon, et s'éloignent de vous en même temps. Malheureusement pour ces gens, je sens que nous allons être nombreux ici. Quelquefois, un wagon est plein d'Africains, d'Arabes et de personnes originaires d'Europe de l'Est. Tu pourrais dire que c'est Alger ou Abidjan, Nairobi ou Addis-Abeba. Parfois, je me demande s'ils n'ont pas raison de nous compliquer l'accès à leur pays. Mais je me rappelle que nous sommes aussi ici contre notre volonté, parce que nous sommes persécutés par des gouvernements qu'ils soutiennent. Ils étonnent! Ces colonisateurs. Ceux qui vinrent chez nous les premiers pour voler et piller aveuglément. Aussi, pourquoi ne fuirions-nous pas vers eux? Des milliers et des milliers d'entre eux n'ont-ils pas fui en Amérique pour échapper à la famine, aux difficultés économiques ou aux persécutions politiques et religieuses? Je pense ainsi et je passe dessus. (Iyasou Alemayehu, journaliste e escritor etíope. In : «Rendez-Vous à Paris». Le Paris Noir. Éditions Hazan, Paris, 2001, p. 222).

SAÚDE, GÊNERO E VIOLÊNCIA:

*um estudo comparativo Brasil/França
sobre a saúde da mulher negra*

MARIA DE FÁTIMA GOMES DE LUCENA

SAÚDE, GÊNERO E VIOLÊNCIA:

*um estudo comparativo Brasil/França
sobre a saúde da mulher negra*

Editora
Universitária  UFPE

Recife, 2010

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. Proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio ou processo, especialmente por sistemas gráficos, microfilmicos, fotográficos, reprográficos, fonográficos e videográficos. Vedada a memorização e/ou a recuperação total ou parcial em qualquer sistema de processamento de dados e a inclusão de qualquer parte da obra em qualquer programa juscibernético. Essas proibições aplicam-se também às características gráficas da obra e à sua editoração.

Créditos

Concepção de Capa: Fátima Lucena

Fotografia de Capa:

Projeto Gráfico: Ana Farias

Revisão:

Montado e impresso na oficina gráfica da

Editora
Universitária  **UFPE**

Rua Acadêmico Hélio Ramos, 20 | Várzea, Recife - PE CEP: 50.740-530

Fones: (0xx81) 2126.8397 | 2126.8930 | Fax: (0xx81) 2126.8395

www.ufpe.br/edufpe | edufpe@nlink.com.br | editora@ufpe.br

Editora associada à



Catálogo na fonte

Bibliotecária Joselly de Barros Gonçalves, CRB4-1748

*A Marilene Maria Ferreira (em memória),
que nos mostrou os caminhos de volta à África. Mulher, nordestina
do Brasil, defensora de um mundo pleno de igualdades, na diferença.*

*A Jean Anil Louis-Juste, barbaramente
assassinado pelas forças repressivas do capital, poucas horas
antes do terremoto que destruiu os sonhos de transformação de
trabalhadores(as) do Haiti, em 2010. Apesar de tudo, deixa como
legado a compreensão sobre a alienação da chamada Internacional
Comunitária, alimentando esperanças nascidas de Jean-Jacques
Dessalines: “Derrubando-me, apenas cortaram o tronco da árvore,
que crescerá novamente, pois suas raízes são profundas e amplas”
(palavras de Dessalines).*

*A Gilda Maria Lins de Araújo (em memória)
e à Comissão de Direitos Humanos Dom Hélder Câmara, da
Universidade Federal de Pernambuco, pelo apoio incondicional.*

*A Danièle Kergoat, mulher e cientista social que
cotidianamente nos mostra diferentes perspectivas de lutas sociais
feministas. Sua contribuição em termos de conhecimento e acolhida
foi fundamental para entender a realidade francesa.*

*A Helena Hirata, sempre presente e atenciosamente
dedicada a demonstrar a importância de pesquisar as diferenças e
semelhanças da condição feminina no Brasil e na França, e a Maria
Bernardete Ferreira de Macêdo, a amiga e colega que contribuiu
para objetivar a nossa imensa vontade de partilhar informações e
vivências sobre a realidade francesa.*

AGRADECIMENTOS

A todas e todos que estiveram presentes ao longo de mais esta caminhada rumo às nossas raízes africanas: Edson Ferreira de Macêdo, Hubert Arvé-Thouvet, Mas-sud, Cyrus, Thomas Bonierbale, Vivian Sabóia, Françoise Pujol. A Serge Moati, jornalista francês da TV 5, cuja contribuição me foi inestimável para desvendar as particularidades da França, País que eu tanto amo.

A Danièle Senotier e demais companheiras e companheiros do Laboratório Genre, Travail, Mobilités (GTM/CNRS) Paris e da Biblioteca do Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS/site Pouchet), onde fui tão bem acolhida.

A Anita Aline de Albuquerque Costa, Ana Vieira, Alexandra e Lúcio Mustafá, Helena Padilha, professoras-colegas do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco e a Maria Aline Gomes de Souza, Assistente Social e irmã do coração.

À minha família, pela espera carinhosa, apesar das minhas longas ausências.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, uma entidade do governo brasileiro voltada ao desenvolvimento científico e tecnológico, pelo apoio essencial da bolsa de estudos que viabilizou o presente estudo na França.

Às mulheres e homens na França e no Brasil que, direta e indiretamente, fizeram-me compreender o significado de ser diferente pela cor da pele.

À Professora Maria José de Matos Luna, da Universidade Federal de Pernambuco, pelo apoio de sempre.

A Luciano Almeida Lucena, Deborah Almeida Lucena, Michelle Rodrigues de Lima e ao meu filho Leonardo Lucena Trevas, pelo trabalho imenso de ordenar o livro em linguagem virtual com uma boa dose de afeto. Ao meu filho Alexandre Lucena de Gouveia, por ter utilizado sua criatividade/afetividade na elaboração da capa deste livro. A Maria Alice Lucena de Gouveia, minha filha e herdeira das conquistas feministas pelas quais lutamos há várias gerações.

Às francesas e aos franceses – multicores – que defendem a igualdade, na diferença.

Às brasileiras e aos brasileiros – multicores – que o fazem também.

APRESENTAÇÃO

Maria José de Matos Luna

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
-------------------------	-----------

CAPÍTULO I

SAÚDE DA MULHER	39
------------------------------	-----------

Considerações sobre a saúde e o gênero	39
Saúde, gênero e trabalho.....	50
Trabalho e reprodução social.....	50
Saúde, gênero e trabalho: análise de suas articulações no Brasil e na França.....	53

CAPÍTULO II

ANÁLISE DA MORBIMORTALIDADE FEMININA NO BRASIL

E NA FRANÇA	69
--------------------------	-----------

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e o Sistema Nacional de Saúde (SNS) na França, na contemporaneidade	69
A morbimortalidade feminina no Brasil e na França	87
Saúde da mulher negra no Brasil e na França.....	93
Gravidez na adolescência	94
Idosos/idosas.....	96
Saúde reprodutiva	99
Anemias falciformes.....	102
Deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase em adultos.....	104
Hipertensão arterial.....	105
Diabetes.....	105
Estresse.....	106

Coronariopatias.....	111
Transtornos derivados do abuso de substâncias psicoativas	112
Doenças sexualmente transmissíveis – dst/síndrome da imunodeficiência adquirida – aids.....	113

CAPÍTULO III

SAÚDE, GÊNERO, RACISMO E VIOLÊNCIAS:

UMA ANÁLISE DE SUAS ARTICULAÇÕES COM A DESIGUALDADE

SOCIAL NO BRASIL E NA FRANÇA CONTEMPORÂNEOS..... 121

Aves de arribação.....	127
O racismo à brasileira.....	133
O racismo à francesa.....	139

CAPÍTULO IV

AS VIOLÊNCIAS NO PLURAL:

UMA ABORDAGEM COMPARATIVA DE SUAS ARTICULAÇÕES

COM A SAÚDE, O GÊNERO, A CLASSE SOCIAL E A RAÇA/ETNIA

NO BRASIL E NA FRANÇA CONTEMPORÂNEOS..... 153

As construções sociais das demandas das mulheres negras acerca da saúde e da violência no Brasil e na França	153
As violências no plural.....	163
O assédio moral no trabalho.....	165
A violência dos cânones da feminilidade	171
O assédio sexual.....	172
Violência e trabalho.....	175
A violência doméstica.....	181
As micro/macro violências do cotidiano na casa e na rua	192
O tráfico de seres humanos e a prostituição	196

CONCLUSÕES PROPOSITIVAS..... 205

REFERÊNCIAS..... 211

INTRODUÇÃO

Neste livro, buscamos apresentar os resultados de uma pesquisa que teve como objetivo compreender a natureza das demandas das mulheres negras quanto à violência a que estão vulneráveis, bem como tratou de caracterizar as ações de saúde oficiais (Políticas Públicas de Saúde) vinculadas a essas demandas, de forma comparativa, no Brasil e na França, na contemporaneidade.

Trata-se, portanto, de um estudo sobre as semelhanças e diferenças das formas particulares de enfrentamento da violência inerente às relações sociais de gênero, classe social e raça/etnia no âmbito dos serviços públicos de saúde especializados na saúde da mulher, em ambos os países. Estudo este que se deu no Brasil e na França, em 2006, mas que teve os dados atualizados, em 2010, para a publicação do presente livro.

Dá a necessidade de se construir as articulações da violência com as questões de gênero, classe social e raça/etnia, a partir dos processos mais gerais de transformações históricas. Historicidade presente nas formas concretas de produção/reprodução da vida que explicitam os diferentes modos de adoecer/morrer da mulher negra.

Vida e morte negra a serem entendidas no marco da crise contemporânea da sociabilidade do capital que desumaniza mulheres e homens submetidas(os) a condições de desigualdade social e vulnerabilidades crescentes. Conforme Hirata (2002):

Quais as alternativas hoje face à crescente instabilidade do trabalho e do emprego e à tendência ao empobrecimento e à exclusão de contingentes cada vez maiores de populações particularmente vulneráveis? (...)

No plano institucional, as políticas sociais e as políticas públicas relativas a populações vulnerabilizadas (...); as políticas públicas e sociais em favor da igualdade entre homens e mulheres, ou a inclusão das mulheres no mercado de trabalho, uma das prioridades da União Europeia, podem ser exemplos destas alternativas, embora sua eficácia deva ser objeto de análise e discussão. (...)

E acrescenta:

No plano dos movimentos sociais, é necessário se referir aos movimentos anti ou alter (por uma outra) globalização, como novos coletivos de luta

integrando diferentes correntes da sociedade civil, entre os quais os movimentos de mulheres. (Hirata, 2002, p.33-34).

As políticas públicas e sociais e a ampliação das lutas sociais são estratégias para o enfrentamento do processo de expansão da pobreza e da exploração que esculpe nos corpos de homens e mulheres as marcas do sofrimento, da violência que se objetiva, material e subjetivamente, em suas condições concretas de vida.

É importante enfatizar que as mulheres – cerca da metade da população mundial – têm arcado, em sua maioria, com a realidade de ser oprimidas até pelo homem mais explorado. Fundamental também é o reconhecimento de que esta forma de violência, por ser construção histórica, é passível de superação.

No caso brasileiro, a pobreza, em sua maioria, tem a cor da pele negra e é feminina. Além disto, tem mais de 500 anos! E estamos falando de um país que, apesar de ser um dos dez mais ricos do mundo, apresenta uma das piores desigualdades sociais. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE - Censo 2000): 64,1% do Produto Interno Bruto (PIB) iam para os 20% mais ricos, enquanto que os 20% mais pobres ficavam com apenas 2,2%.

A pesquisa denominada “Radar Social” (Fonte: Pesquisa IPEA – Radar Social, 2005. São Paulo, Folha de São Paulo, A-12, 2/6/2005) divulgada pelo Instituto de Pesquisas Sociais Aplicadas (IPEA), em junho de 2005, com base em dados de 2003, apresentou os seguintes indicadores da desigualdade social brasileira: no País, 1% dos mais ricos ficava com quase a mesma parcela de renda dos 50% mais pobres. Estes (31,7% da população total de cerca de 190 milhões de pessoas) eram considerados pobres porque tinham renda de até meio salário mínimo *per capita* mensal.

Os indigentes (12,9% da população brasileira) tinham renda *per capita* mensal de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. A mortalidade por causas externas, como violência, chegava a 14,9% do total de óbitos. No ano de 2003, ocorreram 29,1 homicídios por cem mil habitantes. Morreram 25,1 crianças a cada mil nascidas vivas e 73,1 mães a cada cem mil crianças nascidas vivas. Dados que são estarrecedores.

Existiam 14,6 milhões de analfabetos com 15 anos ou mais e os brasileiros tinham baixa escolaridade. Em média, 6,4 anos de estudo. 6,6 milhões de pessoas viviam em favelas ou nos chamados assentamentos precários. 28,5% da população urbana não tinham acesso simultâneo a serviços de água, esgoto e coleta de lixo.

O Brasil ocupa taxas de desemprego somente inferiores às de alguns países do Oriente Médio e do Norte da África e África Sub-Saariana. Ou seja, considerando-se que mais da metade da população ativa tem ocupações informais, as taxas de desemprego (em 2010, cerca de 10%) representam apenas uma parte da profunda desigualdade social que caracteriza a sociedade brasileira.

A análise da desigualdade social brasileira, com ênfase nos anos 2008/2009 nos indica a continuidade, no governo do Presidente Lula, da política econômica objetivada no governo do Presidente anterior, Fernando Henrique Cardoso. Obviamente com algumas mudanças que, segundo o IBGE/PNAD (ano 2008), indicam o aumento do acesso a bens e serviços, da seguinte forma: água (68,3% dos domicílios), rede de esgoto (52,4% dos domicílios), coleta direta de lixo (64,4% dos domicílios), iluminação elétrica (96,2% dos domicílios), telefone (64,8% dos domicílios), bens de consumo durável, como geladeira, (80,1% dos domicílios) etc.

Apesar de alguns avanços sociais, mantém-se uma realidade de juros altos – os maiores do mundo! - e de baixos níveis de investimento público. Especialmente no que se refere às políticas sociais universais de educação e saúde, observa-se um certo retrocesso, apesar da expansão do gasto público social no governo Lula.

As famílias mais pobres tiveram uma acentuada queda na natalidade (em 2008, 1,89 filho por mulher no Brasil), o que também concorreu para o aumento de suas rendas. Houve aumento geral da expectativa de vida (homens = 69,1 anos e mulheres = 76,7 anos). As pessoas idosas, isto é, as que têm mais de 60 anos de idade, recebem benefícios da Previdência Social (80% delas). O que, em muitas famílias, significa o esteio econômico a partir da garantia de manutenção daquelas/daquelas mais jovens que estão no desemprego/precarização e/ou em situação de baixos rendimentos.

O crescimento econômico brasileiro – apesar da gigantesca crise estrutural do capitalismo mundial em 2008/2009 – gerou maior oferta de empregos para os segmentos menos qualificados da classe trabalhadora. Em conjunto com o aumento do salário mínimo e a expansão do Programa Bolsa Família, o nosso enorme excedente de mão de obra de baixa qualificação foi relativamente beneficiado. Vale ressaltar que o Programa Bolsa Família é um dos maiores do mundo quando nos referimos a políticas de gastos sociais públicos de redução da pobreza. Assim sendo, 32 milhões de brasileiros e brasileiras entraram na condição de novos(as) consumidores(as) de baixa renda.

Dados do IBGE e do Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA) revelam que a taxa de pobreza (renda per capita de até meio salário mínimo) em 2008 atingia 28,8% da população brasileira. A taxa de pobreza extrema (renda per capita de até ¼ do salário mínimo) naquele mesmo ano alcançava 10,5% da população do País. Assim sendo, a desigualdade social em 2008 atingia 54,4% dos(das) habitantes do Brasil. Desigualdade esta que atinge brutalmente quem mais paga tributos sobre produtos consumidos – 48,9% - ou seja, as famílias que ganham até 2 salários mínimos per capita mensais.

A Organização das Nações Unidas (ONU) classificou o Brasil em outubro de 2009, com base em dados de 2007, como País com Alto Desenvolvimento Humano – IDH 0,813 –, ocupando o 75º lugar dentre 182 países analisados. A Noruega é o país de Muito Alto IDH – 0,971 – e a Nigéria – 0,340 – o de mais baixo IDH.

Dados divulgados pelo jornalista Melchiades Filho («Mulher brasileira»). Jornal Folha de São Paulo, Caderno Opinião, 4 de janeiro de 2010), com base em informações da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres do governo brasileiro (Pesquisa do Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade), indicam o que se segue: A taxa de mortalidade infantil, em 2008, era de 23,3 crianças mortas por mil nascidas vivas, com tendência de queda.

Em 2009, 33% das pessoas classificadas como indigentes viviam em lares com mulheres provedoras/líderes familiares, ou seja, responsáveis pela unidade domiciliar (5,2 milhões do total de 15,8 milhões de domicílios). Quinze anos atrás, a taxa era de 17% (5,5 milhões de um total de 32,4 milhões de residências). Tais resultados de pesquisa nos levam a afirmar que mais da metade das famílias extremamente pobres das dez principais regiões metropolitanas brasileiras são chefiadas por mulheres; isto é, têm nas mulheres a pessoa de referência na família. Assim, sobre os ombros desses milhões de mulheres pesam as responsabilidades de enfrentar as perversidades da desigualdade social, apesar dos programas sociais como o Bolsa Família. São elas que lidam cotidianamente com a violência nos bolsões de miséria que convivem com espaços de abundância de uma minoria.

O Plano Nacional de Educação, criado em 2001, com 294 metas, em 2008 apenas havia realizado 33% de seus objetivos. Alguns exemplos são referentes ao ano de 2008:

- Somente 18% das crianças de 0 a 3 anos de idade estavam matriculadas na rede pública, sendo a meta colocar 50% de crianças dessa faixa etária na creche até 2010.
- A evasão escolar no ensino médio, entre 2006 e 2008, subiu de 10% para 13,2%, quando a meta era de redução de 5% ao ano. 16% de quem tinha de 15 a 17 anos estavam fora das escolas.
- O analfabetismo de jovens e adultos – cujo fim era esperado – entre 2000 e 2008 somente baixou de 13,6% para 10%. O resultado é que ainda temos 14 milhões de pessoas analfabetas de 15 anos ou mais no Brasil.
- Ocorreu a quase universalização do ensino fundamental, com a taxa de matrícula alcançando 97,6% em 2007.
- A taxa de 79,8% de matrícula de crianças de 4 a 6 anos de idade foi cumprida.

- A meta de 30% de jovens na universidade não obteve êxito. Em 2008, estes(estas) eram apenas 13,7%, em plena era da informação! As mulheres, em 2008, eram 57,1% de estudantes nas universidades brasileiras. Em 2007, os recursos para a educação representavam apenas 5,1% dos gastos públicos em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro.

Diante do exposto, é importante entender o que se passa com as mulheres brasileiras hoje, segundo o perfil realizado pelo IBGE:

São 44% da mão de obra presente no mercado de trabalho em 2010, sendo que quase 60% têm 11 anos ou mais de escolaridade. Mesmo assim, não têm amplo acesso aos cargos de poder - majoritariamente masculinos - e ganham cerca de 71% dos salários dos homens pela mesma função ocupada, em média. E ainda se veem às voltas com as responsabilidades na casa e na rua, o que lhes acrescenta o ônus sexista de agir como se fossem **super mulheres**.

Por essas razões, verifica-se a grande contradição que caracteriza a barbárie brasileira no século XXI: é um dos 10 piores em distribuição de renda, embora seja um dos 10 países mais ricos do mundo.

Na França, um dos 5 países mais ricos do Planeta, a desigualdade social expressa-se em escala menor que no Brasil; no entanto, persistem as discriminações étnicas, racistas e sexistas.

Por isso mesmo, concordamos com Christian Poiret e François Vourc'h (1998) quando afirmam, com referência à situação da mulher negra na França, : “O exemplo das lutas contra as discriminações sexistas mostra toda a importância de um movimento social, no sentido de fazer evoluir as representações, as práticas e legislação. (...)” (Poiret e Vourc'h, 1998, p. 72-73).

Os autores consideram essencial que as mulheres possam exprimir, através de suas escolhas políticas e de suas lutas, seu sofrimento e sua cólera frente às situações de discriminações étnicas, racistas e sexistas.

CONSIDERAÇÕES ACERCA DA VIOLÊNCIA INERENTE ÀS RELAÇÕES SOCIAIS DE GÊNERO

As diferenças entre os seres humanos na sociabilidade contemporânea do capital, seja nos países ricos, como a França, seja naqueles chamados “em desenvolvimento”, como o Brasil, alimentam a complexa tessitura da violência.

Esta articula-se ao gênero, à classe social e à raça/etnia compondo o quadro atual de barbárie social planetária. O medo da violência físico-psíquica “democratiza-se” em sua extensão cada vez mais ampliada. Sutil ou explícita, a violência atinge os espaços públicos e privados: fere, estressa, mutila, faz adoecer e mata seres humanos. Dissemina-se, mais amiúde, sob o signo da invisibilidade porque a força do(da) mais poderoso(a) dificulta a defesa do(da) mais frágil.

As violências doméstica e sexual (esta última englobando o assédio sexual, o turismo sexual, o tráfico de crianças, adolescentes e adultos) nem sempre são denunciadas ou aparecem nas estatísticas oficiais. Daí as marcas dos corpos calados expressarem a desesperança e a dor.

Aqui também se incluem as formas cotidianas de rebaixamento da autoestima feminina e negra, através daquelas sinuosas linguagens de ironias tantas vezes agressivas que machucam como se fossem socos, cortantes como navalhas e armas de fogo.

No contexto de nosso estudo, entenderemos como violência, sobretudo, aquelas relações que violentam e contrariam o direito e a justiça, através de variadas formas de estranhamento; ou seja, de desumanização.

Assim, as teias de relações que se constroem entre mulheres e homens, numa sociedade de classes, engendram a exploração econômica que se expande em complexas mediações. Tais mediações se objetivam através da dominação cultural e política, seja pela coerção explícita, seja pela opressão velada do consentimento interiorizado.

Em sua essência, ambas significam a perda de autonomia; isto é, a negação da capacidade de se estar conscientemente agindo/pensando com liberdade. Logo, do ponto de vista do(da) oprimido(a) opressor(a) estabelece-se uma relação perversa, com implicações sobre a saúde dos homens e das mulheres envolvidos(as) nesse jogo destrutivo.

As lutas sociais das mulheres e dos(das) negros(as), especialmente nos últimos 40 anos, denotam a importância de se dar visibilidade àquilo que no senso comum se convencionou chamar de “grito de minorias”. Minorias em termos políticos, não meramente quantitativos.

Mulheres e negros(as) são tidos(as) como os “outros”. São considerados, conforme Chauí (1984), seres para os outros e não seres com os outros:

Ser para o outro, evidentemente, é uma forma de ser que se realiza para todos, pois o que somos para nós está...intimamente articulado ao que somos para os outros. Todavia, ser para o outro não determina dependência em face do outro senão quando estamos impedidos de ser com os outros e dos outros também serem para nós (Chauí, 1984, p. 48).

Assim, a reciprocidade e o reconhecimento deveriam estar na raiz das relações entre homens e mulheres: seres iguais, porque humanos, porém, diferentes em sua complexidade. Em suma, mulheres e negros(as) em situação de subalteridade que apenas afirma o ser para o outro necessitam substituir essa heteronomia pelo exercício da autonomia, da liberdade.

PROPOSIÇÕES PARA UMA ABORDAGEM SOCIOLÓGICA DA QUESTÃO DA VIOLÊNCIA INTRÍNSECA ÀS RELAÇÕES SOCIAIS DE GÊNERO: OS CAMINHOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DO ESTUDO

Partindo das afirmações anteriores, vinculamos nosso estudo às produções intelectuais no campo das Ciências Sociais que partem do pressuposto de que existe a “sexualização do social” (Kergoat, 1995). Daí decorrendo que as relações de exploração e de opressão que estão na base da construção da violência também devem ser compreendidas à luz das relações sociais entre homens e mulheres, no mundo de hoje.

Concordamos, portanto, com Hirata (2002) quando se refere à questão da divisão sexual e internacional do trabalho:

(...) a atenção às diferenças nacionais mostra que há uma extrema variabilidade das formas de divisão do trabalho entre os homens e as mulheres no espaço, que deve ser estudada de maneira relacionada à evolução das relações sociais de sexo em toda a sociedade: os movimentos sociais, as estratégias de resistência, as atividades conscientes da transformação social, certamente devem se correlacionar com as modalidades extremamente diferentes da divisão sexual do trabalho de acordo com cada país. Minhas pesquisas comparativas internacionais Brasil-França-Japão demonstraram como existe uma correspondência entre hierarquia na família, na profissão e na sociedade que produz configurações extremamente diferentes nos status sociais e nas relações de poder (Hirata, 2002, p. 286).

Sendo assim, as lutas sociais pela afirmação da igualdade das mulheres e dos homens (enquanto seres humanos), reconhecidas as devidas diferenças – a igualdade na diferença – contribuem para dar voz à mulher e romper o silêncio em torno da violência. Nas esferas do privado, do coletivo, do cotidiano necessita-se elevar as potencialidades transformadoras dos movimentos de mulheres e de negros na construção de “sujeitos sexuados”. (Kergoat, 1987).

A análise das articulações existentes entre a objetividade/subjetividade da construção social da violência requer a utilização das categorias sociais classe/raça/etnia e gênero, a partir dos conflitos advindos, na contemporaneidade, em torno da coextensividade das relações de classe e de sexo.

O conjunto de determinações sociais que engloba a divisão sexual do trabalho (na casa e na rua), o sofrimento da dupla jornada de trabalho, da vida reprodutiva e de seu ciclo, articulado ao mundo do trabalho, deve ser entendido sob a ótica das desigualdades de gênero, de classe e de raça/etnia. As desigualdades econômicas e sociais, na fase atual do capitalismo monopolista, são mediadas por uma complexa rede de relações de poder/exploração/violência que se encontra na base dos mecanismos de reprodução da sociabilidade do capital.

Gênero, classe, raça/etnia e violência articulam-se na totalidade social e se constroem/reproduzem cotidianamente nos processos de socialização familiar, escolar, na divisão social (e sexual) do trabalho etc. É na economia, na cultura e na política que se dá o enfrentamento da violência intrínseca das relações sociais de gênero / gênero da violência.

Convém ressaltar que a igualdade de todos os seres humanos, reconhecidas e aceitas suas diferenças, remete ao fato de que estas últimas não se configuram como inferioridades. Ser mulher / ser homem / branco / negro(a), em suma, ser diferente, singular não nega, em absoluto, que todo único está articulado à particularidade e à universalidade.

Compreendemos a saúde enquanto direito de todos (as) e dever do Estado. Ter saúde significa não apenas não estar doente, mas ter acesso à qualidade de vida que se expressa em diferentes usufrutos da riqueza social e historicamente produzida.

No Brasil, por exemplo, a igualdade dos direitos existe desde a Constituição de 1988, garantida pelo Estado, incluindo a saúde como direito de todos(as) e dever do Estado.

Na França, por sua vez, os princípios que regulam a igualdade de direitos entre mulheres e homens nas esferas políticas e econômicas, bem como no âmbito da família, estão presentes desde a Constituição de 1946. (Laufer, 2002).

No Brasil, a saúde, de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), é entendida como direito de todos(as) e dever do Estado. Ora, a precarização da qualidade de vida, mediatizada pela redução da capacidade de consumo de bens e serviços no contexto da crise contemporânea reforça a negação desse pressuposto, sobretudo no que se refere à mulher negra.

As estatísticas oficiais no Brasil e na França não deixam dúvidas: as mulheres constituem mais de 50% da população. As mulheres negras (apesar da polêmica

que envolve a autoclassificação utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE) fazem parte de um contingente de 85% de mulheres que vivem abaixo da linha de pobreza, no Brasil. Na França, não existe a possibilidade de se quantificar/qualificar a questão social no que concerne à cor da pele/ “raça”. Oficialmente isto é proibido pela Constituição em vigor. Assim, tivemos que buscar alternativas que permitissem a compreensão da questão, através do uso de dados de pesquisas sobre a mulher negra e o racismo na França, conforme explicitado ao longo deste estudo.

Obviamente, os modos de adoecer e morrer refletem a vulnerabilidade e a precariedade das condições de vida das negras pobres. Isto entra em contradição com o pressuposto do SUS de que a saúde é um direito de todos(as) e dever do Estado. Na França, de acordo com o que será discutido mais adiante, o Sistema de Saúde tem suas especificidades e difere do SUS por se fundamentar na lógica dos Seguros Sociais e da assistência pública em saúde para as(os) que são consideradas(os) pobres e fora do Sistema de Seguros de Saúde Privados.

Apesar de, desde 1983, a luta social das mulheres haver conquistado o direito de denunciar que faz diferença acabar com a indiferença, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher no Brasil vem sendo implementado em poucos municípios. Até mesmo vem sendo negado no que se refere à concepção de que a saúde feminina deve ir além do enfoque mulher-filho, presente em numerosas experiências de saúde da mulher.

Diante do exposto, torna-se urgente estudar as particularidades do ser mulher negra no Brasil e na França. Isto requer a ruptura com a visão tradicional e sexista da saúde da mulher enquanto binômio mãe-filho. Requer também o reconhecimento da luta pela visão da integralidade feminina, do reconhecimento do ciclo vital, da orientação sexual e da classe social, ao lado das questões mais gerais da discriminação sobre ela exercida.

Os serviços de saúde voltados para a mulher necessitam reconhecer as dimensões de classe, gênero, bem como a discriminação negativa dos(das) negros(as) no planejamento/formulação/execução/avaliação do SUS e do Sistema Nacional de Saúde francês, no contexto da crise estrutural contemporânea. Ambas as redes de saúde são constituídas fundamentalmente por mulheres que cuidam de mulheres. Por sua vez, as mulheres são as principais agentes de saúde nos dois países: elas diagnosticam, encaminham e/ou boicotam o acesso aos serviços, aos rituais e prescrições médicos sendo, portanto, uma força social a ser legitimada no âmbito das políticas públicas/sociais. O mesmo se pode dizer a respeito da força política das mulheres no setor de saúde.

Negar a desumanização, a “invisibilidade”, a violência e a barbárie que são construídas em nome da “naturalização” da subordinação da mulher negra e pobre é obrigação de mulheres e homens que pensam na superação do estranhamento presente em ambos os países. No Brasil, que está entre os 10 países mais ricos do mundo e na França, o 5º mais rico. Riqueza esta que se concentra cada vez mais em menos mãos, secularmente no Brasil e, mais recentemente, na realidade francesa.

Nesse sentido, aprofunda-se, tanto no Brasil como na França, a necessidade de se compreender as trajetórias singulares da vida das mulheres negras sob o prisma de suas articulações aos processos mais gerais de transformações históricas de ambas as sociedades. Historicidade também presente nas formas concretas de produção/reprodução da força de trabalho que explicitam os diferentes modos de adoecer/morrer femininos.

A categoria gênero ajuda-nos a compreender que o lugar da mulher na sociedade é socialmente construído enquanto subordinação do feminino ao masculino. Por ir além do sexo biológico, o gênero pressupõe que o esforço, a dupla jornada de trabalho, a maternagem, os cuidados com o outro em detrimento de si próprias muitas vezes são concebidos socialmente como da “natureza”, como “coisas de mulher”. Assim sendo, a divisão sexuada do trabalho e os espaços de subordinação feminina deixam de ser questionados, contribuindo para que não se reconheça a produção de valores de uso, de bens e serviços que compõem a geração da riqueza cada vez mais acumulada nas mãos de poucos, na sociabilidade contemporânea do capital.

O subconsumo da classe trabalhadora caracteriza-se, no contexto da crise estrutural do capitalismo, pela particularidade da pobreza que vai se ampliando. Isto significa que o nível de sobrevivência beira, cada vez mais, o mínimo, administrado no âmbito da família. Assim sendo, cabe à mulher, ao longo de sua vida, assumir diferentes papéis na busca de multiplicar o que nasce da escassez.

Numa realidade de cada vez mais limitada possibilidade de inserção no mercado de trabalho formal, as estratégias de enfrentamento da pobreza se repetem, envolvendo diferentes gerações. A mulher submetida à subordinação de classe e de gênero sente o peso dessas determinações, o que se reflete no consumo predatório de seu corpo/mente, repercutindo em sua singularidade nos processos de morbidade-mortalidade.

A precarização de sua qualidade de vida também é mediatizada pela condição socialmente reconhecida de raça/etnia. Aqui cabe um comentário polêmico. Partimos dos pressupostos de que somente existe a espécie humana: *Homo Sapiens-sapiens*; de que toda a humanidade é afrodescendente e de que todos somos iguais,

na diferença. Isto significa que a construção histórico-social da categoria raça, conforme explícito enquanto historicidade-social, tem sua origem na sociedade de classes. O que reforça a necessidade de se compreender o uso da raça para legitimar o poder sobre aqueles(aquelas) objetos de dominação.

Sendo assim, é importante enfatizar que, não sendo fruto da Natureza, posto que somos todos(as) membros da Espécie Humana, o uso do conceito raça deve ser entendido como estratégia da luta dos movimentos sociais dos(das) negros(as) para a afirmação de seu lugar na busca de negação da barbárie que se constrói na sociedade de classes. Desse modo, consideramos a validade do conceito “raça” apenas no contexto da luta estratégica dos movimentos sociais dos negros e negras. Daí não fazer sentido a utilização da palavra raça enquanto expressão de correntes teóricas preconceituosas, como aquelas tão em voga no século XIX, sob o manto obscurantista da Eugenia. Como se sabe, Eugenia esta que deu suporte ao nazifascismo do século XX e, como bem demonstram os movimentos neonazistas, continuam vivas no século XXI. Infelizmente, atuantes no Brasil e na França.

Na contemporaneidade, a assistência à saúde da mulher (e dos homens) está sendo afetada pela lógica neoliberal, inclusive pela expansão dos interesses privados no modelo de corte de recursos e de expansão da rede privada, tanto no Brasil como na França.

No Brasil, persiste a visão tradicional e sexista da saúde da mulher enquanto binômio mãe-filho, ficando em segundo plano as reivindicações dos movimentos sociais de mulheres em defesa da visão da integralidade feminina e direitos. Assim, secundariza-se o reconhecimento das fases do ciclo vital, etnia/raça, orientação sexual e classe social. Ao lado da desumanização dos serviços de saúde que atinge mulheres negras, índias, homossexuais, idosas, do campo, sobretudo as mais pobres dentre os pobres, alvos preferenciais da discriminação. Diante do crescimento da feminização da pobreza, deduz-se quão distante está a intenção do gesto: a saúde como um direito de todos(as) e dever do Estado.

Observa-se, também, a escassez de dados estatísticos sobre a violência contra a mulher negra, o que dificulta a elaboração de programas e o acompanhamento das mudanças efetuadas. Daí a precariedade da informação sobre a violência doméstica, o assédio sexual e a violência contra mulheres e meninas negras, em casa e na rua, em ambos os países.

Apesar dos avanços das lutas sociais, nas sociedades brasileira e francesa persistem as marcas do sexismo e do racismo, exacerbadas por profundas desigualdades de classe. Essa conjugação de problemas, por conseguinte, ao logo dos tempos articula formas de exploração de classe, de raça e de gênero, motores da violência.

O IBGE (2000) indica que 85% das mulheres negras vivem abaixo da linha de pobreza e apresentam taxas de analfabetismo duas vezes mais elevadas em relação às mulheres brancas. No País, as mulheres negras mais pobres têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, o que aumenta o risco de morbidade-mortalidade por determinadas doenças, em comparação com as mulheres brancas. As miomatoses, neoplasias, anemias falciformes, doenças cardiovasculares, doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS, são as mais recorrentes, agravadas pelas chamadas causas externas: homicídios, suicídios, acidentes de trânsito e violências do trânsito, a violência no trabalho e os acidentes em geral.

Obviamente, as enfermidades envolvem aspectos genéticos, no entanto, em face das suas precárias condições de vida, as mulheres negras pobres são mais vulneráveis. As condições sociais de violência de gênero, na casa, contra crianças, adolescentes, adultos(as) e idosos(as); na rua, atingindo os espaços de trabalho e lazer, demandam políticas e ações do setor saúde. Como o perfil de integração intersetorial para a prevenção/tratamento dessa epidemia mundial é fator chave, tanto o Brasil como a França reconhecem a magnitude de esforços a ser desenvolvida. A violência, pois, articula-se com a saúde e sua relação com o processo societário estranhado.

Considerando-se que os movimentos de mulheres na França, bem como os que tratam das variadas formas de violência/racismo/discriminação, vêm estruturando ações políticas e processos ampliados de reflexão crítica, entendemos a importância de reconhecer seus avanços e propostas. Isto reforça a postura adotada pela Organização Mundial de Saúde que, desde 1991, recomenda a realização de estudos que subsidiem políticas públicas de enfrentamento da violência de gênero e racista no mundo. Por sua vez, pela amplitude do problema, tem importância crucial para os movimentos sociais e as ações do Estado. Assim sendo, reconhecemos a necessidade de se construir, no Brasil, ações políticas e processos crítico-reflexivos que façam avançar as políticas públicas de combate à violência de gênero e ao racismo.

É, portanto, nesse conjunto de iniciativas que nossa investigação se insere: compreender a natureza das demandas das mulheres negras quanto à violência a que são vulneráveis, bem como caracterizar as ações de saúde oficiais (Políticas Públicas de Saúde) vinculadas a essas demandas, de forma comparativa, no Brasil e na França, na contemporaneidade.

Assim, julgamos relevante adotar como forma de análise de nossa investigação sobre as demandas das mulheres negras quanto à violência a que são vulneráveis, bem como sobre a caracterização das ações de saúde oficiais (Políticas Públicas de Saúde) vinculadas a essas demandas, a forma comparativa. Desse

modo, buscaremos analisar as semelhanças e diferenças das formas particulares de enfrentamento da violência de gênero, classe social, raça/etnia nos serviços públicos de saúde da mulher, no Brasil e na França, na contemporaneidade.

Para tanto, inserimos nosso estudo no intercâmbio Brasil-França propiciado pelas iniciativas da Professora Doutora Maria Bernardete Ferreira de Macêdo junto ao Genre, Travail, Mobilités (GTM) – Unidade de Pesquisa do Centro Nacional de Pesquisa Científica (CNRS), vinculado às Universidades de Paris 10 – Nanterre e Paris 8 – Saint-Denis, a partir da realização de Estágio Pós-Doutoral, em Paris, de 01 de janeiro de 2006 a 15 de janeiro de 2007. Contamos com o importante apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – (CNPq) – ao longo do ano de 2006, a partir da concessão de uma bolsa de estudos na categoria Estágio Pós-Doutoral no Exterior, ao qual somos infinitamente gratas.

A Pesquisadora Doutora Helena Hirata, Diretora de Pesquisa do CNRS, foi nossa tutora no Estágio Pós-doutoral. Convém ressaltar que a referida Pesquisadora possui renomada experiência em estudos de gênero e de trabalho, especialmente em termos comparativos internacionais. Por sua vez, junto à Doutora Isabelle Bertaux-Wiame, é Codiretora do Laboratório GTM. Além disto, faz parte da equipe de pesquisas da Professora Doutora Danièle Kergoat, grande autoridade nos estudos de gênero na França e na Europa/ América Latina. Sendo assim, consideramos a importância da equipe de estudos francesa para o desenvolvimento de uma abordagem comparativa Brasil-França, no sentido de ampliação de conhecimentos através do intercâmbio aprofundado no Estágio Pós-Doutoral.

A metodologia adotada compreendeu a realização de pesquisa documental e análise da literatura existente sobre o objeto de estudo, no sentido de identificar; caracterizar, em termos comparativos, as semelhanças e diferenças presentes nas realidades de ambos os países, na atualidade. A análise documental implicou na coleta sistemática, na classificação, seleção, utilização de informações presentes em documentos existentes em centros de documentação, bibliotecas, bancos de dados, arquivos de caráter oficial e outras fontes de informação primária e secundária disponíveis sobre os mecanismos de enfrentamento da violência de gênero/classe/raça/etnia nos serviços de saúde oficiais no Brasil e na França.

O estudo foi ampliado a partir da realização de visitas científicas às Cidades de Copenhague (Dinamarca), Londres (Reino Unido), à Universidade de Malme (Suécia), e ao Espace Simone de Beauvoir, em Nantes (França). Houve também a participação em eventos com a apresentação de trabalhos no II Congresso Internacional da Associação Francesa de Sociologia – “Saúde, Gênero e Violência: uma abordagem comparativa Brasil/França sobre a mulher negra”. Participação em eventos como: “Os Riscos Profissionais na França: principais resultados da

Enquête Sumer”; “Debate sobre Trabalho e Mundialização”, no CNRS; “Seminário sobre Gênero e Migração na França” e “Jornada UNRISD/CAHIERS DU GENRE: Igualdade de Sexos: em busca de justiça em um mundo de desigualdades”, em Paris.

A coleta de dados e a análise do problema proposto envolveram como método de investigação a pesquisa qualitativa, pois esta possibilita contemplar com mais propriedade o conjunto de elementos que envolvem as políticas de saúde. Esta, de acordo com Minayo (1992), propicia a ênfase na qualidade, o que contribui para a incorporação do significado e da intencionalidade, como os atos, as relações e as estruturas sociais. Assim, a pesquisa foi delineada considerando-se a interdependência nos níveis macro e micro de fenômenos objetivos e subjetivos, conforme nos explicita Minayo (1992) ao se referir à dialética em Marx:

a dialética marxista abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais, que lhe atribuem significados. O estudo das proposições e deliberações das políticas de saúde com orientação da perspectiva crítica, onde há uma valorização das contradições e movimentos entre a situação investigada e a atividade do pesquisador se afirma como uma abordagem eminentemente qualitativa quando se considera a saúde como um fenômeno e um processo social de alta complexidade e significado cultural (...), se não se quer reduzi-la a fenômeno biológico, positivo e material. Ou seja, a saúde como um campo privilegiado de expressão do saber científico e do saber tradicional é um patrimônio coletivo ao qual todos têm direito, os indivíduos enquanto sujeitos e os sujeitos coletivos enquanto portadores de identidade e de significação (Minayo, 1992, p. 11).

Nosso estudo, portanto, utilizou-se da Teoria Social em Marx. O método dialético configura-se, nessa perspectiva, como um caminho que busca o conhecimento da realidade de forma crítica, tendo como objetivo contribuir para sua transformação.

A dialética em Marx toma o real como totalidade em processo, contraditório e complexo. Perceber o real como totalidade significa dizer que as partes, as múltiplas determinações que o compõem estão ontologicamente interligadas. Dentro dessa lógica: “Conhecer, compreender os fenômenos que são assim constituídos não é tarefa fácil porque, para Marx, há uma distinção entre as coisas tal como aparecem e tal como são na realidade, a forma de manifestação das coisas e a sua real constituição, ou uma diferença entre **aparência e essência**” (Andery, 1988).

Desse modo:

O conhecimento tem que desvendar, no fenômeno, aquilo que lhe é constitutivo e que é em princípio obscuro; o método para a produção deste conhecimento assume, assim, um caráter fundamental: deve assumir tal desvendamento, deve permitir que se descubra por trás da aparência o fenômeno tal como é realmente, e mais, o que determina, inclusive, que ele apareça da forma como o faz (Andery, 1988, p. 422-423).

Na ontologia de Marx, a consciência aparece como “reflexo teórico da vida real dos homens” (e das mulheres), não havendo, assim, dicotomia entre teoria e prática, entre sujeito e objeto. Sintetizando, no âmbito deste estudo, os fatos (a empiria) foram o ponto de partida no caminho de apanhar suas relações com outros fatos, a gênese histórica, seu desenvolvimento interno. Da abstração ao retorno ao ponto de partida (os fatos), portanto, compreende-se, de forma cada vez mais complexa e mediatizada, o real. Por isso mesmo, a investigação processa-se por meio de aproximações sucessivas ao real, capturando, simultaneamente, a historicidade, as particularidades e singularidades do mesmo.

Desse modo, podemos compreender melhor a articulação existente entre o universal, o particular e o singular. Qualquer fenômeno, assim, pode ser tomado além de sua aparência em direção à sua essência, revelando que é parte do todo que o contém e o determina.

As categorias¹ usadas por nós têm como base Marx. Posteriormente, estas foram desenvolvidas por Lukács. A totalidade é uma categoria ontológica que corresponde à natureza de toda realidade social. É a categoria metodológica fundamental da realidade, no pensamento de Marx.

A categoria totalidade diferencia-se da visão do todo sistêmico, em termos de sua estrutura, uma vez que não é vista como composta por partes interdependentes e com funções articuladas; ao contrário, a totalidade contém outras totalidades complexas, com especificidades e dinâmicas próprias, articuladas e em permanente movimento. Por isso, cada realidade particular se insere em um complexo mais amplo com o qual tem relações de totalidade, sendo este também inscrito em outros complexos que também têm sentido de totalização permanente. É, pois, no âmbito da apreensão da realidade como totalidade que têm sentido as demais categorias lógico-dialéticas (reflexivas) elaboradas pela razão teórica e construídas a partir da abstração do real.

1 A análise do método em Marx teve como fonte a sistematização presente na tese de Doutorado de Sérgio Lessa (LESSA, 1994).

Na dialética do universal-particular-singular, para Marx e Lukács, a singularidade é a instância mais exclusiva, próxima ao sujeito na sua individualidade e, a particularidade, a instância intermediária, em contínua tensão e conversão. A particularidade é central no método em Marx, indicando o movimento do singular ao universal e vice-versa, passando pelo particular.

Portanto, para se estar próximo do singular é preciso conhecer o mais profundamente possível as relativas particularidades e universalidades nele presentes. Lukács afirmava, também, que a direção principal da reflexão na ciência é como a realidade: do universal para o singular e deste para o primeiro.

As categorias mediação e particularidade têm diversos elementos comuns, mas não são sinônimas. A particularidade constitui a realidade intermediária na direção do singular ao universal e de volta ao singular. As mediações abrangem os processos de conversão de uma expressão da realidade em outra, inseridos nesta dimensão. Por sua vez, as determinações são expressões concretas da realidade em seu movimento e, portanto, presentes nos processos de mediação e de constituição das diversas instâncias do real.

O(a) pesquisador(a), por conseguinte, ao refletir sobre o que observa deve captar os processos que estão além do imediato, da aparência. Ao buscar a essência, por aproximação à totalidade, sucessivamente, pode-se estabelecer os nexos, as articulações do real em busca da origem dos fenômenos.

Convém ressaltar os limites do presente estudo comparativo em termos de possibilidades de generalização para outras realidades, apesar de sua importância em apontar as tendências particulares moldadas por condicionantes estruturais e conjunturais articulados à crise social brasileira e francesa na contemporaneidade.

A pesquisa qualitativa, dentro da nossa referência metodológica, é aquela que busca ir além dos dados mais visíveis da realidade, abrangendo o conjunto de crenças, valores e opiniões dos sujeitos sociais estudados.

A observação e a análise documental também possibilitaram a coleta de dados. Assim, buscamos vivenciar as realidades do Brasil e da França através de visitas científicas a instituições de saúde e universidades, Centros de Pesquisas em Saúde, ONGs voltadas à defesa dos direitos da mulher e Centros de Documentação europeus em Londres, no Reino Unido, Copenhague, na Dinamarca e Malmö, na Suécia, bem como em cidades francesas (Paris, Nantes e Bordeaux), ao longo do ano de 2006, conforme já dito, em busca de ampliar nosso olhar sobre a União Europeia. O critério de escolha desses lugares foi voltado para a questão da existência da Rede Daphne II que engloba os citados países, no âmbito da União Europeia, bem como a relativa proximidade geográfica com a França. Tudo isto, evidentemente, estando ligado à necessidade de utilização racional dos recursos

financeiros da pesquisa. A Rede Daphne II tem como objetivos estudar as questões de gênero e de igualdade na União Europeia.

No contexto da pesquisa, foi levada em conta a seguinte definição operacional de conceitos:

- contradição entre intenção e gesto; ou seja, entre o discurso e a prática efetiva: a negação, na prática, do que está proposto nos documentos oficiais que explicitam o Sistema Único de Saúde (SUS - Brasil) e o Sistema Nacional de Saúde (SNS - França);
- discurso oficial: linguagem oficial legitimada pelos agentes institucionais do Estado, gestores do SUS e do SNS;
- prática concreta: formas de realização das propostas do SUS e do SNS, no âmbito dos serviços de saúde;
- serviços de saúde: os que se referem ao exercício legítimo da Medicina, Odontologia e outras atividades, com o objetivo de preservar (prevenir/curar/promover) a saúde da população, com ênfase na mulher negra.

Numa primeira fase, foi feito o exame da literatura pertinente ao tema da saúde da mulher com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre o material bibliográfico levantado. O segundo momento consistiu na utilização das fontes bibliográficas selecionadas visando a elaboração do quadro de análise que propiciou o planejamento do trabalho de pesquisa comparativa.

Convém ressaltar que o uso de revistas e jornais deveu-se ao fato de que, em se tratando de veículos ligados a agências de notícias e bancos de dados, estes são fontes mais ágeis para captar as informações. Por exemplo, encontramos vários dados, em primeira mão, que somente meses depois seriam oficialmente publicados, como os referentes aos perfis de morbidade-mortalidade feminina mais atuais.

Após a coleta de dados, foram procedidas a análise do material e a interpretação dos dados que levaram à elaboração do relatório final de pesquisa e à redação deste livro.

Nossa vivência na França, em Paris, e as viagens que empreendemos a outras cidades (Bordeaux e Nantes) ajudaram-nos a criar uma rede de relações interpessoais que aprofundou nossa compreensão sobre a saúde, o gênero e a violência. Para além dos dados frios das estatísticas oficiais, encontramos gente de carne e osso, conversamos, participamos de manifestações coletivas nas ruas de Paris (por exemplo, na crise do Contrato de Primeiro Emprego (CPE), no início de 2006).

A observação participante possibilitou o contato com muitos sujeitos dentro das suas próprias condições reais. Pelo menos duas vezes por semana, visitávamos os bairros mais pobres de Paris e observávamos os conflitos de seus moradores com a polícia. Como no Brasil, eram os jovens negros os mais vigiados nas **blitzen** policiais. Em Paris, era comum encontrar no metrô e nas áreas de lazer grupos de milícias – à paisana ou fardados – revistando negras(os), em meio a protestos contra tais práticas discriminatórias. Especialmente em julho – época dos jogos de futebol da Copa do Mundo – era quase rotineiro esse controle agressivo dos(das) estrangeiros(as) e franceses(as) de pele mais escura. Observamos a “triagem racista” ao longo de nossa permanência na França, em 2006. Nos demais países visitados, o mesmo foi constatado.

A proibição oficial de estudar a realidade francesa através da coleta de dados sobre a cor da pele (racismo) – por isso mesmo inexistentes nos bancos de dados oficiais – levou-nos à utilização da observação participante. Também buscamos ter acesso a depoimentos de mulheres negras (e de homens) que conhecemos na vizinhança de nosso bairro; muitas(os) delas(deles) estrangeiros(as) em situação de permanência precária no País.

Acompanhamos, inclusive, as reportagens na mídia francesa sobre os processos de expulsão dos(das) imigrantes “ilegais” (Cachan) - isto é, em situação não legalizada -, protegidos(as) por ONGs e celebridades e também pela Igreja Católica, em 2006. Os motins e revoltas ocorridos em Seine/Saint-Denis, no ano de 2005, e que ficaram na mídia (e nas ruas da França) como exemplos do racismo presente, foram acompanhados por meio de registros diversos, como folders, cartas de protesto, gravações em vídeo etc.

As leituras de autoras(es) de origem árabe e africana, principalmente, tiveram o significado de compensar as distorções e os obstáculos encontrados a partir da “invisibilidade” dos(das) negros(as) nas estatísticas oficiais da França. Desse modo, conseguimos entender melhor como o passado colonial tem um peso importante no quase “silêncio” com que é tratada a questão da cor da pele na França.

Cor da pele que aparece na mídia cotidianamente, através das lutas de negras(os) que adoecem e morrem porque são pobres e discriminados(as). Alimentam os relatos de xenofobia, sexismo, racismo, discriminação que viram debates na televisão e no rádio revelando a busca de saída da “invisibilidade”, do quase “silêncio”.

Seres indesejáveis, rejeitados e compelidos a resistir em guetos sobrevivem à violência. Aparecem, incomodam o *status quo*. Muitas(os) gritam, fazendo ecoar a dor e o sofrimento dos párias desse mundo feito para poucas(os).

Andamos pelas ruas de olhos bem abertos, ouvidos a postos e com muita vontade de entender a realidade para além do silêncio, da negação e da “invisibilidade”. Estes foram nossos aliados ao longo da observação participante. Tivemos o “privilégio”, inclusive, da discriminação por termos como características a condição de latino-americana, estrangeira, de nome Fátima. Nome próprio árabe, associado ao “diferente”. “Outra(o)” que fala com sotaque estrangeiro e amedronta, carregando em si as contradições desse mundo estranhado e competitivo. De riquezas para poucos(as) e empobrecimento para muitos(as).

Na terra da liberdade, igualdade, fraternidade vicejam códigos discriminatórios em que a liberdade é vigiada, a fraternidade desconfiada e a igualdade uma quimera. Especialmente para os(as) que são classificados(as) pela cor da pele e pela situação de pobreza.

Filmes, documentários, músicas, poemas. Notícias de jornais, revistas, folhetos de propaganda, anúncios classificados. Não tivemos preconceito, não estabelecemos hierarquias de valor. Para estudar a violência, a questão de gênero e a saúde da mulher negra, de forma articulada, heurísticamente apelamos para as fontes de dados menos “ortodoxas” aos olhos de muitas(os) colegas das Ciências Sociais.

Para nós, o método vem **a posteriori**. É **Ex-post-facto** porque somente o real é o critério de verdade. Real histórico que deve ser apreendido pela reconstrução sociológica como totalidade que sintetiza múltiplas determinações.

A partir do pensamento de Karl Marx, dialeticamente, sem precisar pedir desculpas nesses tempos de deslegitimação de sua contribuição ao conhecimento, afirmamos o que se segue:

Como é o trabalho desses sujeitos concretos que termina por determinar suas situações de vida, seu saber, sua condição objetiva, buscar-se-á orientar a pesquisa como um estudo que trata com sujeitos determinados, com uma prática específica, e não apenas com sujeitos que se transformam em objetos da pesquisa e depois “desaparecem” do cenário histórico. Pretende-se, com isso, evitar incorrer no risco que se manifesta a cada momento ao pesquisador: na busca de compreensão de estruturas mais amplas e abrangentes, termina-se por levar à dissolução dos sujeitos. Sujeito, aqui, é tomado em um sentido distinto do sujeito biológico e psicológico, que tende a reconstruir-se por abstração de estruturas ou funções compartilhadas pelo gênero humano. Como sujeito social, temos a intenção de definir um sujeito conhecível através do conjunto de relações sociais que, conforme o seu pequeno mundo, o une a integrações de diversas ordens. É concebido como sujeito “concreto”, não por se tratar de um “indivíduo”, mas pelo caráter histórico e específico daquelas relações.

Ao viver sua vida, ao realizar seu trabalho, esse sujeito empreende diversas atividades para poder reproduzir-se no modo histórico particular do mundo em que vive; ao mesmo tempo, tais atividades são constitutivas desse mundo. (Noronha, 1986, p. 23).

E esse sujeito que estudamos é a mulher negra, no Brasil e na França de hoje, com suas demandas quanto à violência a que estão vulneráveis, comparando as ações de saúde oficiais vinculadas a essas demandas.

Nesta direção, elaboramos o presente livro com a seguinte estruturação: Introdução, Capítulo I, Capítulo II, Capítulo III e Capítulo IV, bem como Conclusão Propositiva, Bibliografia e algumas notas sobre nós (A autora).

No Capítulo I, trataremos da questão da saúde da mulher no que se refere à sua articulação com o gênero e a raça/etnia numa sociedade de classes. No Capítulo II, analisaremos a morbidade-mortalidade feminina no Brasil e França, com ênfase no atendimento feito à mulher negra. O Capítulo III contém as articulações existentes entre a saúde, o gênero, o racismo e as violências nas realidades do Brasil e da França de hoje. Finalmente, no Capítulo IV, realizaremos uma abordagem comparativa sobre as violências múltiplas referidas no Capítulo III, no sentido de ampliar o conhecimento sobre as demandas das mulheres negras em torno da saúde, em ambos os países.

CAPÍTULO I



A FOME

(MARILENE FELINTO)

*“Está tudo muito caro, pela hora da morte”, minha mãe continuou, trágica, “e o pai de vocês está desempregado, o dinheiro não deu”. [Eu quero] leite quente com bolacha[...] – a menina pequena urrava, sem pudor. [...] Havia um silêncio difícil, por causa do nó na garganta de minha mãe. Nós, os mais velhos, nos entreolhávamos impotentes, humilhados. A experiência individual da fome é uma experiência de humilhação extrema. Sentada àquela mesa, me lembro de ter olhado o quintal dos fundos entardecendo lá fora, a terra dura, áspera, cheia de poeira. Olhei depois para os meus pés descalços, sujos da terra: era como se eu mesma fosse feita daquela terra do quintal dos fundos. E como se nada me restasse senão terra, a terra desolada de um fim de tarde, nuns fundos de quintal. Tive medo de morrer. A experiência da fome me dizia – ainda sem palavras, mas na matéria-prima da terra – que ser privado de comida era ser privado do próprio direito de viver. Eu tinha uns nove anos de idade. Dava graças a Deus por não ser eu quem gostava de leite quente com bolacha. Dava graças a Deus por não gostar de nada em especial. Por aquelas e outras eu ia aprendendo, desde tenras amarguras, que não se devia nunca gostar de nada em especial. Eu ia endurecendo” [...] (FELINTO, Marilene (1999). “A Fome”. In: Emir Sader (org.) **7 Pecados do Capital**. Rio de Janeiro, São Paulo: Ed. Record, p. 114-115 e 109-119).*

SAÚDE DA MULHER

CONSIDERAÇÕES SOBRE A SAÚDE E O GÊNERO

Aqui trataremos da questão da saúde da mulher no que se refere à sua articulação com o gênero e a raça/etnia numa sociedade de classes. Buscaremos a compreensão de que a esfera da saúde vem se constituindo historicamente como um campo de lutas, de jogos de interesses nos quais os movimentos de mulheres buscam a apropriação do conhecimento e o controle dos seus corpos. Sendo assim, a subalternidade feminina em relação aos homens e seu confinamento no âmbito da casa propiciaram uma luta pela domesticação de seu corpo e pelo controle de sua sexualidade. Desse modo, o corpo infantilizado e dominado, doravante, deveria ser destinado ao prazer masculino e à função maternal.

Simone de Beauvoir (1970) refere-se à opressão de gênero, à “desgraça do ser mulher”, como se segue:

De há muito vem a sociedade se esforçando por mascarar essa desgraça. Suprimiram, por exemplo, a tutela: deram “protetores” à mulher e se eles se atribuíram os direitos dos antigos tutores foi em benefício dela. Proibi-la de trabalhar, mantê-la no lar é defendê-la contra si mesma, assegurar-lhe a felicidade. Vimos sob que véus poéticos dissimulavam-se os encargos monótonos que lhe incumbem: casa, maternidade. Em troca de sua liberdade, presentearam-na com os tesouros falazes de sua “feminilidade”. Balzac descreveu muito bem essa manobra quando aconselhou ao homem que a tratasse como escrava, persuadindo-a de que é rainha. Menos cínicos, muitos homens esforçam-se por se convencer a si mesmos de que ela é realmente uma privilegiada. Há sociólogos americanos que hoje ensinam seriamente a teoria do *low-class-gain*, isto é, dos “benefícios das castas inferiores”. Na França também se proclamou muitas vezes – embora de maneira menos científica – que os operários tinham muita sorte por não serem obrigados a “representar”, e mais ainda os vagabundos, que podem vestir-se com trapos e dormir nas calçadas, prazeres inacessíveis ao Conde de Beaumont e a esses pobres senhores de Wendel. Como os piolhentos despreocupados

que coçam alegremente sua bicharia, como os negros joviais rindo às chicotadas e os alegres árabes do Souss, que enterram os filhos mortos de fome com o sorriso nos lábios, a mulher goza deste incomparável privilégio: a irresponsabilidade. Sem esforço, sem encargo, sem preocupação, tem ela manifestamente “a melhor parte”. O que perturba é que em virtude de uma perversidade obstinada – ligada sem dúvida ao pecado original – através dos séculos e dos países, as pessoas que têm a melhor parte gritam sempre a seus benfeitores: Basta, é demais! Contentar-me-ei com a sua! Mas os capitalistas magníficos, os colonos generosos, os machos soberbos obstinam-se: Fiquem com a melhor parte, fiquem!

O fato é que os homens encontram em sua companheira mais cumplicidade do que em geral o opressor encontra no oprimido; e disso tiram autoridade para declarar com má-fé que ela *quis* o destino que lhe impuseram. Vimos que, em verdade, toda a educação dela conspira para barrar-lhe os caminhos da revolta e da aventura; a sociedade, no seu conjunto, – a começar pelos seus pais respeitados – mente-lhe exaltando o alto valor do amor, da dedicação, do dom de si e dissimulando-lhe que nem o amante, nem o marido, nem os filhos estarão dispostos a suportar-lhe o fardo incômodo. Ela aceita alegremente essas mentiras, porque elas a convidam a seguir o caminho em declive da felicidade: e nisto está o maior crime que cometem contra ela (Beauvoir, 1970, p. 489-490).

Assim sendo, o fato de “maternar” os outros, de cuidar dos outros, tarefa essencialmente feminina que tem sido construída historicamente na relação de subalternidade entre macho e fêmea, transformou as práticas referentes à doença e à cura em espaços do cotidiano da mulher. Assim, os saberes femininos sobre o corpo, principalmente sobre o corpo infantil e o feminino – sobre a doença e os processos de cura vêm sendo repassados de mãe a filha, através dos tempos.

Os mistérios do nascer, adoecer e morrer faziam parte dos assuntos de mulher. Aos homens, somente em torno do século XVI, com o avanço da Medicina e sua consequente valorização social, se abrem as atividades anteriormente monopolizadas quase sempre pelas mulheres. Desde então, as curandeiras e parteiras vão sendo secundarizadas em seu saber, a partir da expansão do trabalho médico masculino nas áreas de Obstetrícia/Ginecologia e Pediatria. Essa expansão do saber masculino nas Ciências da Saúde levou, dentre outras questões, à perda do controle da mulher sobre seu corpo, doravante medido, apalpado, fragmentado e normatizado pelas novas formas autoritárias de relação médico-paciente.

A biologização da saúde, ou seja, a ênfase dada aos aspectos biológicos em detrimento de sua relação com as esferas socioeconômicas, políticas e culturais, esteve em posição hegemônica do saber a respeito do que significam seu adoecer e morrer na sociedade machista. Uma outra forma de compreender a questão da

saúde envolve necessariamente o reconhecimento de seu caráter social e histórico. Por isso mesmo, passível de transformações coletivas no que se refere às práticas de promoção e manutenção, especialmente a partir dos enfoques da saúde enquanto questão social a ser enfrentada sob o prisma da economia e através da educação e da política social, em geral. Por isso mesmo, ao se pensar sobre a saúde – e o seu contrário, a doença – torna-se fundamental relacioná-la às condições concretas de vida e de trabalho da população e aos avanços e recuos dos movimentos sociais. Isto significa, portanto, articular os aspectos da natureza, da razão e do social.

Em latim, **salus**, a saúde, refere-se ao que é inteiro, íntegro, intacto. A palavra, também latina, **salvus**, deriva de saúde/*salus* e significa a superação de ameaças à integridade física. Vem do grego **holos**, que quer dizer totalidade. Daí, em sua origem etimológica, a saúde articular as dimensões da Natureza, da razão e do social para possibilitar a compreensão do ser em sua totalidade.

E as mulheres são as primeiras praticantes sob a visão de totalidade. Aliviam as dores do corpo e da alma, de forma instintiva, mediadora. São “médicas” da sociedade, desde os tempos de antão.

Se entendermos a palavra *medicina* no sentido de indicar o alívio da dor por nossos próprios meios ou auxílio de outrem, deveríamos pensar antes de tudo na sua origem instintiva (...). A simples observação dos animais demonstra que, instintivamente, estes aliviam a febre na água fria, caçam habilmente os parasitas que os atormentam, procuram diminuir a dor das feridas lambendo-as, ingerem plantas eméticas. As crianças praticam geofagia, diante de anemias carenciais (Ibáñez e Marsiglia, 2000, p. 52).

A palavra médico vem do latim **medicus**, oriundo de **mederi**, que significa cuidar, tratar; com influência de **médium**, meio. Curar foi concebido como dom sobrenatural e não ofício a aprender. Curar também permanece na palavra médium, que é o intermediário entre vivos e mortos no Espiritismo. Os antigos feiticeiros que faziam uso de ervas, invocando as forças sobrenaturais, e os barbeiros, que efetuavam sangrias, foram os antecessores dos(das) médicos(as) contemporâneos(as). São Lucas (século I), que era médico, é o padroeiro da Medicina, cuja data de comemoração é o dia 18 de outubro, em homenagem a Lucas.

O resgate histórico sobre os processos de saúde da humanidade traz a importância da magia e da religião, bem como das marcas de gênero, de raça/etnia e de classe social. Sendo assim, a chamada medicina primitiva se desenvolve ainda hoje em muitas tribos com a participação do “homem medicina ou xamã”. Estes elaboram relações especiais com forças que dominam variados aspectos da vida

material e incluindo o uso do fogo, em rituais de busca da saúde e da sorte de cada um(uma). A prática médica era (e continua sendo em diversas situações) um ritual mágico, com o objetivo de afugentar os espíritos do corpo doente.

Em quase todas as tribos, a escolha dos xamãs podia ser baseada em características hereditárias ou predestinação, conforme indicassem sinais de nascimento ou durante a infância. Da medicina primitiva, instintiva, empírica e mágica, desenvolveu-se a medicina sacerdotal, por necessidade lógica. Com o desenvolvimento da religião, para satisfazer uma necessidade tribal coletiva, organizam-se castas em que a prática da medicina mágica conservou-se como um segredo tradicional, possuindo a vantagem muito grande de se atribuir um conhecimento de forças superiores, benéficas ou malignas (...) A civilização babilônica, que recebeu dos sumérios uma série de conhecimentos, desenvolve a prática médica por seus sacerdotes. As disposições dos deuses eram observadas nos fatos da natureza. O médico-sacerdote da época observava as estrelas, o brilho de uma chama, uma gota de azeite caída na água etc., para conhecer o mal do paciente e ser capaz de curá-lo. (...) [por sua vez,] a vida do 'médico' era dura e sua recompensa dependia do êxito do tratamento. Se o paciente morria, o próprio 'médico' podia ser acusado de haver causado o dano. Sendo perito em magia, pensava-se que não somente era capaz de remover um feitiço como também de causá-lo (Ibidem, p. 53-54).

Ao longo da história, a profissão de médico(a) tem grande poder. Propicia a manipulação de venenos, de poderosas forças químicas e biológicas. Os(as) pacientes e seus segredos também lhe dão poder. Daí, a necessidade de se evitar os abusos, estabelecendo-se normas para regular a sua conduta. O *Código* de Hamurábi (Babilônia, 2000 a.C.) normatizou a atividade médica, através de punições baseadas nas responsabilidades civil e penal e regulando a remuneração do médico. A posição social do(da) paciente, por sua vez, delimitava as variadas formas para o tratamento de cidadãos(cidadãs) e escravos(escravas).

Nos primórdios da civilização greco-romana, a enfermidade e seu sofrimento eram concebidos como prova ou castigo dos deuses, das forças sobrenaturais.

A civilização grega, primeiro, e a romana depois (até o início da chamada Era Cristã), marcaram para o mundo ocidental suas principais referências. Em termos gerais, no apogeu do sistema escravista como base econômica, desenvolveu a pólis, cenário no qual surgiram a Política e a Filosofia, bem como a sistematização da ciência, desligando-se os conhecimentos de seu caráter místico-religioso. Para a medicina e a saúde, os pontos essenciais que caracterizam esse período são os seguintes: ruptura dos conceitos mágico-religiosos (naturalização na interpretação das doenças); criação de

um saber específico (teoria humoral), definindo a medicina como *tecné* ou arte; nova prática e posição social do médico; um código de ética profissional; regulamentação, pelo Estado, tanto da profissão quanto de medidas de higiene públicas. Em relação ao quadro de doenças: as epidemias infecciosas, ao lado dos traumatismos de guerra, foram os principais problemas da Antiguidade Clássica.

A medicina grega é a que tenta, pela primeira vez, construir um sistema, baseado na reflexão especulativa, capaz de explicar os fenômenos da natureza e estabelecer suas leis. Assim, está também intimamente ligada à especulação filosófica. É ainda importante ressaltar que, como repercussão dessa visão, suas práticas estavam ligadas ao conjunto de valores dessa sociedade: na cultura grega, o atleta, o artista e o médico trabalhavam estreitamente unidos, disso resultando, entre outras coisas, que a profissão médica se ocupava mais da saúde que da doença (Bernal, *apud* Ibáñez e Marsiglia, 2000, p. 55).

Os gregos cultuavam **Asclepius** ou **Aesculapius** como deus da Medicina e **Hygieia**, a Saúde e **Panacea**, a Cura. A primeira era uma das metamorfoses da deusa da razão grega – **Athena**. **Panacea**, a segunda, simbolizava o princípio de que tudo o que estava doente era passível de cura através de métodos e plantas naturais, bem como de rituais que reuniam humanos e deuses, beleza e saúde, conceitos de natural, racional e social, em plena era da Antiguidade Clássica.

Os estudos médicos de Hipócrates (o Pai da Medicina), na Grécia, (460 a.C.) levam em conta o papel da ética, a partir de seu famoso “juramento”, em voga até hoje. Em seus textos, foram tratadas as atitudes desejáveis para o estabelecimento da ética médica em relação aos honorários (evitando-se a exploração do(da) paciente) e à garantia do direito à vida, incluindo a proibição da prática do aborto.

No Egito Antigo, o estudo anatomofisiológico de corpos (vivos e mortos) já se fazia presente. Na Roma da Antiguidade, o Estado buscava estabelecer normas de higiene e saneamento. Nascia também o cuidado aos feridos de guerra, através da instituição hospitalar. Galeno, por sua vez, cria um sistema classificatório de remédios, primeira tentativa de normatização de medicamentos.

É em Roma que encontraremos a constituição de uma organização sanitária governada por sábios, regulamentos e a sistematização do ensino médico. Assim sendo, o médico deixou sua profissão humilde e incerta, elevou-se ao topo da escala social e teve posta em suas mãos a responsabilidade suprema da saúde pública.

Os legisladores tinham o cuidado com a saúde pública como o mais importante dos deveres. A canalização de pântanos, aquedutos de água potável,

limpeza pública, banhos públicos (termas), controle do comércio de alimentos são temas tratados pela administração e legislação públicas romanas. É possível que isso esteja estreitamente ligado à densidade populacional da cidade de Roma que, no apogeu de seu poderio, tinha cerca de um milhão de pessoas (Ibáñez e Marsiglia, 2000, p. 58).

E as mulheres da Roma Antiga eram vistas sob a perspectiva da ginecofobia que construía a crença da impotência do homem como derivada do desejo sexual insaciável da mulher. Seus corpos eram, portanto, considerados como semelhantes

...a uma terra fria, seca, a uma zona passiva, que se submete, reproduz, mas não cria; que não produz nem acontecimento nem história e do qual, consequentemente, nada há a dizer. O princípio da vida, da ação, é o corpo masculino, o falo, o esperma que gera, o pneuma, o sopro criador. Cavernoso, oculto, matricial, o útero se subtrai. É um abismo sem fundo no qual o homem se esgota, deixa sua força e sua vida... (Perrot, 2003, p. 20-21).

Eva, de acordo com o Gênesis, levava a dor e o sofrimento do mundo até Adão. Ajudara a abrir as portas do Paraíso na direção do Inferno. Pecadora ativa e pecador por indução, doravante, vão carregar as penas do trabalho forçado e da maternidade dolorosa. Assim falam as religiões ocidentais monoteístas. E ginecófobas!

No período medieval, a Medicina via o corpo através da interpretação religiosa do castigo uma vez que, quando acometido por doença, o mesmo – receptáculo da dor e do prazer – estava submetido às forças do mal, causadoras das enfermidades. Na Europa Ocidental, o Cristianismo influenciou na concepção das doenças e na prática da Medicina, sobretudo, nos espaços dos mosteiros. No Oriente, as medicinas bizantina e islâmica se desenvolvem sob a influência greco-romana. A partir do século X, são criadas escolas médicas laicas em Salerno e Montpellier, em meio às grandes epidemias medievais.

Também o doente era considerado digno de compaixão e auxílio, dentro dos princípios da caridade. Os(as) mais pobres doentes eram recolhidos(as) aos mosteiros para receber assistência dos(das) religiosos(as) e voluntários(as) voltados(as) à filantropia cristã. No tratamento, usavam-se clisteres, sangrias, vesicatórios, suadores, purgativos, sanguessugas e ventosas, enquanto que a cirurgia era vista como secundária em razão da ideia de pecado que envolvia o toque corporal. Os médicos medievais a menosprezaram, deixando seu exercício aos barbeiros e curandeiros.

No mundo muçulmano, as academias de ciências ficavam junto às mesquitas e ali viviam os mestres, os alunos e os(as) doentes. Os avanços do conhecimento

sobre a matemática, a física e a química trouxeram grande desenvolvimento aos estudos médicos:

Assim, a medicina hipocrática, em sua versão oriental, foi desenvolvida pelos árabes, além de receber influência dos judeus e semitas. Embora a Igreja romana fizesse grande pressão para não permitir que os cristãos consultassem os médicos árabes e judeus, a superioridade desses profissionais era tão evidente que se tornara impossível respeitar tal ordem (Ibáñez e Marsiglia, 2000, p. 60).

No começo da Idade Média, os(as) doentes pobres eram atendidos(as) por monges(monjas), em sua maioria. A partir do século XIII, as faculdades de medicina passaram a normatizar o ensino, criando grêmios médicos. Os protomédicos, graduados nas mais importantes universidades, atendiam à nobreza, tinham honorários elevados, honrarias e obrigações importantes; os cirurgiões atendiam aos homens e mulheres dedicados(as) ao comércio e ao artesanato; e os curandeiros e barbeiros eram os que se dedicavam aos(às) mais pobres, recebendo menor remuneração e exercendo práticas médicas em condições de enorme precariedade.

Na Idade Média, São Tomás de Aquino preconizava a inferioridade feminina, “naturalizando” a subordinação por considerar a mulher “(...) um ser acidental e falho. Seu destino é viver sob a tutela do homem. (...) Por natureza, a mulher é inferior ao homem em força e dignidade e, por natureza, lhe está sujeita” (Alambert, 1986, p. 3).

Apesar dessa visão negativa e machista, eram as mulheres – com o uso de ervas, rituais de transcendência e da terapia médica empírica, fundamentadas na tradição oral – que mais difundiam o saber e a prática da medicina junto às classes subalternas. Elas também foram alvos da violência porque detinham muitos saberes sobre a história de enfrentamento dos mistérios do morrer e do adoecer. Muitas foram caçadas como feiticeiras, bruxas e tiveram que ser sacrificadas, num mundo em que o poder deveria ser essencialmente masculino.

A etimologia da palavra **Femina** (Mulher), no latim, refere-se àquela considerada “menos crente”. A palavra homem, por sua vez, vem do latim **Húmus** (o que vem da terra fértil). Boff (1999) explica a fábula-mito que se refere à essência humana no masculino e no feminino: sobre o cuidado essencial, presente na fábula-mito de origem greco-latina, como se segue:

Cuidado atravessava um rio e começou a dar forma a um pouco de barro. Júpiter apareceu e soprou espírito no barro, a pedido de Cuidado. Júpiter, então, exigiu que seu próprio nome fosse dado à criatura moldada por Cuidado. Ambos entraram em discussão sobre o nome a ser dado, quando surgiu a Terra, exigindo

também que fosse dado seu nome ao barro, uma vez que este viera de seu próprio corpo. Saturno foi chamado para ser o juiz da disputa. Sua decisão foi a seguinte:

Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada **Homem**, isto é, **húmus**, que significa terra fértil. (Boff, 1999, p.46).

Ser menos crente, na Idade Média, por exemplo, era não seguir a ortodoxia católica; ser herético(a); negar a Deus e afirmar o diabo (apostasia). Era atribuída à figura feminina da bruxa a capacidade de mudar o destino das pessoas. Daí o termo francês **Sorcière** ser sinônimo de **Destino**. Ligada ao sortilégio, a bruxa representava o exorcismo dos medos da sociedade (o grande medo de não saber de onde viemos e para onde vamos). Esse “medo sem nome” que acompanha a história humana já trazia, antes do Cristianismo, sua vinculação com as deusas pagãs dos povos celtas, gregos, germanos e outros. Eram mulheres e se chamavam Artêmis/Diana, Olda e bruxas genéricas, com poderes que também existiam nas figuras do licorne e do gigante e que se propagam, ainda hoje, tanto nos contos orais populares, como nas lendas e fábulas escritas.

Cruzando-se entre dois mundos – o racional e o irracional – o poder mágico das bruxas expressava o desejo de domar os mistérios da vida e da morte. Inclusive as que voavam em vassouras (as **babaiozás** dos povos eslavos) eram as deusas dos funerais.

Na Idade Média, em meio à mortalidade elevada da população europeia, as bruxas comedoras de crianças (na intenção de permanecerem sempre jovens) ajudavam a dar sentido/explicar a alta mortalidade infantil. Era o mito do canibalismo das bruxas.

Em um mundo de guerras, ódios, medos e inseguranças fazia-se necessária a figura feminina curadora. Ao cuidar da farmacopeia, das plantas, dos óleos essenciais, dos perfumes que afastavam as doenças e outros males, os saberes/fazeres femininos eram associados à bruxaria, ao erotismo, às drogas alucinógenas dos sonhos psicodélicos.

Atreladas ao ocultismo, eram perseguidas pelos rumores de suspeição dos(das) vizinhos(as). As que eram consideradas muito inteligentes (em francês “sage-femmes”), as viúvas e as mais solitárias (sem filhos, maridos) eram alvos dos tribunais de exceção. Julgadas e torturadas, antes da morte pública exem-

plar sofriam torturas, como o corte de cabelo e a nudez defronte de todas(os). Suprema vingança social.

Dáí as chamadas “rainhas da noite”: videntes, curadoras, xamãs, mulheres que dominavam os rituais do adoecer/morrer serem as mediadoras do social. Situa-vam-se nas fronteiras do simbólico e do real, ficando associadas à morte e ao que está fora da ordem hegemônica. Ordem esta falocêntrica.

Criavam um círculo de proteção, preenchendo os vazios da dor e do sofrimento com objetos carregados de simbolismo: as velas, os óleos, as pedras, as plantas, os animais. Criadoras de amuletos que se multiplicavam em função das diferentes necessidades de cuidados sociais.

Eram guardiãs dos saberes da natureza e criadoras de rituais para exorcizar sofrimentos, traumas, medos individuais e coletivos. Por isso, contemporaneamente, nós mulheres ainda somos vistas pelas imagens de seres irracionais, emotivos, sensitivos. Quando recorremos ao sobrenatural, à intuição dita “feminina” nas situações de crises existenciais, por isso mesmo, somos temidas e admiradas. Sobretudo, somos alvos preferenciais de violências múltiplas por causa de nossa “bruxaria” ancestral, ainda mais em um mundo sem esperança.

À época do Renascimento (século XV), a observação médica pode ser documentada e difundida pela imprensa escrita. O corpo humano medido, dissecado e explorado era analisado a partir da observação e da experimentação. Assim, foram sendo incorporados novos saberes em anatomia, com a contribuição de Paracelso. A cirurgia foi valorizada pela atuação científica de Ambroise Paré e pela descrição da circulação do sangue, realizada por William Harvey.

Na Medicina, o uso do microscópio permitiu o descobrimento do universo do diminuto, contribuindo para o posterior desenvolvimento da patologia clínica, estudo dos tecidos e da bacteriologia do século XIX. No século XVIII, Bichat e Morgani aprofundam estudos de anatomia aplicada à fisiologia e à patologia. Pinel, por sua vez, elaborou novos métodos de tratamento de doentes mentais, propondo que fossem liberados(as) dos manicômios, verdadeiros “depósitos” de seres humanos.

As necessidades da economia capitalista em expansão (na fase mercantilista) impulsionaram a abertura de novos mercados e caminhos marítimos, nos séculos XV e XVI. Essa expansão também significaria a conquista de terras do Novo Mundo e a disseminação da sífilis, peste, lepra e de outras enfermidades que iriam matar milhões de pessoas. A colonização trouxe às terras recém-conquistadas a fusão de práticas de saúde do povo europeu, do negro africano com as dos(das) nativos(as). Assim sendo, passaram a ser mesclados procedimentos de cunho mágico-religioso com o uso de plantas medicinais locais e importadas do Velho Mundo.

Deus e o diabo na terra do sol se apresentavam através dos sortilégios e das orações que curavam as dores do corpo-alma e eram transmitidos pela tradição oral. O espaço de poder feminino se concretizava em mezinhas, rezas, farmacopeia e em práticas de saúde que mesclavam o bem (Deus) e o mal (o diabo). A sexualidade aí incluída.

De acordo com Mary Del Priore (2005):

Sendo a mulher um agente de Satã, toda a sexualidade feminina podia prestar-se à feitiçaria. Seu corpo, ungido pelo mal, tornava-se o território de intenções malignas. Cada pequena parte seria representativa desse conjunto diabólico, noturno e obscuro. Além dos sucos femininos, também os pelos compõem essa ambígua farmacopeia que trata e cura as astúcias do Demônio (Del Priore, 2005, p.53).

Pelo exposto, estamos tentando compreender a inserção das questões concernentes à saúde da mulher no conjunto de práticas sociais, enfatizando os aspectos históricos da saúde. Assim, articularemos o natural, o racional e o social que se constituem em espaços significativos das lutas dos movimentos de mulheres (e feministas) ao longo da história. Para tanto, analisaremos o significado social do corpo feminino.

Este corpo histórico socialmente compreendido torna-se visível com a ruptura da cultura do silêncio. Michelle Perrot afirma: “trata-se de um silêncio de longa duração, inscrito na construção do pensamento simbólico da diferença entre os sexos, mas reforçado ao longo do tempo pelo discurso médico ou político” (Perrot, 2003, p. 20).

O corpo feminino, esse desconhecido delas mesmas, não devia ser alvo de olhares próprios e de outrem. Proibido, interdito, sequer olhado em seus espelhos caseiros, os corpos de mulheres traziam a marca da negatividade.

Negado, pouco conhecido, silenciado, e, sobretudo, coberto e contido. Simone de Beauvoir (1967) identifica esses corpos como portadores de adjetivos que constroem o segundo sexo: doçura, discrição, passividade. “Virtudes” que alimentam a cadeia de submissão ao homem e que legitimam os “assuntos de mulher”

Quando se fala em saúde da mulher, vem à tona a ideia de corpo feminino. Corpo este que quase sempre é pensado em termos do binômio mãe-filho; ou seja: um par de mamas para amamentar, ovários para gerar filhos e útero para abrigar a cria.

Essa visão tradicionalmente carregada de machismo reduz a mulher à sua dimensão de parideira. Quando muito, alguns se referem ao corpo feminino em sua expressão de sedução para o macho; daí as mamas, o corpo moldado pelos

ditames da “indústria da beleza” e do culto à eterna juventude serem priorizados nas análises e disseminados nos meios de comunicação.

Assim sendo, a compreensão da questão saúde, gênero e trabalho, classe social, raça/etnia envolve o estudo das transformações que vêm ocorrendo ao longo da história da humanidade. Transformações tais que incluem as formas discriminatórias que vêm tendo como alvo a mulher, o “outro”. Esse ser que, segundo Platão e Aristóteles, na Antiguidade, diferenciava-se do homem por possuir menos qualidade, mais vulnerabilidade e menor confiabilidade. A alteridade é negação, reconhecimento este que propicia a visão hostil sobre a mulher:

Eis porque todas as religiões e os códigos tratam a mulher com tanta hostilidade. Na época em que o gênero humano se eleva até a redação escrita de suas mitologias e de suas leis, o patriarcado se acha definitivamente estabelecido (...). Das virtudes ambivalentes de que ela se revestia retém-se principalmente o aspecto nefasto: de sagrada ela se torna impura. (...) O outro é a passividade em face da atividade, a diversidade que quebra a unidade, a matéria oposta à forma, a desordem que resiste à ordem. A mulher é, assim, votada ao mal. (...) Há um princípio bom que criou a ordem, a luz, o homem; e um princípio mau que criou o caos, as trevas e a mulher, diz Pitágoras. As leis de Manu definem-na como um ser servil que convém manter escravizado. O Levítico assimila-a aos animais de carga que o patriarca possui. As leis de Solon não lhe conferem nenhum direito. O código romano coloca-a sob tutela e proclama-lhe a ‘imbecilidade’. O direito canônico considera-a a ‘porta do Diabo’. O Corão trata-a com o mais absoluto desprezo (Beauvoir, 1970, p. 101).

Essa visão hostil se mantém ao longo da progressiva mercantilização das relações sociais no capitalismo. A Medicina e as questões de gênero também se entrecruzam, uma vez que:

(...) a Medicina é opressiva para as mulheres. Antes de tudo porque entre o médico e a mulher, como de resto, entre o médico e o paciente em geral, existe uma relação mercantil: o paciente é para um médico um objetivo de exploração, e frequentemente de extorsão e, principalmente para a mulher; basta pensar no ignóbil mercado de abortos clandestinos. Depois, temos a relação clássica, que não depende só do fato de que o médico seja de uma origem mais ou menos burguesa, mas também do ‘saber’ que o médico detém e que faz dele um agente autoritário: e isto, no geral, pesa mais no confronto com a mulher, via de regra, mais limitada que o homem ao acesso à escola, aos estudos superiores, às profissões qualificadas (...) (Berlinguer, 1980, p. 27).

SAÚDE, GÊNERO E TRABALHO

Para compreendermos as novas configurações societárias da crise capitalista contemporânea, devemos analisar o processo de lutas entre o capital e o trabalho, com ênfase nos últimos 30 anos. Ou seja, enfocando a divisão sociotécnica do trabalho no contexto da reestruturação produtiva, na atualidade, a partir da construção da visão histórica de “sujeitos sexuados” (Kergoat, 1987).

Desse modo, as determinações sociais que fundamentam a divisão sexual do trabalho articulam-se ao mundo de produção/reprodução sem dicotomias. A categoria ontológica do trabalho, enquanto fundante do ser social, estará presente em nossa análise sobre a construção social da violência de classe, de gênero, de raça/etnia. Para nós, por isso mesmo, as desigualdades econômicas e sociais, na fase atual do capitalismo financeiro/monopolista mundializado, são mediatizadas por uma complexa rede de relações de poder e de exploração. Rede que nos ajuda a encontrar a violência que se constitui como mecanismo de reprodução da sociabilidade do capital.

Nesse percurso, afirmamos o trabalho como categoria ontológica, fundante do ser social, a partir da análise que se segue.

TRABALHO E REPRODUÇÃO SOCIAL

Para que a existência humana seja viável, se expresse historicamente, o pressuposto fundamental é a garantia das condições básicas que possibilitem o viver: comer, beber, habitar, proteger-se do frio, do calor etc. Para tanto, há que se compreender que a produção da vida material – dos meios que atendam às necessidades vitais de existência – é o primeiro ato histórico, fundante do ser social.

(...) a cada momento da história, a forma historicamente particularizada do trabalho que nele se faz presente não poderia existir sem as outras práxis que organizam os homens para tornar viável a reprodução daquela formação social específica. E vice-versa, sem aquela forma historicamente determinada de trabalho não haveria a base material para o desdobramento das outras práxis que não o trabalho. Sem trabalho não há reprodução e sem reprodução não há trabalho: são verdadeiras determinações reflexivas, isto é, são categorias que apenas existem nesta relação (Lessa, 2000, p. 25).

A função social do trabalho, de acordo com Marx, é aquela que o torna fundante do ser social e, por conseguinte, faz com que as demais práxis sociais sejam categorias fundadas nesta categoria – o trabalho. Isto não é apenas um jogo de palavras, uma redundância. Marx, ao estudar o trabalho, deixou bem clara sua função social distinta de outras, qual seja: realizar a mediação entre o homem e a natureza no sentido da produção da base material da vida, sem a qual não poderia existir a reprodução social. Desse modo, o trabalho concerne às posições teleológicas primárias, uma vez que estas configuram os atos que transformam a natureza para o atendimento das necessidades de reprodução dos seres humanos.

Na sociabilidade do capital, bem como nas demais sociedades de classe, podemos reconhecer outras práxis sociais, as posições teleológicas de segunda ordem.

O desenvolvimento e a complexificação das relações sociais, por isso mesmo, articulam-se tanto com as necessidades de reprodução da vida material, como com outras necessidades delas advindas e que se situam na mediação da relação entre os homens e as mulheres, com o objetivo de atendimento das necessidades da totalidade social.

Em síntese, o ser social é um complexo de complexos, por último unitário, que tem por base as posições teleológicas dos homens. Significa que o ser social é produção e reprodução das relações sociais. O trabalho é o fato mais fundamental da essência do ser social, constituindo-se em modelo da práxis humana em geral. Entretanto, o trabalho refere-se à atividade humana sobre a natureza, mais precisamente ligada ao campo da produção e seus desdobramentos no interior da atividade econômica. Do desenvolvimento do ser social resultam atividades originadas no campo econômico que não têm e não podem ter o mesmo caráter do trabalho, são complexos sociais relativamente autônomos atuantes como posições teleológicas secundárias, que cumprem importante papel na reprodução do ser social (Costa, 1999, p.112).

As profissões que fazem parte do campo multifacetado de saberes e fazeres vinculados à questão social – dentre elas as que formulam, executam e avaliam as políticas sociais públicas e privadas, como as de sociólogos e de assistentes sociais, formam um complexo social da esfera da reprodução social. Isto quer dizer que sua práxis é mediadora das relações sociais, atuando na organização das relações advindas do trabalho. Trabalho este que, como afirmamos, tem como função social a reprodução da base material da sociedade, que o diferencia das demais práxis da sociedade.

Sociólogos(as) e assistentes sociais têm como matéria-prima os conflitos existentes entre o capital e o trabalho. Na contemporaneidade, nos interrogamos

sobre a gênese da sociabilidade e o devir histórico do gênero humano nos limites do capital ou para além do mesmo. Incluímo-nos entre os(as) últimos(as), na medida em que buscamos refletir sobre a chamada questão social enquanto expressão da luta do trabalho contra a exploração do capital, contra esta sociabilidade estranhada, conflituada, alienada.

Concordamos com Gilmaísa Macedo Costa (2005) quando afirma que:

Não existe a alienação, mas diferentes alienações: são complexos sociais diversos e atuantes na vida dos indivíduos. A reação a tais complexos por parte deles podem ser tentativas conscientes de superação que tendem a ir além da particularidade então existente. A relativa autonomia de cada complexo alienante permite que o indivíduo combata ou o incorpore separadamente, de modo que a reação a cada um deles pode se mostrar muito variável. Por isso, há personalidades que superam tipos de alienação e não outros. Apresentam, muitas vezes, atitudes colidentes nas relações de trabalho e na vida familiar e assim por diante. A razão disso está, em sentido amplo, na diversidade apresentada pelas dinâmicas do desenvolvimento das forças produtivas e da personalidade. Essa relação é tão intrincada e dialética que não pode dar margem a simplificações quanto a sua derivação e conseqüências no processo produtivo (Costa, 2005, p. 203-204).

Ao analisar a questão da base ontológica da personalidade, afirma que o complexo da personalidade humana articula-se com a reprodução social. Assim, na medida em que o desenvolvimento social objetivo emerge do processo de ampliação (em termos de quantidade e qualidade) das ações/decisões variadas, estas se fundamentam em valores histórico-sociais.

Os valores histórico-sociais contemporâneos afirmam hegemonicamente a exploração do trabalho pelo capital. Assim, busca-se legitimar a submissão do(da) trabalhador(a), o que implica, no dizer de Oliveira (2006), no fato do capitalismo primeiro aprisionar e então, explorar e matar. Nesse processo, referindo-se ao Brasil de hoje, explicita a articulação existente entre o fracasso das políticas neoliberais e a capitulação daqueles(as) que antes denunciavam a exploração capitalista. E acrescenta que o que se passa é

[...] como se dá a destruição das organizações que os trabalhadores criaram para fazer frente ao seu temível adversário, o capital; como essas organizações são cooptadas anulando a promessa da transformação. E as potencialidades para a transformação da prisão em liberdade, dadas também pelos homens e mulheres que trabalham. Esse Prometeu acorrentado que, ao romper os grilhões da necessidade, eliminar-se-á a si mesmo ao libertar a humanidade (Oliveira, 2006: orelha do livro Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil).

Daí entendermos que a reflexão sobre a chamada “questão social” possa se aproximar das diferentes formas de expressão da luta de classes no capitalismo monopolista. Isto quer dizer que a fome, a pobreza, o desemprego, a precarização da classe trabalhadora; enfim, as diversas expressões da barbárie contemporânea, o estranhamento – a produção da desumanidade – têm origem na contradição existente entre o capital e o trabalho. Isto é, entre a produção social de riqueza, sob a forma coletiva, e a apropriação privada da mesma. Ambas – a produção cada vez mais coletiva / apropriação privada em mãos de poucos(as) – significando o avanço da lógica do capital sobre a sociabilidade do trabalho.

SAÚDE, GÊNERO E TRABALHO: ANÁLISE DE SUAS ARTICULAÇÕES NO BRASIL E NA FRANÇA

O acesso à riqueza socialmente produzida torna-se cada vez mais limitado na sociabilidade contemporânea do capital. Muitos(as) produzem para que poucos(as) se apropriem: eis a lógica perversa.

Como pensar em saúde e trabalho sem a articulação com as variadas formas de violência do mundo neste início de século XXI? Como deixar de levar em consideração que a exploração, a expropriação e a alienação (estranhamento) constituem a base da desumanização de mulheres e homens em todo o Planeta?

A desumanização coletiva atinge desigualmente homens e mulheres, hoje. Podemos reconhecê-la examinando as condições sociais de existência para além da simples aparência. Isto quer dizer, buscando suas origens no conflito entre o capital e o trabalho.

Quando examinamos a questão das condições sociais de existência, nos deparamos com o conceito de desenvolvimento humano. Através deste, a ONU classifica os países em termos de aumento das escolhas dos indivíduos graças à expansão de capacidades fundamentais que lhes permitem viver por mais tempo, e em estado considerado como de “boa saúde”. Além do que devem se nutrir e se vestir “convenientemente”, acessando o saber e os recursos e oportunidades que garantam um nível de vida “conveniente”. O “conveniente” também se estende à autoestima, ao acesso ao direito de ser tratado(a) com dignidade, ser inserido(a) no “tecido social”. Isto significa receber ajuda para não ser excluído(a) da sociedade em razão de discriminação e de outras razões.

Tais proposições englobam a liberdade de expressão nas esferas econômica, social e política. Ou seja, significam ter o poder e os meios de agir (Institut de

Recherche des Nations Unies pour le Développement Social - UNRISD. «Égalité des Sexes: en quête de justice dans un monde d'inégalités». Setembro, 2005).

No citado Documento do UNRISD, se reconhece a complexidade do conceito de “bem-estar”, para além de seus aspectos materiais, difíceis de mensuração através de indicadores. Por sua vez, também é identificada a dificuldade representada pela escassez, bem como pela baixa confiabilidade dos dados disponíveis em diferentes países.

O documento citado ainda deixa clara a necessidade de se realizar, comparativamente, estudos das condições de existência de mulheres e de homens, com o objetivo de se compreender a desigualdade social.

Com a crescente presença da mulher no mercado de trabalho e a expansão de movimentos sociais femininos, especialmente após a 2ª Guerra Mundial, as políticas estatais de saúde no Brasil e na França, inclusive, buscaram incorporar novos olhares: do binômio mulher-criança – agora associado às necessidades de participação efetiva no processo de acumulação capitalista – à visão de totalidade em termos de saúde da mulher.

Aquela que é trabalhadora é solicitada para o exercício de múltiplas atividades: públicas e privadas. Essa mulher, portadora de mil e uma utilidades, deve estar preparada para o processo de feminização da pobreza. Anderson (1994) aponta os elementos básicos do conceito de feminização da pobreza: o predomínio das mulheres entre os(as) pobres e o impacto das causas da pobreza carregado de significado de gênero. A autora também agrega um terceiro elemento: o aumento tendencial da pobreza feminina no mundo contemporâneo, citando como exemplo o fato de que quase 2/3 dos adultos pobres nos Estados Unidos são mulheres, enquanto que, nos países pobres, as estatísticas indicam que a mulher é mais pobre dentre os(as) pobres.

As regras que ordenam a distribuição dos elementos que atendem às necessidades de sobrevivência e de qualidade de vida podem dar visibilidade à feminização da pobreza quando se investiga a unidade domiciliar, variando cultural e socialmente. Por exemplo: as mulheres em situações de escassez recebem menor quantidade/qualidade de alimentos que os homens. Também têm os cuidados de saúde, educação e lazer mais restritos, comparando-se com os homens da família em situação de precariedade e insegurança. Tudo isto é agravado em situações de ruptura da união do casal, como viuvez, separações e migração dos homens. Popularmente se afirma: “sobra sempre para o lado mais fraco – as mulheres – a obrigação de ser **pães** (pai e mãe ao mesmo tempo). Assim sendo, o papel social das mulheres como cuidadoras (maternagem) envolve um enorme compromisso prático e emocional.

Isto faz com que consumam tempo e energia físico-psíquica, num contexto geral de precariedade/escassez de serviços sociais, embora de maneira diferenciada, também presente no Brasil e na França hoje.

Segundo dados do Censo Demográfico do IBGE (2000), no Brasil, 32,8 milhões de mulheres trabalham. Elas representam 41,4% da população economicamente ativa e estão presentes em todos os setores produtivos. Nos anos 80, o percentual era de 31,3%. A prestação de serviços reúne 29,4% das trabalhadoras, o que significa que, à mulher, cabem as ocupações ligadas ao cuidado dos outros, como a educação, a saúde e os serviços de limpeza. A agricultura vem em segundo lugar, empregando 20,4%, seguida das atividades sociais, 17,4%, e do comércio, 13,5%. Apenas 9% atuam na indústria.

As mulheres sustentam um quarto das famílias brasileiras, segundo o IBGE. Esse número vem crescendo ano a ano. Em 1990, as chefes de família eram 20,3%. Em 1995, atingiram 22,5%; em 1999, chegaram a 26%. A maior parte delas não vive com o companheiro. Em 2004, já ultrapassam os 30%, de acordo com o DIEESE.

No Brasil, só a partir da década de 40, os censos passaram a investigar a participação das mulheres no mercado de trabalho. Em 1950, elas já representavam 14% da força de trabalho; em 1995, segundo a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), do IBGE, a taxa de atividade das mulheres era 40,61%. Enquanto as taxas de atividade masculina se mantiveram em patamares semelhantes, as das mulheres se ampliaram, significativamente, de 1983 a 1995. Para se ter uma idéia dessa evolução, de 1990 a 1992, a População Economicamente Ativa (PEA) feminina cresceu 6,58%, enquanto a masculina não passou de 0,65%. (Lisboa, 2001, p. 26-27).

Subalternas na esfera do poder político e na esfera familiar, as mulheres são a maioria que tem inferioridade jurídica, ficando longe do direito de herdar, de possuir terra, de votar, em muitos países. Também sofrem discriminações de religião e de cultura que são obstáculos poderosos à igualdade de gênero.

No último decênio, a globalização teve conseqüências complexas e contraditórias afetando desigualmente o emprego feminino e o masculino. Este último sofreu regressão ou, no melhor dos casos, estagnação. Quanto ao emprego feminino, assiste-se mundialmente a um aumento do emprego e do trabalho remunerado das mulheres. Na França, por exemplo, entre 2002 e 2003, os 176.000 novos empregos criados foram todos ocupados por mulheres; observa-se simultaneamente a supressão de 90.000 postos masculinos (INSEE, 2003). No Brasil, registram-se as mesmas tendências: dados para a Região Metropolitana de São Paulo mostram que, durante

o mesmo período, o emprego feminino cresceu 1,3%, enquanto que o emprego masculino decresceu 0,5% (Seade, 2004, p. 4).

Entretanto, trata-se de um crescimento maior do emprego que coexiste com maiores índices de desemprego e de subemprego. Os processos de desregulamentação e de liberalização redundaram em forte crescimento da precariedade do emprego. Nos dois países, o desemprego feminino é maior do que o desemprego masculino; a precariedade da força de trabalho feminina também é maior do que a masculina. Pode-se dizer que os mecanismos da globalização neoliberal e, em particular, os planos de ajuste estrutural tiveram um forte impacto sobre o trabalho das mulheres. (Hirata, 2004, p. 15).

No Brasil e na França, o quadro de reformas neoliberais recentes faz com que as mulheres sejam atingidas duramente, o que vem a agravar as particularidades do emprego, como a descontinuidade (pela maternidade e pelo cuidar dos filhos) e por tempos de trabalho parciais e remunerados com salários menores. Segundo dados do INSEE (2003), a partir de uma amostra de aposentados de 2001, o montante médio da pensão global dos aposentados franceses é de 822 euros para as mulheres e de 1.455 euros para os homens.

A expansão das modalidades de trabalho flexível em ambos os países contou com o Estado, na medida em que: “o papel do Estado foi essencial para esse aumento do emprego em tempo parcial, através da concessão de subsídios diversos para ajudar as empresas a realizar ao menos três objetivos: atingir a flexibilidade, diminuir os custos, reduzir o desemprego”. (Hirata, 2004, p. 16).

O empobrecimento feminino é de cerca de 1/3 das trabalhadoras na França, de acordo com Hirata (2004). A autora informa que:

Tal situação é agravada quando a mulher é chefe de domicílio, situação que tem aumentado nos últimos anos em todo o mundo, particularmente nas áreas metropolitanas brasileiras (DIEESE, 2004). Já em 1996, o PNUD, no seu Relatório Mundial sobre o Desenvolvimento Humano, havia sublinhado o aumento das famílias monoparentais nos países desenvolvidos: elas constituíam, já naquele ano, de 10% a 25% das famílias. Na Europa, em 2000, as mulheres chefes de domicílio (também chamadas chefes de «famílias monoparentais») também fazem parte dos «working poors». Tais famílias constituem cerca de 14% dos domicílios, ou seja, 7 milhões de famílias (Lefaucheur, 2000).

No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD/IBGE (DIEESE, 2004), a porcentagem de domicílios chefiados por mulheres aumentou em 32,2% (com notáveis desigualdades regionais: 46,4% no Norte Urbano, 43,4% no Sul) nos últimos 10 anos (1992-2002), passando de 19,3% dos domicílios a 25,5%. Essa porcentagem de 25,5%

passa a 31,2% se levarmos em conta exclusivamente as áreas metropolitanas). Os domicílios chefiados por mulheres têm, segundo as mesmas fontes - e como seria de se prever - uma renda inferior à das famílias com chefia masculina. (Hirata, 2004, p. 17).

Os empregos do setor terciário – os chamados “serviços pessoais” – crescem nos dois países. Assim, o **care** (cuidado) prestado às crianças, pessoas idosas, doentes etc., pode ampliar a precariedade e a instabilidade da mão de obra feminina, especialmente daquela já atingida por baixos salários e condições precárias de vida e de trabalho.

Na França, a modalidade do **care** traz riscos à exploração desenfreada de mulheres negras (imigrantes legais e/ou ilegais) e pobres. Segundo Hirata (2004, p. 18) “pelo uso do trabalho de mulheres pobres por famílias de nível socioeconômico mais elevado, permite a bipolarização do emprego feminino, e o desenvolvimento do modelo da delegação de uma série de cuidados domésticos de mulheres com mais recursos para mulheres com menos recursos”.

Assim, o que a autora denomina de “cadeias globais de afeto e de assistência” quase sempre são desassociadas dos chamados “atributos” da competência masculina. Atributos sexuados de criatividade, de responsabilidade, iniciativa, capacidades técnicas, autonomia no trabalho.

No dizer de Hirata:

[...] as competências tais como o «care», a «relação de serviço», não são consideradas competências, mas atributos naturais das mulheres, e nessa medida não são reconhecidas e remuneradas. A luta pelo reconhecimento das qualidades ditas femininas (o «cuidado» a outrem, a competência relacional sobretudo) como competência profissional é sem dúvida um dos momentos essenciais da correlação de forças que se estabelece hoje entre os sexos e entre as classes sociais. (Hirata, 2004, p. 19).

Concordamos com Nogueira (2004) que diz que:

[...] o processo de feminização do trabalho tem um claro sentido contraditório, marcado pela *positividade* do ingresso da mulher no mundo do trabalho e pela *negatividade* da precarização, intensificação e ampliação das formas e modalidades de exploração no trabalho [...] que é nessa dialética que a feminização do trabalho, ao mesmo tempo, emancipa, ainda que de modo parcial, e precariza de modo acentuado; oscilando portanto entre a emancipação e a precarização, mas buscando ainda caminhar da precarização para a emancipação. (Nogueira, 2004, p. 161).

É interessante observar que a palavra precarização vem do latim **pre-carius**, significando escassez, insuficiência, e rogação/súplica. Ou seja, suplicar para ter acesso à exploração do trabalho na sociabilidade do capital.

Daí a necessidade de se pensar com Marx, hoje e sempre, para entendermos os dilemas sociais e as grandes questões referentes ao ser mulher em meio à barbárie planetária do capital. Essa barbárie nos faz articular o gênero, a classe social, a raça/etnia com a saúde, nas esferas pública e privada, enquanto parte da luta social da classe trabalhadora.

Os movimentos sociais em defesa das demandas das mulheres levaram à criação de legislação e práticas de combate às desigualdades sexuais e às discriminações da mulher trabalhadora.

De acordo com Saboia (2006):

Na França, vimos que se trataram da Lei Roudy (1983), dos contratos para empregos mixtos (1987), da Lei Génisson (2001) e do Programa Equal (2002-2008). No Brasil, trataram-se do Programa Brasil, Gênero e Raça (1995), do Grupo de Trabalho para Eliminação da Discriminação no Emprego e Ocupação (1996) e da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (2003).

Ambos os países criaram, em 2004, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres e a *Charte de l'égalité* contendo os engajamentos dos governos brasileiro e francês no que concerne à promoção da mulher em todas as esferas da vida econômica e social. No mesmo ano, criaram o Selo Proequidade de gênero (na França foi chamado de *Label Égalité*). Este “Selo” visava *valorizar as empresas* engajadas na adoção de práticas de gestão que promovessem a “igualdade” de gênero no seu ambiente organizacional. (Saboia, 2006, p. 120).

A citada autora, com base nos dados comparativos Brasil/França de seu estudo, explica que tais intenções foram apenas parcialmente objetivadas, em ambos os países. Isto porque a “igualdade de gênero” demanda recursos financeiros e legitimidade. Nas duas realidades pesquisadas, no entanto, o mundo do trabalho é sexista, discriminando as mulheres, aí incluídos os sindicatos.

A partir desses entraves, mantêm-se, no Brasil e na França, práticas discriminatórias que segregam e hierarquizam o emprego das mulheres. Daí concordarmos com Saboia ao dizer que “esta construção possui raízes profundas, as quais, instrumentalizadas pelo capital, se expressam no mercado de trabalho e nas políticas públicas de emprego; inclusive, naquelas de promoção da igualdade de gênero, adotadas nos dois países”. (Saboia, 2006, p. 125)

Assim como Kergoat (1996), compreendemos que

Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho são duas proposições indissociáveis que formam um sistema. A reflexão em termos de relações sociais de sexo é, ao mesmo tempo, anterior e posterior à reflexão em termos de divisão sexual do trabalho. Ela é preexistente como noção, mas posterior como problemática. É preexistente, pois foi uma aquisição do feminismo, por meio da emergência de categorias de sexo como categorias sociais, de mostrar que os papéis sociais de homens e mulheres não são produto de um destino biológico, mas que eles são, antes de tudo, construções sociais que têm uma base material. (Kergoat, 1996, p.19).

Por essas razões, adotamos a posição crítica em relação a algumas visões dentro das Ciências Sociais que não levam em conta que as relações sociais de sexo são antagonicas, atravessando a totalidade social e significando ir além da compreensão de que existe uma diferenciação sexual. Isto porque esta diferença entre os sexos hierarquiza homens e mulheres. Assim, quando nos referimos à divisão sexual do trabalho queremos dizer, à maneira de Kergoat (1996, p. 20), que “[...] está no centro (e no coração) do poder que os homens exercem sobre as mulheres?”

Quando analisamos as relações sociais sexuadas, por isso mesmo, compreendemos mais profundamente a questão do poder: de classe, de gênero, de raça/etnia. E chegamos a entender a violência enquanto exercício de poder, de dominação, em uma sociabilidade marcada pelo estranhamento/alienação.

O Dicionário Crítico do Feminismo (2004, p. 195) – Dictionnaire Critique du Féminisme, em francês –, define a saúde no trabalho a partir de dois tipos de realidade. Estas levam em conta tanto a saúde de homens/mulheres no trabalho, bem como o conjunto de disposições legislativas, regulamentares e institucionais voltado à prevenção/reparação dos riscos à saúde ligados ao trabalho.

Refere-se, também, à importância do questionamento da saúde no trabalho sob o prisma das relações sociais de sexo. Estas permitem estudar o papel exercido pela divisão do trabalho social entre homens e mulheres no que concerne à construção diferenciada de sua saúde, a partir da articulação da vida produtiva com a reprodutiva.

Tal perspectiva, por sua vez, permite, igualmente, o desenvolvimento da análise crítica sobre a elaboração das leis e regulamentos, bem como das práticas institucionais e sindicais no campo da saúde do trabalho. (tradução nossa)

Alain Cottureau (1983) analisa dois modelos do adoecer no trabalho. Um masculino, sobretudo articulado ao perigo/insalubridade das condições de objetivação do trabalho e que tem visibilidade social, como no caso dos acidentes de

trabalho. No que se refere ao feminino, a invisibilidade social não permite que sejam relacionados os efeitos sobre a saúde das mulheres da exploração a que são submetidas, em razão da imposição de tarefas repetitivas, sob pressão de tempo, conjugadas com as tarefas de maternagem, do cuidar dos outros, no lar.

Outro autor – Laurent Vogel (1994) – também analisa a saúde da mulher sob o prisma da invisibilidade do trabalho, criticando aqueles(as) que, hegemonicamente, deixam de lado a questão do trabalho produtivo/reprodutivo. Esta questão é enfrentada pela mulher ao longo de sua vida, permeada de particularidades concernentes tanto à reprodução (gravidez, maternagem) quanto à produção, marcada por trajetórias que se diferenciam das masculinas.

Helena Hirata, por sua vez, realizou pesquisas sobre o tema no Japão, no Brasil e na França, colaborando com seus estudos para o aprofundamento da questão.

As leituras desses(as) autores(as) demonstram que os homens têm a possibilidade de se dedicar, espacial e temporalmente, a empregos precários, no quadro de ampliação da terceirização, o que é socialmente legitimado. Quanto às mulheres na divisão sexual do trabalho reprodutivo, são responsáveis pela continuidade da gestão dos afazeres de cunho afetivo, educativo e de organização/administração da vida familiar.

A exploração advinda das novas formas de uso do tempo de trabalho (tempo parcial não estável, turnos que mudam frequentemente) está também aliada ao crescimento de doenças físico-mentais.

Guiho-Bailly, 1996; Davezies, 1997; Dejours, 1988; Collectif, 1997 vêm desenvolvendo um vasto campo de investigação denominado psicodinâmica do trabalho. Assim, trazem à luz a articulação existente entre a hipersolicitação de homens e mulheres no trabalho – no quadro da precarização que se generaliza.

As doenças profissionais aparecem sob velhas e novas denominações (Lesões por Esforços Repetitivos – LER – ou problemas musculoesqueléticos – DORT – , entre outras).

Atingem, sobremaneira, as mulheres, submetidas às regras da organização sexuada do trabalho. Diversos(as) pesquisadores(as) (Thébaud – Mony et Lert France, 1982), Lucila Scavone (1997) vêm, desde os anos 80, contribuindo para dar visibilidade à saúde no trabalho, levando em conta o que Danièle Kergoat denomina de relações sociais de sexo. Isto se faz a partir da análise crítica das lutas sociais e de seus avanços/recuos em termos da legislação social e da ação sindical; ou seja, como parte do conflito capital x trabalho.

O trabalho noturno já foi, no passado, interdito legalmente às mulheres. Atualmente, em toda a União Europeia, o trabalho noturno é liberado a mulheres e homens, em nome da política de não discriminação no emprego.

Hoje, longe de ser a expressão da igualdade mulher/homem, a lei que permite o trabalho noturno feminino na verdade está, qualquer que seja o setor que emprega, vinculada às questões de aumento da produtividade/competitividade, bem como à lógica de flexibilização do trabalho num quadro de necessidade de uso permanente dos equipamentos de produção.

Na verdade, a proibição do trabalho noturno para homens e mulheres e/ou a negociação de formas de repouso compensatório – uma vez que se reconhecem seus efeitos patogênicos – têm sido dificultadas pela redução das lutas da classe trabalhadora. Como sabemos, alvo da crescente precarização social e do desemprego.

No *Dictionnaire Critique du Féminisme* (2004), as pesquisas que enfocam a análise socioantropológica definem a saúde como se segue: “a saúde é um processo dinâmico pelo qual o indivíduo caminha. Processo que inscreve no corpo, na pessoa, as marcas do trabalho, das condições de vida, das dores, do prazer e do sofrimento. De tudo o que constitui uma história – individual em sua singularidade, mas também coletiva, por influência de múltiplas lógicas no interior das quais se insere. A dinâmica das relações sociais de sexo apresenta aqui toda sua importância. (*Dictionnaire Critique du Féminisme*, 2004, p. 198). (Tradução nossa).

E acrescentamos a essas as questões de raça/etnia, classe social e violência a serem aprofundadas, a seguir.

O movimento de mulheres ainda não debateu significativamente as causas de doenças ligadas a questões ocupacionais ou ambientais. Por exemplo, a relação entre o câncer de seio e as causas ocupacionais e ambientais deste tipo de câncer vêm sendo estudadas apenas muito recentemente, muito embora pesquisas feitas há cerca de dez anos comprovem a correlação desta doença com ocupações da mulher sob exposição a pesticidas.

Concordamos com Messing (1990), quando esta afirma que:

O movimento pela saúde ocupacional, por sua vez, tem se mostrado cego aos problemas das mulheres trabalhadoras. Existe uma imagem construída de que as mulheres não realizam tarefas muito difíceis e de que seu trabalho não é muito perigoso – e quando (o trabalho) é (perigoso), não é considerado apropriado para mulheres. De forma geral, o feminismo foi cúmplice desta cegueira, por uma boa razão. O acesso das mulheres ao trabalho foi sempre muito limitado e não seria estratégico reclamar de doença no momento em que esta realidade começa a mudar. Quando as pessoas são levadas a acreditar que as mulheres têm problemas especificamente femininos no local de trabalho, mesmo que causados pelo próprio trabalho,

pode-se estar criando mais uma razão para que elas não sejam contratadas. À trabalhadora é dada a escolha entre calar-se a respeito de seus problemas específicos de saúde, sofrendo em silêncio, ou fazer barulho e ser colocada para fora do emprego. Neste sentido, creio que as feministas ainda não aprendemos, tanto quanto deveríamos, que o 'privado é político', como afirmou Kate Millet, autora feminista da década de 70. (Messing, 1990, p. 4).

Exposta à fadiga, ao estresse, às condições de trabalho precarizadas e aos agravos das más condições de trabalho, essa mulher também tem que ser consumidora das estratégias de eternização de seu papel de sedutora. Precisa estar jovem, bela e faceira à espera de seu par. Para tanto, tem que driblar o estresse da dupla, tripla jornada em casa e na rua. O cansaço feminino tem a ver com o consumo de sua energia físico-mental, agravado pela extensão da jornada de trabalho na casa e na rua. Seja qual for a duração desta, o cansaço nasce no trabalho de casa, segue no processo de deslocamento, de transporte lar-local de trabalho. Ao chegar em casa, seu repouso é sempre parcial, fragmentado; portanto, vive cotidianamente passando de um cansaço a outro. Na casa tem que administrar, organizar as rotinas domésticas, a maternagem dos outros. Isto constitui o que chamamos de “Complexo de Sísifo de Saias”, em alusão ao mito grego do esforço que se repete sem fim, longe de atender à superação de contínuos obstáculos.

Messing (op. cit., p. 04) afirma que:

Quando as mulheres estão estressadas no final do dia e com o corpo dolorido, tendem a se culpar por não ter organizado bem sua rotina. É comum ouvi-las dizer que são desorganizadas, que não conseguem conciliar o cuidado com a casa e o trabalho, que sua criança sofre com isto. O que muitas vezes acontece é que o empregador muda a escala frequentemente: um dia, a jornada começa às seis da manhã, no outro dia às dez, ou às seis da tarde e as mulheres não culpam o empregador, mas a si mesmas, por não conseguirem se organizar em torno desses horários tão desencontrados.

A maior parte das mulheres que têm problemas de saúde arranja um jeito de atribuí-los não ao trabalho, mas a si mesmas. Elas citam o fato de estarem muito gordas, de fumarem, a própria fraqueza, a idade ou a menopausa como causadoras dos problemas de saúde.

Para Messing (op. cit., p. 04), as mulheres estão sujeitas, de maneira crescente, aos problemas musculares e ósseos (dores, problemas articulares, tendinites etc.), bem como ao estresse físico-psicológico. Todos advindos da forma como o trabalho está organizado: movimentos repetitivos, tempo prolongado em pé ou em postura estática, além, é claro, dos novos problemas como a precarização do trabalho e os turnos irregulares. O trabalho que muda frequentemente de matinal a

noturno prejudica tanto homens como mulheres. No entanto, por causa de sua dedicação ao cuidado com as crianças e pessoas idosas, elas passam por forte estresse em razão das frequentes mudanças de horário.

A busca de eficácia/eficiência no trabalho colocou as mulheres em competição entre si, enfraquecendo as relações pessoais no local de trabalho. As consequências são negativas para a saúde. Ao ser limitado o desenvolvimento de laços de solidariedade também se enfraquecem as lutas do movimento sindical e, por conseguinte, da classe trabalhadora no contexto de crise social.

As mulheres também são pressionadas a driblar o estresse, a superexploração, às custas da medicalização de sua subalternidade. Os lucros e o poder do “complexo médico-industrial e da beleza” são, então, reforçados **por aquelas que têm poder aquisitivo para ser cobaias de processos de mutilação cirúrgica, escultura via siliconagem e dos métodos contraceptivos da moda. Muitas das que podem pagar o custo do acesso** aos padrões mutantes de beleza, da eterna juventude, inutilmente lutam para se assemelhar aos mitos de plantão. Ora têm que ser bonecas à **la Barbie**, ora uma figura de seios volumosos, boca grande e bunda à **Mamma Africa**, num permanente exercício de metamorfose corporal. Trata-se da ditadura de seguir as regras (inalcançáveis) do corpo ideal, da moda do descartável e supérfluo do consumismo capitalista.

Nas questões de saúde, a posição das mulheres é central por causa dos papéis que desempenham na sociedade brasileira [**e francesa**]. As mulheres produzem, processam e compram alimentos. Como mães, são responsáveis não só pela alimentação de suas famílias, mas também pela higiene doméstica e pelo cuidado dos doentes no lar – tanto na administração da terapia, como na seleção entre serviços de saúde e no próprio processo de diagnóstico. (Cottingham, 1985, p. 7).

Apesar dessa possibilidade de exercício de poder, as mulheres, que já são a maioria dos(das) profissionais de saúde, não exercitam suas capacidades na direção de seu protagonismo. Muitas vezes, reproduzem sua subalternidade medicalizando a dor e o sofrimento coletivos a partir da prescrição em massa de medicamentos que anestesiam a fome, a solidão e a desumanização das mulheres em nossa sociedade desigualmente estruturada.

(...) a Medicina é opressiva para as mulheres ainda sob um ponto de vista que se une ao tema feminista de reapropriação do próprio corpo. A mulher, de fato, durante a história da sociedade patriarcal foi, de alguma forma, desapropriada de seu corpo e, em particular, de seus órgãos genitais, usados pelo macho, seja como instrumento de reprodução, seja como objeto de

prazer; prazer este que é negado a ela, como algo inconveniente e pecaminoso, segundo a moral tradicional. A partir do momento em que a mulher se rebela contra este tipo de relação, é natural, e a meu ver muito importante, que se aperceba do mesmo uso objetual que o próprio médico faz do corpo feminino e dos órgãos, que se recuse a estar alheia aos auto-exames ou intervenções que o médico faça sobre ela: consciência do próprio corpo é o primeiro passo para uma reaproximação intelectual e psicológica. Este é o significado de auto-exame e do 'self-help'; ao mesmo tempo em que é ruptura de um tabu, superação de uma educação que atribui ao órgão genital feminino algo sujo e vergonhoso, que não deve ser visto ou tocado, deve ser negado, em suma, ignorado totalmente; alguma coisa que só o marido, companheiro da relação erótica, e um ginecologista têm direito de conhecer. (Berlinguer, 1980, p. 27 – 28).

Por sua vez, necessitam ser aprofundados os saberes sobre o significado de ser mulher e de estar no mundo por inteiro. Esses saberes devem abranger seu ciclo de vida e as formas singulares de seu adoecer e morrer. É o que analisaremos, a seguir, com referência ao Brasil e à França, contemporaneamente.

CAPÍTULO II



O BICHO

(MANUEL BANDEIRA)

*Vi ontem um bicho
Na imundície do pátio
Catando comida entre os detritos.*

*Quando achava alguma coisa,
Não examinava nem cheirava:
Engolia com voracidade.*

*O bicho não era um cão,
Não era um gato,
Não era um rato.*

O bicho, meu Deus, era um homem.

ANÁLISE DA MORBIMORTALIDADE FEMININA NO BRASIL E NA FRANÇA

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL E O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE (SNS) NA FRANÇA, NA CONTEMPORANEIDADE

A saúde, no interior da luta das classes trabalhadoras, deve ser pensada enquanto direito de todos(as) e dever do Estado. Para tanto, devemos analisar as políticas de saúde coletiva presentes nas realidades do Brasil e da França hoje.

Assim sendo, concordamos com Minayo (1992) quando diz:

A representação da saúde como direito coletivo é uma bandeira de transformação das condições de vida e de trabalho e que em última instância aponta para transformações do modo de produção e das relações sociais de produção: melhores salários, acesso à terra, a empregos, a saneamento básico, a transporte, a moradia, a educação, a lazer e a condições de trabalho seguras. Mas é também uma bandeira de redefinição das prioridades do Estado. Desvenda o caráter de classe dos investimentos públicos, chamando atenção para a forma dominada e marginal com que se definem as políticas sociais. Portanto, o apelo à transformação das condições de vida e de trabalho como condições de *saúde coletiva* é, ao mesmo tempo, apelo à luta, no interior do aparelho do Estado pelas prioridades sociais que se colocam sempre em relação de negatividade com os interesses econômicos. Portanto, *Saúde Coletiva* é um tema da prática política da classe trabalhadora. (Minayo, 1992, p. 192).

A análise politizada e sexuada da saúde permite, sobretudo, a aproximação ao sofrimento da dor e da morte femininas. Permite, também, que se compreenda o peso das discriminações de toda ordem, inclusive, no plano institucional.

Minayo (1992), ao se referir à realidade brasileira, considera que:

O exemplo melhor que confirma esse “grito parado no ar” são as estatísticas de sintomas classificados pelo IBGE em relação à situação de saúde da população pobre no Estudo Nacional de Despesas Familiares

(ENDEF), de 1974. Tanto as formulações aí contidas, como outras que surgem nas diferentes configurações de pobreza do País, oferecem um quadro de doenças, chamadas pelos entrevistados como “nervosas”, sob o termo “nervoso” ou “doenças dos nervos”, e outras palavras temáticas que expressam a mesma categoria. Usando seu próprio código para interpretá-las, seriam “doenças do espírito” que se referem ao conjunto das ansiedades e insatisfações pelas “dificuldades da vida”. O cansaço permanente do sobretabalho, a alimentação insuficiente, as restrições compulsórias provocadas pelos baixos salários, o desemprego, a incapacidade de lidar com esquemas burocráticos e impessoalizados compõem o campo das “doenças sentidas” sob a denominação de “nervoso”. Elas são, talvez, o questionamento mais loquaz e o desafio maior ao modelo biomédico. Ele pode propor a cura de uma enfermidade localizada, mas não possui um quadro de referência para lidar com as sensações experimentadas no corpo marcado pela exclusão dos bens necessários à manutenção da vida individual e social. (Minayo, 1992, p. 188-189).

Quando analisamos, por exemplo, a mortalidade adulta no Brasil, observamos que o curso de mortalidade adulta está definido, em maior extensão, pela violência dos acidentes (de trabalho e de trânsito) e homicídios. A mortalidade infantil – outro indicador de saúde fundamental – tem origem na miséria, na fome, na falta de saneamento básico, importantes para a qualidade de vida. Desse modo, existe a determinação social da morbidade/mortalidade, para além dos muros hospitalares.

Cristina Possas (1981) havia enfatizado, em seu livro *Saúde e Trabalho: a Crise da Previdência Social*, que as alternativas para a saúde (brasileira) e, acrescentamos, francesa, extrapolam o interior do próprio setor de saúde.

Essa reflexão, no entanto, não passa pelo crivo da medicina oficial porque aceitá-la significaria colocar em evidência o caráter predatório e destruidor do sistema. Definir categorias e programas centrados na segurança do trabalho e no combate a doenças profissionais, questionar as condições gerais de produção, do ponto de vista dos interesses das classes trabalhadoras exige aglutinar forças econômicas e políticas dominantes. Desta forma, as doenças provocadas pelas condições de vida e de trabalho são tratadas como questão individual ou, inespecificamente, como “males da vida moderna”. Assim, as chamadas “doenças-metáforas”, por atingirem a todos os grupos sociais e serem ameaças permanentes para os setores dominantes do sistema, canalizam recursos, pesquisas e novas tecnologias que certamente beneficiam o conjunto da população. Porém, as doenças relacionadas às precárias condições de existência apenas de longe são tocadas como tal. São socialmente “desconstruídas”, despidas de seu caráter social e transformadas em “culpa”, “descuido”, “ignorância popular”. A compreensão do

seu caráter apela para mudanças sociais abrangentes que se referem ao conjunto das relações de produção e de reprodução. (Possas, 1981, p. 190).

A saúde, a doença e as vulnerabilidades sociais estão articuladas de formas múltiplas e diferenciadas, expressando-se nas políticas sociais.

Definimos vulnerabilidades sociais como o conjunto de aspectos individuais e coletivos que se relacionam às condições de exposição a situações que fragilizam os indivíduos e coletividades, vinculando-se aos recursos existentes para a proteção das consequências da situação de vulnerabilidade.

A análise dessa questão envolve os planos individual, social ou coletivo e político ou programático. No texto “Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil”, Fernanda Lopes (2005) explica que a população negra está submetida ao que se segue, em termos de saúde:

Além da inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças (vulnerabilidade programática), mulheres e homens negros vivem em um constante estado defensivo. Essa necessidade infindável de integrar-se e, ao mesmo tempo, proteger-se dos efeitos adversos da integração, pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas (vulnerabilidade individual). (Lopes, 2005, p. 22-48).

No caso brasileiro, o quadro geral de cortes de orçamentos para as políticas sociais (inclusive as de saúde) tem evidenciado a crise social brasileira contemporânea. Crise social esta que buscamos delinear com base nos dados estatísticos apresentados ao longo deste nosso estudo.

O Brasil é hoje um país essencialmente urbano (de acordo com dados do último Censo do IBGE, tem mais de 80% da população total de mais de 190 milhões de habitantes vivendo em cidades) e os problemas do campo estão estreitamente articulados aos dos centros urbanos. A chamada questão social, cada vez mais acirrada, coloca em cena o fato do Brasil ser uma das 10 maiores economias do mundo, o 5º maior país em extensão territorial e o 6º em população. Apesar de ser um dos maiores produtores mundiais de alimentos, existe aqui uma legião de pobres e famintos, contraditoriamente importando trigo, arroz, feijão, leite etc.

A Síntese dos Indicadores Sociais 2000, divulgada pelo IBGE, em abril de 2001, constatou a diminuição do tamanho das famílias brasileiras que, na década de 1980, era em média composta de 4,5 pessoas e, em 1999, passou para 3,4.

Os casais com filhos, em 1992, representavam 59,4% da chamada família nuclear (pai, mãe e filhos). Em 1999, decresceram para 55%. Este fato repercute no aumento de famílias compostas por pessoas sozinhas, casais sem filhos e por mulheres com filhos, mas sem seus companheiros no mesmo domicílio.

Esse quadro geral contribui para que se compreenda a questão social contemporânea no País, demonstrando quais são as prioridades dos governos em tempos de globalização, e de manutenção na miséria de enormes contingentes de brasileiros(as).

Assim, a população, em sua maioria, vem sendo assistida por políticas sociais que reproduzem as desigualdades sociais. Até a Constituição promulgada em 1988 (Brasil, 1988), essas políticas caracterizavam-se pela forma clientelista de distribuição de serviços e benefícios. A nova Constituição, pelo menos em termos de intenção, garantiu a universalidade, a equidade e a redistributividade dos benefícios e serviços. Tais garantias partem do reconhecimento dos direitos a todos(as) os(as) brasileiros(as) e, por conseguinte, chocam-se com os interesses de grupos hegemônicos que, ao longo da história do País, lutam pelo controle das ações do aparelho de Estado. Daí ser possível compreender o questionamento que se faz, na atualidade, do caráter progressista da Constituição.

O País está sofrendo mudanças decorrentes da mais grave crise do capitalismo mundial. A globalização é, então, viabilizada pela expansão do capital financeiro transnacional, organizado em um sistema interligado de mercado de capitais. Nesse cenário, 2/3 do comércio planetário são geridos pelas grandes corporações transnacionais, concentradas em torno de interesses dos Estados Unidos, União Europeia, Japão e China. Assim, os países em desenvolvimento, como o Brasil, são instados a lidar com as novas transformações no mundo do trabalho. Essas últimas, dizem respeito ao enfrentamento do desemprego tecnológico crescente, à necessidade de maior qualificação da força de trabalho, aos novos processos de gestão dessas relações de produção e à articulação do Estado com a sociedade, diante da gravidade da crise estrutural do capital.

Ora, tais processos de mudança implicam no condicionamento do investimento externo de capitais à implementação de políticas públicas de cunho neoliberal, dentro do país. Daí observa-se cada vez mais que o discurso pressupõe a existência de um Estado mínimo na economia. As ações concretas seguem, por conseguinte, na direção das privatizações das empresas do Estado e de novas regras em relação ao papel social deste, enquanto regulador da relação capital-trabalho, dentre outras mudanças estruturais.

O Sistema Único de Saúde, por sua vez, enquanto uma política pública de saúde, promove a atenção médica de forma contraditória: é universal e exclui. É

excludente em relação à maioria pobre da população porque se organiza dentro de uma realidade política hegemônica que preconiza a privatização e o Estado mínimo para o trabalho.

Na realidade, muito se discute sobre o sistema de saúde brasileiro e constata-se a precariedade da formação do profissional médico no País. Cotidianamente, jornais e revistas, além das emissoras de televisão e internet, informam sobre os escândalos na saúde, os erros médicos, os abusos cometidos pelos que fazem da Medicina uma fonte de lucros e de poder político. No entanto, os debates não se aprofundam, especialmente sobre a questão da formação dos recursos humanos para a saúde. Observa-se que os aspectos escandalosos e superficiais são usualmente divulgados de forma sensacionalista, exaltando aspectos negativos na lógica da sociedade do espetáculo. Assim, a população toma conhecimento das consequências do modelo sanitário dominante e das tensões geradas na implementação do SUS, que sabidamente questiona os interesses predominantes dos(das) que defendem a privatização da saúde e sua consolidação enquanto forma de expansão de lucros do chamado “complexo médico-industrial”.

Afirmamos reiteradamente, portanto, que o desmonte das políticas sociais, incluindo a de saúde, no bojo da crise estrutural do capitalismo, tem agravado sobremaneira a questão social, com a ampliação da pobreza relativa e absoluta. É preciso, em primeiro lugar, reconhecer que o setor saúde é verdadeiramente um receptáculo dos rebatimentos da desigualdade social. Aí vão desembocar problemas originários das más condições de vida, do desemprego, da precarização, da pobreza, da poluição ambiental, experiências que são muito concretamente sentidas pelas pessoas em seus corpos.¹

Os serviços de assistência à saúde representam muito mais do que os lugares onde se encontram um atendimento médico, um mero serviço. Para a mulher, além disto, se refere a atenção, carinho, reconhecimento como ser humano num momento de dor e de fragilidade. Momento este que implica em necessidades especiais advindas do sofrimento físico-psíquico.

Deve-se reconhecer que em cada ato médico, em cada relação profissional de saúde-paciente existe a possibilidade da educação em saúde. Isto quer dizer que a disciplina, a hierarquia, o autoritarismo das instituições (e de seus(suas) profissionais) devem dar lugar ao reconhecimento de que predomina o direito e não o favor. Deve-se também compreender o peso do gênero nas ações de saúde, uma vez que, no Brasil de hoje, cerca de 70% dos profissionais de saúde são mulheres.

¹ Segundo a análise do documento oficial CNDM, Os Serviços de Saúde: o que as mulheres querem. Brasília. Julho, 1986.

E que estas atendem, preponderantemente, às demandas (80%) das mulheres e de suas crianças. Sobretudo, há que se levar em conta essa especificidade da feminização do setor de saúde. Além disto, o movimento de mulheres que luta pela saúde no Brasil tem visibilidade, publiciza suas reivindicações e está atento ao princípio da consecução da integralidade em saúde como direito universal e como dever do Estado. As lutas sociais pela saúde feminina partem do princípio de que, no Brasil, ser mulher faz mal à saúde, na medida em que suas necessidades são quase sempre deixadas em segundo plano.

Em 1983, o Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado pelo Ministério da Saúde sob grande pressão do movimento de mulheres, portador do discurso contrário à falta de respeito pelas mulheres nos serviços de saúde.

As principais propostas contidas no Programa eram:

1. Prestação de assistência ginecológica a fim de enfrentar doenças do aparelho reprodutivo, incluindo o controle de câncer de mama, de colo de útero e das doenças sexualmente transmissíveis – DST e AIDS;
2. melhorar a assistência à mulher gestante nas fases do pré-natal, parto e pós-parto;
3. promover o planejamento familiar, a partir do acesso aos meios contraceptivos, bem como auxiliar a mulher em casos de infertilidade e
4. desenvolver ações de caráter educativo em saúde para propiciar à mulher conhecer seu próprio corpo e sexualidade.

Passadas quase três décadas de sua criação, o PAISM somente foi implementado em alguns dos mais de 5.000 municípios brasileiros. Atualmente, está em evidente processo de desativação pelo Ministério da Saúde. Ou seja, foram-se a intenção e o gesto.

O SUS preconiza, conforme já discutido, a prevenção e o atendimento integral à saúde dos brasileiros, homens e mulheres em todas as fases da vida, de acordo com suas necessidades e com a participação da população. No entanto, na contemporaneidade, observa-se que:

- a) a assistência à saúde da mulher (e dos homens) está sendo afetada pela lógica neoliberal de Estado mínimo (para o trabalho) e máximo (para o capital), inclusive pela expansão dos interesses privados no modelo de corte de recursos e de expansão da rede conveniada privada;

b) persiste a visão tradicional e patriarcal da saúde da mulher enquanto binômio mãe-filho, ficando em segundo plano as reivindicações dos movimentos sociais de mulheres em defesa da visão da integralidade feminina e direitos. Integralidade e direitos que têm o significado do reconhecimento das fases do ciclo vital, raça/etnia, orientação sexual e classe social e

c) desumanização dos serviços de saúde, na medida em que as mulheres negras, índias, homossexuais, idosas, do campo, sobretudo as mais pobres dentre os pobres são alvos preferenciais da discriminação e dos maus-tratos.

No Brasil, antes da elaboração do PAISM, as mulheres eram vistas sob a ótica do binômio mãe-filho. Daí decorrem a normatização e a educação das mesmas para serem mães saudáveis de filhos também saudáveis, preconizadas nos manuais sobre a sexualidade, o parto, a amamentação e a educação dos filhos.

Em 1974, surge no Brasil o I Programa de Atenção Materno-Infantil e, logo após, em 1977, o Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco. Estes situavam-se dentro da ótica “materno-infantil”, e do “risco gravídico”, prevendo o acesso à possibilidade de evitar filhos, e não só de tê-los, como uma questão de saúde das mulheres. Os Programas foram lançados no bojo de uma acirrada discussão internacional na qual se contrapunham posições neomalthusianas a natalistas.

No final da década de 1970 e início dos anos 1980, o movimento de mulheres enfatiza o direito da escolha autônoma dos indivíduos, especialmente das mulheres, a respeito do número de filhos que querem ter. Obviamente, fora da definição de meta demográfica nacional. O exercício dessa possibilidade era visto como uma condição de “cidadania”, enfatizando a responsabilidade social na garantia dos direitos e a necessidade de uma ampla atenção à saúde reprodutiva, tida como essencial para essa garantia.

Apesar da proposta do PAISM significar avanços, o mesmo vem sendo esvaaziado e reduzido: “Com isso, o PAISM acabou por reduzir-se, no cotidiano do trabalho, a um certo aumento da oferta de assistência médico-ginecológica, centrando-se, assim, somente em ações dirigidas ao tratamento de patologias do aparelho reprodutor feminino”. (D’Oliveira e Senna, 2000, p. 87).

A implementação do PAISM na rede de saúde não foi sistemática em todo o Brasil. Isto ocorreu porque a integralidade das ações choca-se com o modelo de organização da assistência de saúde no Brasil, baseado na especialização e presente, inclusive, na formação acadêmica dos(das) profissionais de saúde. O Programa também sofre os desafios trazidos pelas modificações ocorridas no Sistema

Único de Saúde (SUS), com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), que também visaria integrar as ações de saúde.

Considerando-se a desigualdade social brasileira, o fato de crescer a feminização da pobreza, bem como a constatação de que as mulheres constituem a maioria da população brasileira, pode-se deduzir quão distante está a intenção do gesto: a saúde como um direito de todos(as) e dever do Estado.

O cotidiano das mulheres mais pobres da área rural, ao buscarem acesso aos serviços de saúde, está pleno de sofrimento devido às distâncias, longas filas de espera, poucas vagas e, quase sempre, atendimento impessoal, carregado de rejeição.

Quando se faz a comparação com os cartazes sobre o parto, a amamentação e a gravidez, comumente expostos nas paredes dos postos de saúde e da rede hospitalar, observa-se a realidade: muitas mulheres parindo na rua, nas portas dos hospitais e/ou, quando conseguem vagas, nem sempre estão isentas de sofrer hemorragias, infecções e outros riscos antes, durante e após o parto. Esse quadro de desrespeito às mulheres atinge a maioria, considerando-se que são a maior parte da clientela, já que além de si são responsáveis pela maternagem da família.

A falta de enfoque de gênero, isto é, da compreensão do que significa ser mulher em sua integralidade, em sua singularidade, por fim, em sua diferença, faz realmente falta na relação mulher-saúde. Apesar de se reconhecer que a mulher merece respeito, pelo menos no discurso em saúde, na prática isto nem sempre é levado em consideração.

As especificidades do ser mulher decorrem:

(...) de sua função biológica na reprodução, do fato de terem hormônios, ciclos e órgãos que possam engravidar, parir, amamentar. A novidade das últimas décadas foi ampliar essa compreensão, entendendo que a situação sócio-cultural de desvalorização e a subordinação das mulheres têm grande influência sobre sua saúde. Por medo, vergonha, desinformação ou falta de auto-estima, resultantes de uma educação repressora da sexualidade e que reforçou sua dependência dos homens, muitas descuidam da saúde e arriscam a vida. (Mendonça, 1998, p. 102).

As políticas públicas devem levar em conta a necessidade de se oferecer acesso a recursos financeiros e técnicos, além de infraestrutura de comercialização, às mulheres responsáveis por atividades agropecuárias de subsistência. Os estímulos ao cooperativismo rural e ao acesso à posse e uso da terra são fundamentais para o enfrentamento da feminização da pobreza.

A questão educacional também deve ser vista como prioritária. Como se sabe, na área rural, as mulheres que têm filhos precocemente e as que, em geral, enfrentam cedo as obrigações domésticas (o trabalho contínuo, estafante e penoso no lar) num quadro de extrema pobreza são as que mais se evadem da escola e/ou obtêm baixo rendimento escolar. Tal situação dificulta-lhes a ampliação de oportunidades de romper com o círculo vicioso da pobreza. Ao se ampliar o acesso à educação de qualidade, garantindo-a como dever do Estado e direito de todos e de todas, dá-se um passo na direção da transformação social. As mulheres, então, poderão romper com parte das amarras da feminização da pobreza.

A educação popular em saúde também é parte fundamental dessa construção dos direitos sociais. Daí a necessidade de se superar preconceitos contra os(as) mais pobres da sociedade.

As palestras e as orientações individuais comumente transmitem a idéia de que cada doença se deve principalmente à falta de cuidado e ao desleixo da população. Este argumento é usado numa tentativa de criar um sentimento de culpa nas pessoas para que elas se esforcem em seguir as orientações dadas. Não se coloca que a falta de higiene está muito mais ligada às más condições de saneamento, de acesso à educação formal e ao passado de exploração e miséria que aquela população vem sendo submetida há gerações, fazendo-a acostumar-se com padrões de vida dos mais precários. (...) Os profissionais de saúde, com o seu trabalho, tendem a divulgar a idéia que quase todas as doenças são apenas um defeito em uma pequena parte do corpo e que este defeito não tem quase nada a ver com a vida global da pessoa. Divulgam também as idéias de que, para combater as doenças, basta seguir algumas normas ditas por uma pessoa que aprendeu a ciência da classe dominante. Quanto mais obediente ela for, melhor será para o seu corpo. (Vasconcelos, 1997, p. 28-30).

A culpabilização das vítimas também tem muita relação com a “violência contra a mulher”, conforme analisaremos ao longo deste trabalho. Esta se refere a qualquer ato de violência que tem por base o gênero e que resulta, ou pode resultar, em dano ou sofrimento de natureza físico-psicológica e sexual. Refere-se, inclusive, a ameaças, à coerção ou à privação arbitraria da liberdade, quer se produzam na vida pública ou privada. Por conseguinte, a violência contra a mulher pode assumir, entre outras, as seguintes formas:

- a) a violência física, sexual e psicológica que ocorre na família, inclusive as sevícias, o abuso sexual das meninas no lar, a violência relacionada com o dote, a violência por parte do marido, a mutilação genital e outras práticas

tradicionais que atentam contra a mulher, a violência exercida por pessoas outras que o marido e a violência relacionada com a exploração;

b) a violência física, sexual e psicológica no nível da comunidade em geral, inclusive as violações, os abusos sexuais, o assédio e a intimidação sexual no trabalho, em instituições educacionais e em outros ambientes, o tráfico de mulheres e a prostituição forçada;

c) a violência física, sexual e psicológica perpetrada ou tolerada pelo Estado, onde quer que ocorra .

Entre outros atos de violência contra a mulher cabe mencionar as violações dos direitos humanos da mulher, em situações de conflito armado, em particular os assassinatos, as violações sistemáticas, a escravidão sexual e a gravidez forçada. Os atos de violação contra a mulher incluem a esterilização forçada e o aborto forçado, a utilização coercitiva ou forçada de anticoncepcionais, o infanticídio feminino e a seleção pré-natal do sexo. (Conferência Mundial Sobre a Mulher, 4, 1996, p. 96-97).

Convém observar que a violência é sempre físico-psicológica, sendo artificial a separação entre o físico e o mental quando utilizamos a perspectiva dialética de visão da totalidade do ser social. Perspectiva esta que adotamos no presente estudo.

Outra questão fundamental referente à saúde feminina é que se constata a escassez de dados estatísticos adequados sobre o alcance da violência contra a mulher, o que dificulta a elaboração de programas e o acompanhamento das mudanças efetuadas. A documentação e a pesquisa sobre a violência doméstica, o assédio sexual e a violência contra mulheres e meninas, em casa e na rua são precárias.

No Brasil, a questão da mulher foi institucionalizada com a criação de organismos governamentais e com a proliferação de Organizações Não-Governamentais dedicadas às relações de gênero. Apesar de algumas exceções regionais, quase todos os Estados brasileiros contam com grupos de defesa dos direitos das mulheres, dentro e fora dos governos. Apesar dos avanços, na sociedade brasileira persistem as marcas do patriarcalismo e do racismo, exacerbadas por profundas desigualdades de classe. Essa conjugação de problemas, por conseguinte, ao longo dos tempos, articula formas de exploração de classe, de raça e de gênero.²

2 CADERNOS SOS CORPO. [SOS Corpo, Gênero e Cidadania.] v. 4. Abril, 2001.

Vale ressaltar a necessidade de aprofundamento da análise sobre a saúde, o gênero e a violência em presença do racismo na sociedade brasileira. Em razão dessa lacuna, reconhecemos a necessidade de se dar maior visibilidade ao tema, em conjunto com militantes do Movimento de Mulheres Negras.

O Djumbay, uma ONG recifense, através de Marilene Ferreira, cientista social e pesquisadora do Movimento Negro, falecida há alguns anos, inspirou-nos a elaborar o presente estudo. Sua memória significa resistência, força. Resistência e força cotidianamente postas à prova em razão do que Araújo (2001) aponta como sérios problemas:

Os dados sócio-econômicos referentes à população negra por si sós já são indicadores de seu estado de saúde: 85% das mulheres negras encontram-se abaixo da linha de pobreza e sua taxa de analfabetismo é o dobro, se comparada a das mulheres brancas.

Somando-se a isso o menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, as mulheres negras têm maior risco de contrair e morrer de determinadas doenças do que as mulheres brancas. (Araújo, 2001, op. cit., p. 24 – 26).

Essas doenças, segundo a mesma autora, são as miomatoses, neoplasias, a anemia falciforme, as doenças cardiovasculares, incluindo a hipertensão arterial, as doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS, bem como o lúpus, o diabetes, dentre outras.

Obviamente, essas enfermidades envolvem aspectos genéticos, no entanto, em face das suas precárias condições de vida, as mulheres negras são mais vulneráveis. E isto não pode ficar obscurecido, em especial quando se preconiza que a saúde é um direito de todos(as) e dever do Estado. Direito este negado à mulher negra que é “a mais pobre, menos escolarizada e com maior número de filhos. [Ademais] um grande contingente de mulheres negras solteiras é chefe de família”, no dizer de Elza Berquó (2000, p. 2), em entrevista publicada no Jornal da Rede.

No entanto, há muito que ser realizado nos programas e ações governamentais. As políticas relativas à melhoria dos direitos da mulher seguem o padrão identificado nas demais políticas sociais: leis são elaboradas, mas poucos são os recursos e os serviços concretos oferecidos. Isto se torna mais grave no contexto atual de cortes de gastos sociais, como os de educação e saúde. Assim sendo, aumentam as contradições entre o mundo do direito e a vida real. Aprofundam-se as desigualdades sociais e expande-se o processo de feminização da pobreza no país, mesmo em face de alguns avanços.

Com referência à França, para estudarmos o Sistema Nacional de Saúde (SNS) devemos situá-lo no quadro mais geral da Proteção Social Francesa. Convém des-

tacar que todos os dados aqui apresentados têm como fonte a obra “L’État de La France, 2005-2006” (Paris, La Découvert, 2006).

A chamada **Sécurité Sociale**, o sistema de proteção social, criado em 1945, é sustentado por cotizações dos trabalhadores na ativa, através do princípio de repartição solidária entre os da ativa e os beneficiários.

O orçamento (28,5% do PIB no ano de 2002) é financiado por empregados e empregadores e pela Contribuição Social Generalizada (CSG), proveniente de rendas não vinculadas ao emprego. O Estado participa com 1/5 do total de recursos.

O sistema cobre as aposentadorias, a saúde, a ajuda familiar, o emprego (cobertura em caso de desemprego e formação profissional).

A heterogeneidade do sistema de proteção social expressa-se na existência de dois grupos de regimes principais. O primeiro, caracterizado pela cotização do financiamento. O Seguro Social obrigatório compreende a **Sécurité Sociale**, que se subdivide em:

- Regime geral de assalariados;
- Regimes complementares de assalariados;
- Regimes especiais de funcionários de empresas como Électricité de France (EDF), Gaz de France (GDF), Société Nationale des Chémins de Fer Français (SNCF) etc.;
- Regime de assalariados agrícolas;
- Regime de produtores (**exploitants**) agrícolas;
- Regimes de não-assalariados não agrícolas;
- Indenização – desemprego – neste caso, atuam instituições como UNEDIC e ASSEDIC, que cobrem os assalariados do setor privado e são externas à Seguridade Social;
- Os regimes de empregadores, organizados pelo empregador, baseados em convenções coletivas ou acordos por empresa, responsáveis por prestações extra-legais;
- As mutualistas, regidas pelo código do mutualismo, responsáveis por prestações complementares facultativas.

O segundo refere-se aos regimes cujos recursos têm natureza fiscal (via impostos) em sua essência.

A proteção social francesa tem suas origens na história europeia de estruturação de iniciativas de caráter de assistência, de seguros sociais e de sistemas universalistas. Como no Brasil, a assistência voltava-se fundamentalmente aos(às)

pobres, em busca de prover-lhes algumas necessidades básicas. A Igreja desempenhou um papel fundamental, ao lado das leis de assistência social promulgadas na França em fins do século XIX.

A partir do início dos anos 1980, a lógica da solidariedade nacional francesa expressa-se através de programas de ação social, de ajuda através de programas de ação social, de ajuda social e de políticas sociais diversificadas.

A complexidade desse sistema tem origens históricas. Antes de 1914, somente eram cobertos os acidentes de trabalho, a partir da Lei de 1898. A Alemanha, por sua vez, desde 1880 tinha um sistema de seguridade social que abrangia a saúde, os acidentes de trabalho e a velhice. Na Inglaterra também já existiam essas coberturas desde o início do século XX. Daí a história da seguridade social francesa ser mais tardia, uma vez que, nos anos 1930, os(as) assalariados(as) do setor privado tinham acesso a coberturas na velhice, em situações de risco à saúde e à família.

Apesar de em 1945 ter havido a intenção de universalização da seguridade social, somente na 2ª metade dos anos 1970 isto foi viabilizado em termos de cobertura de riscos sociais (velhice, saúde, família e emprego).

Na França, após 1945, foi criado o Sistema de Seguridade Social a partir de princípios de proteção de indivíduos frente aos riscos sociais advindos de doenças, acidentes de trabalho, envelhecimento e desemprego. Isto quer dizer que os seguros sociais foram delineados de acordo com o modelo proposto por Bismarck (1815-1898), na Alemanha, nos anos 80 do século XIX. Tais seguros pioneiros atendiam à legislação obrigatória de proteção aos(as) trabalhadores(as) alemães(ãs) mais pobres, no quadro social de lutas da classe trabalhadora e de necessidades do capitalismo europeu garantir o controle da força de trabalho.

A proteção social da Alemanha é a mais antiga do mundo. Otto von Bismarck, seu criador, na segunda metade do século XIX estava às voltas com o crescimento do socialismo na Europa e buscou barrar essa influência. A estratégia foi criar uma rede de proteção social para “garantir o bem-estar de toda a população”. Para tanto, em 1889, adotou o seguro universal e compulsório para ser utilizado pelos(as) trabalhadores(as) na velhice.

Somente em 1942, William Beveridge, no Reino Unido, planejará e executará o modelo social inglês dentro da lógica do Estado de Bem-Estar Social europeu que se consolidará, em alguns países europeus, no pós Segunda Guerra Mundial.

A influência bismarckiana é bastante forte na organização dos seguros sociais franceses. Além da obrigatoriedade, existe uma articulação entre os salários e os serviços prestados, a partir da lógica de cotas a serem cobertas por contribuições de empregadores(as) e de empregados(as).

O gerenciamento, mais ou menos autonomizado face ao Estado, é feito por representação de patrões e de empregados nas Caixas de Seguridade Social (CAFs).

Ao lado dessas formas, existem políticas públicas de tipo focal, destinadas a determinadas pessoas portadoras de deficiências físico-mentais ou em situação de pobreza. São exemplos o **Revenu minimum d'insertion** (RMI) (espécie de salário mínimo de inserção social) que em 2006 era de 425 euros para pessoas sozinhas, 638,10 euros para casais e 765,72 euros para três pessoas. O Salário Mínimo de Inserção Cidadã (SMIC – líquido) no mesmo ano de 2006 era de 1.011,38 euros. Ao lado desses, existem também as ajudas para moradia, saúde, velhice, maternidade/família e emprego.

Para além dessas iniciativas de proteção social, encontram-se as intervenções dos seguros privados, que são regidos pelo Código de Seguros e funcionam de forma individualizada.

No total do Sistema, em 2006, os benefícios destinados à velhice compreendem 95% das prestações. Em segundo lugar estão as prestações de serviços de saúde e, em terceiro e quarto, os riscos/família e emprego, respectivamente.

67% da despesa com a proteção social, que representa 10,1% do PIB, é financiada pelas contribuições dos empregados e dos empregadores e 20% pelos impostos ou taxas como a CSG (Contribuição Social Generalizada) e a contribuição para o reembolso da dívida social (CRDS), que atingem igualmente as outras rendas não relacionadas ao emprego. Esse é o financiamento quase exclusivo do regime geral da *Sécurité Sociale*. O financiamento público representa apenas 13% dos recursos totais. Os setores de prestação de serviços são: as aposentadorias (49,2%), a saúde (27,2%), a família (12,8%) e o emprego (indenização pelo desemprego, formação profissional e inserção social) (8,4%).

A crescente proporção de aposentados em relação aos ativos, assim como os progressos da medicina e o aumento da expectativa de vida, levaram o regime geral da *Sécurité Sociale* a um déficit e, em 2003, à reforma do regime geral de seguro velhice. (Voici La France, 2007).

75,8% da despesa com seguro-saúde vêm do financiamento da *Sécurité Sociale*, tendo ocorrido uma reforma em 2004 com o objetivo de equilíbrio do orçamento. Assim, foi aumentada a contribuição advinda dos(das) segurados(as) e das empresas de seguro.

Na França, segundo Kervasdoué (2002), os(as) residentes legais possuem a cobertura de um seguro-saúde. Para mais de 96% dos(das) franceses(francesas),

os tratamentos médicos podem³ ser totalmente gratuitos ou reembolsados em 100% e, o que é mais excepcional, podem exercer uma total liberdade de escolha, seja qual for o seu nível de renda. Podem ir ver diretamente, no mesmo dia, vários clínicos gerais ou especialistas, escolher um hospital público ou privado, ir a um hospital universitário ou a um hospital geral. Não existe lista de espera para as intervenções cirúrgicas, nem racionamento, salvo em determinadas cidades, em se tratando de equipamentos pesados de produção de imagens médicas.

O financiamento do seguro-saúde vem de contribuições sobre os salários (60% das receitas totais), de impostos indiretos (taxas sobre o fumo e as bebidas alcoólicas) e sobretudo de uma contribuição direta – a Contribuição Social Generalizada (CSG) – paga por todas as faixas de renda, proporcionais às mesmas, inclusive as aposentadorias e as rendas sobre capital. Mais de 80% dos(das) franceses(francesas) dispõem de um seguro complementar, pago por eles(elas) mesmos(mesmas) ou por suas empresas. Os 10% mais pobres recebem seguro gratuito, a cobertura de doenças universal (em francês, CMU), financiada pelo imposto. Por fim, para 6% da população atingida por uma «afecção de longa duração» (ALD), os tratamentos também são totalmente reembolsados.

O reembolso dos(das) pagantes é de 75% das despesas. Alguns novos direitos, mais recentes e oferecidos com menos frequência são: uma gratificação personalizada de autonomia, votada em julho de 2001, que oferece uma ajuda às pessoas e a suas famílias quando necessitarem de uma terceira pessoa para assisti-las em situação de dependência. A lei de 4 de março de 2002 estabeleceu um procedimento de indenização para qualquer acidente médico, seja qual for a sua origem, culposa ou não. Existem também: o pagamento de abonos diários em caso de gravidez ou de licença por problema de saúde, a gratuidade da medicina do trabalho e da medicina escolar, os programas de proteção materna e infantil, de exames laboratoriais para diagnosticar certas doenças etc.

A repartição dos recursos financeiros é feita entre 3 regimes: trabalhadores(as) assalariados(as) e suas famílias (80% da população), agricultores(as), artesãos(ãs) e comerciantes-profissionais liberais. Há, em seguida, uma distribuição por região e por natureza das despesas: honorários dos clínicos gerais, honorários de especialistas, receitas de medicamentos, hospitais públicos, clínicas privadas, enfermeiros(as) liberais, transporte sanitário etc.

Por esse motivo, é bastante complexa a gestão da saúde na França. Embora as caixas de seguro-saúde financiem todos os tratamentos, seja diretamente por

3 Eles não são necessariamente gratuitos porque o(a) paciente pode se consultar com um médico cujos honorários não são reembolsados por seu seguro-saúde obrigatório ou complementar.

meio do «terceiro pagante», seja indiretamente, reembolsando os comprovantes de tratamento enviados pelo(a) segurado(a), seu poder restringiu-se progressivamente em benefício do Estado e de seus serviços externos. Elas possuem um papel apenas parcial na negociação dos honorários de profissionais de saúde. A hospitalização privada e pública e a farmácia estão sob a tutela do Estado, que delega essencialmente a agências regionais de hospitalização (ARH) a tutela do setor hospitalar.

O papel do Estado na Saúde aparece no controle dos serviços centrais, regionais e departamentais. Além das duas grandes direções do Ministério da Saúde, das quais a primeira, Direção Geral da Saúde (DGS), ocupa-se da saúde pública e a segunda, dos hospitais e da organização dos tratamentos (DHOS), existem as agências e o papel da União Europeia na regulamentação sanitária, através de normas comuns aos países-membros.

Ocorre também a feminização da medicina, uma vez que na França mais de 40% dos médicos em exercício são mulheres e mais de 50% dos estudantes de medicina são mulheres.

Os clínicos gerais são 50% dos médicos liberais (um pouco mais de 100.000). Cresce a presença dos médicos especializados. Não existem mais cirurgias gerais e, sim, cirurgias vasculares, cardíacas, urologistas, ortopedistas etc. Na França, os titulares de doutorado em medicina podem exercer as «medicinas suaves (alternativas), paralelas e chinesas». O sistema de saúde é composto de hospitais públicos, clínicas privadas e estabelecimentos de saúde com fins não lucrativos.

Os 1.032 hospitais públicos (dois terços dos leitos) escondem, sob um mesmo nome e um mesmo estatuto, uma enorme diversidade. Sua história remonta às primeiras épocas da cristandade. Os hospitais regionais e universitários, os hospitais gerais e os hospitais locais são todos oriundos de uma mesma história. O agrupamento mais importante deles – a Assistência Pública- Hospitais de Paris – emprega mais de oitenta mil pessoas e o menor hospital local, menos de trezentas. O que se tornara uma instituição da *Comuna de Paris* depois da Revolução Francesa, no ano de 1941 ainda se encontrava reservada aos «indigentes» e às vítimas de acidentes de trabalho. Hoje, essa organização é um estabelecimento complexo, um templo da tecnologia que abriga todas as especialidades médicas e todas as atividades ligadas à área de saúde dos países mais desenvolvidos.

As principais agências de saúde pública são as seguintes:

- O Instituto Nacional de Vigilância Sanitária (INVS), criado em 1998, é encarregado de efetuar a supervisão e a observação permanente do estado

de saúde da população, de alertar os poderes públicos em caso de ameaça à saúde pública e de desenvolver toda ação apropriada.

- A Agência Francesa de Segurança Sanitária dos Produtos de Saúde (AFSSPS), criada em 1998, tem como missão garantir a independência, a competência científica e a eficiência administrativa dos estudos e controles relativos à fabricação, aos testes, às propriedades terapêuticas e ao uso dos medicamentos e dos produtos de saúde. Ela deve participar da aplicação das leis e regulamentos relativos aos testes, à fabricação, aos diferentes processos de comercialização e à utilização dos produtos de finalidade sanitária ou cosmética. Ela expede as autorizações de comercialização dos medicamentos e exerce funções de polícia sanitária.
- A Agência Francesa de Segurança Sanitária dos Alimentos (AFSSA), criada em 1998, é encarregada de avaliar os riscos sanitários e nutricionais que possam apresentar os alimentos destinados ao ser humano e aos animais.
- A Agência de Segurança Sanitária do Meio Ambiente, criada em 2000, é encarregada de impulsionar e coordenar a perícia sobre os riscos relacionados ao ambiente físico.
- O Estabelecimento Francês do Sangue, estabelecimento público do Estado que sucedeu a Agência Francesa do Sangue, em 1992, deve zelar pela satisfação das necessidades em matéria de produtos sanguíneos lábeis, de garantir uma segurança máxima no funcionamento do sistema francês de transfusão de sangue e de favorecer a adaptação das transfusões de sangue às evoluções médicas e científicas.
- O Estabelecimento Francês de Transplantes (1994), estabelecimento público de caráter administrativo, coordena as atividades de retirada de órgãos e transplante, assim como os intercâmbios internacionais de órgãos para enxerto. Ele colhe as informações necessárias à avaliação e favorece a equiparação imunológica. Ele dá seu parecer no processo de autorização para a realização dos levantamentos e das atividades de transplante.

Em todos os hospitais, os(as) profissionais da Medicina, Biologia e Odontologia são empregados(as) como «práticos hospitalares», podendo, se quiserem, exercer uma atividade privada limitada no tempo e em matéria de rendimentos. A promoção é feita essencialmente por antiguidade. As outras categorias de pessoal são regidas pelo Artigo IV do Estatuto da Função Pública: a função pública hospitalar. Pertencendo ao mesmo grau e ao mesmo corpo profissional, uma pessoa

é, portanto, remunerada da mesma maneira em todo o território nacional, seja em se tratando de um(uma) biólogo(a) ou cirurgião(ã), de um(uma) anestesista ou dermatologista, vivendo em Paris ou no interior. Uma equidade de direito que produz iniquidades de fato.

As clínicas particulares foram criadas por cirurgiões ou obstetras e vêm se tornando progressivamente «hospitais privados». A lei de 1991 obriga os médicos de cada clínica a compartilhar um mesmo dossiê médico com seus colegas, a criar uma comissão médica de estabelecimento e a lançar procedimentos de avaliação da qualidade. Todavia, esse movimento ainda está longe de ser concluído. Os estabelecimentos com fins lucrativos são financiados por um sistema de preços baseado em diárias e tarifas que levam em conta a complexidade dos atos realizados durante o período de estada do paciente. Se a nomenclatura desses atos é nacional, os preços pagos e reembolsados podem ainda variar de um estabelecimento a outro.

Na França, um terceiro tipo de estabelecimento (14% dos leitos) é o dos hospitais privados que fazem parte do serviço público hospitalar (PSPH). Financiados, como os hospitais públicos, por uma dotação global, como as clínicas, eles são regidos pelo direito privado e quase sempre são instituições confessionais.

A partir dos anos 1990 e, sobretudo, dos Decretos de abril de 1996, o Estado tem tido maior influência, inclusive com a regionalização. A Agência Regional da Hospitalização controla a estratégia, o orçamento (hospitais públicos e PSPH) ou as tarifas aplicadas pelos estabelecimentos. Um procedimento nacional de credenciamento obrigatório⁴ foi instaurado. As normas multiplicaram-se e os estabelecimentos hospitalares passaram a se submeter a quarenta e duas normas: algumas delas são gerais (regulamentação quanto à prevenção de incêndios e atendimento ao público); outras são específicas (vigilância farmacêutica, vigilância de sangue, vigilância de material, luta contra as infecções hospitalares, segurança anestésica). Por fim, com exceção de médicos(as) liberais, a regra das trinta e cinco horas de trabalho semanal (trinta e duas para o pessoal noturno) aplica-se a todos(as) os(as) empregados(as), inclusive médicos(as) dos hospitais públicos. Sua aplicação gera dificuldades de funcionamento e custos suplementares.

Os problemas de financiamento e gestão, em face da crise econômico-social na França, vêm exigindo o enfrentamento de importantes questões: o estabelecimento de um novo acordo com a profissão médica, especificar os direitos e deveres de pacientes e médicos(as), o papel de clínicos gerais e especialistas, indicar quem ficará realmente encarregado do controle das práticas clínicas. O seguro-

⁴ Exceção francesa: na maior parte dos países ocidentais, ela é voluntária.

saúde e a divisão de competências entre o Estado e as caixas seguradoras, no que se refere à existência de regimes diversificados. A reforma dos hospitais públicos, com a tentativa de torná-los eficientes, flexíveis e inovadores.

O grande número de mortalidade entre os homens antes dos 65 anos é explicado, sobretudo, por comportamentos de risco e o consumo de álcool e tabaco. A França também é caracterizada por um elevado índice de suicídio. Esse índice cresce com a idade e chega a aproximadamente 3% das causas de mortalidade⁵. O índice francês é mais do que o dobro do que se constata no Reino Unido ou na Itália. Os acidentes e as mortes violentas representam (incluindo-se o suicídio) 9,5% das causas de mortalidade. No que se refere aos acidentes rodoviários, com mais de 8.000 mortos por ano, os franceses detêm, juntamente com os portugueses, o triste recorde europeu.

Existiam, em 2005, 4,7 milhões de beneficiários(as) da **Couverture Maladie Universelle Complémentaire** (CMUC), destinada aos(às) mais pobres.

A MORBIMORTALIDADE FEMININA NO BRASIL E NA FRANÇA

Após a análise dos sistemas de saúde no Brasil e na França, estudaremos a questão dos vários modos de adoecer e morrer da mulher em ambos os países. Em primeiro lugar, destacaremos a saúde da mulher adolescente, deixando de lado em nosso estudo as especificidades da mulher criança, uma vez que isto demandaria mais tempo de pesquisa e variadas determinações sociais que fugiriam do nosso propósito.

Feitas estas considerações, afirmamos que o quadro de morbimortalidade das mulheres adolescentes difere do dos homens na mesma faixa etária. Sendo a adolescência uma fase de grandes transformações físico-psíquicas, sociais e culturais é portadora de muitos conflitos. No Brasil, a escassez e a precariedade de educação em saúde, especialmente nas áreas rurais, contribuem para a gravidez na adolescência aparecer como uma das questões fundamentais da saúde da mulher, na atualidade. Assim, tem início cada vez mais cedo a experiência sexual, com os riscos de contaminação pelas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), incluída a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

O Ministério da Saúde⁶, em pesquisa nacional sobre a Saúde do Adolescente,

5 Essa porcentagem mal passava de 1% no início do século XX.

6 Os dados aos quais nos referimos a partir deste momento, foram obtidos através da BEMFAM, OPAS, PNAD, IBGE, e consultados no endereço eletrônico: A Saúde da Mulher. <http://www.saude.gov.br/programas/mulher/assist.htm> do Ministério da Saúde.

feita em 1998, estimou que aproximadamente 700 mil jovens, de 10 a 19 anos (faixa etária da adolescência) engravidaram e pariram. Nas áreas rurais, no ano de 1996, 20% das adolescentes tiveram, pelo menos, um filho. Nas cidades, a taxa era de 13%, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde realizada em 1999 pela Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM).

As doenças sexualmente transmissíveis, em particular a AIDS, atingiram, de acordo com dados do Ministério da Saúde sobre DST – AIDS, uma mulher para cada dois homens, em 1998. Isto significa um crescimento evidente na década de 90, uma vez que, no início (1990), uma mulher adoecia para cada quatro homens.

Das mulheres portadoras do vírus HIV, quase 60% eram donas de casa jovens (entre 20 e 29 anos de idade) e quase 63% delas foram contaminadas através de relações sexuais heterossexuais e monogâmicas. Tal fato exemplifica que por trás dessa realidade assustadora escondem-se o machismo, a promiscuidade sexual e o desrespeito à vida. Ou seja, expressa-se a subordinação de gênero no adoecer e morrer femininos. O velho dilema é posto: se a mulher sugere ou exige o uso da camisinha masculina, sofre a acusação de que possa estar traindo o parceiro. Por outro lado, se usa camisinha feminina, também é tida como libertina. Enfim, para assegurar a continuidade do relacionamento, a mulher, em geral, cede e fica à mercê de uma verdadeira roleta-russa.

Na França, apesar do grande avanço da educação em saúde, dilemas semelhantes fazem parte do cotidiano das mulheres, especialmente das mais pobres; as negras aí incluídas.

No capítulo seguinte – que fala sobre a saúde/violência – desenvolveremos melhor este assunto.

Ao lado dessas questões encontram-se as polêmicas sobre o aborto. Apesar da dificuldade óbvia de quantificar os abortos clandestinos, estes representaram no Brasil, de acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em 1998, 9% da mortalidade materna e 25% da esterilidade feminina, em virtude de suas complicações.

A lei brasileira ignora o fato de que o número de abortos clandestinos chegou perto de 1 milhão, em 1998, e significou a quinta causa de internação hospitalar do SUS, segundo a OPAS. Em 2010, o Ministério da Saúde informou que uma em cada cinco mulheres em idade reprodutiva havia feito aborto, no Brasil. Ao invés de encarar a realidade, os preceitos legais somente regulamentam o aborto legal em casos de estupro e de riscos para a gestante. Assim sendo, as mulheres mais pobres – a maioria – são obrigadas a correr sérios riscos ao se utilizarem de mecanismos selvagens e inseguros para interromper a gravidez. Quando procu-

ram o SUS, nos casos mais graves e complicados, muitas vezes são humilhadas e deixadas a sós com seu sofrimento, pelo preconceito dos profissionais de saúde e pelo machismo preponderante.

A polêmica sobre a legalização do aborto foi um dos temas da(do) candidata(o) à eleição presidencial brasileira, no segundo turno, em outubro de 2010.

O estresse vivenciado pelas mulheres em razão de suas múltiplas obrigações na casa e na rua, aliado à crescente feminização da pobreza no Brasil contemporâneo, contribuem para que sejam vítimas crescentes de doenças cardiovasculares, incluindo a hipertensão, os acidentes vasculares e o enfarte, campeãs em causas de morte no País.

Os diversos tipos de câncer também se constituem em parte das doenças crônico-degenerativas que mais matam as(os) brasileiras(os). O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou que as mulheres, em 2000, foram as mais atingidas pela moléstia. O de mama, que mais incide na população feminina, subiu, de 1980 a 1997, de 6,1 casos por 100 mil habitantes para 9,3 por 100 mil.

Além do câncer de mama, os de colo de útero e de pele também atingem cada vez mais as mulheres, o que expressa a precariedade dos programas de prevenção e de educação em saúde, já que todos esse tipos são curáveis em alta proporção desde que sejam precocemente diagnosticados através de exames médicos rotineiros. O aumento da expectativa de vida também explica o crescimento dos casos na população feminina que vive, em média, mais do que os homens. Em 2000, o INCA estimou em 3,6 mil mulheres mortas em razão do câncer de colo do útero e 8,2 mil de câncer de mama. Em 2010, esses dois tipos de câncer continuam aumentando e ainda são importantes causas de mortalidade feminina no Brasil.

A Organização Panamericana de Saúde, por sua vez, com dados de 1997, apresentou o seguinte quadro de mortalidade materna no Brasil, associada à gravidez, parto e pós-parto com complicações: houve 110 mortes para cada 100 mil nascidos vivos. Vale lembrar que, nos países de 1º mundo, como o Canadá, esse tipo de mortalidade é de cerca de 10 mortes para cada 100 mil nascidos vivos. O Ministério da Saúde estima que, no ano 2000, cerca de 32% das mulheres não realizaram o pré-natal nas áreas rurais. Nas urbanas, o índice é de 8,6%. Daí as mulheres rurais estarem distantes do que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda: o mínimo de 6 consultas pré-natais e uma após o parto. Assim, morrem mulheres por causas que são preveníveis na gestação, como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e infecções gerais. Em 2010, tal quadro ainda tem sido observado, especialmente no que se refere às áreas rurais.

Com a precariedade/escassez de programas de educação sexual, muitas mulheres das áreas rurais e das periferias urbanas são vítimas de profissionais de saúde que desconhecem as estratégias de informação em saúde, apropriadas àque-

las que têm baixa escolaridade e encaram o sexo como vergonhoso. Um exemplo disto é o fato de se encontrar casos de mulheres que engravidaram ao colocar pílulas anticoncepcionais na vagina, ao invés de tomá-las oralmente. Isto ocorreu pela falta de compreensão do(da) profissional de saúde sobre a importância de explicar como funciona o corpo da mulher. Ora, em sua lógica própria, ela deduziu que se o ato sexual – em geral – ocorre pela via vaginal e se o bebê nasce, em parto normal, pelo mesmo lugar, logo, a pílula para evitar a gravidez poderia ser introduzida na vagina.

Os relatos semelhantes de profissionais em serviços sanitários demonstram que esses acontecimentos são relativamente comuns, apesar de se viver hoje em dia na era da informação e em pleno século XXI.

Considerando-se que, de acordo com o Ministério da Saúde, em 2000, cerca de 5% dos(das) brasileiros(as) não tiveram acesso a serviços de saúde no País – estando a maioria no campo – pode-se entender a gravidade da questão social brasileira a partir dessa omissão da política de saúde.

No Brasil de hoje, adolescentes e adultos jovens são vítimas preferenciais de mortes por causas externas: homicídios, acidentes de trânsito, domésticos e do trabalho e suicídios.

Por sua vez, aumentam também as demandas por saúde dos(das) que chegam à 3ª Idade. Em 1999, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), constatou que o número de brasileiros(as) com 60 anos ou mais chegou a 9,1% da população total. Isto significa o crescimento de doenças crônico-degenerativas e da consequente pressão por assistência médica e serviços sociais, em geral. Em 2010, o crescimento desse tipo de demanda mantém-se.

Os dados que se seguem foram retirados da publicação “L'État de Santé de la Population en France en 2006 (Ministério da Saúde e da Coesão Social da França, 2006) – indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique”.

Em 1º de janeiro de 2006, a população francesa era de 62,9 milhões de habitantes. Destes, 61,0 milhões habitavam o território metropolitano e 1,9 milhão viviam nos Departamentos de Além Mar (Départements d'Outre-Mer-Dom). A França representa 13,6% da população da Europa dos 25.

A esperança de vida ao nascer era de 76,7 anos para os homens e de 83,8 anos para as mulheres. Isto quer dizer que as mulheres vivem mais que os homens e que a solidão é essencialmente feminina. Em especial porque eles refazem suas vidas afetivas, em geral, com mulheres mais jovens. As mais velhas, quando perdem seus parceiros, encontram mais dificuldades de retomar seus vínculos amorosos, em casos de viuvez e de separações.

A partir de dados do site www.insee.fr, em 2004, a taxa de natalidade era de 12,8% e a de mortalidade 8,3%. O indicador conjuntural de fecundidade era de 1,91 criança por mulher. A estrutura de lares de acordo com o tipo de família era de 32% de casais com filhos(as); 31,4% de pessoas sós; 27,6% de casais sem filhos; 7,1% de famílias monoparentais e 1,9% de outros lares.

Quanto aos grupos de idade, 54,3% era de 20 a 59 anos; 25,1% de menos de 20 anos; 20,6% de 60 anos ou mais, sendo a idade média de 39,2 anos.

Em 2004, as despesas com educação foram de 7,1% do PIB. A educação (pré-escolar, fundamental e média) é gratuita e obrigatória. O ensino superior compreende 83 universidades e 3.600 estabelecimentos de ensino superior em toda a França. (dados do site www.education.gouv.fr)

O País, em janeiro de 2004, tinha 27,5 milhões de habitantes na faixa da população ativa. Os(as) desempregados(as) eram 8,9% do total de trabalhadores(as), em julho de 2006.

O orçamento doméstico era repartido como se segue:

- 24,5% habitação, eletricidade, aquecimento;
- 17,7% alimentação, bebidas, fumo;
- 17,6% transportes e comunicações;
- 9,4% lazer e cultura;
- 5,9% equipamento e manutenção de habitação;
- 5% vestuário;
- 3,4% saúde
- 16,5% outros bens e serviços (restaurantes, viagens etc.)

A renda salarial, em 1º de julho de 2005, tinha um valor mensal bruto do salário mínimo interprofissional de crescimento (SMIC) que era de 1.217,88 euros por 35 horas de trabalho semanal.

A França possui cerca de 2 milhões de pessoas (8% da população ativa) sindicalizada. Ou seja, tem a taxa mais baixa de sindicalização da União Europeia. O estado de saúde da população na França é considerado, comparativamente aos países de mesmo nível de vida, como sendo bom. As mortes evitáveis – mortalidade prematura – atingem mais os homens. O câncer e outras patologias provocadas pelo tabaco e pelo álcool, junto com os suicídios e os acidentes de trânsito são as principais causas dessa mortalidade masculina prematura e evitável. Assim, as mulheres são menos frágeis do que os homens, tendo uma expectativa de vida maior.

Os problemas de saúde, conforme afirmamos ao longo deste trabalho, estão ligados à qualidade de vida. Apesar da existência da Cobertura de Doença Universal (CMU) e das Permanências do Acesso aos Cuidados de Saúde (PASS), em 2004, 10% das pessoas adultas de mais de 18 anos declararam não poder ter realizado cuidados dentários e/ou compra de óculos ou de lentes, por razões financeiras. A maioria sendo do sexo feminino.

O consumo de álcool vem diminuindo na França, mas seu uso de risco continua sendo importante, sobretudo, entre os homens. A França continua a ter um dos mais altos índices de consumo de álcool na União Europeia.

As mudanças na alimentação e o aumento do sedentarismo são responsáveis pelo crescimento da obesidade e do sobrepeso, fatores de risco para doenças crônicas como diabete e doenças cardiovasculares. Como se sabe, o País tem na gastronomia um de seus pontos fortes.

As doenças infecciosas continuam respondendo por grande parte da morbidade e pelo desenvolvimento de preocupante resistência bacteriana aos antibióticos. As regiões mais atingidas são os Departamentos da França na América e na Île-de-France. A AIDS apresentava uma taxa de incidência de 2,5 por 100 mil habitantes em 2004, tornando a França o 4º País da Europa Ocidental mais atingido pela doença, após Portugal, Espanha e Itália. Por essa razão, existe um programa nacional de luta contra o IVH/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, com ênfase na prevenção, no diagnóstico e no tratamento terapêutico. O sistema de vacinação francês é bastante importante e atinge as crianças em mais de 95% de cobertura vacinal. A França é um dos países que mais consomem antibióticos entre os europeus.

Os vários tipos de câncer são um problema de saúde pública para os adultos. Os homens morrem duas vezes mais de câncer do que as mulheres. Acredita-se que isto se deve ao abuso de álcool e tabaco, à alimentação e à exposição aos riscos profissionais. Em 2007, passou a vigorar a lei antitabagista, a ser aplicada em bares, restaurantes e demais lugares públicos fechados.

Entre as mulheres, o câncer do seio tem aumentado na França, embora exista um programa nacional de diagnóstico do câncer do seio, desde 2004, para todo o território. O câncer de colo de útero vem sendo reduzido por causa do diagnóstico feito precocemente. O melanoma é um dos mais graves tumores malignos da pele.

O diabete é uma importante doença crônica. As doenças cardio-vasculares, ao lado do câncer, são as causas mais frequentes de mortes na França. As doenças cerebrovasculares também o são.

No que se refere às doenças psíquicas, estas repercutem de forma acentuada

na qualidade de vida da população francesa, que é uma das maiores consumidoras de antidepressivos do mundo.

Os suicídios e os traumatismos são frequentes entre os homens e os jovens (homens e mulheres). A França é um dos países recordistas em suicídios na Europa, representando a segunda causa de mortalidade prematura evitável para os homens e a primeira para as mulheres. Muito ligados à depressão, os suicídios demandam ações de prevenção e formação de pessoal adequado nos serviços de saúde. Os acidentes de trânsito também são importantes, embora venham diminuindo. Entre as crianças de menos de 14 anos, os acidentes domésticos, escolares, esportivos e de lazer são os mais importantes, apesar das campanhas educativas sobre o assunto. Os meninos são duas vezes mais atingidos do que as meninas.

As pessoas de 65 anos ou mais sofrem de quedas e de acidentes da vida cotidiana. Com o envelhecimento da população francesa, faz-se necessária a adoção de campanhas educativas de prevenção, especialmente no espaço doméstico.

A taxa de mortalidade materna é de 9 a 13 mortes por 100 mil nascidos vivos. A utilização de meios contraceptivos é bastante ampla, incluindo a interrupção voluntária de gravidez (IVG). Legalmente, as mulheres fazem uso das IVG, notadamente as mais jovens do sul da França, da Île-de-France e DOM.

Os problemas mais importantes, em razão do envelhecimento, estão ligados às cegueiras, problemas de audição, às depressões, à incontinência urinária e à osteoporose.

Finalmente, o uso de psicotrópicos tem sido enfrentado através de tratamentos de substituição e de prevenção pelos serviços de saúde.

SAÚDE DA MULHER NEGRA NO BRASIL E NA FRANÇA

As desigualdades de classe, raça/gênero persistem no Brasil e na França. Existem diversificados mecanismos que naturalizam a discriminação racial e escamoteiam as demandas de negros(as) por acesso à qualidade de vida e, por conseguinte, à saúde. A discriminação indireta reduz a igualdade a seu aspecto formal, deixando de levar em conta as demandas específicas.

Assim sendo, as políticas públicas de saúde, desde o ponto de vista das relações raciais, restabelecem mecanismos de diferenciação entre brancos(as) e negros(as) no Brasil e na França, apesar dos discursos de igualdade.

No Brasil, os(as) negros(as) apresentam maiores taxas de mortalidade infantil, mortalidade materna (obviamente no caso das mulheres), mortes por cau-

sas externas, mortes por causas evitáveis e menor esperança de vida, quando comparados(as) à população branca. Desse modo, constituem os(as) negros(as) o maior contingente de usuárias(os) da rede SUS.

Os(as) negros(as) representam 45% da população brasileira, sendo cerca de 65% da população pobre e 70% da população em extrema pobreza.

Na França, a pobreza também tem cor e é negra. Diferentemente do Brasil, não se busca explicitar o recorte racial da pobreza, em nome da pretensa argumentação da igualdade formal perante a lei, conforme já referido anteriormente.

Em ambos os países, a vulnerabilidade da população negra e pobre é reforçada em razão da não adoção de ações efetivas de enfrentamento de recorte racial nas políticas de saúde. No caso brasileiro, a força das lutas sociais resultou em intenções, embora o gesto nem sempre seja efetivado em ações concretas.

No Brasil e na França, a população negra é desatendida nos serviços de saúde, na medida em que suas demandas têm a marca da invisibilidade e, por conseguinte, do não reconhecimento de suas especificidades. E isto se pode observar, no Brasil, pela existência de discursos descolados de ações em saúde. Na França, pela não existência sequer do debate sobre as especificidades do adoecer/morrer de negros(as) nas ações de saúde. Como já afirmamos ao longo deste estudo, para que seja enfrentada a realidade da mulher negra, em ambos os países, faz-se imprescindível reconhecer/realizar práticas em saúde coletiva já legitimadas no papel. Sobretudo na França, o caminho a ser seguido passa pelo reconhecimento de que a doença e a morte têm cor.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A história de vida da mulher na adolescência, que vivencia a gravidez nessa fase, caracteriza-se, no Brasil e na França, pelo adiamento de projetos de vida, pelo afastamento da escola e pelo fato de que tem de enfrentar o desafio de criar um(uma) filho(a) e educá-lo(a), muitas vezes em meio à pobreza. Assim, fica mais sujeita a eclâmpsia, anemia, desproporção cefalopélvica, hemorragia, parto difícil e prolongado; em outras palavras, à morte materna. O risco da gravidez precoce estende-se ao bebê, comprovadamente sujeito a maior incidência de baixo peso ao nascer, maior índice de prematuridade e mortalidade infantil mais elevada.

No Brasil, a adolescente tem, em geral, iniciação sexual precoce sem acesso à educação sexual, sob influência dos meios de comunicação. Em sua casa, através

do rádio e TV, se informa sobre a sexualidade, sendo bombardeada pelo erotismo e pelos apelos de consumo que não pode efetivar, diante da sua pobreza.

Através de novelas e programas de auditório da TV, toma conhecimento dos métodos de prevenção da gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis. No entanto, a informação não foi levada em conta na primeira relação sexual. Sujeita à erotização precoce, à iniciação sexual desinformada e à gravidez inesperada, ainda tem que enfrentar os precários serviços de saúde em busca da atenção pré-natal.

Apesar da existência do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), tal estratégia ministerial de prevenção de DST-AIDS e de gravidez adolescente, principalmente, em muitas áreas brasileiras tem se mantido no papel.

Adolescentes que têm vida sexual ativa, sem companheiro fixo, estão no grupo mais vulnerável para as DST-AIDS. No entanto, em grande parte dos serviços, os anticoncepcionais são usados sem oportunidades de participar de ações de educação em saúde que muito poderiam contribuir para que conhecessem melhor seu corpo, suas fragilidades, superando as inseguranças e ansiedades tão comuns nessa fase do ciclo de vida feminino.

Parece-nos possível concluir que, na rede local do SUS, não se observa uma resposta efetiva às demandas por saúde das mulheres adolescentes. Em razão das precárias condições de vida, elas são mais vulneráveis às moléstias infecciosas e parasitárias, complicações advindas do parto/puerpério; DST-AIDS, abortos clandestinos, violências sexuais etc. É grande o estresse que enfrentam nessa fase de tão rápidas e profundas mudanças em seus corpos-mentes, na segunda década da vida. Mudam suas posturas diante da família, da sociedade, de si mesmas porque as jovens estão vivenciando a transição da fase infantil para a vida adulta. E isto precisa ser compreendido e incorporado nas políticas públicas.

A sexualidade feminina difere da masculina na adolescência porque, inclusive, o machismo reinante reforça a permissividade do homem e as proibições referentes à mulher. A esta última se interdita a busca do prazer, os jogos sexuais sem culpas. À falta de diálogo em casa e na escola (ou em qualquer outro espaço de exercício da sociabilidade), alia-se a escassez de iniciativas de práticas educativas em saúde da(do) adolescente.

Os tabus do corpo, suas interdições, “zonas de risco”, superstições levam a adolescente a se referir à menstruação, aos odores corporais com nomes depreciativos: “Chico”, “incômodo”, “estar de boi”, “estar naqueles dias”, “nhaca”, “fedor”. Assim, são passadas de mãe para filha, de geração em geração, ideias negativas sobre o que nos diferencia do mundo masculino. São os recortes de gênero no processo de se fazer mulher. Se estes não estiverem bem compreendidos e aceitos

como desafios para a construção da visão da totalidade da saúde feminina no SUS, evidentemente, não poderemos falar em serviços de atenção à saúde sob a ótica do direito e da igualdade, na diferença.

A pesquisa no Brasil e na França revelou-nos a interiorização da subalteridade da mulher na sociedade, que se reproduz nos serviços de saúde. Ela não exercita a possibilidade de pensar criticamente sobre seu corpo-mente. A equipe de saúde o faz em meio a relações que reforçam posturas autoritárias, negadoras da liberdade de escolha, da autonomia e do protagonismo feminino tão presentes no discurso.

Não há incentivos à sua capacidade de autorreflexão sobre o corpo e ao seu autocuidado. O “poder médico” se materializa de forma autoritária, reforçando a passividade e a subordinação das mulheres. Não lhes são dadas as informações e os conhecimentos necessários ao exercício do poder de decisão sobre as questões referentes a sua saúde. Daí verificarmos o frequente não acesso às informações e aos serviços, bem como o não envolvimento da mulher na solução de seus problemas, apesar do discurso em contrário.

Nos lares das periferias urbanas pobres brasileiras e francesas, as vidas são reguladas pela escassez. De pão, do vestir, do viver, das condições concretas que propiciam o ser saudável. É uma questão de classe, justamente daquela que, estando “livre” – expropriada para e pelo capital – cria estratégias cotidianas de resistência face à exploração.

Essa vida dura faz envelhecer as mulheres, que aparentam ter mais anos de idade. Daí nos fazendo pensar a respeito da articulação entre saúde e gênero porque põe em evidência aspectos estéticos (a beleza) que também se reportam à sua condição de pobreza, ao maltrato de vida.

IDOSOS/IDOSAS

Na chamada fase da meia-idade, a transição da fase de reprodução para a pós-reprodutora é difícil de lidar. Nesse período, a mulher tem que aprender a conviver com um corpo que começa a ficar mais frágil, entrando num emaranhado de riscos de doenças crônico-degenerativas.

Nessa faixa etária, ela começa a vivenciar a consciência dos limites, a pensar na finitude da vida. Isto é amedrontador – a morte passa a ser uma possibilidade à sua espreita, à espera. Daí o ingresso na última etapa do ciclo de vida vir acompanhado de mudanças biopsicossociais importantes.

Ao longo de nosso estudo, abordaremos as questões da saúde da mulher negra sob o prisma da importância da articulação das categorias gênero, raça/etnia e classe social. Desse modo, trataremos de conhecer, comparativamente, as realidades brasileira e francesa na contemporaneidade, conforme já explicamos.

A inexistência do “quesito cor” nos dados sociais oficiais da França dificultou bastante a nossa intenção inicial de comparar com os fornecidos pelos organismos estatais brasileiros. Por isso mesmo, recorreremos a estudos realizados por pesquisadores(as) vinculados(as) às lutas sociais de mulheres e de militantes contra o racismo/xenofobia, disponíveis na França. Tal estratégia, propiciou uma melhor compreensão da condição da mulher negra naquele País, embora tenha sido impossível estabelecer as análises comparativas conforme havíamos planejado antes de entrarmos em contato com a realidade francesa, durante nossa permanência ao longo do ano de 2006, para o Estágio Pós-Doutoral.

Concordamos com Fátima Oliveira (1999) quando explicita que:

Precisamos de novos e mais completos modelos para explicar o processo saúde/doença, que considerem a condição biológica; as opressões de gênero e racial/étnica; e as condições locais onde as pessoas vivam. Necessitamos de um novo paradigma, cujo alicerce é o entendimento de que as doenças raciais/étnicas encontram-se no interior da compreensão da interpenetração de “classe”, “sexo/gênero” e “raça/etnia”. (Oliveira, 1999, p. 424).

Apesar da complexidade de realizar o estudo comparativo em meio a decisões sobre os obstáculos trazidos pela não existência de condições semelhantes referentes aos dados, o desafio estava posto. A saída que encontramos foi buscar as semelhanças e as diferenças através de estudos realizados por pesquisadores(as) envolvidos(as) no calor da luta social na França, como forma de superar a inexistência de dados do “quesito cor” nas informações oficiais.

Ademais, também enfrentamos, no que concerne aos dados oficiais brasileiros, a complexidade da baixa confiabilidade, da escassez e até mesmo da inexistência de elementos fundamentais para a realização do estudo.

No Brasil, o Núcleo de Estudos da População da Universidade Estadual de Campinas foi um dos pioneiros na abordagem da saúde da população negra. A pesquisadora Elza Berquó e sua equipe de estudos demográficos são destaques nesse campo. Aliás, a citada cientista, desde os anos 1990, dedicou-se à pesquisa sobre a saúde reprodutiva da mulher negra, em São Paulo. Tais contribuições tornam visíveis as relações entre as doenças mais frequentes e grupos “étnicos e raciais”, como os judeus, os ciganos, os negros, os índios etc.

Fátima Oliveira, a cientista anteriormente referida, a este respeito afirma:

A anemia falciforme é um exemplo. Originária da África, prevalece em negros – o que nos permite afirmar que é uma “doença racial”. Análises de DNA revelam vários tipos de anemia falciforme. Três são oriundos de focos denominados “geográficos” – Benin, Senegal, Camarões – cujo grupos populacionais são diferenciados (inclusive culturalmente); e um coincide com um grupo étnico (Banto). (Oliveira, 1999, p. 420).

As considerações que se seguem, portanto, partem do pressuposto da abordagem aproximativa da totalidade para a compreensão das articulações existentes entre as categorias “classe, gênero e raça/etnia” com a questão da saúde da população negra, no Brasil e na França, de forma comparativa.

O Brasil e a França têm vivenciado grandes mudanças em termos demográficos e epidemiológicos. Nos dois países, observa-se a queda da mortalidade combinada com a redução da fecundidade, resultando no aumento populacional dos(das) mais velhos(as). Em 2000, por exemplo, as mulheres brasileiras viviam quase oito anos a mais que os homens.

Nos dois países, a mortalidade geral da população se deve principalmente às doenças crônicas não transmissíveis. Assim, as doenças cardiovasculares matam os homens e as mulheres, enquanto que as neoplasias malignas são campeãs entre as mulheres.

No Brasil, os homens na faixa etária de 15 a 49 anos vão a óbito, primordialmente, pelas chamadas causas externas. Como já dissemos, as mulheres são vitimadas pelas doenças do aparelho circulatório e por neoplasias malignas. A mortalidade feminina decorrente de complicações da gravidez, parto e puerpério – conhecidas como causas maternas – tem o significado perverso da inadequação dos serviços de saúde, uma vez que são predominantemente evitáveis. Para tanto, a assistência deveria ser adequada à condição da mulher nesta fase da vida.

Em relação às neoplasias malignas, as mulheres morrem mais daquelas relacionadas ao seio e ao colo de útero. Na França, essas neoplasias malignas ocorrem mais frequentemente nas mamas e, em menor proporção, no colo de útero, em relação ao Brasil.

Para se compreender as especificidades do adoecer/morrer de determinados grupos raciais/étnicos, como brancos, indígenas, amarelos, negros, deve-se buscar na inter e transdisciplinaridade das Ciências Humanas e da Saúde (Ciências Médicas) as fontes de estudos. Assim, demarcando o perfil epidemiológico da população iremos encontrar a prevalência e a singularidade dos processos de morbidade/mortalidade. Tais processos, evidentemente, devem ser analisados

historicamente à luz das categorias de classe social, gênero, raça/etnia, em suas articulações complexas.

Diversos(as) autores(as) têm buscado analisar os problemas de saúde da população negra, a partir da classificação de sua morbidade.

Desse modo, encontramos doenças, agravos e condições de saúde/doença que têm componentes genéticos, dentre estes encontram-se: anemias falciformes e deficiência de glicose 6 – fosfato desidrogenase; ou dependentes de elevada frequência de genes responsáveis pela doença ou a ela associadas – hipertensão arterial e diabetes mellitus.

No Brasil, o Ministério da Saúde (Portaria GM/MS nº 822, de 6 de junho de 2001 – Programa Nacional de Triagem Neonatal/ PNTN.) criou as condições para a triagem das anemias falciformes e de outras doenças congênitas.

Na França, não podemos dizer o mesmo, na medida em que o Sistema Nacional de Saúde, ao contrário do SUS brasileiro, não especifica as doenças, agravos e condições de saúde/doença da população negra. Sendo assim, impossibilita a análise comparativa Brasil/França.

Sabemos que a anemia falciforme é hereditária e decorrente de mutação genética que se deu na África há milhares de anos.

No Brasil, de 6 a 10% da população negra apresentam o gene recessivo causador, enquanto que, na população geral brasileira, as frequências se situam entre 2% e 6%.

SAÚDE REPRODUTIVA

A saúde reprodutiva tem características diferenciadas quando comparamos os dois países. No Brasil, a redução da taxa de fecundidade feminina é um fenômeno semelhante ao que ocorre na França. O uso de contraceptivos diversificados também se assemelha nos dois países. No entanto, no caso brasileiro existe a tendência indiscriminada de se realizar esterilização cirúrgica em mulheres jovens pobres, especialmente em períodos de eleição, como moeda de troca eleitoral.

Existe também a associação entre a laqueadura e a prática de abortos como resultados de “negociações” de cunho eleitoral, particularmente em áreas de concentração de pobreza urbana e rural, no Brasil. Esta questão foi explicitada em outro ponto de nosso estudo.

Quando se analisa a saúde da mulher, aparecem as suas variadas expressões. A saúde reprodutiva e a saúde sexual são comumente utilizadas na análise. A

reprodução, por exemplo, se refere às práticas de saúde articuladas à questão do exercício livre da sexualidade, enquanto direito feminino. Desse modo, pode-se pensar em integralidade de práticas sociais que consideram a saúde da mulher de forma articulada aos temas da reprodução/sexualidade.

O processo de medicalização da vida deve ser entendido, do ponto de vista da mulher, como intrinsecamente vinculado à realidade histórico-social. O enfoque à saúde materno-infantil, em tempos de consolidação do capitalismo industrial, explica a direção que se deu à relação mãe-filho. Sendo assim, a gravidez, o parto e o puerpério tratavam de garantir a saúde de ambos, influenciando o modelo assistencial sanitário, tanto na França como no Brasil. A tomada de consciência de que a saúde da mulher deve ser entendida para além da função materna provocou intensos debates e lutas sociais.

Debates em torno do reconhecimento do direito de dispor livremente do seu corpo, bandeira de luta feminina e feminista desde os anos 70 do século XX, em todo o mundo.

O reconhecimento da importância da visão de integralidade buscou romper com os limites da saúde materno-infantil. Isto se deu a partir de premissas que enfocavam a determinação social da saúde e da doença, em uma sociedade produtora de desigualdades sociais de gênero, de classe, de raça/etnia.

Problematizando essas questões, as lutas sociais das mulheres realizaram esforços para criticar o modelo dominante de oferta de serviços de saúde materno-infantil. O sofrimento, a doença e os agravos à saúde da mulher, a partir desses esforços, passaram a ser entendidos sob o prisma da dominação de gênero enquanto expressão da alienação/estranhamento.

De acordo com o Ministério da Saúde, em 2004, o Brasil era considerado o 5º País da América Latina com taxas mais altas de mortalidade materna. Esta mortalidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como aquela morte ocorrida durante a gestação ou no período de 42 dias após o final da gravidez, em consequência de qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez, ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais. Seu coeficiente é considerado baixo quando se situa em até 20 por cada 100 mil nascidos vivos. Ela é média quando se apresenta de 20 a 49 por 100 mil nascidos vivos; alta entre 50-149/100 mil nascidos vivos e muito alta quando maior que 150/100 mil nascidos vivos. No Brasil, o Ministério da Saúde registrou a mortalidade materna de 134,7 óbitos por 100 mil nascidos vivos, com causas referentes à falta de atendimento de saúde antes do parto, no parto e na fase do puerpério imediato, em 2004. Na França, o coeficiente de mortalidade materna é considerado baixo, em razão da quase universalização dos serviços de saúde.

No Brasil, as causas mais frequentes de morte materna são a hipertensão, as hemorragias, as doenças do aparelho circulatório que se complicam durante a gravidez, o parto e o puerpério, infecção puerperal e aborto, segundo dados do Ministério da Saúde.

Isto ocorre principalmente entre jovens com baixa escolaridade, pobres, negras e vítimas de escassez/falta de condições de acesso/qualidade em relação aos serviços de saúde.

No Brasil, o uso abusivo de cesarianas também contribui para o aumento da morbidade/mortalidade materna, ao contrário da França. Neste País, o parto cirúrgico somente é indicado por razões de segurança da parturiente.

Em geral, os depoimentos das mulheres negras, pobres, imigrantes e daquelas consideradas pela cor da pele/origem não francesa expressam uma realidade semelhante à brasileira. Em ambos os Países, essas mulheres sofrem discriminações institucionais e carregam o sentimento de vulnerabilidade que negam sua autonomia e condição de portadoras de direitos.

A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) marca o debate a respeito da responsabilização dos homens e mulheres, da visibilidade dada às necessidades de informações e de meios que garantam os direitos reprodutivos como questão de saúde coletiva. O Brasil e a França participaram do referido debate.

As polêmicas sobre o aborto e o exercício da sexualidade, enquanto direito feminino, aparecem no cenário de pressão exercida pela Igreja Católica e por grupos conservadores. No entanto, em todo o mundo torna-se corrente a preocupação com os impactos decorrentes das práticas de saúde tradicionalmente exercitadas pelas vias da negação da autonomia feminina.

O aborto decorrente da escassez/falta de uma visão de integralidade da saúde da mulher é responsável por altos índices de mortalidade no mundo. No Brasil, por exemplo, a lei somente permite o aborto terapêutico – em casos de riscos de morte materna. O aborto resultante do estupro também pode ser tratado por meios legais como direito da mulher. Na França, as práticas abortivas nos serviços de saúde são protegidas pela lei, aplicando-se, diferentemente do Brasil, aos casos que vão além dos citados anteriormente, quando falamos no caso brasileiro.

Nos dois países, observa-se o aumento dos índices de gravidez entre as adolescentes. Assim, também cresce o risco de mortalidade adolescente por causa dos riscos da gravidez nesta fase da vida: toxemia gravídica, eclâmpsia, anemia e riscos de abortamento são exemplos.

Os problemas enfrentados pelas adolescentes grávidas vão além dos riscos e agravos à saúde. Em geral, elas ainda se defrontam com a interrupção dos estu-

dos, a dificuldade de entrar no mercado de trabalho, além do abandono por parte de seus companheiros e familiares. Tais pressões levam, em muitas situações, às práticas de abortamento em condições perigosas e de forma clandestina, no que se refere ao Brasil. Na França, ao contrário, os serviços de saúde estão preparados para o atendimento das mulheres que desejam interromper legalmente a gravidez. Sendo assim, as mulheres francesas não têm que se submeter à Via-crúcis daquelas brasileiras que buscam abortar em condições de segurança e veem seu direito negado, com exceção dos casos citados.

O aborto legalizado, por isso mesmo, poderia salvar milhares de brasileiras mais pobres e vulneráveis que morrem e/ou são mutiladas todos os anos, vítimas da discriminação. Essas mulheres não são protegidas e, o que é pior, não têm acesso a medidas que ajudem a reduzir a distância que as separa daquelas que têm recursos financeiros para abortar.

Por último, a descriminalização e a legalização do aborto são formas de retirar da mulher o peso da decisão de abortar. Peso este aprofundado pela hipocrisia sexista e conservadora que representa mais uma forma de violência contra a mulher.

ANEMIAS FALCIFORMES

De acordo com a **“Cartilha de Anemia Falciforme” da Doutora Heloísa Helena Arantes Gallo da Rocha, Membro do Conselho Científico da Associação de Falcêmicos do Rio de Janeiro – AFARJ, de março de 2001**, esta doença hereditária é muito comum na população negra no Brasil. Segundo a autora, “aproximadamente 1 criança afro-brasileira em cada 37 400 crianças nasce com a doença falciforme. Cerca de 1 em cada 8 afro-brasileiros tem o que é chamado de traço falcêmico.” (Rocha, 2001, p. 1).

Essa doença originou-se entre populações da África, especialmente tendo sido difundida em razão do comércio de escravos(as) no século XVI, para a Europa, as Américas e o Caribe. Por isso mesmo, a influência do tráfico de escravos(as) ao longo do processo de colonização contribuiu para a disseminação das doenças falciformes e de outras.

Na anemia falciforme, as células afoiçadas, daí o nome falciforme, são endurecidas e facilmente quebráveis, com tempo de vida de metade do tempo daquele de uma célula normal. Tal irregularidade dificulta a passagem das células pela rede do sangue, o que traz dores intensas, sensação de cansaço e falta de apetite.

Quando ocorre o bloqueio do fluxo de sangue aos tecidos e órgãos do corpo, os sujeitos portadores entram em crise falcêmica e sentem muita dor. Em muitos casos, as crises podem lesionar importantes órgãos como o cérebro ou o pulmão, acarretando até mesmo a morte.

As pessoas mais expostas a infecções, febre alta, exposição a temperaturas elevadas ou muito baixas e a situações que geram a desidratação do corpo necessitam de acompanhamento médico intenso. Nos casos em que apresentam dor, anemia e icterícia, ou seja, sintomas geralmente decorrentes de esforços físicos elevados, o atendimento médico deve ser imediato.

Os serviços de saúde devem realizar o diagnóstico, o acompanhamento clínico e o processo de educação em saúde dos(das) portadores(as) da doença. Em recém-nascidos(as), aplica-se o “teste do pezinho”. Em outras faixas etárias, “o teste de afoijamento” deve estar ao alcance de toda a população negra.

As mulheres devem evitar o uso de anticoncepcionais orais por causa do risco do aumento de trombozes. Considerando-se uma maior possibilidade de risco de infecções, bem como a possibilidade da doença se apresentar sem sintomas, o acompanhamento médico é fundamental.

Os esforços físicos de grande impacto devem ser evitados, o que representa um grande desafio para aqueles(as) trabalhadores(as) braçais. Assim, tendo-se em vista que tanto no Brasil como na França a população negra está predominantemente ocupada em atividades que exigem esforço físico importante, podemos reconhecer os riscos advindos dessa situação empregatícia.

Pelo exposto, devemos esclarecer que os fatores perversos vinculados à desigualdade social, com ênfase na discriminação racial, resultam num quadro de morbidade/mortalidade diferenciada de mulheres e homens negros. Por isso mesmo, em relação ao Brasil, as ações integrais, gerais e horizontais da lógica de acesso universal do SUS não devem deixar de fora tais especificidades. Na França, as necessidades de grupos populacionais específicos também são deixadas de lado, contribuindo para a invisibilização do adoecer/morrer de negras(os). Em nosso estudo, não encontramos lá quaisquer referências sobre a importância da anemia falciforme em sua articulação com a questão da saúde da população negra.

No Brasil, desde 1996, vem sendo realizado um processo de reconhecimento público sobre a especificidade do adoecer/morrer da população negra. Naquele mesmo ano, deu-se a realização de uma Mesa-Redonda sobre Saúde da População Negra, promovida pelo Ministério da Saúde, Fundação Cultural dos Palmares, Ministério da Justiça e do Movimento Negro e de outros(as) especialistas.

Na França, no entanto, por não se levar em conta tais especificidades, não se pode estudar comparativamente ao Brasil sobre as políticas de promoção do

conhecimento, prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos à saúde dos(das) negros(as), em sua articulação com os fatores genéticos, adquiridos e agravados conforme sua qualidade de vida.

DEFICIÊNCIA DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE EM ADULTOS

De acordo com Silva, R. T.; Iglessias, M. A. C.; Medeiros, I. D. de.; Bezerra, I. M.; Medeiros, T.M.D de. (2006/2007)⁷:

A deficiência de G-6-PD é uma das doenças genéticas mais comuns, afetando mais de 400 milhões de pessoas em todo o mundo. Essa eritroenzimopatia apresenta o padrão de herança ligado ao sexo, sendo devida principalmente a mutações pontuais no gene que codifica a enzima levando à troca de aminoácidos na estrutura da mesma. Atualmente, são conhecidas mais de 440 variantes da G-6-PD. No entanto, as variantes deficientes mais comumente encontradas são as variantes Africana (G-6-PD A-) e Mediterrânea. A variante africana (G-6-PD A-) está incluída na classe III e apresenta uma mobilidade eletroforética mais rápida que a enzima normal (G-6-PD B). Ela é principalmente encontrada no Continente Africano, sendo também freqüente nos países do sul da Europa e no Continente Americano devido às migrações da população africana para esses Continentes. A variante Mediterrânea está incluída na classe II, apresenta uma mobilidade eletroforética semelhante a da enzima normal (G-6-PD B) e é o protótipo de uma deficiência enzimática mais severa do que a proporcionada pela G-6-PD Africana. As populações portadoras dessa variante são principalmente os descendentes de italianos, gregos, espanhóis, árabes e judeus, podendo também ser encontrada entre os indianos e a população da Indonésia. (Silva; Iglessias; Medeiros; Bezerra; Medeiros, 2006/2007, p.1).

Tal doença genética, em geral, não apresenta sintomas. Os(as) seus(suas) portadores(as) são mais propícios(as) a desenvolver sintomas em situações de estresse. Daí ser necessário compreender o caráter de classe social, gênero, raça/etnia em suas articulações complexas com o estresse que está implícito no quadro geral de discriminação. Isto se refere às situações vividas pela maioria dos negros(as) no Brasil e na França.

⁷ Publicado na revista: www.newslab.com.br - ano XIV - N.79 – Dezembro 2006/Janeiro 2007

HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial ou «pressão alta» é a elevação da pressão arterial para números acima dos valores considerados normais (140/90mmHg). Esta elevação anormal pode causar lesões em diferentes órgãos do corpo humano. Existe também a hipertensão arterial secundária, menos comum.

Situações de elevação da pressão arterial estão relacionadas a causas genéticas e a fatores de risco, como o aumento da idade. Os(as) negros(as) são mais atingidos(as) pela hipertensão, especialmente quando apresentam as seguintes características: ingerem quantidades excessivas de sal, são obesos(as), portadores(as) de diabetes, fazem uso abusivo de álcool, são fumantes, têm vidas sedentárias e estão expostos(as) a uma vida estressante.

Em muitas situações, a hipertensão arterial é perigosamente assintomática. Por isso mesmo, faz-se necessário o acompanhamento médico, especialmente junto à população negra. Tal população engrossa o contingente dos que morrem de causas vinculadas ao sistema cerebrocardiovascular.

As pessoas mais vulneráveis são as que têm predisposição genética. Além disso, a obesidade ou estresse ou consumo de sal excessivo em algumas pessoas, o tabagismo e a falta de atividades físicas regulares também se apresentam como fatores de riscos.

As populações negras, sendo mais pobres, em geral, fazem uso de formas de alimentação com base no uso de gorduras. Os produtos mais baratos, contendo sal, gorduras de origem animal e açúcares, favorecem a presença da hipertensão arterial e das doenças coronarianas.

A hipertensão arterial pode levar a várias outras enfermidades e até à morte. A razão primordial de se falar tanto na necessidade do controle da pressão é justamente porque ela é considerada o maior fator de risco para o infarto. [...] Os cinco fatores são: hipertensão, fumo, obesidade, colesterol elevado e diabetes. [...] A hipertensão não tem cura e, somente pode ser enfrentada com mudanças no estilo de vida e, em alguns casos, com a medicação apropriada. (Novaes, 1996, p. 93).

DIABETES

O mesmo raciocínio aplica-se ao diabete: epidemia mundial relacionada ao estilo de vida e de caráter crônico. É, por assim dizer, uma desordem no metabolismo da glicose que leva ao seu excesso no sangue. Existem dois tipos. O mais comum,

do tipo dois, aparece com mais frequência em adultos obesos e sedentários. O de tipo um, em geral, surge na infância ou adolescência. Segundo a OMS, esta é a doença crônica que mais mata no mundo contemporâneo. As consequências da doença levam à cegueira e à falência dos rins, amputações, doenças cardiovasculares, dentre outras. É conhecida como uma “assassina silenciosa”, verdadeiro problema de saúde pública.

Diabete e hipertensão aparecem frequentemente associadas, o que agrava os riscos de doenças do coração. Em um mundo em que se faz a propaganda dos excessos, dos alimentos preparados previamente, industrializados e ricos em componentes como gorduras e açúcares, o diabete encontra os meios devastadores de expansão. Daí a necessidade de se buscar, mais uma vez, a prevenção através do aumento das atividades físicas e da redução das “verdadeiras drogas” representadas pela alimentação gordurosa, muito doce e rica em calorias. Tanto o Brasil, como a França, sociedades que cultuam a arte de comer, encontram na epidemia da comida **fast-food** um obstáculo para o enfrentamento da doença diabética. Enfim, diabete, hipertensão, obesidade e sedentarismo, plenos de condições estressantes nos planos individual e coletivo, correspondem a doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, outras assassinas que mais matam brasileiros(as) e franceses(as) hoje.

ESTRESSE

O estresse é uma mobilização química de todo o corpo no sentido de enfrentar as situações cotidianas de vida ou morte. Sendo assim, a repetição de episódios estressantes leva à liberação de hormônios no sangue. A intensidade dos sintomas de estresse varia desde incômodos passageiros até mesmo à morte súbita.

Em um mundo que exige das pessoas uma constante capacidade de adaptação às mudanças, o estresse patológico aparece como o chamado mal do século. Assim, os acontecimentos cotidianos, os grandes eventos inesperados, a luta pela manutenção da qualidade de vida e a percepção que se tem de se estar nesse mundo caótico constituem a base das situações de estresse.

Na atualidade, os eventos relacionados a um mundo em permanente transformação e pleno de conflitos e de medos repercutem de forma significativa na qualidade de vida dos indivíduos. Aqueles(as) que são obrigados(as) a enfrentar condições de baixa qualidade de vida, agravadas por situações incessantes de discriminação, sofrem uma carga mais ampliada de estresse.

A luta diária pela sobrevivência, em um mundo gerador de conflitos e pleno de desigualdades sociais, engendra um conjunto de reações corporais. Desse modo, face às situações que requeiram a capacidade do indivíduo de se adaptar, de tolerar ou de superar, o organismo sofre sobrecargas e transformações físico-psíquicas.

O estresse, por isso mesmo, contribui para o desenvolvimento de várias doenças e sintomas: hipertensão arterial, infarto, doenças do aparelho digestivo (úlceras, gastrites, colites), agravamento de doenças mentais, depressão, entre outras.

A violência do mundo contemporâneo se expressa também pela dor do viver. Isto significa que aqueles(as) deserdados(as) das benesses da sociabilidade do capital – os(as) pobres e os(as) que carregam na pele a cor da desesperança – trazem em si a marca desta dor do viver. A falta de significado e de uma rede de amparo afetivo levam a uma situação em que se perde o sentido da existência.

Em uma sociedade em que as formações discursivas apagam o sujeito do inconsciente, em que a felicidade e o sucesso são imperativos superegóicos, a depressão emerge – como a histeria na sociedade vitoriana – como sintoma do mal-estar produzido e oculto pelos laços sociais. O vazio depressivo, que em muitas circunstâncias pode ser compensado pelo trabalho psíquico, é agravado em função do empobrecimento da subjetividade, característico das sociedades consumistas e altamente competitivas. (Kehl, 2003, p. 5).

A depressão apresenta um conjunto de sintomas. Dentre eles, o cansaço físico-mental que vai se aprofundando em termos de falta de motivação para as coisas da vida e de muito medo do futuro. Desse modo, se diferencia da tristeza, uma vez que esta se vincula a eventos determinados e passa com o tempo. Ao contrário, a depressão apresenta um quadro de persistência da incapacidade de sentir prazer e da falta de perspectiva e de medo do futuro.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão é a quarta causa de incapacitação em todo o mundo. O Doutor Yves Lecrubier, do Hospital Pitié-Salpêtrière, de Paris, enfatiza que as mulheres pobres e que cuidam dos filhos têm até três vezes mais risco de se deprimir. Ora, considerando-se que as mulheres mais pobres, tanto no Brasil como na França, têm, em média, esse perfil, podemos compreender melhor sua vulnerabilidade.

A França, de acordo com o seu Ministério da Saúde, é o País que mais consome antidepressivos no mundo. O Brasil, por sua vez, também apresenta um quadro importante de depressão enquanto problema de saúde coletiva, embora as estatísticas não sejam confiáveis.

As mulheres, em ambos os países e também no mundo, segundo a OMS indica, são mais afetadas do que os homens pelo transtorno. Os sintomas da depressão

variam em diferentes graus de tristeza, ansiedade, alcançando estágios de delírios agudos, em muitos casos. Os sintomas físico-psicológicos são a perda de interesse pela vida, a ansiedade, dificuldade de concentração e memorização, alheamento emocional, delírios, alucinações e impulsos autodestrutivos. Tais esforços articulam-se à ocorrência de distúrbios do sono, de apetite, de variação de peso corporal, de lentidão física e mental, de desinteresse pela sexualidade, problemas no aparelho intestinal e no ciclo de menstruação (feminino), bem como cansaço extremo.

O pensamento depressivo torna a pessoa portadora de uma visão de mundo distorcida, apresentando baixa autoestima e negativismo pleno de destrutividade. Ao chegar a um estágio de depressão profunda, a pessoa pensa no suicídio como “solução” para o viver marcado pela desesperança. Daí a depressão necessitar ser enfrentada de forma medicamentosa e auxiliada por terapias psicológicas.

Em um mundo violento e frustrante, os(as) jovens também são duramente atingidos(as). No chamado “Primeiro Mundo”, por exemplo, – a França aí incluída – , a OMS estima que esta é uma das três maiores causas de mortes de jovens. A cada cinco minutos, suicida-se um jovem de 15 a 24 anos no mundo. A taxa de suicídios no ano 2000, por exemplo, representava 14,5 para cada 100 mil habitantes do Planeta. Por isso mesmo, é considerada esta violência “autodirigida” – o suicídio – como a 14ª causa de morte entre os habitantes da Terra, em todas as faixas etárias.

As crianças e os(as) jovens muitas vezes cometem suicídios que aparecem sub-registrados nas estatísticas oficiais. Em muitas situações, apresentam-se como morte acidental ou acidentes de automóvel ou de motocicletas, quando na verdade se trata de motoristas que dirigem drogados e em alta velocidade.

De acordo com o psiquiatra da Sociedade Brasileira de Psicanálise Roosevelt Smeke Cassorla⁸, um grande especialista em suicídio, o comportamento suicida está combinado com fatores biológicos, emocionais, socioculturais, filosóficos e religiosos, cuja emaranhado leva a uma manifestação exacerbada autodirigida. Para a psicóloga Blanca Guevara Werlang⁹, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (no Brasil), as causas imediatas que podem predispor ao suicídio estão associadas à perda do emprego, fracasso amoroso, morte de um ente querido, ou falência financeira.

Existem pesquisas que relacionam os comportamentos suicidas à mutação genética que codifica a recepção da serotonina – um dos mensageiros químico-

8 *Por que uma Pessoa se Mata*. Revista Super Interessante, edição 184, janeiro de 2003, 36-43

9 Idem

cos mais importantes do nosso cérebro – alterando o metabolismo cerebral. Por sua vez, a vulnerabilidade emocional leva a situações de desespero e de solidão existencial.

De acordo com a Psiquiatria, os(as) que têm uma estrutura de ego frágil são frequentemente vítimas de suicídio ao sofrerem grandes perdas em situações de crises existenciais.

Conforme Maria Cecília de Souza Minayo, da Fundação Oswaldo Cruz (no Brasil), a adolescência e a velhice propiciam a ideação e as tentativas de suicídio, que podem ser concretizados por diferentes razões. No caso da velhice, existe a depressão associada a sentimentos de rejeição e abandono e à complexidade da aceitação da dor e da dependência diante de certas enfermidades que aparecem ao longo das últimas décadas de vida. Quanto aos(às) adolescentes, as causas são de cunho familiar conflituoso, dificuldades de identificação, baixa autoestima e depressão associadas.

Segundo a OMS, as taxas de suicídio são maiores entre os(as) imigrantes que perderam muito da sua identidade cultural e, por isso mesmo, aparecem como questões de saúde pública, em especial nos países mais ricos que atraem grandes fluxos de populações migrantes de países pobres. A crise social mundial, vinculada à recessão econômica e ao aumento do desemprego/subemprego/precarização do trabalho contribuem para que o suicídio seja uma questão de saúde pública.

As mulheres têm pensamentos suicidas, no entanto, as taxas de suicídio masculinas são mais elevadas. O suicídio também é sexuado, na medida em que os métodos masculinos recorrem ao uso de armas de fogo e ao enforcamento, com uso evidente da violência. Quando as mulheres tentam se matar, buscam ingerir medicamentos e drogas em grandes quantidades, se afogam, aspiram gases venenosos; ou seja, evitam o uso de meios violentos.

No mundo, de acordo com a OMS, em média existem três suicidas masculinos para uma suicida feminina. Certas regiões da Ásia – a China em particular – apresentam um maior número de mulheres suicidas no meio rural, contrariando o que se passa no resto do mundo. A OMS, desde 1999, criou o SUPRE, um programa mundial para a prevenção do suicídio. Seu objetivo é reduzir a mortalidade da violência “autodirigida”, lutar contra o preconceito e formular políticas públicas de prevenção, tratamento e avaliação. Fomentando a abordagem adequada das doenças mentais nas instituições de saúde, busca fazer campanhas de educação em saúde que incluam a redução dos instrumentos de autodestruição. Como se sabe, as armas de fogo e os venenos agrícolas são utilizados largamente nos atos de suicídios, representando fatores de riscos a ser combatidos.

No Brasil, segundo os dados de pesquisa, as taxas de suicídio estão associadas ao estresse sofrido pelos(as) jovens e ao aumento de problemas psiquiátricos, em geral associados. O uso de drogas aumenta o risco e agrava quadros depressivos, bem como causa surtos psicóticos. Segundo o pesquisador Júlio Jacobo Waiselfisz, sociólogo, no caso brasileiro, a maior proporção de jovens suicidas é encontrada nos Estados de Roraima, Amapá, Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul. A idade em que ocorre o suicídio em maior escala está por volta dos 22 anos. A UNESCO indica que o suicídio entre jovens brasileiros cresceu 31% em uma década, tendo havido um aumento significativo de casos de suicídios de jovens também na França.

Naquele País, um estudo de Bellamy – “*Troubles Mentaux et Représentations de la Santé Mentale : premiers résultats de l'enquête Santé Mentale en Population Générale*” (études résultats n° 347, Paris, DREES, outubro de 2004) indica que a taxa de prevalência de depressão na população geral varia de 5,8% a 11,9%. O País detém o recorde do consumo mundial de medicamentos psicotrópicos (antidepressivos, hipnóticos, ansiolíticos).

No Brasil, as estatísticas não são confiáveis. Apesar disso, há em comum entre os dois países a existência de uma crise social que leva à pobreza, ao enfraquecimento da rede de ajuda familiar e grupal/comunitária e ao aumento da solidão e do individualismo. Viver numa sociedade depressiva, ela própria produtora/reprodutora direta da depressão, implica em articular os conflitos sociais com o domínio do poder da “indústria da dor”, com o desenvolvimento da genética e da neurobiologia. Sendo assim, por trás da negação da subjetividade e do sofrimento de milhões de homens e mulheres, busca-se instituir um código perverso de “normalidade”. “Normalidade” esta que rejeita qualquer iniciativa de se criticar o *status quo* – a sociabilidade do capital – transformando a subjetividade ameaçada de morte em vítima da sociedade depressiva.

Quando o coletivo nega a possibilidade da singularidade e da particularidade se articularem, sobram as visões alienadas e alienantes do sofrimento vindo de fora/dentro, calcado no fatalismo e nas saídas individuais. Por isso mesmo, contribuintes de estratégias manipulatórias que afirmam estar o indivíduo impotente diante da barbárie contemporânea. Daí estarmos a um passo da “naturalização” da forma violenta de ser no mundo de hoje.

CORONARIOPATIAS

Conforme tratado nos itens hipertensão arterial, estresse e depressão, as mulheres têm um risco elevado para doenças cardiovasculares. Apesar dos homens entre os 25 e 35 anos de idade terem três vezes mais doenças cardíacas do que as mulheres, e de que entre os 36 e 49 anos essa incidência é de 1,7 vezes maior, as mulheres também são “assassinadas” por coronariopatias. Após a menstruação, as mulheres que perdem a proteção hormonal dos anos de fertilidade aumentam suas chances de 5 a 10 vezes de morrer de doenças cardíacas. Isto de acordo com a OMS. Como já afirmamos, as mulheres negras são mais vulneráveis às doenças cardíacas. O fato de estarem, tanto no Brasil como na França, estressadas, ganhando menos do que os homens, trabalhando demais por conta da chamada dupla jornada, coloca essas mulheres dentro de um estilo de vida predatório de sua saúde.

Muitas alimentam-se de **fast-food**, são obesas, fumantes e sedentárias. Descontam no excesso de comida, no uso de bebidas alcoólicas e de outras drogas o sofrimento da rejeição, da discriminação, da violência a que são submetidas cotidianamente. As mulheres deprimidas têm suas chances aumentadas de ter doenças do coração em 40% quando apresentam quadros depressivos. O risco de morte que correm chega a 60%, conforme Andrei Sposito, cardiologista do Instituto do Coração de Brasília (no Brasil).

As que consomem drogas estão predispostas ao infarto fulminante e a uma maior mortalidade em relação àquelas não usuárias. As que enfrentam jornadas estafantes de trabalho na casa e na rua, em um mundo competitivo e sexista, são vítimas cada vez mais precoces do flagelo representado pelas doenças. O infarto agudo mata mais as mulheres porque antes de buscar o atendimento médico – de urgência – elas adiam o enfrentamento da situação, muitas vezes confundindo com sintomas de outras doenças.

No Brasil, como na França, os serviços de saúde realizam um atendimento de caráter sexista, na medida em que diferenciam entre homens e mulheres o diagnóstico do infarto. Muitas vezes, os(as) profissionais de saúde entendem como “chiliques”, “coisas de mulher histérica” as dores no peito, o suor e a palidez que denotam a presença do infarto. Nas mulheres, este pode aparecer também através de dores nas costas, no pescoço, no maxilar e no estômago.

Em ambos os países, persistem a falta de credibilidade na fala feminina e o atendimento precário e sexista. O sofrimento feminino é em grande parte negligenciado por se reportar ao nervosismo, à emotividade exacerbada feminina e à crença de que a mulher não faz parte do chamado grupo de risco. A escuta desa-

tenta e preconceituosa à dor feminina muitas vezes leva-as a reproduzir o discurso machista de que o que sentem é bobagem, “frescura de mulher”. Tal postura revela os sérios riscos a que estão submetidas, especialmente as negras, já tão massacradas pela violência da discriminação racial nos serviços de saúde.

É importante salientar que existem, nos dois países, práticas institucionais de cunho racista, sexista e baseadas em discriminações de classe social.

TRANSTORNOS DERIVADOS DO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

A ONU indica o grande poder do comércio mundial de drogas no mundo. Esse poder mantém-se através das máfias globalizadas e de caráter nacional que corrompem policiais, juízes e políticos, enquanto submetem os pequenos infratores e populações inteiras à lei do terror. A ilegalidade das drogas (cocaína, heroína, crack, maconha etc.) alimenta o poder do submundo do narcotráfico em escala planetária. O dinheiro advindo da ilegalidade lava consciências e negócios escusos, dificultando a penetração dos(das) que lutam contra sua influência na economia mundial. As fortunas associadas ao narcotráfico permitem a continuidade de um sistema perverso, fundamentado em um mercado consumidor cativo e crescente.

Assim, drogas, armas e pessoas são fontes de maiores lucros no mundo de hoje, sendo essa lucratividade quase sempre associada.

Historicamente, as drogas fazem mal, mas sobrevivem na sociedade. Diante desta constatação, no Brasil, existe a lógica de tratar os(as) usuários(as) de drogas a partir da política de redução de danos. Isto requer o reconhecimento da necessidade de uma política de atendimentos fundamentada em distribuição de seringas e preservativos, sob controle do Ministério da Saúde, em parceria com ONGs. A política de não repressão tem caráter diferenciado, na medida em que se preocupa com cerca de 10% da população dependente de drogas, em busca da redução de danos e reconhecimento de direitos.

A descriminalização do uso é, por conseguinte, um primeiro passo na direção de uma política pública que reconheça que os(as) usuários(as) de drogas não podem ser vistos(as) como criminosos(as). A ação dessa política busca distribuir meios contra infecções do HIV e da hepatite (seringas, agulhas, preservativos e outros). Os(as) agentes de saúde visitam os lugares em que se concentram os(as) dependentes, reconhecendo sua dignidade e procurando compreender os fatores psicodinâmicos da necessidade de uso de drogas. Na França, existe um esforço de enfrentamento semelhante. No entanto, nos dois países, a batalha contra o narco-

tráfico é muito ingrata. Na França, a luta contra as drogas consideradas pesadas também se dá a partir dos grupos de ajuda mútua, do tipo Alcoólicos Anônimos, fundado em 1935, nos Estados Unidos.

Hoje, no mundo inteiro espalham-se modelos derivados dos AA, verdadeiros centros de terapias de libertação de pessoas portadoras de drogadição em múltiplas drogas. Como se sabe, existem os(as) que se tornam dependentes de relações amorosas dolorosas, de dinheiro como fonte de afirmação, de comida compensatória das relações afetivas frustrantes, de vínculos com práticas sexuais, fumo, jogos de azar etc.

Em tempos de crise social, o sofrimento humano expressa-se através do crescimento dos vários tipos de dependência química ou comportamental. Assim, em busca de prazer e alívio da ansiedade, o cigarro, o álcool e as demais drogas antes referidas são buscados compulsivamente. As mentes insaciáveis, portanto, encontram na sociedade que valoriza o hedonismo, o imediatismo e as aparências o prazer sem limites do processo de dependência.

No Brasil e na França, drogas de todos os tipos, tabaco e álcool, sexo compulsivo, consumismo em torno de compras, cultura do “corpo perfeito” são problemas de saúde pública. Cérebros alterados pela busca desenfreada do prazer buscam, a todo preço, amortizar o viver cotidianamente sujeito às múltiplas formas da violência. Este é o dilema contemporâneo, inclusive, das mulheres negras tornadas “invisíveis”, secundárias, subalternas em relação a uma ordem que hierarquiza os sexos, as classes sociais, enfim, o gênero, em torno da cor da pele.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – DST/SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – AIDS

A ONU, em seu Relatório da 15ª Conferência Mundial de AIDS/UNIFEM (Relatório do Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para as Mulheres), na Tailândia, em 2004, indica que 60% dos jovens entre 15 e 24 anos de idade no mundo atingidos pela AIDS são mulheres. A principal forma de contaminação é a relação heterossexual. No início da epidemia, a AIDS era vista como doença de homossexuais masculinos. Tempos depois, foi considerada como doença masculina e entre os heterossexuais.

Tal flagelo passou a atingir também as mulheres, inclusive as mais jovens e aquelas que vivem em situações de relações estáveis com seus parceiros. No Brasil e na França, a AIDS é uma preocupação de saúde pública e a expansão desta

doença continua a existir. Na França, o nível educacional mais elevado e a desigualdade social menor, em comparação com o Brasil, funcionam como elementos importantes para a prevenção. No entanto, constata-se o avanço dos casos de contaminação entre as mulheres. No Brasil, a situação torna-se muito grave devido à pobreza e à falta/escassez de acesso à educação em saúde.

Na França, o Movimento de Mulheres avançou em termos da luta pela emancipação feminina. No Brasil, apesar das mobilizações sociais, ainda existe um longo caminho para se chegar a práticas de sexo seguro entre os parceiros. Em ambos os Países, muitas mulheres ainda têm medo de sugerir ao companheiro o uso da camisinha. Inúmeras utilizam o argumento da paixão para justificar a confiança sem limites e o abandono de práticas sexuais seguras. O mito do chamado “amor romântico” contribui para a doença/morte no feminino.

O aumento do uso de drogas nos dois Países também contribui para o agravamento da situação, especialmente entre as prostitutas, alvos preferenciais de condutas agressivas e de riscos para DST/AIDS.

Concordamos com Catherine M. Lowndes (1999) quando se refere às dificuldades da mulher para se proteger contra as DST/AIDS:

Frequentemente, ela não pode reduzir o número de parceiros sexuais, porque sua exposição depende, de fato, do número de parceiro sexuais do seu parceiros/as. Além disso, ela não tem o poder de negociar o uso do preservativo masculino, nem o acesso a métodos de prevenção de infecção controlados por ela. A mulher, é, então, simultaneamente, vulnerável à infecção e impedida de se proteger. Finalmente, nos serviços de saúde, ela não recebe um manejo adequado das DST, nem apoio prático ou emocional quanto à informação e ao tratamento de seu parceiro ou à proteção contra futuras infecções. (Lowndes, 1999, p. 265).

No Brasil, existe a política pública de assistência aos(às) doentes de AIDS através da distribuição gratuita de medicamentos na rede oficial de saúde. Tal política tem contribuído para incluir aqueles(as) que se situam nas situações de contaminação e/ou de riscos para a síndrome. Na França, como no Brasil, existem programas de controle e prevenção das DST/AIDS. No entanto, a complexidade sociocultural da questão dificulta o enfrentamento dos agravos à saúde, especialmente da mulher mais oprimida e pobre.

No Brasil e na França, o fenômeno de feminização da pobreza, em especial nos últimos 30 anos, articula-se com a expansão das DST/AIDS entre as mulheres. A vulnerabilidade para o risco de infecção das DST/AIDS implica em aspectos socioeconômicos e culturais que vão além da esfera biológica.

As DST/AIDS são muito importantes na análise da reprodução humana, na medida em que remetem ao conceito de “sexo seguro e inseguro”. O primeiro, leva-nos a pensar em uma relação afetiva pautada no diálogo e na confiança entre os(as) parceiros(as). Perguntamos, então, o que fazer diante de uma sexualidade sem limites, nem sempre composta pelo diálogo/confiança mútuos, comum nos tempos atuais, em ambos os Países? Regina Helena Simões Barbosa (1999) trata deste assunto ao se referir ao mundo privado da sexualidade contemporânea:

Será, além disso, que o **leitmotiv** do sexo seguro – uso do preservativo **em todos** os encontros sexuais, independentemente do número de parcerias (e que supõe um acordo tácito e silencioso sobre as inúmeras parcerias) – é o que desejam as mulheres nas suas relações afetivas/sexuais? [...] Será, então, que devemos insistir no sexo seguro tal como está colocado? Não seria esse o momento de se investir em transformações mais profundas das relações entre os sexos? Devemos optar por uma linha mais “pragmática” de ação, ou investir nossos esforços em transformações e utopias? O discurso feminino aponta, nos parece, para o segundo caminho. As mulheres continuam a desejar o amor – companheirismo, a despeito de todas transformações ocorridas em seu mundo produtivo-reprodutivo. (Simões Barbosa 1999, p. 291).

As mulheres francesas e brasileiras somente poderão enfrentar a sua sexualidade, as relações de poder, as relações de gênero e as transformações ocorridas no mundo contemporâneo, a partir do fato de que para ter filhos terão que fazer face ao “sexo seguro e/ou inseguro”. Dilema esse que envolve o mundo público e o mundo privado, indo além das esferas biológicas e sociopolíticas e culturais. Em outras palavras, demandando a compreensão da importância de se negar o conformismo feminino, reconhecendo as contradições e os conflitos inerentes à cultura de gênero. Daí a necessidade de se pensar sobre a vulnerabilidade individual e coletiva em face à relação de gênero, ao se buscar construir políticas públicas de saúde em tempos de liberalização sexual e de expansão das DST/AIDS em todo o mundo.

CAPÍTULO III



O AÇÚCAR

(FERREIRA GULLAR)

*O branco açúcar que adoçará meu café
nesta manhã de Ipanema
não foi produzido por mim
nem surgiu dentro do açucareiro por milagre.*

*Vejo-o puro
e afável ao paladar
como beijo de moça, água
na pele, flor
que se dissolve na boca. Mas este açúcar
não foi feito por mim.*

*Este açúcar veio
da mercearia da esquina e tampouco o fez o Oliveira,
dono da mercearia.*

*Este açúcar veio
de uma usina de açúcar em Pernambuco
ou no Estado do Rio
e tampouco o fez o dono da usina.*

*Este açúcar era cana
e veio dos canaviais extensos
que não nascem por acaso
no regaço do vale.*

*Em lugares distantes, onde não há hospital
nem escola,
homens que não sabem ler e morrem de fome
aos 27 anos
plantaram e colheram a cana
que viraria açúcar.*

*Em usinas escuras,
homens de vida amarga
e dura
produziram este açúcar
branco e puro
com que adoço meu café esta manhã em Ipanema.*

SAÚDE, GÊNERO, RACISMO E VIOLÊNCIAS: UMA ANÁLISE DE SUAS ARTICULAÇÕES COM A DESIGUALDADE SOCIAL NO BRASIL E NA FRANÇA CONTEMPORÂNEOS

No contexto de nosso estudo, a palavra racismo denomina o caso particular de uma conduta mais ampla que se serve de diferenças biológicas, mas que podem ser psicológicas ou culturais, reais ou imaginárias. Sua função é a valorização, generalizada e definitiva, de diferenças biológicas, reais ou imaginárias, em proveito do sujeito acusador e em detrimento de sua vítima, com a finalidade de justificar uma agressão.

Racismo vem de raça – em latim **Ratio** – que significa, entre outras coisas, a “ordem cronológica”. Significa também os traços biológicos e psicológicos que unem ascendentes/descendentes de uma mesma linhagem. Termo usado na pecuária, somente foi aplicado aos seres humanos a partir do século XVII.

Não existem raças. Existe espécie humana: *Homo Sapiens sapiens*. O conceito de raça foi construído historicamente para legitimar a dominação de classe sobre os(as) diferentes: aqueles(as) que não eram brancos(as), europeus(europeias), colonizadores(as), donos(as) do poder.

Biologicamente falando somos todos(as) quase cópias uns(umas) dos(das) outros(as). O que nos diferencia verdadeiramente não são os genótipos e sim os fenótipos. Daí, quando precisamos de transfusão de sangue e de transplante de órgãos e tecidos humanos, não perguntamos qual é a quantidade de melanina da pele, o formato do nariz, da boca, o tipo de cabelo, o tamanho da bunda. Procuramos apenas garantir a compatibilidade do sangue e do órgão do(da) doador(doadora)!

Existem etnias para explicar grupos sociais que se identificam através de ancestrais comuns. Entendemos por identidade o reconhecimento de si pelo outro, o sentimento de autopoder e sobre os fatos da vida. Implica também na autovalorização oriunda dos laços sociais construídos através de redes de socialização.

A etnicidade expressa, entre outras coisas, uma identidade cultural. A etnicidade também está ligada ao nacionalismo. Este último vem de nação: entidade

política que produz sentido cultural, identidade cultural particular (símbolos e representações) que representa a diferença.

A questão da etnicidade diz respeito à diferenciação cultural e suas implicações, inclusive, na constituição de identidades coletivas e individuais.

Alguns(algumas) autores(as) dão importância a laços comuns, como por exemplo, a ascendência comum com enfoque na afetividade. Outros(as) consideram a etnicidade como instrumento para atingir finalidades específicas na competição por recursos na política e em outros espaços, adotada por escolha.

O conceito de etnia vem do grego e diz respeito a um grupo de pessoas com características culturais e biológicas semelhantes. Por isso mesmo, refere-se a **Ethnea**, do grego: estrangeiro ou bárbaro. Isto é, à diferença entre **nós (gregos) X outros. Hoje: nós (nacional) X outros (estrangeiros)**.

A raça é uma construção histórica para denominar/dominar aqueles(as) considerados(as) preconceituosamente como “inferiores”, “classes perigosas”, “rebeldes”, dentre tantas expressões carregadas de discriminação/violência. A raça também pode ser usada pelo Movimento Negro como forma de autoafirmação da luta contra a violência sobre homens e mulheres descendentes daqueles(as) que construíram a riqueza colonial: africanos(as) escravizados(as). Neste caso, é também uma construção histórica, com o sentido positivo, não cabendo formas de preconceito e, sim, de afirmação positiva do(da) negro(negra).

No lugar de raça, podemos usar a ideia de que somos todos(as) iguais porque somos *Homo Sapiens sapiens*, na universalidade. Na singularidade, somos diferentes. Na particularidade, nos encontramos nas nossas semelhanças.

O real é a síntese de múltiplas determinações, nos dizia Marx. Todo singular faz parte do particular e ambos compõem o universal. Por esse caminho ontológico do ser social, na Dialética em Marx, certamente encontraremos as respostas para a negação do estranhamento/alienação e para a afirmação da necessidade da construção de uma humanidade emancipada.

Apesar do conceito de “raça” não ter nenhuma evidência científica, no campo biológico é utilizado amplamente nas pesquisas sobre relações raciais e na vida cotidiana. Por ser uma construção histórica – sem qualquer fundamento na natureza e na Biologia – estamos fazendo aqui o uso de “raça” como sinônimo de “etnia”. Acrescido da ênfase na questão do estereótipo, preconceito e discriminação que marcam os(as) portadores(as) de elementos fenotípicos identificados como negros(as), pardos(as) e de inúmeras outras denominações correntes na língua portuguesa. Denominações que se referem também aos(às) judeus(judias), índios(as), ciganos(as) etc.

O preconceito, a discriminação presentes no racismo atingem os(as) indígenas, os(as) judeus(judias), os(as) chineses(as), os(as) ciganos(as), os(as) muçulmanos(as); ou seja, os(as) considerados(as) “diferentes”. Assim sendo, de acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano de 2004 da ONU, em todo o mundo existem cerca de 500 grupos diferenciados “eticamente”. Isto nos leva a evidenciar que cerca de 1/7 da população do mundo é alvo da discriminação/segregação apenas por ser “diferente”.

A motivação da “diferença” está fundamentada em variados aspectos, desde religião, cultura em geral, de modo a segregar sistematicamente aqueles(as) que têm na cor da pele o marcador social de “raça/etnia”.

Os movimentos populacionais em todo o Planeta, a interpenetração econômico-cultural e de cores diferentes de pele levam os habitantes de várias partes do mundo a adotar um nome para o medo do “outro”: xenofobia, que se transforma em ódio racial/étnico.

Ora, como é que se pode entender hoje a validade de conceitos – “etnia/raça” – usados ao longo do século XV, no período dos descobrimentos/invasões europeias do chamado Novo Mundo? É evidente que tal processo de expansão do poder eurocêntrico não viria desacompanhado da barbárie que se abateu inicialmente sobre as populações indígenas e, mais tarde, sobre aquela arrancada violentamente da África: a população negra.

Guerras, massacres, escravidão, ódios, conflitos, violências de toda ordem são inerentes à dominação racial/etnocêntrica. E isto está presente na história da humanidade desde a Antiguidade. Os gregos, por exemplo, discriminavam os povos bárbaros, escravizando-os.

Na Idade Média, era chegada a vez de se discriminar os povos judeus, os ciganos e outros, sob a justificativa da dominação religiosa da Igreja Católica. Assim, em nome de Deus, populações inteiras sofreram genocídio e/ou foram praticamente obrigadas a viver sob a sombra da invisibilidade.

No século XVIII, o Iluminismo na Europa afirmava a universalidade da espécie humana, contrapondo-se aos movimentos que defendiam a existência de raças inferiores, passíveis de sofrer ódio legitimado pela “diferença”.

O Iluminismo, o Romantismo e a Teoria da Evolução das Espécies de Darwin, a partir do século XX também foram utilizados para alimentar um caldeirão eurocêntrico e racista que levaria à estupidez eugenista. Isto representou o avanço de certo pseudocientificismo na tentativa de legitimação do imperialismo europeu e, depois, norte-americano, sobre a Ásia, África, a América e a Oceania.

A Segunda Guerra Mundial mostrou à humanidade até onde pode ir a barbárie: o projeto nazifascista e suas violências que varreram da face da Terra milhões

de “diferentes”. Isto se refere aos judeus, ciganos, negros, homossexuais, comunistas – no masculino e no feminino!

No Brasil, assistimos a uma história violenta, marcada, em primeiro lugar, pelo genocídio de milhões de indígenas. Limpeza étnica que foi responsável pelo fato de que, no século XXI, os verdadeiros donos da terra brasileira fossem reduzidos a apenas cerca de 0,4% da população geral.

Finalmente, outro genocídio vem sendo cometido contra a população negra. No passado e no presente, as marcas da escravidão ainda não foram apagadas. Por isso mesmo, a história precisa ser reescrita.

No Brasil e na França existem elos da escravidão. Os anéis da memória que não podem negar a violência da morte e do sofrimento de 65 a 75 milhões de homens e mulheres negros(as) que foram arrancados(as) da África para construir a riqueza nos quatro cantos do mundo. É em nome dessa dívida que não pode ser paga, que não pode ser esquecida, que não pode ser negada que construímos a crítica aos conceitos de raça e etnia, sob o ponto de vista dos vencedores da história: os brancos, no masculino, donos do poder econômico.

Utilizamos raça para analisar o objeto tratado – as desigualdades sociais na saúde da mulher negra – como uma particularidade no âmbito da saúde coletiva. O fazemos também para explicitar conteúdos relacionados às desigualdades historicamente construídas entre os segmentos populacionais que apresentam diferenciações do ponto de vista do território, hábitos e costumes, línguas etc., no caso específico da realidade brasileira. Estamos nos referindo aos brancos e negros como “raças” ou “etnias” por serem os grupos sociais cujas diferenças de atributos, traços, marcas ou outros elementos fenotípicos são articulados às questões econômicas e políticas. A cor da pele é categorizada do tipo mais claro ao mais escuro, por isso mesmo é construída a inter-relação entre o gradiente de cor e o *status* social.

Essas características do racismo à brasileira levam-nos a considerar a importância do preconceito. Esta palavra significa conceito ou opinião formados antecipadamente, sem maior ponderação ou conhecimento dos fatos, ideia preconcebida. Ódio irracional e intolerância que estão na origem das perseguições contra outras “raças”, credos, religiões. Em sua base, estão relações de poder que mantêm privilégios de um grupo sobre outro.

Sobre o racismo brasileiro, Sueli Carneiro (2000) faz a seguinte crítica:

A ‘genialidade’ do racismo brasileiro reside exatamente nisso. Aqui se produziu a forma mais sofisticada e perversa de racismo que existe no mundo, porque nosso ordenamento jurídico assegurou uma igualdade formal, que

dá a todos uma suposta igualdade de direitos e oportunidades, e liberou a sociedade para discriminar impunemente. Até 1951, por exemplo, o racismo não era nem sequer contravenção penal. Portanto, você tem uma sociedade onde vigora uma ideologia que lhe diz o tempo todo: ‘Todos são iguais perante a lei’. Desde nossa primeira Constituição, o princípio da igualdade formal está assegurado, e acho que é uma estratégia perfeita de, sob o manto de uma suposta igualdade legal, você se omitir completamente diante da desigualdade racial concreta existente em nossa sociedade. Corroborando tudo isso há uma ideologia poderosa – a do mito da democracia racial. E o contraponto do Brasil sempre foram os Estados Unidos, onde havia a segregação legal. Ora, não havendo segregação legal, estaríamos no paraíso racial. Tanto é que o senso comum opera com uma compreensão estreita do que seja racismo, entendendo-o apenas como a existência de um ódio racial ou de um confronto racial, ou ainda de uma situação de segregação legal, como existiu e existe nos Estados Unidos e na África do Sul. Essa nossa situação de igualdade formal aprofundou a visão de inferioridade natural do negro, porque, se você tem uma situação onde supostamente há uma igualdade – pelo menos no plano legal –, então, se os negros vivem pior, se são desgraçados, miseráveis, pobres e analfabetos, é porque devem isso às suas próprias características... E isso denuncia o desprezo absoluto que a sociedade brasileira tem pelo negro. O negro não chega a ser objeto de ódio dessa sociedade, é apenas objeto de desprezo. Ainda nem chegamos nesse patamar de desenvolver uma força poderosa como a provocada pelo ódio, e que causaria um confronto entre negros e brancos. A possibilidade nem chegou a existir entre nós; foi sufocada por essa engenharia da igualdade no plano legal e a exclusão absoluta no plano das relações concretas, acobertada pelo mito da democracia racial. E, desse ponto de vista, é a forma de racismo mais perversa que existe no mundo, porque ela foi uma estratégia vitoriosa no sentido de tirar a questão racial do plano político. É um tema absolutamente despolitizado. (Carneiro, 2000, p. 25).

Quem é discriminado(a) sofre por ser minoria, perde a vez por jamais ter a chance de ser bem sucedido(a), e é vítima de preconceitos sociais e raciais.

Em um país multirracial como o Brasil, a rejeição varia de acordo com o grau de estranheza dos costumes em relação à sociedade dominante. As consequências do preconceito são o isolamento e a formação de guetos. Atitudes defensivas muitas vezes negam a identidade, afirmando a aceitação do etnocentrismo branco e a incorporação de autoimagem negativa.

Homens/mulheres são categorizados(as) segundo uma hierarquia de cor de pele, classe social, país de origem, estatuto migratório (legal/ilegal) e sexo.

No Brasil e na França, o racismo é muitas vezes silencioso. Oficialmente negado, aparecendo superficialmente nos dados oficiais e nos discursos dos(das)

dirigentes. Na rua, no entanto, olhos bem abertos conseguirão facilmente enxergá-lo. No cotidiano, a humilhação e o sofrimento estão presentes na escola, nos espaços de trabalho e de lazer. Nas instituições de saúde também.

As vítimas desse ódio ao(à) diferente sentem-se envolvidas em situações surrealistas: foram hostilizadas ou tudo não passou de um equívoco? E isto se repete indefinidamente nas situações mais corriqueiras.

Em anos de dominação, aprenderam que são “inferiores” aos brancos. São mais “feios” por que trazem na pele e no cabelo, nos lábios e nos narizes, enfim, no corpo, a diferença que é negativizada esteticamente. A quase inexistência de negras(os) nas propagandas e mídias, em geral, mostra bem isto. Baixa autoestima, vergonha, medo, sofrimento são os resultados dessas formas explícitas – ou não – de pôr a população negra “em seu devido lugar”. Os porões da sociedade são destinados à negritude. O mesmo se passa com a população indígena.

No Brasil, a arquitetura racista “guetiza” os espaços: elevadores de serviço ainda são para negras(os). Quartos de empregados(as) majoritariamente são para as mulheres negras, serviçais negros, sujeitos subalternos.

Na França, em geral, é diferente. A existência de um processo de desaparecimento do(da) empregado(a) doméstico(a) formal – somente os(as) mais ricos(as) empregam hoje em dia –; as habitações de pequeno tamanho e a perda de poder aquisitivo da pequena burguesia contribuem para a não contratação desses(as) profissionais. Quando muito, o são em tempo parcial e a custos elevados. Quer dizer, para poucos(as).

Dáí a arquitetura em geral, ao contrário do Brasil, não planejar o quarto de empregada, o quarto de despejo de seres humanos. Pelo menos nas cidades maiores.

Na França e no Brasil, majoritariamente, vivem nas periferias, nos “banlieues”. Estudam em escolas que os(as) afastam cada vez mais da finalização bem sucedida. Aparecem numerosamente nas estatísticas de abandono escolar, de baixa escolaridade. No Brasil, engrossam as listas de analfabetos(as).

Em ambos os países, apesar de importantes diferenças a favor da escola francesa, esta instituição social é seletiva. De forma darwiniana escolhe os(as) vencedores(as) e perdedores(as), em um mundo no qual a informação é poder e porta de acesso ao emprego e à renda.

O moto-perpétuo da discriminação limita as oportunidades. Na França, por exemplo, a acolhida do emprego formal é dada, preferencialmente, àqueles(as) que vivem nos bairros de renda mais elevada, que não carregam nos nomes/sobrenomes as marcas sociais da imigração, que se encaixam na sociedade feita para brancos(as) – sobretudo no masculino – pertencentes à classe social que dita as regras do jogo.

Debaixo da escala (social) – parodiando o livro aqui citado (Le Bas de L'Échelle) – ficam os(as) negros(as). Humilhados(as), são lembrados(as) que têm que retornar à África. Ou ficar sob o jugo da ferocidade branca. Ferocidade esta que recentemente (setembro de 2010) se expressou na tentativa do governo Sarkozy de expulsar populações ciganas que circulam pela França. O motivo? São ciganos(as)!

Cérebros, corações que fogem da crise em seus países de origem e buscam encontrar um lugar nos ditos “ricos”. Lugares do mundo em que as taxas de envelhecimento populacional/queda da taxa de natalidade abrem possibilidades de emprego. Setores como os da saúde e da assistência social são os que mais atraem trabalhadores(as) do exterior. Apesar da falta que fazem os(as) mais qualificados(as) que emigram, contraditoriamente, representam fontes de repatriamento de fundos. Dinheiro este que mantém economias inteiras dependentes, como o caso de inúmeros países africanos, segundo a Organização Internacional para as Migrações, órgão de apoio à diáspora em alguns países da África (Unrisd, 2005).

A mobilidade de seres humanos está sob vigilância extrema na Europa. A França, país historicamente visto como tolerante, acolhedor, protetor de direitos humanos revela suas contradições em tempos de movimentos do capital e cerceamento do ir-vir do trabalho. Tempos de crise, de medos, de rejeições daqueles(as) que se deslocam de formas variadas: sazonal, circular, por tempo restrito ou para sempre. Tempos de crescimento da xenofobia.

AVES DE ARRIBAÇÃO

Elas(eles) correm. Buscam o Eldorado. Inexistente, pois do outro lado não há ouro, nada é dourado – para si mesmos – porque apropriado por poucos: os seres brancos/dourados. Ao contrário, enfrentam a escuridão, a sombra. O medo advindo da condição de viver ao acaso. Seres sem brilho, apagados pela miséria.

Expulsos pela pobreza, aventuram-se por outras terras, mares, ares. Elas(eles) correm. Buscam o Eldorado. Concentrado, para poucos(as) apenas. Rejeitados, tornados “invisíveis”, apagados submetem-se à exploração de traficantes da terra dita “civilizada”: os novos/velhos senhores de escravos. São meros corpos. Zumbis ou espectros/fantasmas que, como bichos, se lhes negam a alma. Mal pagos, sem direitos, rechaçados aqui e acolá, correm. Da polícia, da justiça, da violência cotidiana. Sim, a igualdade, liberdade, fraternidade não existem aqui e acolá, de forma universal.

Corpos “menos válidos” podem adoecer/morrer impunemente desde que não contagem. Falamos dos não-indígenas. Representam a condição de descartáveis. Num Eldorado que sabem também ser inexistente, restam somente as palavras, as intenções. Das quais o inferno está cheio!

Desconhecem, muitas vezes, que a produção da vida em termos materiais (que vem de mater = mãe = básico/ fundamental, porque matriz) condiciona o ser social que pensa e que se politiza.

Desconhecem, quase sempre, que suas consciências (e as de seus exploradores) não determinam a realidade. Ao contrário, é a realidade social a fonte do pensar/ fazer consciente na perspectiva de transformar a si próprios em articulação com o real vivido.

São indivíduos que têm a marca da classe social. Não apenas locais porque são necessariamente portadores de uma universalidade histórica. Logo, são mundiais esses seres errantes de início do século XXI. Confrontam-se com as forças do capital, também mundial e errante, perverso como nunca.

Têm que tomar consciência de que são negras(os) e pobres numa sociedade da abundância. Precisam aprender a sobreviver na carência que se defronta com as sobras da abundância. Contentar-se com os restos, com as migalhas que lhes são consideradas devidas. Seres passivizados à ordem poderão – quando muito – viver suas histórias cotidianas em silêncio. Se gritam, são nomeados de “classes perigosas”, essas(es) habitantes de lugares eufemisticamente denominados de **quartiers** (bairros). Sempre adjetivados no negativo: **hommes et femmes de couleur**, negras(os).

People of colour. Palavras que escondem outras como: escravismo, colonização. Antigas feridas sempre reabertas. **Banlieusards** pobres são, melhor dizendo, os seres que vivem nos *quartiers* ditos “desfavorecidos”, “difíceis”, “sensíveis”, “sinistros”, “de exclusão”. “Classes perigosas” a trazer medo aos(às) franceses(as) **de souche** (natos). Verdadeiros alvos de políticas de “limpeza”, de imigração dita de “escolha”. A realidade francesa contemporânea confirma isso.

Tal realidade marcada pela migração constante dos homens em busca de trabalho faz com que as mulheres, por sua vez, desenvolvam estratégias de sobrevivência diante da pobreza a partir de laços de compadrio e de redes de vizinhança. Os(as) que ainda não se foram pela migração (mais velhos, crianças, mulheres) necessitam estabelecer teias de solidariedade inter e extrafamiliares.

No Brasil, por exemplo, os(as) aposentados(as) rurais são reconhecidos(as) como provedores e essenciais para o sustento dos parentes, levando-se em conta a sazonalidade dos empregos rurais e a crise econômica contemporânea. É comum vermos as mulheres deixando seus filhos pequenos com parentes e vizinhos

quando têm que sair para trabalhar ou para cuidar da saúde. Também acionam essa rede solidária nas emergências, nos mutirões para construir e reformar as casas, para a conversa na porta de casa, para a fofoca de plantão das “comadres”, para o lazer em torno da televisão ou na “praça”, no “clube” local e nas igrejas católica, protestante e centros espíritas e de cultos africanos.

Na França, essas teias de solidariedade também são construídas entre as mulheres. Elas são responsáveis pelo acolhimento dos(das) migrantes, num eterno recomeçar de novas histórias de diáspora. Segundo as Nações Unidas, as mulheres migrantes representam a metade mundial dos que deixam seus lugares de origem. No Canadá, Estados Unidos ou Austrália são hoje mais numerosas que os homens. Elas sustentam famílias inteiras em seus países natais, contribuindo economicamente. Em termos culturais, também influenciam profundamente, uma vez que ligam espaços sociais diferenciados entre tradições e novos valores adquiridos.

Sua liberdade de movimento tem um preço: a fragilidade da exploração sexual e no trabalho; a solidão; o acúmulo de responsabilidades e, em muitas situações, a invisibilidade social. Muitas ganham em autonomia e servem como modelos multiplicadores de emancipação feminina em seus países, ampliando as conquistas sociais dos movimentos de mulheres e feministas.

Os movimentos migratórios estão articulados, como temos salientado nesta análise, ao movimento do capital enquanto unidade entre a produção, a circulação e o consumo de mercadorias. É através da existência de um mercado nacional e internacional de compra e venda de força de trabalho que perambulam os diferentes trabalhadores proletarizados “livres” e despossuídos dos meios de produção. Aí incluídas as mulheres.

Na lógica contemporânea, o capital monopolista ora descarta (o que é mais usual), ora absorve (em parte), ao longo do País, os(as) migrantes. É importante ressaltar que essa migração está contida no bojo das relações sócio-históricas entre o Estado e a chamada sociedade civil. Relações estas que são expressas através de políticas públicas e sociais que ampliam a produção e a reprodução desse contingente de trabalhadores(as) para o capital.

Trabalhadores homens e mulheres de várias faixas etárias que têm em comum a precariedade, a eventualidade e a extensão aos espaços locais, regionais ou nacionais e internacionais. Essas “aves de arribação” vivenciam, por conseguinte, as múltiplas contradições presentes no Brasil e na França contemporâneos. Daí concordarmos com a descrição que Martins (1989) faz:

(...) Ser migrante é viver tais contradições com duplicidade: é ser duas pessoas ao mesmo tempo, cada uma constituída por específicas relações sociais, historicamente definidas; é viver como presente e sonhar como ausente. É ser e não ser ao mesmo tempo; sair quando está chegando e voltar quando está saindo. É necessitar, quando está saciado. É estar em dois lugares ao mesmo tempo e não estar em nenhum. É, até mesmo, partir sempre e não chegar nunca. (Martins, 1989, p. 45).

Estima-se que os(as) imigrantes são cerca de 8% da população total francesa. O quadro de crescente desigualdade social no mundo globalizado e de rapidez na difusão da informação contribui para o aumento da migração ilegal. Dados da ONU (Relatório da Situação da População Mundial – 2006), oriundos do Fundo de População da ONU, indicam que foram cerca de 30 milhões as pessoas que deixaram seus países natais em busca do eldorado no exterior. Dentre estes(estas), perto de 12 milhões são semiescravos(as), trabalhadores(as) forçados(as) e sem direitos, além daqueles(as) que são submetidos(as) à prostituição. Vêm principalmente do México, China, Índia, Filipinas e Indonésia. Em 2005, a citada fonte estimava em 191 milhões os(as) migrantes internacionais que se espalhavam pela Europa (34% deles/delas) e pela América do Norte (23% deles/delas).

Os(as) migrantes clandestinos(as) buscam, enfim, os espaços nos quais, segundo a ONU (em 2006), 50% da riqueza do Planeta concentram-se entre os 2% considerados mais ricos e que habitam as regiões da América do Norte, a Europa e a Ásia, concentradoras de 90% das riquezas da Terra.

No Pós-Segunda Guerra Mundial, a França passa por um processo de perda de poder cultural em relação aos Estados Unidos, embora conservando-se como nação rica. Membro do G-8 (Alemanha, Canadá, Estados Unidos, França, Itália, Japão, Reino Unido e mais a Rússia) e sendo a 5ª potência econômica mundial, a França não escapa da perversidade da lógica metabólica do capital. O mesmo ocorre com o Brasil (8ª economia mais rica do Planeta, em 2010) e com o resto da humanidade.

África, América, Europa, sem falar na Ásia e Oceania, unidas pelo fio da escravidão, da colonização, da migração. Processos que permitiram (e permitem) a expropriação/exploração de milhões de seres humanos para que poucos acumulassem (e acumulem) riquezas. Comércio e indústria. Finanças para viabilizar tudo isto. Estado e capital sempre em consonância, movendo a mola da fortuna. Infortúnio daqueles(as) que, vindos(as) da África como escravos(as) (via tráfico negreiro transatlântico), do século XVI ao XIX, se contam entre 12 e 14 milhões de deportados(as).

A contabilidade dos historiadores deixou de fora quem morreu na travessia, na chegada. Ignorou as famílias separadas pela violência. Mulheres e crianças deixadas à própria sorte em suas aldeias, dependentes dos mecanismos de solidariedade tribais.

Sim, a travessia era solitária e predominantemente masculina. Solitária em meio à multidão que inundava de gente e de sangue os porões de navios negreiros.

As mulheres escravas chegavam para completar os viveiros de trabalhadores nas colônias e, pela força – sempre – para oferecer seus corpos à procriação, à luxúria, à dominação perversa de seus senhores nos latifúndios agroexportadores. As crianças eram as “peças de reposição” da força de trabalho consumida na dureza cotidiana.

Na casa e na rua, as “africanas” eram assim chamadas em referência à origem geográfica continental. “Negras”, em referência à cor da pele. A adjetivação de seres humanos se faz necessária no momento de separar o nós dos(das) outros(outras).

Outra questão bastante problemática a ser destacada consiste na situação das mulheres negras, já que estas têm sido as principais vítimas das discriminações e violências que pesam sobre as mulheres, às vezes pelas próprias mulheres. A herança colonial e escravista, a mistificação da sexualidade das negras e mulatas no imaginário social, o mito da democracia racial brasileira, mascarando as violentas e dissimuladas formas de discriminação contra elas, são problemas que apenas começam a ser discutidos e trabalhados na sociedade brasileira. Assim como as questões da prostituição, do tráfico internacional de mulheres, do turismo sexual e da exploração sexual da infância, que crescem com grande velocidade, demandam debates sociais e políticas públicas urgentes. (Rago, 2004, p. 40).

As explicações acima referem-se ao Brasil, no entanto, nos dias de hoje, podem ser estendidas à realidade da França, na medida em que persistem as violências de ontem sob novas roupagens discriminatórias.

No passado, no Brasil e na França, especialmente nas terras do amargo açúcar, o Estado é demandado a legislar sobre o comércio das coisas e o tráfico das gentes. De cor. Em 1685, o Código Negro (**Code Noir**) reconhece o estatuto de escravo no Direito francês. E cobra taxas, impostos dos armadores que carregam em seus navios a carga humana que produzirá a riqueza do rei, do clero, da nobreza, dos soldados e dos mercadores. Riqueza esta que nasce do sangue e do suor da gente negra.

Em Nantes, a indústria naval e tudo o que engloba a empresa do tráfico de seres humanos fazem nascer a prosperidade. À custa do uso da tecnologia, do saber que servirá de guia à exploração, os portos franceses se enchem de mer-

cadorias. Trocas infundáveis se farão entre coisas e gente: armas, bebidas alcoólicas, pólvora, artigos de luxo, espelhos e louças; tecidos e joias. Enfim, corações e mentes.

Negros jovens são avaliados por preço mais alto do que as mulheres e as crianças de ambos os sexos. A escravidão é também sexuada. E sempre adjetivada, pois os(as) escravos(as) eram denominados(as) também de: “peças”, “cabeças de negros” (**têtes de nègres**), **nègres**, **nègresses**, **négrillons**, e **négrittes**, dentre outros nomes. Recebem denominações que revelam sua origem geográfica, referem-se à mitologia ou à aparência físico-mental. Explorados sob a violência do mundo fechado e regido pelo trabalho árduo, por regras de vida (e de morte) da colonização escravagista, mulheres e homens produzem a riqueza pelo trabalho. E ficam alienados(as) do produto de seu trabalho.

Resistem, sobretudo, sob variadas formas. Sabotam, atrasam o cumprimento das tarefas, praticam a **petit marronnage** (absenteísmo de curta duração) e a **grand marronnage** (fuga definitiva).

Para escapar das torturas, muitos(as) praticam o suicídio. As mulheres grávidas abortam para desesperadamente negar uma descendência escravizada. Fazem revoluções, devastam plantações, massacram seus opressores. Fazem nascer o Haiti de Toussaint-Louverture, antigo escravo que ousa desafiar a França republicana, Napoleão e outros poderosos. É a história da primeira revolução de escravos(as) negros(as) nas Américas. O Haiti como berço de lutas sociais que trazem a marca da cor negra, desde fins do século XVIII. Guadalupe, Martinica e Ilha Reunião somente sairão da escravidão em 1848.

Da Monarquia à República, do Código Negro de 1685 à abolição, em 1848, os(as) negros(as) estarão sob cerrada vigilância dos senhores, dos padres, dos militares, do Estado.

O depoimento histórico que se segue ilustra as tentativas de justificar o injustificável; de legitimar a violência e o genocídio cometidos contra todo um Continente durante séculos:

No fundo, os negros são naturalmente inclinados ao roubo, ao pequeno furto (“au larcin”), à luxúria, à preguiça (à la paresse) e à traição. Em geral, eles são adequados apenas à servidão e aos trabalhos e cultura das terras do continente de nossas colônias da América. (Gerard Mellier, *Les Anneaux de la Mémoire*. 1993, p. 41).

Estas palavras foram ditas pelo Prefeito de Nantes, no início do século XVIII. 300 anos depois, o conteúdo dessas afirmações se reproduz em inúmeros discursos. Contemporaneamente, muitos são os que se negam a aceitar os(as) diferen-

tes, os(as) “outros(as)” “de cor”, em nome da Natureza, da Biologia. Hipócritas de plantão justificam a deportação, expulsões e demais formas de rejeição em nome de uma suposta “dificuldade de integração” de estrangeiros(as) à vida no mundo dito “civilizado”, nos dias de hoje. A isto denominamos xenofobia racista.

O RACISMO À BRASILEIRA

Os processos migratórios contribuíram (e contribuem) para aumentar o número de afrodescendentes no Brasil, na França e no resto do Mundo. Segundo o Censo do IBGE 2000, era de mais de 77 milhões, sendo 36 milhões de mulheres o número de descendentes de povos africanos no Brasil. Seus antepassados vieram da Mama África, como toda a humanidade.

Em 2005, 51% da população brasileira era constituída por mulheres, sendo 30% negras. Sueli Carneiro concorda com o uso da expressão afro-brasileiro (afrodescendente) porque:

[...] é importante resgatar essa identidade em um país que não nos acolhe, que nos convida a trair a nossa origem como precondição para experimentarmos mobilidade social nele! Para que o negro consiga sair do lugar ao qual a sociedade o destinou, ele tem de cumprir certos rituais; esse caminho tem pré-requisitos, e o principal deles é você renunciar a sua identidade, renunciar a sua comunidade: ou seja, você precisa embranquecer para poder ser aceito e permanecer numa situação mais confortável dentro do mundo dos brancos. Mas gosto mais ainda da expressão afro-descendentes, porque ela resgata toda essa descendência negra que se dilui nas miscigenações, desde a primeira miscigenação que foi o estupro colonial, até as subseqüentes, produto da ideologia da democracia racial. A expressão resgata a negritude de todo esse contingente de pessoas que buscam se afastar de sua identidade negra mas que têm o negro profundamente inscrito no corpo e na cultura. Não temos vergonha de nossa origem, que é africana mesmo, somos oriundos do continente que é o berço da existência humana, o berço da humanidade. É o resto do mundo que tenta nos estigmatizar. Por tudo isso acho muito importante esse resgate de nossas origens. (Carneiro, 2000, p. 25).

Para entendermos melhor a questão racial no Brasil, tomaremos, então, como ponto de partida, o estudo mais global das condições estruturais que geram a existência social dos(das) trabalhadores(as) escravizados(as), a partir do processo de acumulação de capital no campo e de sua conseqüente tendência à mercantiliza-

ção das relações de trabalho. Daí a necessidade de analisarmos a forma pela qual a terra vem sendo historicamente ocupada no Brasil.

No período colonial, a apropriação da terra foi feita sob a forma de doação a particulares das chamadas “sesmarias”. Estas últimas se constituíam em grandes extensões de terras nas quais se produziam lavouras de exportação (como no caso da cana-de-açúcar) com a utilização da mão de obra escrava.

A importação de escravos, conjugada à exportação de produtos agrícolas, gerava grandes lucros à Metrópole (Portugal), uma vez que a política dominante baseava-se em produzir com o máximo de lucratividade, utilizando-se da solução escravista. O sentido geral da colonização era, por isso mesmo, a máxima lucratividade para os empresários metropolitanos que determinava o modo de produção dos gêneros coloniais. Por haver abundância do fator terra, o trabalho livre era pouco estimulado como forma de impedir que os assalariados, com o tempo, comprassem uma gleba e desenvolvessem atividades de subsistência. Daí o surgimento de regimes servis, semisservis ou escravistas.

A escravidão era duplamente lucrativa: ao nível da circulação da mercadoria humana, permitindo a acumulação por parte da burguesia traficante e, ao nível da produção. Ao trabalhar, o escravo sustentava a classe dominante colonial e, em parte, as classes dominantes metropolitanas interessadas no pacto colonial. A exploração da força de trabalho do escravo permitia o assalariamento de trabalhadores especializados, (como os mestres-de-açúcar, os purgadores, os caixeiros, no caso da lavoura canavieira) e fornecia recursos para a renovação dos meios de trabalho e para a continuidade do tráfico. (Alencar, Carpi e Ribeiro, 1979, p.53).

Os referidos autores assim resumiram a grande importância do trabalho do(da) negro(a) no Brasil, enquanto criador de riquezas:

Imensos canaviais. Quem os plantou? Caixas e mais caixas no porto do Recife. Quem fabricou o açúcar que está dentro delas? Quem as transportou até lá? E o ouro que enriquecia os nobres europeus, era extraído por quem? Quem arrancava os diamantes das rochas, penosamente, para que outros brilhassem? Quem fazia as comidas para as grandes mesas das casas-grandes?

Sem escravo não tinha açúcar, não tinha ouro, não tinha diamantes... Não tinha casa-grande, nem tinha senhor! (Alencar, Ribeiro e Ceccon, 1997, p. 48).

Na época, dizia-se que ao(à) negro(a) escravizado(a) deveriam ser dados apenas três “p”: pau, pano e pão. O que fosse além disso seria considerado “luxo”, coisa que só o(a) branco(a) rico(a) deveria usufruir.

Além desses aspectos, devemos observar que, naquele período, teve-se a origem da pequena produção no Brasil, na medida em que a ocupação de terras também se fazia por pequenos agricultores, cuja produção era em parte dedicada à subsistência dos mesmos e, em outra parte, vendida nas feiras das cidades. Dentro dos latifúndios, essa pequena produção era levada a cabo tanto por pequenos lavradores (que pagavam a renda da terra aos latifundiários) como também pelos escravos. Havia uma expansão/recuo dessa pequena produção em função da valorização/desvalorização da monocultura para exportação que se praticava nos latifúndios. Por exemplo, quando o preço do açúcar atingia níveis altos no mercado internacional, o cultivo de alimentos era reduzido para ampliar as áreas destinadas ao produto de exportação principal; enquanto que, nas épocas de redução das cotações internacionais, a expansão das culturas de subsistência era estimulada.

Mais adiante, o século XIX traz em seu bojo uma série de transformações intensas para a sociedade brasileira, dentre as quais, a constituição do mercado de trabalho livre no País. Em 1850, com a proibição do tráfico de escravos para o Brasil, sob a égide dos interesses dos capitais ingleses que faziam pressão para que a escravidão fosse abolida, o latifúndio escravista aprofunda sua crise. Essa crise culmina, em 1888, com a extinção total do escravismo. Naquele período, foi criada a Lei de Terras, que dava início a um novo processo de regulamentação da posse da terra, na medida em que a aquisição da mesma, doravante, só podia se dar através da compra e venda. Obviamente, isto garantia o acesso à terra apenas a quem tinha meios de comprá-la, o que não se aplicava aos milhares de ex-escravos e/ou pequenos lavradores.

A Lei de Terras deve ser vista como parte de um aparato jurídico que buscava privilegiar a grande propriedade no campo brasileiro, ao impedir o acesso à terra por parte de grandes levas de trabalhadores. Dessa forma, era garantida aos latifúndios a força de trabalho necessária ao cultivo dos produtos para exportação, dentre os quais se destacava o café e, ao mesmo tempo, o poder político dos latifundiários era reforçado. Por outro lado, a vinda de colonos europeus passava a fazer parte da estratégia de substituição do trabalho escravo pelo trabalho livre, especialmente nas lavouras de café do Centro-Sul.

Os versos da canção de Milton Nascimento e Fernando Brant – Sonho Imigrante – retratam a esperança dos(das) imigrantes em relação ao Novo Mundo:

A terra do sonho é distante
e seu nome é Brasil
plantarei a minha vida
debaixo do céu anil.

Minha Itália, Alemanha
Minha Espanha, Portugal talvez
nunca mais eu veja
minha terrinha natal.
Aqui sou povo sofrido
lá eu serei fazendeiro
terei gado, terei sol
o mar de lá é tão lindo
natureza generosa
que faz nascer sem espinho
o milagre da rosa.

O frio não é muito frio
nem o calor muito quente
e falam que quem lá vive
é maravilha de gente.

Essa imigração veio repleta de conflitos, ao contrário do sonho imigrante, sendo que, a partir de 1860, o governo assume o seu controle, dando início à imigração subvencionada pelo Estado como forma de intensificá-la. Desde então, foi atraído para o Brasil um grande número de estrangeiros(as). Isto se explica a partir da análise de alguns fatores, especialmente no caso da Itália, onde o desemprego gerado pelo desenvolvimento do capitalismo no campo fez com que muitos(as) trabalhadores(as) fossem vítimas da concentração da terra através da sua expulsão em massa. Aliada a essa expropriação do campesinato, havia a falência de manufaturas e pequenas fábricas no Sul da Itália, em razão de não poderem sustentar a concorrência com a Região Norte, que se industrializava aceleradamente.

Ainda no final do século XIX, surgem no Brasil algumas pequenas fábricas destinadas à produção de bens de consumo para abastecimento dos centros urbanos que se expandiam. Com a urbanização e a demanda gerada pelas indústrias, a produção mercantil de alimentos e matérias-primas dá-se principalmente fora dos latifúndios, uma vez que estes continuam a produzir lavouras para exportação na base da monocultura, como no caso do café. Isto quer dizer que eram os pequenos produtores que se encarregavam das lavouras de alimentos e da produção de algumas matérias-primas, como o algodão e o fumo, para as indústrias que surgiam.

As várias crises cíclicas do café – principal sustentáculo da economia brasileira –, ocorridas no século XX, concorrem para a formação de um novo quadro dentro do processo de acumulação de capital no País, a partir do crescimento da importância da indústria. Assim, toda uma estratégia de substituição de importações é gestada nas décadas de 1930 e 1940, consolidando-se com a implantação da indústria de base (siderurgia, petroquímica) levada a efeito pelo Estado, mais tarde, nas décadas de 1950 e 1960.

É nessa década de 1960 que a indústria de base se torna realidade. Desse modo, viabiliza-se a modernização da agricultura patrocinada pelo Estado e sob o comando das necessidades ditadas pelo capital. Esse processo de “industrialização do campo” permitiu que, sem haver desconcentração da estrutura da posse da terra no Brasil, a agricultura atendesse aos interesses dos capitais industriais. Doravante, a agricultura forneceria alimentos para o mercado interno, bem como matérias-primas para as indústrias e passaria a consumir equipamentos e insumos industriais.

No que tange à concentração fundiária, as décadas de 1960/1970 demonstram a crescente expansão da grande propriedade no Brasil. Nesse quadro, a situação da pequena propriedade é a que se segue:

a dinâmica da recriação/destruição da pequena propriedade na década dos sessenta/setenta no Brasil, portanto, é mais ou menos a seguinte: na fase de subida do ciclo econômico, as pequenas propriedades são engolidas naquelas regiões de maior desenvolvimento capitalista no campo e empurradas para a fronteira, na maioria das vezes na forma de pequenos posseiros. Na fase de descenso do ciclo, as pequenas propriedades se expandem, é verdade, mesmo em certas regiões de maior desenvolvimento capitalista e/ou de estrutura agrária consolidada. Mas essa expansão é sempre limitada em termos absolutos e quase nunca significa também um crescimento relativo em termos mais gerais do país ou mesmo das regiões, pois a grande propriedade no Brasil vem crescendo sempre a taxas superiores às das pequenas. (Silva, 1980, p. 32).

Ora, essas características concentradoras da propriedade da terra no Brasil, aliadas à sua crescente utilização como mercadoria, têm concorrido para intensificar a expropriação de milhares de pequenos proprietários, posseiros, parceiros e arrendatários. A estrutura da propriedade cada vez mais concentrada da terra tem também contribuído para o incremento da urbanização do País. Para exemplificarmos essa afirmativa, basta analisar os dados dos Censos Demográficos do IBGE nos últimos cinquenta anos. Estes indicam que, em 1950, cerca de 70% da população brasileira habitava o campo, enquanto que, em 2000, essa

população se constituía em, aproximadamente, apenas 19% do total dos habitantes do País.

Uma das consequências desse processo acelerado de urbanização foi o incremento do mercado interno para a indústria. Com a ampliação da demanda por produtos industrializados por parte dos habitantes das cidades, a agricultura sofreu transformações no sentido de fazer face à demanda do mercado interno, através do incremento à produção comercial de alimentos, pela via da especialização. Desse modo, as antigas unidades produtivas que eram autossuficientes no que concerne à produção interna de alimentos, implementos agrícolas, adubos etc., passam a atuar no mercado como fornecedoras de matérias-primas para as indústrias e produtoras de alimentos para o mercado interno, enquanto que, por outro lado, consomem das indústrias máquinas e insumos em geral.

Essa “industrialização do campo” fez-se a partir da expropriação dos pequenos produtores agrícolas incapazes de sustentar a concorrência com os grandes proprietários e empresários rurais. Os poucos que resistiram, integraram-se ao mercado capitalista de produtos de forma subordinada ao grande capital no campo. Restou àqueles que perderam nessa luta desigual a alternativa de engrossar o contingente populacional dos centros urbanos buscando, desesperadamente, sobreviver às custas da venda de sua força de trabalho, em condições de extrema exploração e miséria.

Na contemporaneidade, as desigualdades sociais se expressam em situações cotidianas de racismo no mercado de trabalho, repercutindo também de forma sexuada, em sua complexidade, conforme buscamos demonstrar ao longo do nosso estudo.

Vários(as) são os(as) estudiosos(as) da realidade brasileira que apresentam diferentes versões sobre a articulação da desigualdade social brasileira com as questões de gênero e raça. Por exemplo: Gilberto Freyre (1998), Roger Bastide (1974) e Florestan Fernandes (1964), bem como Octávio Ianni (1972).

O primeiro e o segundo deram ênfase à miscigenação racial brasileira como fonte de redução de conflitos. Na medida em que a mulher negra seria uma das matrizes fundadoras, ao lado das indígenas e europeias, garantiria a continuidade da cultura negra nos trópicos, bem como o povoamento através da mestiçagem.

Gilberto Freyre defende a visão positiva que afirma a existência da chamada “democracia racial” brasileira. Tal expressão é repetida à exaustão pelos(pelas) que buscam negar o componente perverso da herança escravista no Brasil.

Maria Aparecida Silva Bento (2000), por sua vez, analisa as contribuições de Fernandes e de Ianni a partir da crítica sobre a possibilidade de que, com a expansão do capitalismo industrial no País, negras e negros trabalhadores(as)

assalariados(as) industriais não seriam classificados(as) pela raça. Em seu lugar, apareceria a posição no processo produtivo.

Os(as) estudiosos(as) da questão nas décadas de 1980 e 1990, demonstram o peso das desigualdades de raça e de gênero na contemporaneidade, bem como avanços alcançados pelas lutas dos movimentos sociais de mulheres negras e do Movimento Negro. Nessas lutas, incluído o mundo acadêmico.

Assim, podemos afirmar a importância da produção científica sobre a mulher negra no mercado de trabalho em Chaia (1988), Porcaro (1988), Bento (2000) e Paixão (2006), nos anos 1990 e 2000.

Esses são exemplos da ainda lenta quebra da invisibilidade da mulher negra (e do homem também) no mundo do trabalho no Brasil.

Concordamos com Bento (2000) quando constata que:

As mudanças que vêm ocorrendo nas situações da mulher, num mercado de trabalho em rápida transformação, têm sido alvo de diferentes investigações. Entretanto, a esmagadora maioria desses estudos não focaliza a mulher negra, a despeito de sua expressiva presença no contingente populacional brasileiro e da força política da questão negra na história do trabalho no País (durante quase quatro séculos, o Brasil prosperou sob a égide da escravidão negra). (Bento, 2000, p. 297).

O RACISMO À FRANCESA

Na França, os estudos são esparsos, na medida em que o próprio Estado não admite o uso do item raça nas estatísticas oficiais, ao contrário do brasileiro. Mesmo assim, não se pode deixar de assumir que existe diferença de cor de pele entre os seis milhões e quinhentos mil homens e mulheres afro-franceses.

Silêncio, negação. No entanto, o “grito das ruas” se faz alto e forte. As lutas sociais se intensificam direta e indiretamente – e forçam a publicização do sofrimento, da opressão, da discriminação contra os negros, as negras. Ou seja, aqueles que chamamos de “seres adjetivados” pela cor da pele, pela classe social e pelo gênero.

Na França, há **femmes** (mulheres) e **femmes de couleur** (mulheres de cor). Há **femmes de couleur** que habitam espaços também adjetivados e discriminados; por exemplo:

- **Quartiers d'exclusions** – bairros de exclusões;
- **Quartiers difficiles** – bairros difíceis;
- **Quartiers défavorisés** – bairros desfavorecidos;
- **Quartiers sensibles** – bairros sensíveis;
- **Quartiers en difficultés** – bairros em dificuldades;
- **Quartiers sinistrés** – bairros sinistrados;
- **Ilôts sensibles** – ilhotas sensíveis etc.

Seus habitantes não são considerados como “franceses(as) verdadeiros(as)”. Por isso mesmo, são seres adjetivados pela cor da pele (negros/negras, orientais, árabes, judeus etc); pela classe social (pobres); pela localização espacial de suas moradias (**banlieusards**) nas periferias urbanas; pelas lutas de resistência (“classes perigosas”). Aqui se percebe com nitidez a ferocidade branca racista.

De acordo com o Relatório da Comissão Nacional Consultiva dos Direitos do Homem (Commission Nationale Consultative des Droits de L'Homme – CNCDH), 48% dos franceses consideram que há muitos imigrantes na França e 30% dos franceses se declaram como sendo racistas. Em 2006, a CNCDH constatou 885 ações e ameaças racistas, xenófobas e antisemitas. Os que afirmam haver muitos imigrantes na França – dentre os 48% antes citados – a maioria (54%) afirma que são “antes de tudo as pessoas de origem estrangeira que não dão a si próprias os meios de se integrar” (à sociedade francesa). 37% dos entrevistados julgam que “a sociedade francesa não dá às pessoas de origem estrangeira os meios de se integrar”.

Por sua vez, 58% das pessoas que foram entrevistadas estimam que “certos comportamentos podem talvez justificar reações racistas”, enquanto que 39% dos(das) interrogados(as) afirmam que “nada pode justificar reações racistas”.

Para 79% dos(das) entrevistados(as) “os trabalhadores imigrantes devem ser considerados como pertencentes à França (**chez eux**), uma vez que contribuem para a economia francesa”. Para 64% destes(as), “a presença de imigrantes na França é necessária para assegurar certas profissões”.

A sondagem explicitada foi realizada pelo Instituto CSA, de 6 a 9 de novembro de 2006, envolvendo 1026 pessoas com 18 anos ou mais, residentes na França, a partir do método de cotas¹.

Como diz Bento (2000, p. 297) com referência ao Brasil, podemos também aplicar à situação francesa, na medida em que, em geral, “[...] o racismo pode ser concebido como algo externo aos brancos, mais do que um sistema que modela as

¹ <http://info.France3.fr/france/29280939-fr.php?mode=impression>, pesquisado em 20/03/2007

experiências diárias e a identidade de negros(os) e brancas(os)”. Lá como cá, diríamos, o racismo incomoda, mas é varrido para debaixo do tapete. Onde se inscreve o lema republicano de “Liberdade, Igualdade e Fraternidade” não sobra espaço para o reconhecimento de que essas três coisas são para poucos seres. Muito poucos. Cada vez menos.

As lutas sociais trazem o racismo à visibilidade, varrendo para fora do tapete e deixando vivas a sede de justiça, a solidariedade e a promoção da riqueza das culturas africana e das Antilhas.

Um exemplo disto foi o grande debate de 28 e 29 de abril de 2006 – “Os Estados Gerais das Populações Negras na França” – que representou o esforço do Círculo de Ação para a Promoção da Diversidade (CAPDIV), do Conselho Representativo das Associações Negras (CRAN), Prefeitura de Paris, dentre outras instituições e movimentos sociais em defesa da identidade plural e da reflexão sobre as discriminações contra negros(as) e mestiços(as) na França.

No evento (2ª edição) denominado “Primavera da Diversidade” ficou evidente a mobilização da população negra, na medida em que, desde 2004, a criação da CAPDIV representa a busca de compreensão da questão da sua integração na França.

O debate sobre o Relatório Stavau – Debauge/CAPDIV – “Reflexão sobre a Situação dos Negros nas Ciências Sociais da França Contemporânea” – aprofundou o saber a respeito dos dados econômicos, sociais e culturais de mulheres e de homens, cidadãos e residentes, originários da África e do **Outre Mer** (Além-Mar, em francês).

O CRAN, por sua vez, foi criado pela Assembleia Nacional da França, em 26 de novembro de 2005, por iniciativa do reagrupamento de sessenta associações de origem africana e das Antilhas. Em abril de 2006, o CRAN já contava com a adesão de 120 associações.

Em suma, o Movimento Negro na França (e na Europa) está ativo no combate às discriminações, à guetização das populações negra e mestiça. Publiciza sua luta e faz denúncias contra a desigualdade social que atinge profundamente negros(as) e mestiços(as), discriminados(as) pela cor da pele.

Tal discriminação mantém-se, apesar do Código Penal da França, em seu Artigo 225 – 2 punir com a prisão por 2 anos as discriminações em função da origem ou aparência verdadeira ou suposta de uma etnia ou nação, raça ou religião determinada.

O racismo e a xenofobia, por conseguinte, fazem-nos lembrar do chamado “Império Cor-de-Rosa” – o francês – esparramado da Indochina à África Negra, das Antilhas ao Maghreb.

Em seu programa de televisão (France 5 – Ripostes: “Esclavage, colonisation: l’histoire occultée?”), Serge Moati, um famoso jornalista/ intelectual francês, resumiu no texto que se segue a complexidade do olhar francês sobre os “indígenas da República”, em maio de 2006:

A França, a dos Direitos do Homem e da República, foi também uma enorme potência colonial que partilhou com a Inglaterra e a Alemanha o mundo afora. Nostalgia para alguns, sofrimento para outros; em todo caso, esta história é nossa história. A França de hoje, esta das crianças das colônias e dos colonizadores pode visitar seu passado, nomeá-lo, admitir as zonas sombrias dos massacres, dos mortos, dos lutos que ensanguentaram sua bandeira? Um apelo ressonante assinado pelos “Indígenas da República” lembra à nossa boa lembrança a memória de um passado e de um presente do qual eles são, assim o dizem, os herdeiros. Podemos, também hoje, 8 de maio, nos lembrar, por exemplo, que esta festa, se ela é a da liberação de 1945 é também a data de aniversário dos massacres de Sétif e Guelma, na Argélia, onde milhares de argelinos foram mortos...8 de maio de 1945: libertação da França. 8 de maio de 1945: início da Guerra da Argélia. E quantos outros sangrentos aniversários ou dias de lutos esquecidos... E a escravidão, e o trabalho forçado, e o sacrifício dos trabalhadores africanos e Harkis...Todos esses, mortos pela França... Cólera! Nesses dias, os “Indígenas da República”, como eles se auto-denominam, eles próprios se manifestam! Blacks e Beurs, descendentes dos antigos colonizados ou descendentes de escravos, dizem viver mal na República que não é, segundo os mesmos, boa para si mesmos, nem igualitária, nem democrática...Enganam-se de combate? Sua estratégia é falsa? Perigosa? (Tradução nossa)

Imagem da França no mundo: valores democráticos. País de respeito aos direitos humanos, terra de asilo aos que fogem de perseguições políticas e terra de acolhimento de trabalhadores(as) estrangeiros(as). Além do mais, é a sexta potência econômica mundial, em 2006, depois de países como Estados Unidos, Japão, Alemanha, Inglaterra e China.

Herdeira de um passado glorioso, nos séculos XVII e XVIII, atrás apenas da Rússia, a França foi o País mais populoso da Europa, bem como exerceu um importante papel cultural, tendo Paris como centro. Nos séculos XIX e XX, esta importância se manteve. Convém destacar que, no século XIX, graças ao seu imperialismo colonial, o País se sobressai enquanto força industrial e militar.

De acordo com Attali (2006), a França é uma grande potência mundial na medida em que produz mais de 3% do PIB planetário. Sua população é de apenas menos de 1% da população global.

No entanto, apesar desta população restrita, representa a quarta potência comercial do mundo, o quinto produtor industrial. Por sua vez, as grandes empre-

sas francesas têm suas marcas reconhecidas em todo o mundo em setores estratégicos, como por exemplo, a energia nuclear, indústria aeronáutica, indústria farmacêutica, indústria agroalimentícia, nichos de consumo de luxo e consiste no primeiro país mais visitado da Terra.

Apesar desta situação privilegiada de quinta (ou sexta) potência econômica mundial, e de possuir um dos melhores sistemas de seguridade social do mundo, aí incluída a proteção dos direitos trabalhistas, a França está em crise.

A produtividade do trabalho francesa baixa em relação aos países capitalistas mais produtivos e, nesse contexto de crise, existem 18 milhões de trabalhadores(as) ativos(as) dentro da população total de cerca de 65 milhões de habitantes. O déficit comercial francês é um dos maiores de sua história e há um movimento crescente de deslocalização de empresas francesas para outros países. Isto gera taxas crescentes de desemprego e influi no rebaixamento dos salários.

A crise estrutural do capitalismo, desde meados da década de 70 do século XX, vem repercutindo no País em termos da redução de empregos, estando sempre em torno de 7% da população ativa, nos últimos 20 anos. Isto sem falar naqueles(as) que estão fora das estatísticas oficiais. Um(uma) desempregado(a) francês(francesa), por exemplo, passa em média 16 meses e meio à procura de emprego, enquanto que um(uma) desempregado(a) canadense passa somente, em média, quatro meses nesta procura. Um(uma) em cada quatro jovens de menos de 25 anos está desempregado(a) e estes(as) jovens são primordialmente aqueles(as) que habitam as periferias pobres das cidades, mesmo tendo diploma universitário e/ou outra forma de qualificação para o mercado de trabalho.

A desigualdade social francesa pode ser compreendida pela existência de grandes fortunas concentradas em poucas mãos. As chamadas classes médias (a pequena burguesia) são duramente atingidas pela crise e impedidas de ascender socialmente como outrora, a exemplo dos anos 50 do século XX. 3,5 milhões de pessoas são consideradas como vivendo abaixo da linha da pobreza. Isto quer dizer, sobrevivendo com a metade do RMI, que é o salário mínimo de inserção social. Dentre estes, cerca de 1 milhão ocupam precariamente diversificadas formas de emprego. Mais de 1 milhão de pessoas recebem o RMI.

A desigualdade social atinge profundamente àqueles(as) que são considerados(as) mais pobres e que são enclausurados(as) nos chamados “quartiers de minoridades específicas”. Tal expressão se apresenta dentre as inúmeras que designam os bairros habitados pelos órfãos da França rica. Estamos falando daqueles(as) que trazem na cor da pele e na desigualdade social as marcas do preconceito, da discriminação, da rejeição.

De acordo com “L’ état de la France 2005-2006” (página 55), existiam 716 “zonas urbanas sensíveis” (ZUS) no território metropolitano. Todas apresentando

em comum a pobreza no que toca primordialmente à população jovem e pouco qualificada, em grande parte originada da imigração. Segundo Attali (obra citada), 60 mil jovens habitantes essencialmente desses **quartiers** abandonam, a cada ano, o sistema educacional, ficando sem qualquer qualificação. É importante ressaltar que, desde 1982, as escolas das chamadas “zonas de educação prioritária” (ZEP) deveriam dispor de verbas suplementares para o enfrentamento de problemas decorrentes da desigualdade social. Apesar disto, em 2006, a despesa pública por aluno nestas chamadas ZEP era inferior a 1/3 da média nacional.

Em um mundo no qual o conhecimento é a palavra chave para a ascensão social, somente 12% da população francesa consegue obter o diploma de ensino superior. Dificilmente aqueles(as) que habitam e estudam nos **quartiers** pobres estão incluídos(as) nessas taxas. Como se sabe, a discriminação atinge profundamente os(as) que estão no andar de baixo. Isto quer dizer que o percurso de cada um(uma) se conjuga cumulativamente a partir de um mosaico de desigualdades de classe, de sexo (de gênero), de geração, de território, de nacionalidade, de cor de pele...

De acordo com Maruani (2003), a taxa de desemprego dos homens argelinos, de 30 a 39 anos, atinge 37% do total, o que não se pode explicar simplesmente a partir de um nível de qualificação dessas pessoas. No que se refere às mulheres jovens, sem distinção de nacionalidade, a taxa é de 19% do total de desemprego.

Enfim, a desigualdade nos níveis de vida apresenta-se através do crescimento das tensões sociais que se expressam na crescente violência. A distância entre o discurso republicano universalista de igualdade, fraternidade e liberdade e a realidade dos(das) que têm acesso aos diplomas e remunerações mais elevados – cada vez menos pessoas – é gritante.

A lógica neoliberal que permeia a administração da coisa pública na França, apesar da resistência dos(das) que defendem o Estado de Bem-Estar Social em decomposição, predomina na França de hoje.

Viver o dia-a-dia (**vivre au jour le jour**) é a expressão que melhor resume o cotidiano daqueles(as) que são estigmatizados(as) pela precarização da sociedade, em especial nos últimos 30 anos.

A pobreza na França deste início do século XXI é multifacetada. Atinge também a chamada “geração estagiária”. Em toda a Europa, jovens com diplomas universitários são transformados(as) em eternos(as) estagiários(as). Nômades, flexíveis, à cata dos empregos sem raízes. Individualistas, esses(as) eternos(as) moradores(as) do ninho familiar (quando papai e mamãe pagam-lhes o sustento) quase sempre buscam saídas individuais.

Perguntam: para que se enervar? Quando muito, protestam barulhentemente, como ao longo de 2006, na França. Especialmente no início daquele ano, assistimos aos gritos de indignação contra o Contrato de Primeiro Emprego (CPE), proposto pelo governo.

Em um país no qual o desemprego atinge 1 em cada 5 jovens (de 25 a 30 anos de idade), a geração estagiária sequer pode pagar os custos do seguro social, embora sonhe em ter sucesso, constituir família, se aposentar no futuro. Ora, em meio ao enfraquecimento do sindicalismo, tal geração individualista apenas se desilude diante da exploração do capital sobre o trabalho.

Qual futuro se desenha para os(as) que ganham 1/4 do SMIC por até 40 horas de trabalho mensais? Sim, este era o salário médio do(da) estagiário(a) na França em 2006.

No 5º País mais rico do Mundo, segundo o INSEE, em 2006, 50% dos(das) franceses(francesas) sobreviviam com 1.300 euros por mês. Um(uma) francês(francesa) em cada seis vivia com menos de 780 euros mensais, sendo considerados(as) como pobres.

Não tiram férias, tampouco usufruem da abundância em meio ao aumento da desigualdade social. Os(as) que ainda trabalham não podem deixar a condição de pobres pois têm que administrar a escassez.

Visíveis em meio aos **campings** urbanos, nas barracas doadas por associações de caridade à beira do Sena, em Paris, por exemplo, são chamados de “Sem-Domicílio Fixo (SDF)”.

O **Observatoire des Inégalités** estima que são cerca de 10 a 12 milhões de seres humanos em situação de tal precariedade em toda a França. Os(as) que trabalham e ganham abaixo de 780 euros mensais somam 7 milhões. Abaixo de 840 euros são 12 milhões. Daí que ser pobre é ganhar, em média, o RMI e o SMIC. Para tais pessoas, receber cerca de 1.200/1.300 euros/mês não garante o custo de aluguel de um pequeno apartamento (studio) em Paris – que ultrapassa o valor mensal de 700 euros, dependendo do bairro. Isto se agrava pelo fato de ter que pagar a caução, quase sempre representada por 2 ou 3 aluguéis adiantados ao(à) locador(a), a título de garantia, exigência vigente em 2006.

Diante do problema habitacional deficitário, a população errante abriga-se em instituições chamadas **care du jour**, casas de passagem/albergues por cada noite.

Muitos(as) desistem das regras impostas e moram no sereno da rua, debaixo das pontes, nas bases dos viadutos. Para enfrentar a solidão do abandono, é comum se ver em Paris, por exemplo, homens e mulheres com seus cachorros e cadelas fiéis.

No inverno, abrigam-se no metrô, onde são rejeitados(as) por olhares frios e atitudes de nojo diante da precariedade de sua higiene. Testemunhamos, no inverno de 2006 e no de 2007, vários mortos em Paris (e no resto da França) devido ao frio e às condições de extrema fragilidade de sua saúde em condições de abandono. A ingestão de álcool, tabaco e outras drogas é comum. Afinal, pagam o preço do abandono psicológico, social, da desesperança.

A socióloga Danièle Linhart (Centre National de la Recherche Scientifique) informou que a população francesa (39%) teme a insegurança social e (77%) o desemprego. Isto é, a perspectiva de se sentir **coupé de tout**, alijado(a) da sociedade da abundância, do consumismo, em meio ao aumento da pobreza, do medo e dos riscos sociais. Longe de valores cultuados em torno do sucesso individual mediatizado pelo poder do dinheiro e de seus signos.

O drama também se expande pelos chamados **quartiers populaires**: a periferia da sociedade francesa. E alcança os **sans-culotte d'aujourd'hui**. Os sem nada: **sans-papier, sans-boulot**. Dentre estes(as) que trazem na cor da pele a marca da desesperança estão as mulheres negras, as imigrantes, esse contingente de seres humanos “descartáveis”.

A reflexão crítica sobre as realidades brasileira e francesa deve partir do pressuposto de que o conhecimento tem base social e contém a possibilidade de moldar as relações sociais. As táticas de silêncio em torno da questão do racismo na França revelam o cinismo daqueles(as) que buscam ocultar as raízes coloniais e toda a barbárie cometida contra populações negras (e outras). Por sua vez, a insistência na visão fragmentada sobre a desigualdade social na sociabilidade do capital traz uma linguagem de tipo neopositivista: a chamada “questão social” vista da ótica da “exclusão social”. Isto contribui para a negação do fato de que a ordem metabólica do capital (Mészáros, 2002) é totalizante e produtora/reprodutora da barbárie no mundo.

A retórica da igualdade, fraternidade, liberdade serve ao ocultamento de outras intencionalidades. Em nome da busca aproximativa (sempre!) da totalidade, por isso mesmo, precisamos articular a aparência e a essência dos fenômenos.

Entender e analisar a questão da discriminação racial implica, por conseguinte, em ir além da retórica, da aparência. Para tanto, é fundamental a revelação da estrutura íntima dos fenômenos, para além da mera aparência.

A alienação, isto é, a distância entre o indivíduo e as possibilidades do gênero humano e a reificação (a razão tornada coisa) limitam a visão de totalidade aproximativa. Sendo assim, nos afastamos da compreensão de que no mundo contemporâneo, pela primeira vez na história humana se faz possível vencer a fome, a miséria material. No entanto, tais possibilidades encontram limites na ordem do

capital. Ordem esta que afirma a propriedade privada (cada vez em menos mãos) da riqueza que é socialmente produzida (pelo trabalho), sob os interesses predominantes dos conglomerados financeiros monopolistas internacionais.

Os referentes materiais e subjetivos dessa ordem, suas manifestações alienantes e reificantes não podem ficar de fora da análise. Incluindo aí a compreensão do racismo, que não pode estar descolada do real.

Na França, em 2006, 1 em cada 8 franceses(francesas) era pobre. Recebia o RMI (a renda mínima de inclusão cidadã). Também 1 em cada 3 famílias monoparentais e de pessoas sós era considerada como pobre.

A construção de guetos na França se iniciou nos anos 60 e 70 do século XX. Havia 9% de desempregados(as) na França em 2006. Eram os(as) que se viam e se sentiam **coupé de tout** (separados, cortados, arrancados de tudo). Famílias inteiras entram em crise sem o trabalho (o emprego) – que dá sentido à vida e pode definir seus horizontes.

Mudanças importantes ocorrem. A falta de dinheiro e a desesperança regulam as vidas. O tempo “livre” imposto pelo desemprego determina rupturas, perda de legitimidade do homem e da mulher como provedor(a). A prova disto estava entre os(as) 100 mil SDF (Sem-Domicílio Fixo) na França em 2006. Também entre os **guettosards**, moradores(as) dos subúrbios, da periferia.

Nos casos em que se faz necessária a mudança de endereço, antes fixo, para a condição de SDF (Sem-Domicílio Fixo/população de rua, moradores de campings), a sensação de abandono/rejeição é profunda. Daí 39% dos(das) franceses(francesas) terem declarado temer a insegurança social e 77% declarado o medo do desemprego, em 2006.

Em janeiro de 2007, foi apresentada a pesquisa coordenada por Danièle Ker-goat e realizada por Maria Bernardete Ferreira de Macêdo e Emmanuelle Lada – “Precarização da Saúde no Trabalho e Trajetórias Profissionais: o caso das camareiras e dos vigias noturnos”.

A investigação realizada por Maria Bernardete Ferreira de Macêdo (2006) sobre o trabalho de camareiras em um hotel na França exemplifica como é vivenciada a situação de precarização e flexibilização das trabalhadoras. Disponíveis quase que permanentemente para horários de trabalho incertos, irregulares e recebendo salários baixos, elas são exploradas e desvalorizadas. Inclusive, em razão da cor da pele e do gênero.

Em suas atividades, são obrigadas a levantar peso, enfrentando a insalubridade, os odores e as tarefas consideradas sujas/limpas, diversificadas e em espaços mal organizados em que falta a ergonomia nos instrumentos.

Os resultados aparecem em seus corpos: apresentam dores nas pernas, na bacia, na coluna vertebral. Assim, a divisão social e sexuada do trabalho articula-se à dominação exercida em razão de seu pertencimento de classe e da cor da pele e se expressa no sofrimento no trabalho. Sofrimento este que dá visibilidade às patologias da servidão das mulheres imigrantes que formam o contingente de assalariados(as) precarizados(as) no setor hoteleiro francês.

Por trás das fachadas, da propaganda do setor de ponta do turismo encontramos a violência cotidiana que faz adoecer (e morrer), principalmente, as mulheres africanas e sul-americanas. Violência invisível, vivenciada sob o controle da empresa e da clientela, mesclada pelo preconceito de sexo, de raça/etnia e da classe, com requintes perversos de xenofobia.

No capitalismo contemporâneo, o apartheid social, a guetização e a própria existência de escravidão em suas entranhas levam-nos a considerar a imbricação da classe social, do gênero e da raça/etnia.

A reflexão sobre as realidades brasileira e francesa não pode deixar de lado um ponto de encontro: o passado colonial escravista.

Conforme Françoise Vergès (2005):

Toda discussão sobre raça e racismo na França deve levar em conta a relação entre igualdade e hierarquia social, política e cultura, dominação racial e desejo racial. Assim, em lugar de separar a leitura da Declaração dos Direitos do Homem do 'Code Noir' (Código Negro), as constituições republicanas do Código do Indigenato, do Decreto de Abolição da Escravidão, do Decreto que transformou a Argélia em 'Departamento Francês', faz-se necessária a leitura conjunta desses textos. Nada de concepção da liberdade sem a concepção da escravidão, nada de concepção de cidadão sem aquela do escravo, nada de concepção de universalidade do direito sem aquela da exceção a esta universalidade, nada de trabalhador 'francês' sem o trabalhador colonizado, nada de mulher 'francesa' sem a mulher escrava/colonizada. (Vergès, 2005, p. 45-46).

CAPÍTULO IV



ANÉIS DA MEMÓRIA: OU A PROPÓSITO DE GENTES DE BARCOS, DE ONTEM E DE HOJE

*Cadê o barco que separou a família? Onde está
a terra africana que não pode mais ser vista da
Europa, das Américas?*

*A distância, o sofrimento e o banzo que
restaram constroem em nós os anéis da
memória.*

*Anéis porque unem. Memória para que nunca
haja esquecimento.*

*Do barco, da família separada, da terra
africana que não pode mais ser vista da Europa,
das Américas...*

(Eu, Maria de Fátima Gomes de Lucena: Maria, nome hebraico que significa “estrela do mar”; Fátima, que quer dizer “fecunda”, em árabe; Gomes/Lucena, oriundos da diáspora judaica rumo à Espanha e ao Brasil do Recife – em tempos de Maurício de Nassau. Mulher, feminista, socialista e muito orgulhosa da afro-descendência, que não aparece na cor da pele, somente no coração).

AS VIOLÊNCIAS NO PLURAL:

UMA ABORDAGEM COMPARATIVA DE SUAS ARTICULAÇÕES COM A SAÚDE, O GÊNERO, A CLASSE SOCIAL E A RAÇA/ETNIA NO BRASIL E NA FRANÇA CONTEMPORÂNEOS

AS CONSTRUÇÕES SOCIAIS DAS DEMANDAS DAS MULHERES NEGRAS ACERCA DA SAÚDE E DA VIOLÊNCIA NO BRASIL E NA FRANÇA

Os(as) negros(as) da França têm sua identidade construída sob o olhar crítico da diferença, do ser outro(a). A cor da pele é o marcador social que une quem vem das Antilhas, das antigas colônias francesas, que já nasceram como “franceses de verdade” ou os estrangeiros, no masculino e feminino.

Estima-se a existência de 2 a 5 milhões de negros(as) vivendo histórias de vida pontilhadas por preconceitos e discriminações. E de medo. Medo, em latim **metu**, significa ser causador de cuidados. Está na origem de palavras como remédio, remediar, irremediável. E também de médico. Daí sua conexão com a questão da saúde, através da mediação da violência.

Violência que se expressa no terror, palavra que em latim quer dizer **da terra**. Isto significa que, na luta, o(a) combatente ao subjugar o(a) inimigo(a), derrubando-o(a), deixando-o(a) cair por terra antes de ser morto(a), revela a violência do medo que aterroriza, apavora e destrói. Violência do medo do(da) estrangeiro(a) que se transforma em bode expiatório das mazelas dos tempos de crise econômica, política e cultural. Que cria cidades fechadas, situações de estado de emergência antiestrangeiros(as) reveladoras da xenofobia. Caça aos(às) estrangeiros(as), contemporâneos **pogroms** que mutilam e matam nas ruas transformadas em campos de batalha.

Estimava-se em 8%, aproximadamente, o tamanho da mão de obra formada por imigrantes na França, em 2002, segundo o escritor marroquino Thar Ben Jelloun, em entrevista dada à Revista Veja (Veja, 14 de agosto de 2002, p. 11-15).

Para o mesmo, um exemplo da discriminação é o fato de que, na maior prisão de Marselha, quase 70% da população carcerária é de origem não francesa.

Os crimes mais comuns são o que o citado autor denomina de “varejo da delinquência”: roubos de carteiras, furtos de automóveis e não assassinatos ou máfias organizadas.

Os dados que serão apresentados, a seguir, foram retirados da publicação *Sciences Humaines*, nº 168, “**La Société Précaire: dossier**” (fevereiro de 2006, p. 33-53).

Na França de hoje, cresce a presença de toda uma geração da crise estrutural do capitalismo, completando mais de 30 anos. Eles(as) fazem parte dos(das) milhares de estagiários(as), empregados(as) por tempo determinado (CDD) sob as formas de interinos(as) e folguistas. Trabalhadores(as) pobres que vivem o dia a dia como **Rmistas** (recebendo o RMI), vivendo nas ruas ou nos abrigos públicos (os/as Sem-Domicílio Fixo – SDF).

Retrato da crise e testemunhas do encolhimento do Estado-Providência, demandam políticas públicas/sociais porque estão debaixo da escala social, junto com aqueles(as) que fazem parte dos(das) que perdem seus empregos e se fragilizam numa sociedade cada vez mais desigual.

Ser empregado(a) através do contrato por tempo indeterminado (CDI) já não garante a proteção para o medo de se ver às voltas com a desesperança do desemprego/precarização. Esta precarização que toca mais profundamente as(os) operárias(os) e funcionários(as) do que as(os) trabalhadoras(es) mais qualificadas(os) (**cadres**). Que atinge mais as mulheres e os(as) imigrantes, quando se compara com os(as) nacionais.

Os números demonstram que, ao final de outubro de 2005, era de 9,7% a taxa de desemprego na França (Bureau International du Travail – BIT). Mulheres e homens sem emprego, à procura de ocupação e, portanto, disponíveis para o mercado de trabalho formal.

41,7% era o percentual de desempregados(as) de longa duração (ou seja, no desemprego desde um ano ou mais), passando aqueles(as) que já vivem a situação de desemprego há mais de 2 anos a compor 20,3%, segundo a citada fonte (p. 36).

Em 2004, por exemplo, 1,2 milhão de pessoas viviam no subemprego, trabalhando em tempo parcial, contra sua vontade, em ocupações de limpeza, e em outras precarizadas. Na maioria, mulheres e também jovens, pessoas com escolaridade mais baixa e estrangeiras(os). Tais estatísticas do INSEE Première, nº 1046, de outubro de 2005 informam a existência de mais estrangeiros(as) (7,6%) subempregados(as) do que de franceses(as) (4,7%) na mesma situação.

Em uma década, segundo o Ministério da Saúde e das Solidariedades, a DREES e a CNAF, ocorreu o aumento de mais de 31% (de 1995 a 2004) do número de beneficiários(as) do **Revenu Minimum d'Insertion** (RMI). Diante deste quadro,

os(as) eternos(as) estagiários(as) também formam o exército de precarizados(as) da chamada “geração estagiária e precária” francesa. Autores(as) de protestos que mobilizaram os eventos ligados ao **Contrat de Premier Embauche** (CPE), Contrato de Primeiro Emprego, ao longo do ano de 2006, em todo o País.

Há também os(as) denominados(as) intelectuais precários(as). Jornalistas, pesquisadores(as) autônomos(as), pós-doutorandos(as) em regime de CDD em laboratórios de pesquisas, pessoas em “estado de tese” (elaborando teses, dissertações) que são encarregadas de dar cursos nas universidades, tradutores(as) substitutos(as), aqueles(as) que se dedicam a corrigir/elaborar textos em tempo parcial. Vivem entre o feijão e o sonho, isto é, são precarizados(as) em razão do ganha-pão, mas ainda conseguem dar conta de suas atividades paralelas ligadas ao esporte, ao lúdico, estético e cultural.

O livro **“Les Intellos Précaires”**, escrito por duas intelectuais precarizadas – Anne e Marine Rambach (2001) –, fala dessas estratégias de sobrevivência na França contemporânea.

A televisão francesa apresentou documentários sobre a prostituição de jovens estudantes universitárias para fazer face aos custos de manutenção de sua educação – cada vez mais altos – em Paris, no final de 2006. Muitas mulheres usam drogas para suportar o estresse vivido na prostituição, pondo em risco suas vidas, sua saúde físico-mental.

Estima-se em cerca de um milhão e trezentos mil franceses(francesas) vivendo em situação de pobreza, se considerarmos os(as) que recebem 50% do que se denomina de piso mediano de nível de vida. Quando se leva em conta os que alcançam o percentual de 60%, temos 2,5 milhões de indivíduos.(Sciences Humaines, nº 168, p. 37).

As famílias mais numerosas se veem às voltas com a frágil remuneração que ainda tem que ser dividida entre todos(as). Ao longo de nossa estada em Paris, observamos muitas pessoas (especialmente mulheres) coletando frutas e verduras nos depósitos de lixo e no chão, em feiras livres da Cidade. No Brasil, tais cenas frequentes fazem parte do cotidiano de milhões. Na França, o choque é grande! Afinal, estamos em meio à abundância que deixa de fora seres humanos rejeitados, humilhados, em sofrimento.

Tais cenas nos fazem lembrar o filme **“Les glaneurs et la glaneuse”**, dirigido por Agnès Varda, sobre coletores(as) de alimentos e de outros víveres nas ruas francesas.

Os(as) Sem Domicílio Fixo (SDF) não são invisíveis. Estão participando, em seu nomadismo, das paisagens de cartão-postal. O INSEE, em 2001, realizou um levantamento sobre os SDF na França e constatou haver 63.500 adultos, acompa-

nhados de 16 mil crianças e mais 6.500 estrangeiros(as) (demandantes de asilo ou em centros de acolhimento), povos das ruas, em busca de abrigos, asilos, de comida quente nos dias de inverno rigoroso.

Na soma, eram 86.000 pessoas, ficando de fora desta estatística os SDF que não são atendidos por redes de solidariedade pública/privada. Daí o número ser ainda baixo diante da realidade. Os(as) que apareciam nos dados oficiais eram trabalhadores(as) (30% deles/as), ou estavam em busca de emprego (36%). Os(as) que recebiam o RMI eram 23% do total de 86 mil SDF.

Serge Pugam, autor de obras sobre a pobreza, como “**Les Formes Élémentaires de la Pauvreté**”, (PUF, 2005) e “**Le Salarisé de la Précarité**”, (PUF, 2000) e o “Relatório do Observatório Nacional da Pobreza e da Exclusão Social 2003-2004”, publicado pela Documentation Française em 2004, aprofundam a compreensão da “pobreza à francesa” hoje, no quadro geral de redução da lógica do Estado de Bem-Estar Social, inclusive na União Europeia.

Jean Furtos, psiquiatra e Diretor do “Observatório Nacional de Práticas em Saúde Mental e Precarização” e autor, junto com Christian Laval, do livro: “**La Santé Mentale en Actes. De la clinique au politique**” (Furtos & Laval, 2005) vem pesquisando sobre as dimensões psíquicas da precarização na França.

Sua preocupação está diretamente vinculada à violência econômica, que produz múltiplos sofrimentos e que interfere na qualidade de vida. Logo, nas formas coletivas de adoecer e morrer.

Ele explica:

A clínica psicossocial apreende o sofrimento que existe nos lugares do social. A grande característica deste sofrimento é que não faz parte de uma demanda direta. Estas pessoas [a população precarizada] vão mal, mas não solicitam ajuda psicológica, ainda que, manifestamente, haja uma degradação de sua existência, tanto no plano social, como pessoal e familiar. (Furtos, 2005, p. 48).

O autor referido explica que aqueles(as) que sofrem em face da precariedade social crescente e globalizada enfrentam uma espécie de “melancolia social”. Os(as) que mergulham em uma espiral infernal na qual sequer podem “sofrer seu sofrimento” são os casos mais complexos. Furtos e Laval criaram a expressão “patologias do desaparecimento”. A síndrome da autoexclusão. A mais grave forma destas patologias do desaparecimento atinge homens e mulheres que buscam desesperadamente livrar-se de seu sofrimento.

Fugindo de si mesmos(as) para não mais sofrer, privam-se da capacidade de pensar/sentir suas emoções. Muitos(as) anestesiaram seus corpos. Rompem com

seus laços familiares e afetivos que também significam sofrimento. Tornam-se seres isolados, nômades errantes. Têm diminuídas ou abolidas a vergonha e o autocuidado. Negligenciam a higiene pessoal, sua alimentação e entregam-se ao abandono. Não mais se reconhecem como seres humanos, dotados de direitos e de deveres. Vagam ao acaso. Esperam a morte e, muitas vezes, potencializam crises de auto ou hétero violência.

Em Paris, observamos esses seres errantes, quase “invisíveis”. Alguns(algumas) ainda têm um cachorro(cadela) como companhia. Muitos(as) já cortaram as possibilidades de afeto e isolam-se do mundo. Têm a síndrome de autoexclusão e engrossam as fileiras de clientes potenciais de assistentes sociais, policiais, bombeiros, médicos(as), enfermeiros(as) e “almas caridosas”. Sim, a chamada “questão social” francesa implica na presença de ONGs e de associações de caridade diversas. Profissionais, voluntários ou não, implicados nos rebatimentos da desigualdade social crescente. Testemunhas dos discursos de igualdade, liberdade e fraternidade que passam, no mais das vezes, ao largo dos(das) atingidos(as) pela precarização econômica e psicossocial.

Tal quadro nos faz lembrar do que disse Fiona Williams (1998), em seu artigo “**Genre, Ethnicité, Race et Migrations: ou les défis de la citoyenneté en Europe**”, a propósito das demandas de mulheres negras e imigrantes na União Europeia, face à política de imigração:

[...] as ações contra o racismo e a xenofobia; a saúde, a habitação e os direitos reprodutivos; as necessidades de educação e de formação; a proteção contra a violência e a exploração sexual; os direitos fundamentais do trabalho, particularmente nos casos em que, em razão de sua condição de serem mulheres e imigrantes, estas últimas têm um estatuto dependente ou definido sobre uma base racial, deixando-as vulneráveis frente a seu único empregador (serviço doméstico ou indústria do sexo). Também têm relação com o reconhecimento de suas competências e qualificações (pois numerosas empregadas domésticas possuem outras competências e diplomas); e, enfim, os direitos políticos e a representação política – notadamente o direito de ser eleitoras e elegíveis nas eleições em escala local, nacional ou supranacional. (Williams, 1998, p. 29).

Tais demandas, recolhidas no Relatório “**Confronting the Fortress: Black and Migrant Women in the European Union**” (EWL, 1995), incluem, também, a realização de estudos sobre a particularidade das mulheres negras e imigrantes, quase sempre mascarada pelo uso de categorias de análise gerais.

No que concerne à política de imigração, as mulheres negras e imigrantes reivindicam um estatuto legal que seja desvinculado de seu parceiro ou pai. Medidas

de urgência em defesa de mulheres vítimas de violência doméstica ou de outros tipos de violência são parte importante das demandas feitas. O controle especial do estatuto e das condições das mulheres domésticas negras e imigrantes é considerado fundamental como direito. Em suma, foi apresentada a demanda por reconhecimento legal em torno das discriminações e violências específicas (como o estupro, por exemplo) praticadas contra as que estão em busca de asilo político.

Este rol de necessidades encontra-se no EWL, 1995 (p. 7-8 e 255-257) e deixa explícita a sua articulação com as grandes transformações na família, na Nação e no mundo do trabalho que se operam nas esferas pública e privada. Transformações de cunho econômico, social e político que são vivenciadas através de mediações importantes, como o racismo e o sexismo, em meio à luta de classes. E que não podem (nem devem) ser deixadas de lado nas pesquisas e estudos, uma vez que se referem à luta dos movimentos de mulheres e feministas, na França, na Europa e no resto do Planeta. Afinal, buscamos superar as desigualdades sociais reconhecendo nossas diferenças: de gênero, de raça/etnia e de classe social, neste início de século XXI. Século que começa violento, em especial quando se fala de mulheres negras e pobres, seres errantes do novo século.

A opressão histórica sobre as mulheres brasileiras e, dentre elas, as negras, é revelada com o avanço das lutas sociais. Denunciar e demonstrar indignação são os recursos para se buscar ir além das marcas da escravidão e do genocídio de milhões de seres humanos em todo o Planeta em razão da cor de sua pele.

Longo caminho de saída da “naturalização” da desigualdade socialmente construída. A mulher negra no Brasil é quase sempre vista como sem valor, feia, suja, subordinada e alvo privilegiado da violência sexual de cunho machista. Tal visão negativa, carregada de preconceito/discriminação, enfraquece a construção da identidade feminina em relação ao seu pertencimento ao humano genérico, à universalidade.

Fragmentada, ocultada, subordinada e, por isso mesmo, dificilmente considerada como ser humano, a mulher negra é parte do “diferente”, do “outro”, do desconhecido. Este é o pano de fundo que permite a reprodução das desigualdades com base no racismo/sexismo. Desigualdades de raça/etnia, de gênero e de classe social que afirmam a superioridade do poder branco, masculino e detentor da riqueza.

Os ecos das lutas contra a escravidão estão na presença simbólica de Dandara, de Zumbi. Contra a perversidade, são reforçadas as estratégias de resistência, de avanços da luta do movimento de mulheres, do movimento negro.

No Brasil, desde 1820, foi criado o que pode ser o primeiro movimento feminista negro do Brasil – a Irmandade da Boa Morte, na Cidade de Cachoeira,

Estado da Bahia. Lugar de engenhos de açúcar que fizeram sua riqueza do século XVI ao XIX, abrigou as marcas da escravidão negra e a presença de mulheres resistentes. À violência da escravidão, dos longos dias de trabalho duro, de castigos, de açoites. À violência de gênero que mutilava e matava as mulheres negras, também escravas sexuais dos homens brancos.

Com fundamentação na Constituição de 1988, após 21 anos de ditadura, as mulheres negras se organizam em Encontros Nacionais de Mulheres Negras em 1988, 1991 e 2000. Mulheres negras que se fortalecem e buscam a participação e o reconhecimento de suas demandas específicas nos espaços políticos dos Encontros Nacionais Feministas e Encontros Nacionais de Entidades Negras, na Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida, em 1995, em Brasília, por exemplo.

A Articulação de ONGs de Mulheres Negras e o Fórum Nacional de Mulheres Negras também foram criados dentro da lógica da busca do respeito às suas necessidades nas políticas públicas brasileiras.

No âmbito mundial, as lutas das mulheres negras estiveram representadas na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995, em Beijing, e, em 2001, na III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, à Discriminação Racial, à Xenofobia e à Intolerância Correlatas, em Durban, na África do Sul.

Se, de um lado, as mulheres se fortalecem, se passam a construir uma autoestima positiva, se é visível que a sociedade se feminiliza cada vez mais, de outro, não há garantias de que os homens mudarão no sentido de se tornarem mais sensíveis, muito embora seja notória a diferença entre os homens nascidos antes e depois do feminismo. Aqui também os efeitos do movimento feminista devem ser notados. A invenção da masculinidade tornou-se um tema cada vez mais presente nas pesquisas acadêmicas ou nas revistas comerciais, para não dizer nas próprias práticas sociais e individuais, revelando o desconforto dos mais jovens com as definições de virilidade construídas com base na figura do guerreiro ou na de Tarzan. Contudo, sabemos que as conquistas sociais e sexuais são sempre instáveis e dependem da continuidade, da firmeza e da intensidade da pressão dos grupos envolvidos, assim como da potencialização das políticas reivindicadas pelo feminismo e pelas mulheres em geral. (Rago, 2004, p. 41).

Direitos existem, pelo menos no papel. Tanto o Brasil como a França são signatários da Convenção Internacional sobre Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial, desde a década de 60 do século 20. (CEDAW – 2002 – Organização das Nações Unidas). Também assinaram a Carta de Paris (1990), o Pacto de San José, Costa Rica (1993) e a Conferência Internacional de Combate à Xenofobia, Racismo e a todas as Formas de Intolerância (Durban, 2001).

Ambas as Constituições Nacionais, por sua vez, proíbem a discriminação racial/étnica e afirmam a igualdade de acesso a direitos sociais. Pregam, sobretudo, o respeito às condições de promoção da educação, da renda, do trabalho, da saúde e da liberdade de expressão social, cultural e religiosa entre os múltiplos grupos étnicos.

Direitos Humanos, Políticas Afirmativas e variados dispositivos e ações de “inclusão social” de segmentos considerados mais vulneráveis buscam tratar “desigualmente os desiguais”. Isto é, de forma favorável, afirmativa, através de “políticas includentes”.

No Brasil, por exemplo, as políticas afirmativas, desde o início da década de 2000, se fazem presentes em vários setores como: educação, saúde, desenvolvimento agrário, relações internacionais, administração municipais, estaduais e federal, trabalho e geração de emprego e de renda.

Sarita Amaro (2005) refere-se ao caso brasileiro destacando que, a partir de 2003, o enfrentamento da questão racial no País foi reforçado com a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). Assim, a institucionalização da luta contra mais de cinco séculos de genocídio e de barbárie abre mais espaços à organização dos movimentos de negras(os), indígenas e outras etnias.

A ex-ministra Matilde Ribeiro, da SEPPIR, afirmou o que se segue, a propósito da complexidade de se distinguir preto de branco em um país mestiço como o Brasil:

Os *rappers* têm uma afirmação que acho interessante, eles dizem: “a polícia sabe”. Mas acho que no Brasil é difícil, de fato, definir o que é negro e o que é branco. Até porque fomos estimulados, como Nação, a acreditar que o racismo não existe e que vivemos numa democracia. Agora, em nome dessa dificuldade, não podemos cruzar os braços. Porque os dados estão aí. Desde o IBGE até os institutos de pesquisa não-governamentais apresentam dados mostrando que, entre os 47% da população – somando na linguagem do IBGE pardos e negros, esse contingente é o que está quase que totalmente dentro da faixa da população mais pobre e abaixo da linha de pobreza. Então, por mais que seja difícil identificarmos dentro da mistura quem é negro ou não, acho que a somatória de critérios sociais com os raciais e étnicos dá conta do recado, consegue trabalhar com um marco que não segrega, porque não estamos falando de negro e ponto, estamos falando de, entre os pobres, entre os que a vida inteira estudaram em escola pública, atendem ao critério social, racial e étnico. E o contentamento ou descontentamento com o convívio, digamos assim, acho que pode ser mediado pela própria estratégia educacional e cultural. (Ribeiro, 2006, p. 33).

Estratégia educacional e cultural que, tanto no Brasil como na França, possa denunciar um fato. Nas palavras do jornalista Marcelo Coelho, em artigo da Folha de São Paulo de 28 de junho de 1995, em referência à realidade brasileira, mas também aplicável à francesa: “afirma-se uma igualdade entre negros e brancos. São todos humanos, mas a humanidade dos negros surge como descoberta, como revelação, como licença, como algo que se concede a eles”.

No Brasil de hoje, as mulheres morrem de doenças cardiovasculares, em primeiro lugar; de AIDS adquirida via relações com seus parceiros, sendo elas próprias monogâmicas, em convivência sexual com homens promíscuos; em segundo lugar e em terceiro lugar, morrem vitimadas pelas chamadas Causas Externas (homicídios, suicídios, acidentes de trabalho e de trânsito), sendo que os homicídios são mais frequentes.

Pensando sobre a violência, podemos articulá-la à questão da mercantilização da vida. Essa mercantilização é geradora do estranhamento/alienação e retrata as contradições da sociabilidade do capital, em particular, na realidade brasileira contemporânea.

A violência do adoecer/morrer, por sua vez, se evidencia na “naturalização” da barbárie, naquilo que Luís Mir (2004) denomina de “guerra civil brasileira”:

Se os caixões fossem transparentes, os túmulos translúcidos, as gavetas dos institutos médico-legais abertas e ao ar livre, não teríamos como ignorar a forma humana da morte. Se as vítimas da guerra ficassem lado a lado, seriam centenas de quilômetros de corpos estendidos que deveriam estar vivos, de pé. E se empilhados, a montanha da morte teria uma base e uma altura de muitas centenas de metros. (Mir, 2004, p. 22).

No Brasil, hoje, temos cerca de 45 mil homicídios anuais (sem deixar de reconhecer as dificuldades do sub-registro de ocorrências e, por conseguinte, das falhas dos dados estatísticos oficiais) que nos fazem campeões mundiais de homicídios. Em 2003, a própria Organização Mundial da Saúde havia afirmado nossa posição perversa neste “campeonato” mundial de homicídios.

Faz-se necessário, portanto, articular a desumanização da mulher negra e pobre às questões da produção das condições materiais/subjectivas de existência no plano da História. Materializar/subjectivar a opressão, por sua vez, implica em fazer a crítica àqueles(as) que põem na Biologia o que de fato é a construção histórica da desigualdade de classe, de gênero e de raça/etnia.

Concordamos com Toledo (2001), quando afirma que:

Os interesses do capital privilegiam o mercado e estão acima da qualidade de vida dos povos, do igualitarismo, do fim da discriminação entre os gêneros. É nesse quadro que deve inserir-se a luta pelo fim da opressão à mulher, porque essa é causa estrutural de sua pobreza e submissão. (Toledo, 2001, p. 37).

A partir do exposto, pode-se compreender as desigualdades sociais que se expressam no perfil da mortalidade da maioria das mulheres negras e pobres. Por isso mesmo, não há como se manter a “invisibilidade”, o silêncio, a negação de uma realidade social que naturaliza a subordinação da mulher negra.

O Programa de Saúde da Família (PSF), por conseguinte, deve incorporar a lógica da igualdade de homens e mulheres, respeitando-se as diferenças. Diferenças estas que reconheçam as particularidades que fragilizam os corpos/mentes das mulheres negras, há mais de 500 anos submetidas à perversidade de uma lógica histórica que ainda reproduz relações sociais marcadas por resquícios escravistas, patriarcalistas e permeadas pela violência.

As práticas concretas nos serviços de saúde voltados à maioria da população brasileira – mais pobre – devem levar em conta que os diferentes modos de adoecer e morrer da mulher negra necessitam ser compreendidos à luz da desigualdade social brasileira. As doenças cardiovasculares, a AIDS adquirida via parceiros, os homicídios refletem a violência que se pratica nos espaços privados e públicos cotidianamente. Assim, não se pode pensar em saúde como direito de todos(as) e dever do Estado sem se considerar a importância da questão que articula a classe social, o gênero e a raça/etnia nesse País que apresenta uma realidade de profundas desigualdades sociais.

Este é o desafio posto na atualidade: a saúde não é apenas a mera ausência de doenças, mas, sobretudo, envolve o acesso/usufruto de meios que garantam a qualidade da vida. Por isso mesmo, sendo o Programa de Saúde da Família uma das portas de entrada da rede de saúde, faz-se necessária a incorporação da questão da integralidade da atenção à saúde da mulher negra no âmbito da política de saúde brasileira, na contemporaneidade.

As políticas públicas de saúde devem levar em conta a necessidade do enfrentamento da violência contra a mulher negra. As ações de saúde, por isso mesmo, precisam superar o racismo institucional enquanto fracasso coletivo em se efetivar a prestação de serviços (efetivos, eficazes e eficientes) a pessoas, em decorrência da cor de sua pele.

Concordamos com Sampaio (2003), quando conceitua o racismo institucional como:

O fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista, que causam desvantagem a pessoas de minoria étnica. (Sampaio, 2003, p. 82, nota de rodapé)

AS VIOLÊNCIAS NO PLURAL

As violências contra as mulheres são, além de importantes indicadores de submissão ao mundo masculino, fatores de adoecimento e morte.

A ampliação de estudos comparativos internacionais é, sobretudo, essencial à compreensão/enfrentamento de questões vinculadas à condição feminina enquanto ser de direitos. No entanto, faz-se necessário ultrapassar obstáculos, como denúncias não generalizadas em face de um problema complexo. Tal complexidade, por sua vez, deve-se ao fato de que a violência contra a mulher multiplica-se em inúmeros atos singulares, primordialmente cometidos na esfera privada, por pessoas íntimas da vítima. Logo, contendo em si a marca da ambivalência do amor/medo/ódio. Enfim, da dominação intrínseca às relações sociais de gênero, sexualização do social.

A violência, de acordo com Pinheiro & Almeida (2003, p. 13) compreende o que se segue: “ação, produção de danos/destruição e intencionalidade são os elementos constitutivos da violência. Com isso temos uma definição básica de violência: ação intencional que provoca dano”. Violência provém do latim **violentia**, que significa veemência e impetuosidade e deriva da raiz latina **vis**, força. Pode ser expressada através de sua natureza físico-psicológica e sexual, envolvendo a privação ou a negligência.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência implica em múltiplos aspectos: “O uso intencional da força física ou do poder, real ou potencial, contra si próprio, contra outras pessoas ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, danos psicológicos, deficiência de desenvolvimento ou privação”. (Krug, 2003, p.16).

A OMS, em 1996, elaborou a seguinte tipologia da violência, sendo conveniente levar em conta a complexidade da mesma. Isto se reflete nas inúmeras tipologias construídas que, muitas vezes, deixam de considerar a articulação que existe na pluralidade da violência: **violência autoinfligida** – esta inclui o suicídio (pensamentos e tentativas) e o comportamento auto-abusivo/incluindo a auto-

mutação. **Violência interpessoal:** este tipo engloba a violência na família, no espaço doméstico ou fora deste, e nas demais relações íntimas, cometida contra as mulheres, as crianças, os idosos; isto é aquelas(es) consideradas(os) mais frágeis e, por isso mesmo, alvos “privilegiados” em sua maioria. **Violência Comunitária:** esta ocorre, em geral, no espaço público, envolvendo pessoas fora das relações de parentesco, desconhecidas entre si ou não. A **violência juvenil**, os atos aleatórios de violência, o estupro ou ataque de caráter sexual cometidos por estranhos e a chamada **violência institucional** (em escolas, locais de trabalho, asilos, prisões etc.) podem ser consideradas como violências comunitárias.

Violência coletiva: subdivide-se em violência social, política e econômica. Envolve a criminalidade organizada, o terrorismo e a ação violenta cometida por multidões furiosas. A violência política, por sua vez, inclui guerras e outros conflitos armados, o uso da força pelo Estado (violência do Estado) e por grupos sociais mais amplos.

Violência econômica: esta implica na ação violenta de grupos maiores em busca de conquistas de ganhos materiais, atingindo objetivos como a interrupção da produção, a negação do acesso a serviços considerados essenciais ou gerando segmentações econômicas.

No **Dictionnaire Critique du Féminisme**, organizado por Fougeyrollas-Schwebel, Dominique.; Hirata, H. e Senotier, Danièle (2003, p. 17), a violência é definida como todo constrangimento físico ou psíquico suscetível de levar ao terror, ao deslocamento, ao mal-estar, ao sofrimento ou à morte de um ser animado.

Em seu conjunto, as violências podem ser físico-psicológicas, verbais e sexuais. As dores por elas produzidas são o aviso do sofrimento da alma/corpo em busca de expressões das emoções que têm na dor o seu SOS. Corpo que fala e denuncia a perda da qualidade de vida, a doença, a morte.

Sendo própria de todo ser humano, a violência leva à auto-preservação, não considerando a ideia de alteridade. Daí seu potencial de punir, castigar, proibir e ameaçar. Enfim, de destruir ou de matar.

Os comportamentos destrutivos ou de caráter domesticado têm origem na relação entre pais e filhos. Para que a violência seja enfrentada, é necessário que a educação conduza ao aprendizado da frustração, permitindo que o desejo se expresse através da linguagem e de outras formas de canalização dos impulsos.

A questão da moral aparece quando existe o problema da falta de relações íntimas, com modelos adultos que sirvam de identificação com a figura do outro.

Christiane Olivier (1999) afirma a importância da falta de relacionamentos íntimos entre pais e filhos que dificulta o encontro de referências e de respeito à lei por parte do(da) adolescente que vive com pais ausentes, desvalorizados ou

que não suportam conflitos com os(as) filhos(as). Os(as) que vivem em lares cujo modelo é feminino se tornam, muitas vezes, impossibilitados(as) de expor sua agressividade adolescente, o que repercute no crescimento pessoal e na formulação de projetos de vida realizáveis.

Em geral, as mulheres são menos violentas que os homens. Ao contrário deles, costumam dirigir sua agressividade contra si, através de condutas destrutivas como anorexia, bulimia, depressão, suicídio e prostituição. Ou seja, violências autoinfligidas. Os homens, ao contrário, geralmente voltam sua agressividade para os outros, engrossando as estatísticas de delinquência na sociedade.

A ‘violência’ não é uma, é múltipla. De origem latina, o vocábulo vem da palavra *vis*, que quer dizer ‘força’ e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. No seu sentido material, o termo parece neutro, mas quem analisa os eventos violentos descobre que eles referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e à busca de domínio e aniquilamento do outro, e que suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, segundo normas sociais mantidas por aparatos legais da sociedade ou por usos e costumes naturalizados. Mutante, a violência designa, pois – de acordo com épocas, circunstâncias –, realidades muito diferentes. Há violências toleradas e há violências condenadas. E, desde o nascimento do *Homo sapiens* e, mais especificamente, desde o início da modernidade, ela se enriquece de novas formas, cada vez mais complexas e, ao mesmo tempo, mais fragmentadas e articuladas. (Minayo, 2003, p. 25).

O ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO

Conforme afirmado ao longo de nossa análise, as violências devem ser entendidas no plural e tendo sua gênese nas relações sociais estranhadas. No Brasil e na França, hoje, as más condições de trabalho e as sobrecargas, aliadas à competição acirrada, ao medo da perda do emprego repercutem negativamente na saúde do(da) trabalhador(a). Persistem as estratégias sexuais de dominação, trazendo em si elementos de discriminação de classe, de gênero e também de raça/etnia. Por isto, o trabalho faz adoecer e mata. Adoecer e morrer no trabalho rimam com a intensificação da produção a partir do aumento do trabalho morto (da máquina, com o uso da tecnologia, da automação) em detrimento do trabalho vivo (o ser humano que trabalha).

A saúde do(da) trabalhador(a) sofre profundos desgastes a partir do “consumo” predatório que leva à doença e à morte em tempos de desemprego, subem-

prego, terceirização, precarização e aumento dos vínculos informais no trabalho, dentre outras expressões da desumanização. Não é de se estranhar que vêm se juntar às agressões ditas “tradicionais” (variados tipos de acidentes de trabalho que deixam sequelas e/ou matam, dermatoses, intoxicações e envenenamentos, asbestose, silicose, surdez ocupacional etc.) as “novas” doenças do trabalho.

Estas últimas, por sua vez, englobam as doenças cardiovasculares, cânceres, variadas doenças mentais, as lesões por esforços repetitivos, além de inúmeras outras, incluindo-se as resultantes da degradação dos recursos da natureza. O consumo predatório referido expressa, sobretudo, a violência nas relações de trabalho.

Ser mulher é arriscado e faz mal à saúde em um mundo dominado por homens. Ser mulher separada, divorciada ou sozinha simplesmente por seu celibato também. As que estão desempregadas, subempregadas ou empregadas em situações de precariedade, de baixos salários, idem. Se fizerem parte de chamadas “minorias sociais”; ou seja, se portarem alguma deficiência física ou mental, forem homossexuais ou estiverem na assim denominada “terceira idade”, o mesmo ocorre.

Assim também se passa com aquelas que são pobres (a maioria mundial). Imaginemos o significado social de também ter na pele, no cabelo, um “marcador social” corpóreo que se chama raça/etnia, discriminação, preconceito, isolamento. Em suma, a precariedade ronda as vidas de milhões de mulheres, no Brasil e na França, na atualidade.

Segundo seu significado etimológico latino, a palavra precarização é derivada de precário que, por sua vez, significa pedir, suplicar. Daí o que é precário refere-se àquilo que resultou da súplica; isto é, de uma situação de subordinação a alguém. Por isso mesmo, pressupondo relações desiguais de poder. O precário e o invisível marcam o trabalho feminino negro na sociedade de classes e sexista/racista. Traçam também os contornos da barbárie que atinge milhões de mulheres vítimas de numerosas formas de violência na casa e na rua.

Diante da insegurança da vida, são construídas estratégias de sobrevivência a partir de laços de compadrio e redes de vizinhança. Verdadeiros oásis de solidariedade em um mundo cada vez mais degradado, pleno de relações superficiais e efêmeras, baseadas na lógica instrumental da competitividade e do individualismo exacerbado. O assédio moral no trabalho expressa a violência que se abate sobre as mulheres, em geral, e, mais particularmente, sobre as negras.

Em nossa análise, adotaremos o conceito de assédio moral no trabalho a partir da contribuição de Hirigoyen (2005).

O assédio moral no trabalho é definido como qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude...) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho [...] Qualquer que seja a definição adotada, o assédio moral é uma violência sub-reptícia, não assinalável, mas que, no entanto, é muito destrutiva. Cada ataque tomado de forma isolada não é verdadeiramente grave; o efeito cumulativo dos micro-traumatismos freqüentes e repetidos é que constitui a agressão. (Hirigoyen, 2005, p. 17).

Mesmo não sendo o mesmo que o estresse, conforme já explicitado, o assédio moral se faz presente em situações estressantes.

Conforme Hirigoyen (2005), o estresse no trabalho difere do assédio moral uma vez que, neste último, a humilhação predomina. O alvo de situações de isolamento e de agressões repetidas no ambiente de trabalho, sem saber o porquê e as origens, adocece. É a força destrutiva do assédio moral se manifestando.

A autoestima é atingida ao se saber vítima de atitudes que negam a dignidade; de se reconhecer dentro de um círculo vicioso de silêncio, de exclusão, de brutalidade. Alvo de sadismo, muitas vezes provindo de personalidades narcísicas perversas, a vítima toma consciência de que é incômoda, discriminada.

Ser “diferente” quer dizer fugir à regra do jogo. Regra esta que, na contemporaneidade,

Na hora da globalização, procura-se fabricar o idêntico, clones, robôs interculturais e intercambiáveis. Para que o grupo seja homogêneo, esmaga-se aquele que não está no ponto, aniquila-se qualquer especificidade, seja de caráter, comportamento, sexo, raça... Formatar os indivíduos é uma maneira de controlá-los. Eles devem se submeter para melhorar os desempenhos e a rentabilidade. [...] O assédio moral é um dos meios de impor a lógica do grupo”. (Hirigoyen, 2005, p.39).

O narcisismo que caracteriza a sociabilidade contemporânea alimenta a ideia de que o indivíduo é a medida de todas as coisas. Assim, o medo, a insegurança levam os indivíduos a se mirar no espelho do outro em busca de validação, de reconhecimento.

Ora, a vítima de assédio moral é “eleita” para ser o receptáculo da desumanização por parte de uma pessoa sádica e/ou por todo um grupo. Transformada em “bode expiatório”, “a vítima da vez” ou a “eterna vítima” é escalada para receber as violências visíveis/invisíveis. Assim, a raiva, o ódio de indivíduos/grupos são expressados “pacificando”, “apaziguando” conflitos inconscientes em busca de válvulas de escape.

O isolamento do “diferente”, sua condição de rejeitado indicam que

O assédio moral é indiscutivelmente uma patologia da solidão. Atacam-se, de preferência, os trabalhadores isolados e, quanto aos que têm aliados, dá-se um jeito de privá-los da solidariedade. Quando há alianças, é necessário também que sejam as convenientes. Pessoas são, às vezes, ‘sacrificadas’ em nome de uma rivalidade de grupo. (Hirigoyen, 2005, p. 223).

Sendo uma agressão, o conflito gerador resta não enfrentado, ficando não explicitado. Esta é uma das características do assédio moral. Agredindo a vítima, o(a) autor(a) do assédio moral busca o poder. Vale, sobretudo, exercer o domínio, anulando o outro enquanto pessoa.

O medo torna-se uma importante forma de controle social. Em princípio, o medo serve à causa da autoproteção em um mundo reconhecidamente pleno de perigos.

O estresse assim gerado implica na mobilização de estratégias defensivas. Atitudes violentas respondem à necessidade de autoproteção diante de situações geradoras de medo. Por medo nos rebelamos; mas também nos enquadrados às normas.

O medo que se sente do outro leva a que também se desconfie de todo mundo. É preciso esconder as próprias fraquezas por temer que o outro as utilize como munição. É necessário atacar antes de ser atacado e, em qualquer caso, considerar o outro como um rival perigoso, ou um inimigo em potencial. Como em uma situação de legítima defesa, procuramos nos livrar do outro para nos salvarmos. (Hirigoyen, 2005, p. 45).

Os indivíduos perversos narcisistas têm profundo medo dos outros, veem perigo em toda parte. Especialmente quando suas estratégias de dominação (uso da força ou simplesmente de técnicas de manipulação sedutoras) se tornam frágeis.

Em seu livro “Meu Vizinho é Um Psicopata” (2010), Martha Stout enfatiza que 1 em cada 25 pessoas é um psicopata – sem consciência, sem culpa. Tal fato indica que a alta incidência da sociopatia atinge nossos lares, nossos ambientes de trabalho e de lazer. Podem ser violentos assassinos, no masculino e no feminino, ou simplesmente pessoas semelhantes a nós, das quais não temos indícios para entendê-las como violentas e cruéis.

Esses 4% da população mundial que têm Transtornos da Personalidade Antisocial – a sociopatia – causam estragos profundos e duradouros, muitas vezes mortais, em ambientes e situações cotidianos. Para a citada autora:

os indivíduos sem consciência constituem um grupo único, quer se sejam tiranos homicidas, ou simples francoatiradores sociais sem escrúpulo. O que distingue o sociopata que vive à custa dos outros daquele que de vez em quando assalta lojas de conveniência ou do que se transforma num grande empresário explorador – é tão somente status, disposição, intelecto, sede de sangue ou oportunidade.(...) num mundo em que, durante milhares de anos e até hoje, os nomes mais famosos sempre foram os daqueles que conseguiram ser consideravelmente amorais. Em nossa cultura atual, usar os outros é quase moda, e a falta de escrúpulos nos negócios parece render lucros ilimitados. (...) Esse domínio das pessoas sem nenhuma consciência sobre o restante de nós constitui um exemplo particularmente disseminado e estardalhaçado do que o romancista F. Scott Fitzgerald chamou de «tirania dos fracos». (Martha Stout, 2010, p. 22-26-29).

Nossa sensibilidade à violência é condicionada à nossa história individual, nossa personalidade, nosso temperamento, comportamentos e sentimentos. Ou seja, nasce da articulação entre nossa subjetividade/objetividade. A partir dessa complexidade de estar no mundo em situação de medo, angústia cria-se a consciência do poder, da assimetria imposta por relações sociais violentas.

Mundo violento, povoado por valores que cultuam a propriedade privada da riqueza, o lucro a qualquer preço, o indivíduo como medida de tudo. Narciso, Ego, sociedade do espetáculo de que fala Guy Débord (1997), em seu livro “A Sociedade do Espetáculo”, na qual a aparência define, quase sempre, o reconhecimento da legitimidade do ser. Não valendo a relação aparência/essência, resta o recurso da publicização da imagem. Imagem no ar...Efêmera, superficial, hipócrita. Repleta de indivíduos que competem desesperadamente para alcançar o topo, desfazer-se do anonimato da multidão. Crentes na mentira do discurso que prega a igualdade, a fraternidade, a liberdade.

Fala-se em igualdade, fraternidade, liberdade. Para além da fala, encontramos o desprezo pelo outro. Em especial por aqueles considerados como os “outros diferentes”: os que deliberadamente desaparecem porque são tornados invisíveis simbolicamente enquanto pessoas que sobram nos campos semeados pelo desprezo, no masculino e no feminino.

A saúde das vítimas do assédio moral sofre os efeitos devastadores em função de sua fragilidade, isto é, de sua vulnerabilidade que se articula com a existência de fatores agravantes, como a baixa autoestima, a vivência (ou não) de situações de assédio moral anterior e o suporte (ou não) de uma rede de solidariedade (família, amigos, instituições). Rede que se torna fundamental contra a sensação de solidão trazida pelo assédio moral.

O tempo de exposição ao assédio moral, bem como a esperança em resolver os tormentos geradores de estresse e de ansiedade, influenciam o grau de profundidade do sofrimento psíquico-físico. Assim, a capacidade de defesa subjetiva/objetiva da pessoa que vivencia o assédio moral é variável no que concerne à sintomatologia. No entanto, o traço que distingue sua situação é o da consciência de ser humilhada e de se sentir impotente diante das ameaças à sua integridade e dignidade.

A dor do corpo aparece como reveladora do mal-estar no mundo. Mal-estares, assim, no plural, que diminuem o gosto pela vida, tiram o sono ou o trazem em demasia. Fazem a cabeça explodir em enxaquecas. Com os nervos à flor da pele, os ossos que se fazem sentir em sua dureza, a tensão que nos diz que a coluna que nos sustenta está se rebelando contra nosso equilíbrio vital. Dores que aparecem em ciclos, que passeiam pelo estômago, por todo o corpo. Ter o coração palpitando, o fôlego curto, a ideia de morte iminente. Pânico, curto-circuito, grito da alma. Coisas que nos lembram nossa impotência, incapacidade de defender nosso bem maior – a vida digna.

As fofocas também são utilizadas como formas de dominação. Isto significa o controle grupal sobre aqueles(as) que se diferenciam das normas vigentes. No sentido de evitar que alguém se desgarre do rebanho, distinga-se do grupo e, conseqüentemente, ganhe destaque, as fofocas são a mediação.

Fofocar é coisa séria. É um mecanismo poderoso de controle social uma vez que se baseia na não tomada de conhecimento da vítima sobre o que está ocorrendo. Sendo a(o) última(o) a saber, sua imagem pública já poderá estar irremediavelmente comprometida. Daí a seriedade da situação de ser alvo da fofoca.

Na vida privada e na pública, muitas reputações são destruídas, inclusive com a cobertura das mídias. Sair deste complexo de armadilhas é difícil e provoca grande estresse. Sujar a imagem em um mundo que valoriza as aparências – a sociedade do espetáculo – é uma arma poderosa em poder de indivíduos e grupos perversos. Limpar dá trabalho, desgasta e faz adoecer. Que o digam aqueles(as) que foram violentados(as) por verdadeiros esquadrões da fofoca na casa e na rua. Exemplos disto estão na rede mundial de computadores, verdadeira teia de destruição/criação de estratégias envolvendo a imagem pública de indivíduos famosos ou quase.

A VIOLÊNCIA DOS CÂNONES DA FEMINILIDADE

A diferença, a particularidade do ser mulher são socialmente constituídas como cânones da feminilidade. Fragilidade, docilidade, flexibilidade, maternagem, sedução e beleza. Os ritos de beleza femininos têm uma face positiva quando significam o cuidado de si mesma, o amor próprio. Ao contrário, esses mesmos rituais quando impostos por constrangimentos exteriores à vontade, à liberdade da mulher são expressões de violência. Ser alvo da “indústria da beleza”, das cobranças sexistas constitui a imposição de normas de julgamento social e a certeza da humilhação e do sofrimento das que transgridem. A “beleza” e as marcas históricas que portam os cânones do belo, do valorizado positivamente em termos estéticos articulam-se com as questões de classe, de raça/etnia e de gênero. Isto é, as concepções de beleza também são sexuadas. E de forma positiva e negativa. Löwy (2006) afirma que:

A sexualização negativa é também importante e pode mesmo ser mais importante que a sexualização positiva. Assim, em certos grupos étnicos e certas religiões, as mulheres são obrigadas a esconder seus corpos. Já na maioria das sociedades ocidentais (leigas), elas são obrigadas a mostrar um corpo adequado às normas sociais bastante rígidas. [...] A definição de certos corpos (como os dos negros, judeus, asiáticos etc.) como desagradáveis e indignos de atenção, justifica o medo, a segregação e o ódio. Dessa maneira, essa definição é um modo eficaz de manutenção de práticas discriminatórias”. (Löwy 2006, p. 118). (tradução nossa).

Na contemporaneidade, apesar da existência de discursos que negam o racismo e o sexismo, observamos múltiplas estratégias de discriminação que reafirmam a pertinência ao “grupo étnico” o tempo inteiro e também a partir da “invisibilização” dos(das) que são vistos(as) como “diferentes” e rejeitáveis.

A partir do exposto, podemos vislumbrar como se expressam, social e historicamente, os processos de reprodução das discriminações e as dificuldades para seu enfrentamento. Assim, conforme Löwy (2006), a importância de se investigar sobre o que ela denomina de “elemento decisivo” capaz de questionar as bases da dominação masculina, da Hidra da discriminação ligada ao sexo/gênero, pela luta coletiva, através do: “[...] compartilhamento mais igualitário das atividades domésticas, igualdade de salários, educação unissexuada, eliminação da pornografia, maior investimento dos homens nos cuidados das crianças pequenas, união (casamento) homossexual, paridade na política...[...]” (Löwy, 2006, p. 244). (tradução nossa). E acrescentamos, reconhecimento da necessidade de nega-

ção do marcador social “cor da pele”. Sexuado e racista, tanto no Brasil como na França, em suma, no mundo inteiro.

O ASSÉDIO SEXUAL

A violência sexual é uma das mais presentes na vida das mulheres negras, embora não haja estatísticas para retratar este tema tão sensível e pouco estudado, no Brasil e na França. As mulheres silenciam ou falam pouco sobre as diversas formas que vão desde o assédio sexual, agravando-se pelo estupro (inclusive o conjugal) e pela exploração sexual. Esta última englobando o turismo sexual e o tráfico internacional de mulheres.

A repressão sexual pode ser considerada como um conjunto de interdições, permissões, normas, valores, regras estabelecido histórica e culturalmente para controlar o exercício da sexualidade[...] As proibições e permissões são interiorizadas pela consciência individual graças a inúmeros procedimentos sociais (como a educação, por exemplo) e também expulsas para longe da consciência, quando transgredidas porque, neste caso, trazem sentimentos de dor, sofrimento e culpa que desejamos esquecer ou ocultar (Chauí, 1984, p. 9-10).

E as negras sabem muito bem o que significa essa repressão sexual. As mulheres negras, especialmente as brasileiras, são humilhadas e dominadas, muitas vezes, sob o lema da ideologia da “mulata para exportação”. Belas, jovens, pobres e em busca do eldorado estrangeiro partem, muitas vezes, para a prostituição, disfarçada ou não.

O estupro

Em francês, o estupro é traduzido como **Viol** = violação. Viol vem do latim **Vis** e quer dizer força, como violência, conforme já explicitamos. Violar, violentar referem-se, assim, a relações sexuais impostas por constrangimentos, atentando contra o valor do direito do indivíduo mulher.

No Brasil e na França, é considerado como crime e passível de punição legal. O estupro foi abordado por Laurent Mucchielli, no artigo “**Délinquance Juvenile: les cas des viols collectifs**” (2005, p. 50-53), o qual consideramos de grande importância científica.

O debate “**Les violences envers les Femmes, un problème politique**” (Mar-

dis des Sciences de l'Homme – Maison des Sciences de l'Homme, Paris Nord) em 7 de dezembro de 2004, em Paris, foi fundamental para a análise da questão na França.

Na ocasião, o sociólogo Eric Fassin e a antropóloga Christelle Hamel debateram sobre a complexidade do estupro (inclusive o coletivo) como ameaça às mulheres em sua dignidade, integridade, liberdade. Em suas palavras sobre o estupro coletivo, Hamel afirma que este não é: “Nem natural, nem ritual, nem efeito mecânico da pobreza. É no sistema social de hierarquização de sexos que se faz necessário buscar uma explicação para os estupros coletivos”. Esta posição se contrapõe à dos(das) que pretendem associar a questão à pobreza e à raça, bem como à personalidade impulsiva do agressor, associado, em geral, com os jovens habitantes das periferias.

Eric Fassin, por sua vez, tece sua análise a partir dos resultados da **Enquête Enveff**, feita de março a julho de 2000 e publicada como: “**Les violences envers les femmes. Une enquête nationale**”, em 2003.

A polêmica por ele levantada se baseia no argumento de que se deve entender a violência contra a mulher como existente em todos os espaços, classes e não apenas se concentrando entre as chamadas “classes perigosas” – os mais pobres, negros, imigrantes e descendentes que vivem nos **quartiers difficiles** da França. Buscou, sobretudo, desfazer o vínculo que associa a violência com o espaço social dos **banlieues**.

No caso brasileiro, a escassa bibliografia existente também concentra-se na academia e nas ONG's. Por isso mesmo, demandando mais pesquisas e visibilidade social para seu enfrentamento enquanto questão de saúde coletiva.

A Lei francesa considera como estupro (**viol**) “todo ato de penetração sexual, de qualquer natureza, cometida sobre outrem, através de violência, constrangimento, ameaça ou surpresa” (Lei: Artigo 222 – 24. Novo Código Penal Francês). É um crime passível de 20 anos de prisão e, de acordo com a lei, distingue-se de outras agressões sexuais pela característica de penetração sexual, qualquer que seja.

As penas legais são aumentadas em função das chamadas circunstâncias agravantes, como:

- agressão cometida sobre alguém vulnerável por sua idade (especialmente os menores de 15 anos); estado de saúde (portador de doença, englobando os deficientes físicos e mentais), incluindo estado de gravidez da vítima;

- agressão feita a um ascendente legítimo, natural ou adotivo (o que é chamado de incesto) ou por pessoa que represente figura de autoridade sobre a vítima.

Sobre o incesto, concordamos com Chauí (1984), ao afirmar que:

[...] O incesto não recai sobre as mesmas relações em todas as sociedades. Se, em nossa sociedade, ele se refere à chamada família restrita (cônjuges, filhos, irmãos), proibindo relações sexuais entre pais e filhos, irmãos, avós e netos (e apenas veladamente as relações entre primos de primeiro grau e entre tios e sobrinhos de primeiro grau), em outras sociedades, além da proibição referente à família restrita, muitas outras se acrescentam, atingindo o que se denomina de família ampliada, em certos casos, um grupo social inteiro. (Chauí, 1984, p. 10).

E continuando nossa análise da legislação francesa:

- agressão que seja exercida por pessoa investida de função de autoridade e que abuse desta função;
- agressão feita com ameaças ou uso de uma arma e,
- agressão que seja acompanhada de tortura ou que leve à mutilação, morbidade ou mortalidade da vítima.

O estupro coletivo (“**viol collectif**”) também é denominado de “estupro em grupo” (“**viol en réunion**” ou “**tournantes**”), ou seja, agressão realizada por várias pessoas tidas como autores(as) ou cúmplices. Convém ressaltar que outras agressões sexuais, além do estupro, também são cometidas sob violência, constrangimento, ameaça ou surpresa e têm suas penas ampliadas a partir das condições agravantes anteriormente citadas.

Como exemplos dessas outras agressões sexuais, citamos a masturbação, os toques, os atos de fotografar e/ou de forçar a vítima a ver fotos pornográficas. As tentativas de estupro que não caracterizam a penetração sexual, qualquer que seja, também são exemplos das denominadas “outras agressões sexuais”. Estas podem ter variadas formas, como explicado, incluindo o exibicionismo sexual em espaço público sob constrangimento da vítima.

O assédio sexual, por sua vez, é uma das agressões sexuais cometidas de forma imposta para a obtenção de favores sexuais pelo uso da autoridade do abusador em relação à vítima.

O estupro faz com que o corpo da mulher se transforme em um objeto. Assim, torna-se também um verdadeiro campo de batalha, de sofrimento e de morte. A violência sexual nega a possibilidade da construção de relações afetivas essencialmente baseadas em valores morais/éticos. Isto quer dizer também que se torna impossível o alcance do equilíbrio emocional na ausência da lealdade, da expressão física e verbal do afeto/afinidade/capacidade de escuta/respeito. Em suma, da aceitação da diferença.

Quando se estuda a violência, é muito importante o uso da observação sistemática para analisar a influência do âmbito familiar nas relações de violência (maus-tratos morais/físicos) em áreas cercadas de situações de risco pessoal e social. O mesmo também se aplica aos espaços onde se concentram as populações mais ricas.

Desse modo, pode-se tomar conhecimento do cotidiano e fazer a apreensão de símbolos/signos que compõem os espaços sociais. As técnicas de entrevistas conversacionais são úteis para se analisar as relações afetivas entre os(as) que são afetados(as) pela violência pessoal/social. Torna-se fundamental também o reconhecimento das estratégias de sobrevivência que permitem a defesa em relação à realidade considerada como insuportável, através de mecanismos variados. Dentre eles, as idealizações, presentes nos espaços com marcas de agressividade, de ausência de afeto e de pobreza e discriminação. Como estratégias para amenizar os conflitos, as pessoas usam a fuga ou a autoagressão, ao mesmo tempo em que fantasiam a construção de espaços (família/bairro/escola) que superem as marcas do cotidiano violento que rejeitam.

VIOLÊNCIA E TRABALHO

No ambiente de trabalho, por exemplo, a mulher negra é assediada por seus(suas) chefes e colegas em busca de jogos de sedução e de poder. Quando têm baixa autoestima – o que é comum em quem tem toda a história do racismo inscrita na subjetividade/objetividade – as negras consideradas mais bonitas, as mais jovens, também, levam cantadas. Quando se negam a agir como objetos de desejo e não entram no jogo, em geral são chantageadas, ameaçadas de desemprego, de castigos vários.

As empregadas domésticas enfrentam essa realidade nascida dos tempos da escravidão. Como se sabe, uma das matrizes fundadoras da população brasileira, depois das mulheres indígenas, foram as africanas escravizadas. Ventre negro que

gerava filhos ditos “bastardos” e sempre pronto para ser abusado pelo macho mais forte, mais poderoso. Perverso.

No Brasil e na França, o assédio sexual é crime. Na França, desde 1992, a Legislação do Trabalho (Artigo L. 122-46) garante a proteção contra o assédio sexual cometido por empregadores e seus representantes ou qualquer pessoa que abuse de sua posição de autoridade funcional para obter favores de natureza sexual, em proveito próprio ou de outrem. Protege igualmente de qualquer punição ou dispensa do emprego aqueles(as) que tenham testemunhado ou relatado sobre ordens, ameaças, pressões e constrangimentos impostos, de qualquer natureza, para a obtenção de favores sexuais, conforme acima descrito.

Embora as mulheres francesas tenham sido vítimas primordiais de condutas sexistas que as humilhavam e discriminavam nos locais de trabalho, somente em meados da década de 80 e início da de 90 do século XX, a luta social das mulheres propiciará a realização de um primeiro estudo nacional sobre o assédio sexual.

Cromer (1995) indica-nos que as trabalhadoras das empresas de pequeno porte, em especial, eram vitimadas pelo assédio sexual de seus superiores funcionais masculinos.

No Brasil, a chamada “Lei das Cantadas”, contra o assédio sexual (no trabalho e fora dele também) e demais discriminações, foi regulamentada em 1997. O nome jocoso dado à Lei 1.886/91 expressa o sexismo reinante na sociedade brasileira, especialmente o que tem como alvo a negra. Mulher cuja cor da pele é vista como passaporte para a cama e a mesa. Sob o jugo da força econômica e cultural dos racistas de plantão: os don-juans que se sentem representantes da falocracia perversa.

A chamada falocracia perversa alimenta-se do fato de que a identidade masculina depende do pênis. Desse modo, a biologia faz com que este tenha uma centralidade na busca da sobrevivência em grupo. Daí as funções por ele exercidas estarem vinculadas ao poder. De seduzir e atrair as mulheres, de fecundá-las e de estabelecer a conquista de território. Isto implica em competir, dominar, hierarquizar as relações e intimidar os concorrentes.

A Organização Mundial do Trabalho, segundo dados apresentados por Hirigoyen (2005), informou que o assédio sexual atinge 2% dos trabalhadores, nos países pesquisados. As mulheres mais pobres e com idade abaixo de 25 anos são as mais assediadas sexualmente no trabalho.

O assédio sexual significa uma forma específica de violência que se articula com o assédio moral. Ambas as formas se baseiam na dominação, na humilhação, na coisificação do ser humano, no caráter sexista. E também racista.

A resistência nasce da negação, do enfrentamento explícito ou velado às violências no trabalho, responsáveis pela morbidade/mortalidade feminina. Adoecer e morrer que se processam como resultados da desumanização, da alienação. Morbidade e mortalidade que denunciam a violência no trabalho, na vida. Violência que faz nascer estratégias de sobrevivência, lutas coletivas.

Isto se expressa na recusa aos maus-tratos e na busca de afirmação da dignidade. Muitos(as) pedem demissão e buscam na justiça do trabalho o reconhecimento de direitos. Há aqueles(as) que também militam em sindicatos e associações contra os assédios moral e sexual. Numerosos(as) são os(as) que compreendem a necessidade de sair do plano das estratégias pessoais e buscar nas lutas coletivas os meios de enfrentamento.

As lutas das mulheres por direitos, conforme analisado ao longo deste trabalho, tiveram grandes avanços no século XX. A partir da Declaração dos Direitos Humanos, de 1948, fazia-se necessário dar visibilidade às questões mais específicas das relações de gênero. Nesta direção, além da Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos (Viena, 1993), ocorreu a Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, no ano de 1995. Esta buscou aprofundar as reivindicações feitas no México, em 1975, quando da realização da 1ª Conferência Mundial sobre a Mulher, em comemoração ao Ano Internacional da Mulher, sob os auspícios da ONU.

A CEDAW, por sua vez, afirma que

a discriminação contra a mulher viola os princípios de igualdade de direitos e do respeito à dignidade humana, dificulta a participação da mulher, nas mesmas condições que o homem, na vida política, social, econômica e cultural de seu país, constitui um obstáculo ao aumento do bem-estar da sociedade e da família e dificulta o pleno desenvolvimento das potencialidades da mulher para prestar serviço ao seu país e à humanidade.

Discriminar a mulher, por isso mesmo, será a violação do Artigo 1º da CEDAW e significará “toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício, pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo”.

A Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1979, portanto, definiu o conceito de discriminação de gênero e elaborou um pro-

grama de ações visando o enfrentamento da questão, com a atuação de comitês de avaliação nos países membros. A CEDAW entrou em vigor em 1981.

A França ratificou a citada Convenção em 1983. Em 2006, foram apresentados resultados expressos no 6º Relatório elaborado pela Comissão sobre a Igualdade entre Homens e Mulheres – Serviço de Direitos de Mulheres e pela Igualdade, que integram uma rede composta por outros ministérios e instituições francesas a respeito de vários temas.

Em geral, o 6º Relatório enfoca as iniciativas levadas adiante, com base em recomendação anterior (ano 2003), para responder às demandas feitas por comitês de auditores. Assim, foram destacados problemas importantes existentes na França com referência à situação de mulheres imigrantes ou oriundas da imigração (**issues de l'immigration**). Por sua vez, também foram abordadas questões como as violências em geral e, particularmente, aquelas representadas por casamentos forçados e mutilações sexuais. As desigualdades de remuneração em relação aos homens, o acesso das mulheres aos postos de comando e ao processo de progressão da paridade homem/mulher fizeram parte do elenco de debates.

No que se refere à União Europeia, o 6º Relatório apresenta o quadro atual da condição feminina, que sintetizamos a seguir:

- As mulheres alcançam, em média, uma taxa de emprego 15% inferior à dos homens;
- Grande parte das mulheres é obrigada a sair do mercado de trabalho em razão de não conseguirem conciliar as vidas profissional e familiar;
- São confinadas em um restrito número de setores da economia e ocupam ainda relativamente poucos postos de responsabilidade.

O Brasil também é signatário da CEDAW, desde 1983, ratificando-a em 1984. O País também ratificou, em 1995, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, na Convenção de Belém do Pará, Brasil, patrocinada pela Organização dos Estados Americanos (OEA), em 1994.

A Constituição Brasileira de 1988 expressa o poder das lutas dos movimentos de mulheres para assegurar vários direitos, como os que se seguem:

- a) A igualdade entre homens e mulheres em geral (Artigo 5º, I) e especificamente no âmbito da família (Artigo 226, parágrafo 5º);
- b) a proibição da discriminação no mercado de trabalho por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil (Artigo 7º, XXX, regulamentado pela Lei 9.029, de

13 de abril de 1995, que proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização e outras práticas discriminatórias para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho);

c) a proteção especial da mulher no mercado de trabalho, mediante incentivos específicos (Artigo 7º, XX, regulamentado pela Lei 9.799, de 26 de maio de 1999, que insere na Consolidação das Leis do Trabalho regras sobre o acesso da mulher ao mercado de trabalho);

d) o direito das presidiárias de permanecerem com seus filhos durante o período de amamentação (Artigo 5º, L);

e) a proteção da maternidade como direito social (Artigo 6º), garantindo-se licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, por 120 dias (Artigo 7º, XVIII);

f) o título de domínio e a concessão de uso de imóveis rurais, em virtude de reforma agrária, a homens ou mulheres, ou a ambos, independentemente do estado civil (Artigo 189, Parágrafo único);

g) o planejamento familiar como uma livre decisão do casal, devendo o Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito (Artigo 226, Parágrafo 7º, regulamentado pela Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar, no âmbito do atendimento global e integral à saúde) e

h) o dever do Estado de coibir a violência no âmbito das relações familiares (Artigo 226, Parágrafo 8ª). (Cedaw, 2002, p. 31-32).

A partir do exposto, podemos entender que tanto o Brasil como a França seguem as diretrizes internacionais que defendem os direitos humanos das mulheres. No entanto, apesar das boas intenções, o gesto, a realidade concreta ainda se distanciam das intenções. Isto significa que permanece a necessidade de se fazer valer os direitos, na vida privada e pública, em ambos os países.

A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Segundo a OMS, as violências conjugais têm como principais alvos as mulheres e são, em sua maioria, cometidas por homens que são parceiros íntimos. Acontecem cotidianamente em todo o mundo, sem distinção de classe social e nível cultural, causando o adoecimento e a morte de milhões de mulheres.

A OMS define as violências conjugais como “todo comportamento, no âmbito de uma relação íntima, que cause danos ou sofrimentos físicos, psicológicos ou sexuais às pessoas que são parte desta relação”.

A violência físico-psicológica atinge a saúde da mulher. Assim, seu corpo/mente são submetidos a grandes desgastes, a partir das chamadas microviolências do cotidiano, que iremos analisar a seguir.

As observações aqui feitas sobre a violência doméstica têm como base a importante contribuição dos estudos de Hirigoyen (2006). Assim, concordando com a citada autora, fazem parte das microviolências: o controle, o isolamento, o ciúme patológico, o assédio, o aviltamento, a crítica em relação ao físico da pessoa, os atos de humilhação e de intimidação, a indiferença às demandas afetivas e as ameaças.

O controle:

O controle se situa primeiramente no registro da posse: é vigiar alguém de maneira maldosa com a idéia de dominá-lo e dirigi-lo. Quer controlar tudo para impor a maneira pela qual as coisas devam ser feitas.

Pode ser o controle das horas de sono, das horas das refeições, das despesas, das relações sociais e até mesmo dos pensamentos (quero saber em quem você está pensando!).

Pode ser impedir a mulher de progredir profissionalmente ou de estudar. (Hirigoyen, 2006, p. 31).

Neste processo, a mulher é progressivamente isolada de sua família, de seus amigos e impedida de trabalhar, de ter uma vida social. As mulheres dizem que se sentem prisioneiras, infantilizadas e, muitas vezes, apontadas como alvos de insinuações ou de mentiras. Desse modo, seu agressor joga a mulher contra os que lhe são próximos. Muitas vezes esse controle é confundido pela vítima como “ação protetora, tentativa de incentivo a práticas ditas educativas”. Assim, muitas mulheres buscam negar o conteúdo de violência do controle, construindo um enredo irreal, e , em última instância, legitimador da violência à qual se submetem.

Isoladas e acuadas, fogem da realidade violenta e se refugiam em estratégias ilusórias escapistas.

O ciúme patológico

A autora afirma que:

O controle pode traduzir-se em um comportamento ciumento: suspeição permanente, atribuição de intenções infundadas etc.

O que esse cônjuge não aceita é a alteridade da mulher. Ele quer possuí-la totalmente e exige dela uma presença contínua e exclusiva. Esse ciúme patológico não tem fundamento em qualquer elemento da realidade, como no caso de que uma infidelidade da parceira provém de uma tensão interna que ele tenta apaziguar dessa maneira. (Hirigoyen, 2006, p. 33).

Muitos ciumentos entram em surtos paranoicos e cometem atos criminosos. As estatísticas brasileiras aparecem em sua crueza nas manchetes das mídias. Cotidianamente, mulheres são assassinadas em nome do “amor”, presente em mentes de ciumentos patológicos.

O assédio

O assédio implica na saturação da capacidade crítica e de julgamento da mulher como estratégia de aceitação da vontade do outro. Muitas confessam coisas que nunca fizeram, por pura exaustão. “Outra estratégia consiste em vigiar a pessoa, segui-la pela rua, assediá-la por telefone, esperá-la à saída do trabalho. Essa forma de violência se produz, na maior parte das vezes, após uma separação”. (Hirigoyen, 2006, p. 35).

Tal estratégia de dominação contribui para o desencadeamento de inúmeros transtornos mentais, muitas vezes levando a vítima ao suicídio.

O aviltamento

A violência se manifesta em forma de atitudes de menosprezo e do uso de palavras ferinas, expressões depreciativas e comentários jocosos. Muitos agressores acusam a mulher de ser portadora de doenças mentais, sem capacidade intelectual, o que pode levá-las a acreditar nessas formas de depreciação. Criticam suas formas de cuidar da casa e de outros assuntos domésticos, também não levando em conta suas emoções e opiniões.

A mulher aviltada muitas vezes passa a acreditar no discurso depreciativo, assumindo comportamentos que corroboram a linguagem violenta do agressor.

Isto significa o desespero feminino diante do poder opressivo e contínuo para o qual não identifica saídas.

Críticas aos aspectos físicos do corpo da mulher e as humilhações

(Hirigoyen, 2006) também explica que as críticas sistemáticas dirigidas aos(as) filhos(as) e às mulheres são vivenciadas como formas de rebaixamento da autoestima feminina. Muitas delas são agredidas e acusadas de perda da capacidade sedutora. Isto está presente, em especial, nas situações de envelhecimento feminino. Como se sabe, aquelas que não correspondem aos padrões dominantes de “beleza” e de “perfeição” são alvos dessas humilhações.

Comparadas com ícones contemporâneos de beleza (inalcançáveis) veiculados nas mídias, as mulheres adoecem de transtornos alimentares como obesidade, anorexia, drunkorexia etc. Muitas são mutiladas em procedimentos cirúrgicos e demais manipulações corpóreas invasivas, em nome da “eterna juventude”.

No cotidiano, aparecem insultos verbais e atitudes tais como: ser cuspada, ter que aguentar bocejos, arrotos, peidos e outras expressões de rejeição. São ridicularizadas, inclusive, através de insultos de caráter sexualmente agressivo, como a manipulação do corpo e sua depreciação.

Os atos de intimidação

Intimidar significa também agir indiretamente. Ao bater portas e quebrar objetos, expressam atos de intimidação. Os agressores muitas vezes colocam para fora sua hostilidade usando armas ou dirigindo perigosamente. O maltrato de animais de estimação da vítima também faz parte dos rituais ameaçadores. O envio de cartas anônimas e de objetos que lembrem aspectos macabros também são expressões de intimidação. Em certas situações, as vítimas apresentam sintomas de síndrome do pânico. Muitas delas passam a viver enclausuradas como forma de defesa do estado de permanente terror. Terror este que, muitas vezes, leva à morte.

A indiferença às demandas afetivas

A insensibilidade, a desatenção, a frustração, a intencionalidade de atitudes de rejeição em relação à parceira expressam a indiferença afetiva. Ignorar as necessidades físico-mentais e recusar a solidariedade em situações importantes – como em casos de doenças ou de demandas de acompanhamento a compromis-

sos familiares – também indicam desatenção. A não participação em situações de celebração de vitórias da mulher também indicam indiferença e magoam profundamente as vítimas.

O jogo da indiferença é um importante indicador de violência. Muitas mulheres ficam bloqueadas em sua afetividade, na medida em que não recebem o retorno de suas iniciativas amorosas. Assim sendo, têm sua sensibilidade duramente atingida, o que denota o nível de alienação/estranhamento que vivenciam neste tipo de relação perversa.

As ameaças

As ameaças se referem às represálias do agressor quando a mulher não age de acordo com a expectativa do homem violento. Muitos agressores ameaçam não pagar as contas, tirar o pátrio poder sobre os filhos, espancar, matar e até usam a chantagem do suicídio.

Concordamos com Hirigoyen (2006) quando diz:

A repetição e o caráter humilhante de tais situações podem provocar um verdadeiro estrago na mente da pessoa ou até levá-la ao suicídio.

A violência psicológica é negada pelo agressor, bem como pelas testemunhas, que nada vêem, o que faz a própria vítima duvidar daquilo que a magoa tão profundamente. Nada vem lhe dar provas da realidade do que ela sofre. É uma violência “limpa”.

O dominador utiliza a violência para permanecer em sua posição de todo-poderoso. Para ele, a agressão não é mais que o instrumento que lhe permite obter ou manter o que deseja, isto é, o poder. (Hirigoyen, 2006, p. 42).

Poder este que, muitas vezes, determina se a vítima será assassinada ou condenada a viver em permanente estado de terror.

As agressões físicas

A violência física vai de atos de menor gravidade ao homicídio. “[...] beliscões, tapas, socos, pontapés, tentativas de estrangulamento, mordidas, queimaduras, braços torcidos, agressão com arma branca ou com arma de fogo... o sequestro não deve ser excluído”. (Hirigoyen, 2006, p. 45).

Muitos agressores se utilizam de estratégias que não deixam marcas aparentes na vítima. Esta pode até mesmo, por vergonha e medo, esconder através de roupas

os sinais deixados no corpo. Infelizmente, muitas vezes, os golpes são tão graves que levam a vítima à morte e muitas são as que ficam incapacitadas para sempre. Inúmeras perdem seus filhos quando são agredidas no período de gravidez. Assim sendo, podemos entender melhor as elevadas estatísticas de morbidade/mortalidade feminina, através da análise acurada dos depoimentos em instituições de saúde e do judiciário voltadas ao atendimento de mulheres em situações de violência.

Atacar o corpo/mente da mulher significa lhe impor a condição de submissa. Por isso mesmo, as agressões têm sempre o caráter psíquico articulado ao físico. O ser em totalidade sofre no corpo/alma que são inseparáveis. As feridas do corpo/alma, visíveis ou não, por isso mesmo, representam o ser em sofrimento. A linguagem corporal constata, através da dor, a destruição da autoestima feminina. Situações de chantagem, de manipulação e de vários tipos de ameaças podem, finalmente, levar ao suicídio e/ou a um padecimento sem fim.

Vários(as) autores(as) produziram importantes estudos sobre a violência doméstica na França e no Brasil. Simone de Beauvoir (1970), no ano de 1949, já abordava a questão ao afirmar que são os homens os gerentes do mundo. À mulher, por conseguinte, restava a tentação de se consagrar inteiramente ao casamento e aos(as) filhos(as), o que limitaria sua liberdade.

Esta dizia também que a sociedade, através de suas instituições, reafirmava a inferioridade feminina diante dos homens e a necessidade de serem guiadas por eles. Inferiorizada, considerada incompleta e infantilizada, a mulher deveria estabelecer seu poder materno-infantil apenas na esfera privada. Assim, as responsabilidades da esfera pública estariam a cargo dos homens.

O mito do “amor romântico”, tão cultuado por diferentes gerações de mulheres, permite a continuidade de estratégias legitimadoras de práticas sexistas. Buscar a “cara-metade”, “o homem de sua vida” são expressões dessa visão de “incompletude” feminina.

Claude Berthoumieux (2005) explica que cada pessoa reage à sua maneira aos efeitos pós-traumáticos da violência. Feridas profundas podem ficar invisíveis ou se traduzir em doenças, fragilidades que muitas vezes ocultam feridas anteriores mal cicatrizadas.

Para ultrapassar os ressentimentos das vítimas, faz-se necessário seguir um processo de reconciliação e de renascimento, para além da experiência pessoal de brutalidade. Na mesma direção, Yves Brissiaud Pierre (2001) indica como sair da barbárie e dos traumatismos repetidos e resistir – a resiliência.

O **Collectif des Femmes de Boudou Liseron** (2006), por exemplo, testemunha a ruptura do silêncio das vítimas de violência conjugal como forma de

criar laços de solidariedade coletiva feminina, a partir de estudos da realidade francesa.

No Brasil, a Lei **Maria da Penha** representou um marco na justiça em relação à luta de mulheres e de homens indignadas(os) com o sexismo e a impunidade reinantes. Há mais de 3 décadas, Maria da Penha, uma das milhares de vítimas da violência doméstica no Brasil, levou um tiro e perdeu o movimento das pernas. O tiro foi disparado pelo próprio marido. «Nesta circunstância, Marco Antônio Heredia Viveros, único responsável por minha prisão perpétua em cadeira de rodas, aguarda, gozando em total liberdade, que seja determinada a data para ser submetido novamente ao Tribunal de Júri», escreveu na ocasião.

Maria da Penha é autora de um livro contando sua história. Seu drama levou o Brasil a ser julgado no plano internacional. Diante da impunidade, em 2001, o País foi duramente criticado por representantes dos Direitos Humanos no feminino. Ela teve sua dor reconhecida quando: «A OEA solicitou uma indenização material e outra simbólica. A simbólica está sendo feita, porque eu recebi a lei em meu nome. Para mim, não poderia ter sido uma reparação melhor», afirma a mesma.

«O companheiro de Maria da Penha tentou matá-la duas vezes, deixando-a tetraplégica por causa de um tiro. Apesar disso, ele só foi punido 19 anos e 6 meses depois e, ainda assim, pegou apenas 2 anos de reclusão. Por causa desta injustiça bárbara, o Brasil foi responsabilizado por negligência e omissão em relação à violência doméstica, em 2001, pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos, por ter banalizado as agressões cometidas no próprio lar. Agora, quero ver se a nova lei, que se chama Maria da Penha, em homenagem a esta grande militante dos direitos humanos femininos, será cumprida ou é mais uma medida que vai dar em pizza!» (Depoimento de Glória, vítima na Delegacia da Mulher de Santo Amaro – bairro da Cidade do Recife, no estado de Pernambuco, Brasil –, que foi agredida pelo seu marido, com quem está casada há 10 anos e apanha desde a lua de mel, mas nunca teve coragem de denunciar.) (Jornal do Commercio, agosto de 2006, caderno: Coluna de Cláudia Molina).

A Lei Maria da Penha (Lei 11340) foi sancionada em 07/08/2006 e significa um avanço na luta contra os agressores em situação de violência doméstica contra a mulher. Na medida em que substitui uma multa ou cesta básica como forma de punição para o agressor que põe em risco a vida da vítima, a lei reconhece a gravidade da pena. Daí a mulher só poder desistir da denúncia em audiência com o Juiz, o que dificulta a retirada da queixa. Tal lei faz com que haja mais segurança para a vítima porque facilita a ação judicial do afastamento do agressor do lar e/ou o encaminhamento da família para instituições de proteção mais seguras.

A pena passou a ser de 3 meses a 3 anos de reclusão para o agressor, prevendo sua prisão em flagrante. Maria da Penha, assim, simboliza as lutas históricas de todas as mulheres brasileiras contra a violência no espaço doméstico. Ela é um dos signos da resistência e do avanço das lutas femininas e feministas no Brasil.

Na França, de acordo com o Programa Daphne II, sabemos o quanto é difícil quantificar a violência doméstica. Os dados são sub-registrados, uma vez que se trata de questões vinculadas à privacidade e à afetividade no lar. No entanto, as violências conjugais são parte das principais causas de mortes de mulheres.

De acordo com o Ministério do Interior da França, 3 mulheres morrem a cada 15 dias na França em razão das violências no lar. Segundo o Instituto Médico-Legal de Paris, 31% dos homicídios de mulheres foram cometidos pelos maridos, 20% por seus parceiros sexuais e 15% por agressores desconhecidos. As vítimas também fazem cinco vezes mais tentativas de suicídio, em comparação com a população em geral. (dados obtidos pelo site: www.sante.gouv.fr em 24/11/2006).

Os traumas sofridos pelas vítimas são de natureza muito grave e variada: equimoses, hematomas, contusões, queimaduras, estrangulamentos, fraturas com uso generalizado de vários tipos de armas. As lesões visam a cabeça, o rosto e/ou podem ser dissimuladas em áreas cobertas pelas roupas. Os traumatismos dentários, da face, dos olhos e dos ouvidos são bastante frequentes.

Elas nunca são isoladas, sendo acompanhadas de injúrias, ameaças diversas e de relações sexuais forçadas. O sofrimento vivido é intenso e pode incapacitar profundamente a mulher por patologias crônicas que põem em sério risco sua integridade físico-mental.

Muitas vítimas desenvolvem problemas emocionais, psicossomáticos, dificuldades de sono, de alimentação e de memória, concentração e atenção. Inúmeras delas abusam de substâncias psicoativas como o tabaco, o álcool e outras drogas. A medicalização da dor é uma estratégia de enfrentamento autodestrutivo da situação violenta, muitas vezes corroborada pelos próprios médicos.

As mulheres negras e pobres, as imigrantes pobres e aquelas que dependem emocional e financeiramente de homens violentos, de todas as classes sociais, são alvos da morbimortalidade por violência conjugal. Assim, reconhecemos que se trata de um assunto de saúde coletiva, tendo que ser assumido como caso de política e de polícia, no Brasil e na França. Na França, o **Ministère délégué à la Cohésion sociale et à la Parité**, em 2005, elaborou um Dossiê de Imprensa sobre Violências Conjugais, Números e Medidas («**En France, tous les quatre jours, une femme meurt victime de violences conjugales...**»).

No Brasil como na França, as políticas de enfrentamento da questão envolvem,

por exemplo, os abrigos de acolhimento e de orientação, os abrigos de urgência, os serviços de ajuda para pessoas em situação de risco social e serviços de escuta médico-social para as mulheres em situações de dificuldade.

Diferentemente do Brasil, não há na França delegacias policiais especializadas na mulher. Como se sabe, naquele País, as regras que estão articuladas à União Europeia têm como pressupostos a igualdade mulher/homem, significando que as ações públicas são pensadas no âmbito da universalidade. Em ambos os Países não há, ainda, um verdadeiro trabalho em rede de instituições como as de saúde, justiça, educação, trabalho etc. Ou seja, não se objetiva o princípio da transversalidade.

Embora reconheçamos que o discurso de igualdade de gênero seja importante e resistente, conseguimos ver que a não existência generalizada de espaços de atendimento sexuais no Brasil e na França, nas instituições relacionadas à violência contra a mulher, como os que existem nos hospitais, nas delegacias de polícia etc., fazem com que as vítimas não se sintam verdadeiramente acolhidas em suas especificidades de gênero. Por isso mesmo, em horas tão difíceis, fazem diferença a escuta feminina e a atenção voltada para a mulher (paciente/cliente/ usuária do serviço) feitas por outras mulheres, treinadas para tais desafios. “De mulher para mulher” deveria ser a ênfase institucional, em nossa opinião, obviamente a partir de qualificação de pessoal no atendimento.

A violência familiar é vista como um fenômeno complexo que não se restringe a um indivíduo ou a uma relação específica. Na verdade, abrange todos os membros da família. A propósito disto, lembramos, a partir de Vicente de Paula Faleiros e Eva T. S. Faleiros (2001, p. 19), o que se segue: “grande número de crianças e adolescentes no mundo inteiro e no Brasil sofre violência estrutural, institucional, comercial e doméstica, ou seja, padece de uma grave violação de seus direitos sociais e individuais a um pleno desenvolvimento”.

A violência no espaço privado estende-se da mulher adulta para as crianças, adolescentes, idosos(as). Assim, as repercussões das consequências da violência se darão sobre toda a família. Nesse sentido, torna-se necessária a integração de diferentes profissionais, com a formação de equipes interdisciplinares nas ações de prevenção, detecção e acompanhamento de vítimas. Tudo isto sob o prisma da transversalidade das políticas.

As atividades que envolvem o serviço de saúde e a comunidade facilitam o contato com as famílias consideradas de risco, como por exemplo, aquelas em que se encontram adolescentes grávidas e pessoas envolvidas com drogas lícitas ou ilícitas. A identificação das redes sociais de apoio locais é uma das estratégias importantes para o enfrentamento da violência enquanto questão de política

pública. Para tanto, faz-se também necessária a articulação permanente entre as diferentes instituições sociais envolvidas na questão.

O setor judiciário, os conselhos tutelares, as ONG's e as demais organizações estatais ou privadas, incluindo os setores educacionais e de saúde, são essenciais dentro dessa visão de interdisciplinaridade, transversalidade, ou seja, de totalidade.

As consequências da violência doméstica na saúde das mulheres foram estudadas por vários(as) autores(as), no Brasil e na França (Hilberman, 1980; Giffin, 1994; Heise, 1994). Os(as) mesmos(as) explicam que as mulheres que são vitimizadas por pessoas do seu círculo mais próximo, em seus próprios domicílios, adecem com maior frequência, chegando até a morte. Seu sofrimento implica em grande isolamento social, trazendo a insegurança, o medo, o pânico, a depressão, os distúrbios do sono, a baixa autoestima. Apresentam também dores variadas e recorrentes, que migram de um lugar a outro em seus corpos.

Outros estudos (Mc Farlane et al., 1996; Martin et al., 1996; Gelles, 1997) demonstram que a violência doméstica está associada ao aumento do alcoolismo, tabagismo e ao uso de outras drogas ilícitas, ou não, entre as vítimas/agressores da violência doméstica.

Muitas mulheres que vivem em situações violentas foram testemunhas de uma história familiar anterior de brutalidade na infância. Sendo assim, tiveram contato com a complexidade do ciclo da violência, que pode se ampliar entre várias gerações.

Hirigoyen (2006), de forma bastante minuciosa, explica as características do ciclo da violência:

Classicamente, o ciclo de violência se desenvolve em quatro fases e de maneira repetitiva. A cada etapa, o perigo aumenta para aquela que o sofre. **Uma fase de tensão**, de irritabilidade do homem, relacionada, segundo ele, a preocupações e dificuldades da vida cotidiana. Durante essa fase, a violência não se manifesta diretamente, mas transparece por mímicas (silêncios hostis), por atitudes (olhares agressivos) ou pelo timbre de voz (tom irritado). Tudo que a companheira faz o enerva. Esta, sentindo tal tensão, se encolhe, esforça-se por ser carinhosa, por acalmar as coisas para que a tensão baixe. Com isso, renuncia a seus próprios desejos e age de maneira a satisfazer o companheiro. Durante essa fase de aumento da violência, o homem tende a responsabilizar a mulher por suas frustrações e pelo estresse da sua vida. É evidente que as razões por ele invocadas não são mais que um pretexto, e em momento algum a causa da violência; no entanto, a mulher se sente mesmo responsável. Se ela pergunta o que está havendo de errado, seu companheiro responde que está tudo bem, que ela

é que está inventando coisas, que ela tem uma percepção falsa da realidade e põe a culpa nela: “Do que é que você está falando?” “Não sei do que você está se queixando!” “Você vem falar comigo, mas sabe muito bem que não fiz nada!”. Daí se seguem a violência verbal e as ofensas, e a mulher se arrepende de ter feito a pergunta.

A tensão corresponde ao momento de ampliação do estresse inicial que dará lugar à fase que se segue: a de agressão, ainda conforme a citada autora:

Uma fase de agressão, na qual o homem parece ter perdido o controle sobre si mesmo. São gritos, insultos e ameaças e ele pode também quebrar objetos antes de agredir fisicamente. A violência física começa gradativamente: empurrões, braços torcidos, tapas, a seguir socos e, eventualmente, o recurso a uma arma. Não é raro que, nesse momento, o homem queira ter relações sexuais para melhor marcar a sua dominação. Os homens muitas vezes falam em explosão de violência, como se fosse um alívio, a liberação de uma energia negativa acumulada. A mulher não reage, porque o terreno já vinha sendo preparado por pequenos ataques pífidos, e ela tem medo. Pode até protestar, mas não se defende [...] a agressão raramente a encoleriza, dá-lhe mais tristeza ou um sentimento de impotência. Qualquer reação de raiva não faz mais que agravar a violência do parceiro, e como a mulher se sente sem recursos, devido à sua conformação, muitas vezes não tem outra solução a não ser submeter-se.

As estratégias de criação do medo, terror encontram na impotência da vítima as condições que viabilizam a fase que se segue:

Uma fase de desculpas, de contrição, em que o homem busca anular ou minimizar seu comportamento. Essas explosões de violência vêm, sem dúvida, acompanhadas de arrependimento, mas, como se trata de um sentimento desagradável, o homem tenta livrar-se dele buscando uma explicação que lhe permita não se sentir culpado. A mais fácil é pôr toda a culpa na companheira: foi ela quem o provocou. Ou justificar seu comportamento com motivos externos (raiva, bebida, sobrecarga de trabalho). Essa fase tem por objetivo pôr a companheira em culpa e fazê-la esquecer sua raiva. Em geral, ela diz a si mesma que, se estiver mais atenciosa e modificar seu comportamento, evitará que seu companheiro se irrite novamente. O homem pede perdão, jura que aquilo não vai mais acontecer, que vai consultar um psicólogo, que vai entrar para os Alcoólatras Anônimos etc. Se a mulher tiver conseguido, finalmente, ir embora, separar-se, ele vai entrar em contato com alguém próximo para que a convença a voltar. Nesse momento, o homem está sendo sincero, porém, isso não quer dizer que ele não vai recommear. Demasiadas vezes as mulheres acreditam ingenuamente nas belas promessas feitas durante essa fase e concedem rapidamente seu perdão.

Ainda mais porque o homem se aproveita desse momento para se justificar falando de sua infância infeliz e para fazer chantagem: “Você é a única que pode me ajudar. Se você me abandonar, não me resta outra coisa senão a morte!”

O pseudoarrepentimento do agressor possibilita, por parte da vítima, a expansão da culpabilidade já alimentada historicamente na relação sado-masoquista, o que significa a tentativa de reconciliação. Hirigoyen continua sua análise, como se segue:

Uma fase de reconciliação, chamada também de fase de “lua-de-mel”, em que o homem adota uma atitude agradável, mostra-se repentinamente atencioso, cheio de gentilezas. Ajuda nas tarefas de casa. Mostra-se apaixonado, dá presentes, flores, convida-a para ir a restaurantes e realiza todos os esforços para tranquilizar a mulher. Pode até levá-la a crer que é ela que tem a perder. Essa fase é por vezes interpretada como uma manipulação perversa dos homens para melhor “segurar” a mulher. Na verdade, nesse exato momento, os homens estão sendo sinceros, porque entraram em pânico com a idéia de terem ido longe demais e a mulher pode vir a abandoná-los. [...] é o medo do abandono que leva a essa mudança ocasional e é esse mesmo medo que vai, posteriormente, levá-los a retomar o controle de sua mulher. Durante essa fase, as mulheres voltam a ter esperanças, porque reencontram o homem encantador que as seduziu por ocasião de seu primeiro encontro. Elas acreditam que vão corrigir esse homem ferido e que, com seu amor, ele vai mudar. Infelizmente, isso serve apenas para manter essa esperança na mulher e aumentar, assim, seu nível de tolerância à agressão. É, em geral, nesse momento que ela retira sua queixa. Enquanto o medo durante o período de agressão poderia dar-lhe vontade de pôr fim a essa situação, o comportamento do companheiro na fase de contrição a estimula a ficar. O ciclo da violência pode, então, recomeçar...(Hirigoyen, 2006, p. 62-64).

Estas longas citações demonstram, em pormenores, a complexidade do ciclo da violência. A partir da compreensão do quanto é difícil romper com as amarras da dependência e da baixa autoestima, podemos ir além da barbárie e construir relações verdadeiramente centradas no respeito mútuo. A gravidez indesejada, o risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, os estupros e outros abusos sexuais também marcam as vivências femininas sob a condição de lares violentos.

Um exemplo do que nos fala Hirigoyen sobre o ciclo da violência doméstica, a partir do que transcrevemos em nosso estudo, pode ser aprofundado através do filme “Tina”. Trata-se da história de superação da cantora Tina Turner diante das

violências de classe, de gênero e de raça/etnia por ela enfrentadas ao longo de sua vida.

Segundo Giffin (1994), o estresse permanente e a falta de esperança de sair da situação violenta contribuem para a quebra da auto-confiança, bem como da confiança entre os membros da família. O assédio sexual em suas várias manifestações é um dos exemplos do processo de quebra de confiança no casal e na família. No casal, isto ocorre, muitas vezes, pelo estupro. O estupro – violar – por ser ato de força, significa constrangimento de natureza físico-psíquica que se faz acompanhar de emoções, sentimentos de temor, mal-estar e sofrimento. Assim, representa a ruptura dos laços de confiança no outro, a perda da fé, da capacidade de acreditar no seu semelhante.

Segundo o Dicionário Larousse, (Paris, 2004, p.170), confiança é o “sentimento de segurança de quem confia em [algo ou alguém]: ter confiança em alguém, no futuro –. Ter autoconfiança: estar seguro de suas possibilidades –, confiar em: ter fé em [algo ou alguém]. Ora, a base das relações íntimas deve ser a confiança. Em resumo, envolve a questão da lealdade, de valores morais/éticos. Refere-se também às origens do amor da mãe/pai (ou seus substitutos), primeiro aprendizado infantil da confiança.

A confiança no amor caloroso, sistemático e incondicional dos pais, por isso mesmo, leva a criança a sentir amor ao ser acalentada, ao ter a presença do outro. Ora, pais autoritários, por exemplo, não encorajam a auto-aprovação da criança e se comprazem em se eternizar como fontes de amor e aprovação. Sem se falar naqueles pais que dão amor de forma imprevisível, condicional e fria. Esses alimentam uma perversa cadeia de sentimentos de perda, baixa autoafirmação e ansiedades na criança.

As mulheres (e homens) vítimas de um amor primário repleto de carências podem desenvolver relações futuras ansiosas, sentindo amor quando querem o outro, não quando o têm. São as(os) caçadoras(es) de amor. Eternos(as) conquistadores(as) que descartam o(a) outro(a) diante da possibilidade do compromisso.

Aquelas(es) viciados(as) em ilusões de pares perfeitos, almas-gêmeas são as(os) que, vulneráveis em sua “incompletude”, buscam segurança em seres inexistentes, capazes de dar-lhes a certeza do amor, do cuidado e da confirmação de que são seres plenos. Príncipes(princesas) encantados(as) são muito bem-vindos a nutrir paixões, romances de contos de fadas. A fase seguinte à ilusão apaixonada – em que seres reais se relacionam – frustra e remete a lembranças de perdas, de carências no processo de construção do amor primário. Isto está inscrito no mito do “amor romântico”, ao qual nos referimos anteriormente.

Como somos seres feitos para nós e para o outro, necessitamos desenvolver laços que atendam a necessidades de confiança, amparo, alívio da dor, da solidão, sentimentos de continuidade e de visão comum com nossos semelhantes. No entanto, neste mundo competitivo e estranhado, isto nos é frequentemente negado.

Como vimos, o poder de se sentir bem em relação a si mesmo(a) deve emergir de dentro de cada um(uma). Nunca deve ser conferido por outros(as), a partir do autoengano, da crença na qualidade mágica atribuída ao(a), outro(a), considerado(a) como complemento e fonte de confirmação.

Tal delegação de poder ao(a) outro(a) acarreta, em caso de sua falta, o pesar do luto, da perda e a vivência de processos de vitimização e de não reconhecimento de que somos os(as) responsáveis por nossa presença no mundo, na vida. Logo, o amor-próprio, a autoestima exigem a tomada de consciência de nosso poder pessoal, de nossa autoconfirmação. Ou seja, somos responsáveis por nós mesmos(as) e devemos estar abertos(as) para o acaso, o novo, o inesperado.

Afinal, navegar é preciso. Viver não é preciso..., segundo Fernando Pessoa, o poeta português que melhor descreveu a qualidade intrínseca do viver: a necessidade de estar vivo(a) com a certeza da incerteza do viver.

Em um lar permeado pelo desamor e desrespeito, as mulheres têm grande dificuldade na educação/criação de seus(suas) filhos(as). São comuns os casos de negligência que põem em risco a segurança e a saúde de todos os membros da família, especialmente, dos mais vulneráveis.

AS MICRO/MACRO VIOLÊNCIAS DO COTIDIANO NA CASA E NA RUA

Em 2002, o Relatório da Organização Mundial da Saúde – “Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde” – estimava que a violência era um “desafio planetário”. Por isso mesmo, demandava planos de ação nacionais para sua prevenção, indo às raízes da violência como prioridade para o campo da saúde, em todo o mundo.

Na França, em consonância com a recomendação da ONU e da União Europeia, foi promulgada a Lei nº 2004-806, de 9 de agosto de 2004, sobre a política de saúde pública. Esta definiu cinco planos estratégicos de saúde pública (2004-2008), incluindo um plano nacional de luta para limitar o impacto da violência na saúde.

Sendo um tema relativamente novo na França, ainda existe documentação escassa sobre as articulações da saúde com a violência. O tema é amplo e de con-

tornos imprecisos. Assim, a vastidão do campo engloba o ciclo da vida, tem múltiplas formas (violência físico-psicológica, agressão sexual, violência institucional, autoviolência etc.), nas esferas privadas e pública. Por conseguinte, a saúde e a violência implicam em saberes/fazeres em rede sobre saúde/sociedade, saúde/justiça, saúde/educação, saúde/racismo-etnia, saúde/cultura, e assim por diante, em busca da transversalidade.

Com base no exposto, faz-se necessário o desenvolvimento da pesquisa epidemiológica sobre a violência e seus determinantes sociais; conhecer os indicadores das situações violentas; melhorar as formas de enfrentamento e avaliação dos serviços, no sentido de enfatizar a prevenção.

O site do Ministério da Saúde e das Solidariedades da França - www.sante.gouv.fr – é importante para os(as) pesquisadores(as) do tema. O Relatório Oficial “**Violence et Santé: rapport préparatoire au plan national**”, organizado por Anne Tursz (INSERM. Paris, La Documentation Française, 2006) apresenta informações fundamentais para o estudo da violência e saúde na França hoje, uma vez que o estado atual do saber/fazer sobre o assunto ainda é escasso, heterogêneo e pleno de contradições, de acordo com o citado documento. Dessa maneira, recomenda a análise dos fatores de risco, dos(das) autores(as), das vítimas, no quadro geral das consequências à saúde coletiva e individual.

Na França como no Brasil, as observações aqui apresentadas se assemelham. Há muito o que se fazer para que se tenha uma visão de totalidade aproximativa sobre tão urgente e importante tema. Especialmente no que concerne à articulação entre a classe social, o gênero e a raça/etnia.

O Levantamento ENVEFF, realizado em 2000, foi um marco para apontar a complexidade e a extensão do problema das violências feitas às mulheres (principalmente com autoria masculina) nos espaços públicos, no trabalho, no lar, entre pessoas da família ou próximas.

Apesar de sua importância fundamental, o Levantamento ficou restrito a quem tinha acesso ao telefone, o que deixou de fora aqueles(as) que eram sem domicílio fixo (estimadas em 100 mil pessoas em toda a França, em 2006), estavam em prisões, hospitalizadas, em comunidades religiosas e/ou que sofriam violências específicas relativas às origens geográficas, à cor da pele (racismo/etnia e xenofobia).

Em ambos os países, a situação se assemelha na medida em que se faz inadiável o conhecimento sobre a violência e a saúde. Assim, as mulheres grávidas e no puerpério (fases de grandes riscos à mulher e ao bebê), as pessoas homossexuais, bissexuais ou transexuais, prostituídas, velhas e deficientes físicas/mentais, negras, imigrantes etc não têm maior visibilidade no que se refere ao seu sofrimento face

à violência e à saúde, incluindo as pessoas vítimas da violência institucional e na casa e na rua.

As estatísticas são ainda pouco confiáveis e parciais, considerando-se a gravidade/complexidade do tema violência e saúde, no Brasil e na França. Nos dois países, as Constituições Federais (e, no Brasil, as estaduais e municipais) são os princípios norteadores do enfrentamento da questão. Além disto, há o Código Civil, o Penal, do Trabalho, da Família, da Saúde e da Assistência Social, dentre outros mecanismos de controle social. A legislação em vigor no Brasil e na França levou à elaboração de planos e programas nacionais de prevenção e ação/avaliação relativos à violência e à saúde.

No que se refere à violência de gênero (contra crianças, adolescentes e mulheres), a União Europeia e a França, em particular, adotam as orientações do Programa Daphne II, desde 1997 até a atualidade. No Brasil, o Estado e as ONGs, principalmente, realizam parcerias com os Movimentos Sociais de Mulheres e Negro, além de outros. Na França, as parcerias dessa natureza também se fazem frequentes.

As características gerais dessas iniciativas públicas e privadas, em ambos os países, abrangem o reconhecimento do trabalho em rede, da necessidade de se melhorar o conhecimento via pesquisas locais, nacionais e internacionais. Assim sendo, existirá a ênfase na prevenção e na adoção da lógica da “tolerância zero” (punibilidade de crimes de qualquer natureza, desde as mais simples até as mais graves) e visibilidade do tema, sob o enfoque educativo e de defesa de Direitos Humanos de Mulheres e Homens.

Os protestos contra a discriminação dos **issues de l’immigration** tomaram conta da França em novembro de 2005, lembrando os idos de maio de 1968, quando ocorreram grandes mobilizações sociais no País.

Três jovens, moradores de um dos chamados **quartiers sensibles** da periferia de Paris, que retornavam de um jogo de futebol, cruzaram com outros jovens que fugiam da ação de policiais. Com medo, refugiaram-se em um local sem saída. Lá, havia um transformador de alta tensão que os levou à morte. Foram eletrocutados! As revoltas que se sucederam espalharam-se pela França e deixaram as marcas do ódio de populações inteiras, acossadas pelo preconceito racial/étnico e de classe social. Populações estas que abrangiam os(as) que, apesar de nascidas(os) na França, filhos(as) de imigrantes, são alvos da intolerância.

De acordo com o antropólogo Jean-Pierre Dozon, em seu livro: “**Frère et sujets. La France et L’Afrique en Perspective**. Flammarion, 2003”, há que se considerar os chamados “Indígenas da República”, portadores do estatuto particular que lhes concedia apenas deveres, sem direitos, nas colônias do “Império Rosa”

francês. Fazendo parte das estratégias de “integração à francesa”, acreditavam ser aceitos dentro do modelo republicano. Seus descendentes, por sua vez, “issues des immigrations” (magrebinos ou africanos sub-saarianos), como os imigrados “do interior” (chegados dos DOM-TOM até a Metrópole) têm a nacionalidade francesa. Apesar disto, são tratados como “diferentes” e rejeitados sob várias formas de violência, dentre elas a dificuldade de entrar no mercado formal de trabalho.

Vítimas de preconceitos em razão da cor da pele, dos nomes e prenomes árabes e africanos, são “estrangeiros” em seu próprio País. “Estranhos no ninho” que se confrontam com as discriminações na casa e na rua. Um exemplo disto é o mal-estar causado pelos(as) moradores(as) de Aunay-Sous-Bois, perto do Aeroporto Charles de Gaulle, na periferia de Paris. Por dificuldades de transportes, têm que pegar vários ônibus, metrô até chegar a Paris. Isto leva cerca de 90 minutos, o que é demasiado, longo e caro para quem estuda e trabalha. Isto significa a guetização de populações inteiras.

O fogo que queimou carros e propriedades simbolizou a fúria daqueles(as) que, conforme D. Fassin (“**Le modèle Républicain confronté aux Discriminations**”. In: **Débat à IEhess**. “**Penser la ‘crise des banlieues: que peuvent les Sciences Sociales**”. 23 a 28 de janeiro de 2006, em www.ehess.fr/enseignements/cercles-banlieues/index.html) se indignaram com o fato de terem sido tomados como delinquentes.

Franceses(as) negros(as) e pobres, descendentes de imigrantes, portanto, deram visibilidade às discriminações a que estão submetidos(as) no cotidiano, apesar dos discursos que afirmam a igualdade, a liberdade e a fraternidade contidos nos ideais republicanos. Por isso, gritam nas ruas que a prioridade deve ser o combate à violência da desigualdade social.

“Longe dos olhares admirados dos turistas e por trás das fachadas requintadas da Champs Elysées ou da Avenue Foch se esconde uma outra Paris. Uma Paris popular, desigual, insalubre”. (Ana Carolina Dani, na reportagem “Uma outra Paris” (Revista Isto É, nº 1874 – 14/09/2005, p. 77). Esta Paris esconde a pobreza dos(das) imigrantes negros(as) e de seus(suas) descendentes nascidos(as) em solo francês.

Violências racistas explicam o ódio que matou 32 pessoas, sendo 18 crianças, em incêndios criminosos ou decorrentes das más condições das habitações atingidas, em Paris. De todo modo, também é criminoso manter seres humanos em prédios insalubres, como os 976 assim caracterizados pela Prefeitura de Paris, em setembro de 2005.

Paris, Cidade-Luz, a mais visitada do Planeta, é também uma das mais caras, incluídos os preços das moradias. De acordo com a Prefeitura, existiam 102 mil

demandas de moradias populares em 2005, em Paris. No restante da França, as estimativas indicavam 1,3 milhão.

A Lei de Solidariedade e Renovação Urbana (SRU), do ano 2000, não é respeitada por cerca de 1/3 dos municípios franceses, de acordo com o Ministério do Trabalho, da Coesão Social e da Habitação. São os que não reservam 20% de suas habitações para prover as demandas de pessoas mais pobres. Agindo assim, pagam multas. Também contribuem para a violência da segregação/discriminação de cunho racista.

A AIDS atinge em cheio os(as) imigrantes negros(as) e pobres de Paris e seus(suas) descendentes. Das sete mil pessoas portadoras do HIV no ano de 2005, mais da metade era de imigrantes (ou seus/suas descendentes) de origem africana. Depois de Paris, essa população que habita o subúrbio de La Courneuve (Seine-Saint-Denis) – pobre e negra em sua maioria – é a mais atingida pela AIDS e pelo descaso das políticas públicas de saúde. Membros da “Associação África”, de La Courneuve, informam o que se segue: “Se há tantos soropositivos na periferia, é porque os poderes públicos nos abandonaram”. (Réda Sadki, Presidente – Associação África – do Comitê contra a AIDS). A depoente ainda fala que as promessas de recebimento de preservativos baratos e de seringas grátis, feitas por agentes governamentais, não foram cumpridas.

Na França como no Brasil, a AIDS contamina 53% das pessoas que têm relações heterossexuais. Em Seine – Saint-Denis este índice sobe para 77,7%. As vítimas, além de heterossexuais, são majoritariamente imigrantes e jovens mulheres. Em ambos os países, portanto, a AIDS tem o recorte de gênero, de classe e de raça/etnia. E carrega em suas histórias de contaminação e de sofrimento as mazelas do sistema público de saúde. Lá como cá, preconceituoso e contraditório na distância entre a intenção e o gesto.

O TRÁFICO DE SERES HUMANOS E A PROSTITUIÇÃO

A **Operação Afrodite 2**, para combater o tráfico de seres humanos, prendeu suspeitos de aliciar mulheres da Nação brasileira para a prostituição no Brasil e no exterior. Os(as) criminosos(as) eram contratados(as) por pessoas que forneciam o perfil desejado, como tipo físico e idade, e recebiam dos agenciadores, por e-mail, um catálogo de fotos. A Polícia Federal afirma que o grupo oferecia “pacotes” de 15 dias para enviar as vítimas à Europa, com preços que variavam de 500 a 1.500 euros. Clientes nos Estados Unidos pagavam de US\$ 2.000 a US\$ 3.000. Estes

são crimes de formação de quadrilha, rufianismo (tirar proveito da prostituição alheia) e tráfico internacional e interestadual de mulheres. As penas variam de um a oito anos de prisão.

Na União Europeia, por sua vez, existe também um trabalho em rede internacional de combate ao tráfico de seres humanos (de mulheres, homens e transgêneros escravos/as sexuais). O Brasil fornece o viveiro de trabalhadores(as) do sexo e os europeus, como no caso da França, são clientes dessas máfias, ao lado de outros países. A respeito deste tema, estamos elaborando um livro a ser publicado em breve, como parte de nossas atividades no Comitê Estadual de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (Pernambuco/Brasil) e na Comissão de Direitos Humanos Dom Hélder Câmara (Universidade Federal de Pernambuco/Brasil).

A prostituição feminina envolve diferentes perspectivas. Há os(as) que a consideram como uma forma de opção que implica na liberação do uso do corpo, na profissionalização do potencial da sedução. Assim, ganha-se dinheiro com a venda do corpo prazeroso, dando significado à existência na sociedade de consumo. Outros(as) analisam a prostituição do ponto de vista da não-opção, do trabalho feito por necessidades advindas da pobreza/desigualdade social.

Na França, como já dissemos, muitas estudantes universitárias se prostituem para suprir custos de sua formação. São as “ocasionais da prostituição”, como foram denominadas no Programa “**Envoyé Spécial**” (Canal 2 da França – 23/novembro/2006).

Trabalham em tempo parcial nos clubes **privés**, bares de **hostess**, como **call-girls** nos **american bars**, **bar clubs**, ganhando até 300 euros por programa, de acordo com Sylvie Cortez e Jean-Louis Bevelacqua (membros da ONG “**Mouvement du Nid**”, de Montpellier, França).

Muitas fogem de suas vidas cheias de problemas (pobreza, baixa autoestima, violências múltiplas, solidão etc) buscando a ajuda nas drogas. Com as mudanças de comportamentos advindas, são presas fáceis de redes locais, nacionais e internacionais de tráfico de seres humanos, de sequestro e lesões graves/morte. Sem volta, quase sempre, enfrentam o perigo de morrer em atividades de alto risco para a saúde. Alcoolismo, tabagismo, uso de drogas ditas “pesadas” (cocaína, heroína, êxtase etc.), de tranquilizantes, antidepressivos atestam a falta de limites, de autocuidado, a degradação que leva à autodestruição. As doenças sexualmente transmissíveis aí incluídas, como a Aids.

Cooptadas e capturadas por redes mafiosas, no Brasil e no exterior, muitas desaparecem para sempre. São violentadas, escravizadas e drogadas para realizar o papel de escravas do sexo. A França é um dos países de atração de mulheres e transexuais do Brasil, ao lado da Espanha, Itália e Portugal.

Por ser atividade criminosa, obviamente não há dados estatísticos confiáveis sobre o tráfico sexual no Brasil e na França. Por isso, desenvolvemos uma linha de pesquisa sobre o tema do tráfico de seres humanos na atualidade, enfocando as mulheres negras brasileiras que são vítimas dessa barbárie. Linha de pesquisa esta que teve início em 2005, na Universidade Federal de Pernambuco (Recife/Brasil) e que continua ativa.

A desigualdade social e a busca de alternativas para criar condições de sobrevivência, hoje, estão na base do adoecimento e da morte de milhões de mulheres. Aí incluídas as migrantes escravizadas no mundo.

A Revista Sciences Humaines, nº 173, de julho de 2006 (p. 21) refere-se ao primeiro estudo do Programa Global de Luta contra os Tráficos de Seres Humanos (GPAT). O autor da matéria – Laurent Testot – explica a partir do Relatório publicado [UNODC “**Trafficking in persons global patterns**”, abril/2006, www.unodc.org/unodc/trafficking_persons_report_2006-04.html que:

Este Relatório confirma não ser o trabalho forçado que alimenta o essencial desses tráficos, mas sim, a prostituição. Ela representa 87% dos tráficos de escravos hoje. As mulheres são $\frac{3}{4}$ dos efetivos; os homens, menos de 10%. Quanto às crianças (1/3 das vítimas), constata-se uma média de quatro meninas para cada um menino. (p. 21).

O autor critica as falhas metodológicas do estudo e pergunta-se sobre o verdadeiro número de vítimas. Seriam 600 mil/800 mil por ano no mundo, como afirmam os especialistas do GPAT, embora reconhecendo que certas ONGs multiplicam, de maneira convincente, tais estimativas por 10. Ora, estatísticas são sempre falhas quando se trata da violência. O tráfico de seres humanos é globalizado e visto como crime na maioria dos países. Quantificar crimes é uma missão quase impossível! Apesar disto, o mapa construído mostra os países de origem do tráfico, os que “consomem” e os que exportam/importam seres humanos. O Brasil se inclui na última categoria e a França é “consumidora” desse “paraíso” perverso do prazer e da violência. Assim, apesar dos esforços dos governos de ambos os países, a cadeia econômica do comércio sexual cresce junto com a da droga e a das armas. Cresce também o tráfico humano para fins de trabalho escravo e assemelhados e para a mercantilização de órgãos e de tecidos humanos.

O Programa “**Enquête Exclusive**” (canal 6 da televisão francesa, de 18/junho/2006) apresentou um documentário do diretor de cinema Eric Lehnish, denominado “Tráfico de Mulheres na Europa”. A partir dele se tem uma ideia da violência das máfias do sexo e da corrupção policial e de outros agentes do Estado.

Países como Moldávia, Bulgária, Ucrânia e outros do Leste Europeu, atingidos pela crise econômica mundial, “fornecem” as mulheres à indústria do sexo. As que vêm da Rússia também se juntam à violência cometida contra as **Natashas**, como são chamadas, em alusão ao prenome popular nessa região.

Das promessas fictícias de seguir a carreira de modelo, de atriz (são aliciadas assim) caem no bordel, na rua. Escravizadas, muitas vendem sua virgindade. Vítimas de proxenetas e de clientes sádicos, são drogadas, proibidas de usar preservativos e de ter acesso aos serviços de saúde. Sífilis, hepatites, drogadição, abortos, esterilidade, entre outros agravos à vida fazem parte de seu cotidiano.

Muitas vivem o “nomadismo de rodízio”, definido pelo ciclo menstrual. Isto é, somente param de trabalhar quando estão menstruadas, dando voltas pela Alemanha, França, Itália, Espanha, Portugal e ainda Israel e Turquia, onde há máfias ativas e poderosas.

Anne Hidalgo (1º Adjunto da Prefeitura de Paris) explica que há uma divisão na abordagem da prostituição pelo Movimento Feminista Francês (e europeu). Algumas(alguns) são a favor da abolição. Outras(os) defendem a liberdade do uso do corpo em qualquer situação, aí incluída a prostituição.

Em Paris, podemos ver a dimensão do problema nos “**salons de massage**” do **9º Arrondissement**, nas caminhonetas estacionadas na região do Bois de Boulogne e do Bois de Vincennes. Em Pigalle e em outros lugares ocultados pela força de repressão das máfias da droga e do sexo.

A clientela é diversificada e engloba desde muitos jovens que se iniciam na vida sexual, até homens/mulheres de todas as classes e estados civis. Muitos(as) buscam, além do prazer sexual, falar e ser ouvidos(as) com a certeza do segredo. Tal como no confessionário e nos consultórios de psicólogos(as), psiquiatras. Queiram, também, suprir carências afetivas, angústias de performance sexual, manter a dualidade da vida conjugal que separa a esposa/mãe da puta/objeto sexual.

Amos(as) da prostituição são os(as) que pagam. Aqueles(as) que veem na dominação do dinheiro o caminho do prazer. Dependendo da “qualidade/quantidade” da prestação dos “serviços”, o(a) consumidor(a) paga, em média, (preços de Paris, no ano de 2006) 200/300 euros por hora. Uma noite inteira valendo cerca de 500 euros, em Paris, em 2006.

Se pensarmos no fato de que há cerca de 6,9 milhões de pessoas na França que recebem aproximadamente 788 euros mensais *per capita* – sendo consideradas como pobres – podemos entender a permanência da prostituição como ciclo contínuo. Embora tenham planos de fazer uma poupança e largar tudo depois, muitas não têm saída, no quadro geral de empobrecimento que a crise estrutural do capitalismo engendra há mais de 3 décadas.

As histórias são sempre parecidas. Mudam os cenários, os(as) atores(atrizes), as falas. O final, quase sempre trágico, revela o ponto comum: a violência intrínseca de classe, de gênero, de raça/etnia. Esta faz parte da vivência da prostituta. Especialmente da negra, migrante e pobre. A competição interna por clientela, o uso de drogas, a agressividade latente nas relações com proxenetas, policiais, agentes de saúde etc formam o quadro explicativo do estresse profissional enfrentado.

O racismo e a xenofobia demonstram o rebaixamento dos preços dos corpos negros e pobres. Aí também incluída a situação de desvalorização das mulheres mais velhas. Chegam a custar 10 euros, 5 euros seus “passes de programas”.

As negras de origem africana evitam competir com as brancas europeias, uma vez que os(as) clientes têm preferências por estas últimas e são racistas, em geral.

A violência policial é extremamente dura contra as negras. Enfim, as violências – sempre no plural – reafirmam a maior de todas as barbáries: a coisificação do ser humano, seu não reconhecimento e sua estigmatização social.

O livro “**La Prostitution à Paris**”, sob a direção de Marie-Elisabeth Handman e Janine Mossuz – Lavau (Éditions de La Martinière, 2005) é leitura fundamental para quem quer conhecer o que se esconde sob a fachada da Cidade – Luz, a Paris da violência cometida contra mulheres (homens e transgêneros) que são ligados(as) à realidade da prostituição “à força”, não escolhida como opção de vida.

Recomendamos também a leitura de Laura Oso Casas, em seu artigo: “**Prostitution et immigrations des Femmes Latino-Américaines en Espagne**” (p. 92-113) In: Cahiers du genre, nº 40, Travail et Mondialisation: confrontations, Nord/Sud. L’Harmattan, 2006, sob a coordenação de Jules Falquet, Helena Hirata e Bruno Lautier.

As leituras no Brasil são ainda escassas e se encontram, em especial, nas dissertações e teses de Mestrado/Doutorado e em Relatórios de ONGs ligadas ao Movimento de Mulheres e Comissões de Direitos Humanos.

A partir dessa constatação, decidimos continuar nossas pesquisas sobre a violência contra a mulher negra, enquanto questão de gênero, de raça/etnia e classe social articuladamente, ao término do Estágio Pós-Doutoral em Paris, no ano de 2006. Por isso, pretendemos aprofundar os estudos elaborando um novo livro sobre o tema, em 2011.

Esperamos, com isto, lançar luzes à barbárie cometida contra meninas e jovens mulheres negras e pobres brasileiras, e também americanas, europeias, asiáticas, africanas que adoecem e morrem todos os dias. Verdadeiro genocídio oculto, à espera de nossa indignação e da produção de conhecimentos mais amplos que possibilitem a prevenção, o enfrentamento e a criminalização. E, sobretudo, a acolhida não-sexista nem racista às mulheres pobres (ou não) que buscarem a rede de proteção.

CONCLUSÕES PROPOSITIVAS



RENDEZ-VOUS À PARIS

(IYASOU ALEMAYEHU)

Quand le métro est plein, il est dangereux pour un Africain comme moi de me tenir près des «autochtones», spécialement les plus âgés. Ils semblent convaincus que la couleur de notre peau fait forcément de nous des voleurs potentiels. Par conséquent, quand vous êtes près d'eux, il vous regardent avec crainte et tiennent leur sac bien serré ou boutonnent les poches de leur pantalon, et s'éloignent de vous en même temps. Malheureusement pour ces gens, je sens que nous allons être nombreux ici. Quelquefois, un wagon est plein d'Africains, d'Arabes et de personnes originaires d'Europe de l'Est. Tu pourrais dire que c'est Alger ou Abidjan, Nairobi ou Addis-Abeba. Parfois, je me demande s'ils n'ont pas raison de nous compliquer l'accès à leur pays. Mais je me rappelle que nous sommes aussi ici contre notre volonté, parce que nous sommes persécutés par des gouvernements qu'ils soutiennent. Ils étonnent! Ces colonisateurs. Ceux qui vinrent chez nous les premiers pour voler et piller aveuglément. Aussi, pourquoi ne fuirions-nous pas vers eux? Des milliers et des milliers d'entre eux n'ont-ils pas fui en Amérique pour échapper à la famine, aux difficultés économiques ou aux persécutions politiques et religieuses? Je pense ainsi et je passe dessus. (Iyasou Alemayehu, journaliste e escritor étiope. In : «Rendez-Vous à Paris». Le Paris Noir. Éditions Hazan, Paris, 2001, p. 222).

CONCLUSÕES PROPOSITIVAS

Conforme já explicitado ao longo de nosso estudo, buscamos apreender a natureza das demandas das mulheres negras quanto à violência a que estão vulneráveis, do mesmo modo como pretendemos fazer a caracterização das ações de saúde oficiais (Políticas Públicas de Saúde) que se articulam a essas demandas. Para tanto, realizamos uma análise comparativa das realidades brasileira e francesa, na contemporaneidade.

Encontramos muitas semelhanças no que se refere às demandas, e diferenças nas estratégias de enfrentamento das violências inerentes às relações sociais de gênero, classe social e raça/etnia nas ações concretas presentes nos serviços públicos de saúde nos dois Países.

Isto porque analisamos particularidades que, embora tenham semelhanças, mantêm suas singularidades neste momento contemporâneo da crise da sociabilidade do capital. Transformações históricas com caráter de universalidade que têm rebatimentos nos processos de produção/reprodução da vida de milhões de mulheres (e de homens) negras(os) (ou não) em seus modos de adoecer e morrer, no Brasil, na França (e no mundo!).

A marca comum é a da desumanização que se amplia sob condições de vulnerabilidade social, encolhimento de políticas públicas e sociais e afirmação, no gesto, da desigualdade social tão criticada no discurso.

As lutas sociais do trabalho resistem à ofensiva do capital – matriz da violência de primeira-ordem – presente nas diversificadas outras faces das violências no plural. Daí não se poder entender o que se passa com mais da metade da população do mundo sem que se leve em conta a articulação existente entre as questões de classe, de gênero e de raça/etnia. Falamos evidentemente de nós, as mulheres – e, mais especificamente, das que trazem no corpo os marcadores sociais da desigualdade nascida da violência da escravidão: as mulheres negras.

Mulheres negras que têm seus corpos esculpidos sob o signo da força – vis (em latim) – das violências, assim, no plural.

Mulheres negras que têm lugar de subalternidade social em relação aos padrões de poder dominantes nos dois Países: masculino, branco, detentor da riqueza socialmente construída, mas apropriada por poucos(as). Em sua maioria brancos, no masculino, sob a lógica predatória do capital financeiro, monopolista e mundializado.

Se a saúde refere-se não apenas à ausência de doenças e, sim, sobretudo, à qualidade de vida, passível de medição por indicadores vários (o IDH, por exemplo), como entendê-la? Impossível, se buscarmos a aproximação à totalidade sem a consideração de que se deve articular a saúde à classe, ao gênero e à raça/etnia.

Faz-se necessária, por conseguinte, a ênfase no fato de que, submetida às violências de subordinação de classe, de gênero e de raça/etnia, a mulher negra sofre o peso dessas determinações. Desse modo, seu complexo corpo/mente é predatoriamente “consumido”, o que repercute em sua singularidade no adoecer e morrer. Adoecimento e morte que se fazem presentes em suas condições de produção/reprodução da vida, sob o signo da vulnerabilidade, das variadas formas de violências.

Na França, como constatamos, em nome da universalidade dos lemas republicanos, a cor da pele torna-se invisível na política de saúde. No Brasil, já foi possível publicizar e reconhecer – pelo menos no plano do discurso e da lei – que a cor da pele feminina e negra faz mal à saúde! O grito das ruas faz-se forte, crescente. As lutas sociais de negras e de negros não podem ser mais vistas (e enfrentadas) como caso de polícia. Daí a necessidade de se pensar/agir em termos de caso de política. Não esta política de cunho neoliberal que busca dar legitimidade à ordem perversa do capital em seus mais de 40 anos de crise estrutural.

Sabemos que, dentre os pobres, as mulheres negras são as mais pobres. No Brasil e na França. Mas precisamos ir a fundo nos estudos e nas pesquisas e isto se aplica às realidades dos dois Países. Lá como cá, apenas se inicia o movimento na direção do reconhecimento da violência do racismo/etnia, do gênero na sociedade de classes.

Não se pode na França, por exemplo, sustentar o argumento da universalidade da lógica republicana (igualdade, fraternidade, liberdade) para mascarar a realidade histórica de colonialismo, racismo e sexismo. Branco, no masculino, na posse/uso da riqueza.

Apesar de se afirmar o direito à saúde para todos e todas, observa-se que o governo deixa de lado o fato de que, na contemporaneidade, o ajuste estrutural levado a cabo pela lógica do Estado-máximo (para o capital) e do Estado-mínimo (para o trabalho) vem se expressando pelos caminhos dos cortes de orçamentos e redução da esfera estatal. E que isto tem repercussões negativas nas condições de saúde enquanto qualidade de vida de um povo.

Nesse contexto, no Brasil, apresentam-se as contradições entre o que está afirmado na Constituição Federal de 1988, regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde de 1990 – A saúde é um direito de todos e dever do Estado –, configurando princípios básicos de acesso gratuito, universal, integral, equitativo, descentrali-

zado e com controle social. Assim sendo, coloca-se a questão fundamental de como se fazer hegemonizar os direitos das pessoas numa sociedade que é baseada na exploração dos homens e das mulheres.

Na França, de forma semelhante, a saúde está presente no discurso que entra em contradição com a exploração que deve ser compreendida a partir da constatação de que, no estágio atual do capitalismo monopolista e globalizado, as relações capitalistas penetram inteiramente na vida social. “Em um nível mais do que evidente, o principal tecido da aldeia global tem sido o mercado, a mercantilização universal no sentido de que tudo tende a ser mercantilizado, produzido e consumido como mercadoria (...)”. (Ianni, 1999, p. 126).

Nessa aldeia global, a técnica, a moda, indubitavelmente capitalista, no quadro de transformações no modo de produzir e consumir têm frequentemente como resultado ‘abater o corpo de mil maneiras e reduzir a vida’ daqueles(as) trabalhadores(as) mais pobres. Isto repercute na relação entre o homem, a mulher e a sociedade. Até o amor, a educação dos filhos, o tempo livre, a saúde são em parte condicionados por essas transformações. Os serviços sanitários não dão conta do número demasiado de doenças evitáveis causadas pelas relações de trabalho, pelas violências no plural.

Para nós, é óbvio que o que muda o real é o trabalho e não a política. Porque o trabalho é a categoria que funda o ser social. No entanto, a política compreende a luta pelo poder, envolvendo conflitos e consensos sociais, sendo de grande importância. Sem perdermos tempo com a ilusão da “cidadania” sob a ordem metabólica do capital, pretendemos afirmar a necessidade de superação dessa mesma ordem: perversa e portadora de violências no plural.

Seguindo as orientações já legitimadas no Brasil e na França pelas lutas sociais dos Movimentos de Mulheres, Feministas e Negro, fazemos as seguintes recomendações para o enfrentamento da questão das demandas das mulheres negras (e de todas elas) vítimas de violências nos dois Países:

- Conhecer para transformar, realizando pesquisas e estudos em rede;
- adotar a lógica da “tolerância zero” no trato da questão;
- adotar a estratégia educativo-preventiva como prioridade;
- criminalizar as violências de classe social, de gênero, de raça/etnia com base na legislação vigente, sob a perspectiva da integralidade e sem contradições quanto ao respeito ao princípio de igualdade, na diferença. Tal criminalização deve levar em conta a violência institucional. Por isso, a ênfase na formação de pessoal qualificado e conscientizado, em rede, deve ser um dos objetivos maiores;

- alocar recursos (financeiros, materiais, pessoais) sob a forma de fundos públicos e privados que permitam a objetivação das intenções estratégicas de enfrentamento das violências.
- elaborar, executar e avaliar, periodicamente, a rede de assistência às mulheres (e homens) que sofrem as violências;
- utilizar massivamente as mídias para informar sobre as violências, dentro da lógica dos Direitos Humanos de mulheres e homens. A internet é um desses aliados.

Os documentos produzidos por instituições como o SOS Racismo, a Anistia Internacional, instituições governamentais e não-governamentais voltadas ao tema das violências de classe social, de gênero, de raça/etnia, por exemplo, podem (e devem) servir de base ao trabalho mais amplo de rede.

Acima de tudo, deve-se ter em conta os indicadores de saúde articulados à qualidade de vida. Os diretos (condições de saúde dos indivíduos), que indicam a ausência/presença de doenças, e os indiretos. As condições ambientais (serviços de água/esgoto, poluição) e os serviços de saúde (recursos e níveis de utilização) estão contidos nos indicadores indiretos. O diagnóstico das condições de saúde da mulher negra deve estar articulado à ideia central de acesso à qualidade de vida. Os serviços devem levar em conta a visão de integralidade/transversalidade do planejamento, execução e avaliação das ações, com a participação feminina no setor de saúde, em suas instâncias coletivas de lutas.

O ciclo de vida da mulher negra é o guia da organização dos serviços de saúde na perspectiva da integralidade/transversalidade em saúde coletiva. Do nascimento à morte, as violências estão presentes na vida da mulher, conforme explicitamos ao longo de nosso estudo. As demandas femininas negras referem-se à qualidade de vida, em geral, mas também, em particular, englobam as mazelas do setor de saúde: filas, falta de vagas, atendimento impessoal, sexista e racista na relação paciente/pessoal das instituições de saúde, no Brasil e na França.

A ideia de direito em saúde está profundamente articulada à qualidade/quantidade dos serviços, em suas dimensões materiais e subjetivas, na medida em que a informação/educação e uma relação humanizada entre profissionais de saúde e a mulher devem se constituir em regra geral a ser seguida. Não devem ser transformadas apenas as condições materiais da rede de atenção à saúde, faz-se necessário, sobretudo, o comprometimento dos corações e mentes com atitudes concretas de respeito no processo de enfrentamento das especificidades do adoecer/morrer femininos negros. “Res, non verba”: para além do discurso, da intenção, faz-se necessário o gesto. Isto é, ações que reconheçam o direito à saúde da mulher

negra, o que envolve o debate sobre sua qualidade de vida, seu reconhecimento como igual, na diferença.

Nessa direção, será possível a implementação, execução e avaliação, bem como o controle social de novos modelos integrais e transversais de atenção à saúde feminina negra. Isto levando em conta as necessidades biológicas, econômico-sociais e culturais; incorporando-se, portanto, a perspectiva da articulação entre a saúde, a classe social e o gênero, raça/etnia.

Há que se desmistificar a exploração engendrada na sociabilidade do capital como parte da natureza humana, da ordem natural das coisas. A ordem metabólica do capital não deve se apoderar de tudo e de todos(as). Há que se fazer valer o princípio da não mercantilização da saúde, da vida, das relações entre homens e mulheres. A saúde não pode se constituir num bem privado, pois ela é um dever do Estado e direito de todos(as). Para tanto, tem que ser defendida sob os princípios de gratuidade, descentralização, universalidade, integralidade, participação e controle social, e equidade - de forma transversal, com outras políticas públicas.

O “cuidado social” implica também na incorporação da ótica da igualdade, na diferença pelos serviços de saúde no Brasil e na França. Igualdade, ao se considerar homens e mulheres do ponto de vista da Humanidade e, diferença, ao se levar em conta as especificidades do ser feminino. Do ser negra, em ambos os Países.

A politização da questão de gênero na formulação/consolidação das políticas públicas contribuirá para que as mulheres se reapropriem da sua saúde. Igualmente fundamental será o papel da educação em saúde, entendida como “(...) campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população.” (Vasconcelos, 1999, p. 25).

Por fim, há que se construir parcerias entre aqueles(as) que defendem a igualdade, na diferença, enquanto direito de todos(as) e dever do Estado, envolvendo os movimentos sociais locais, nacionais e internacionais e os de mulheres e feministas, em especial, bem como diferentes profissionais de saúde e de demais políticas públicas. Assim sendo, sob a ótica da interdisciplinaridade, integralidade e transversalidade, do compromisso político com as transformações sociais será possível a defesa da valorização do saber popular e de sua articulação com o saber médico-científico.

É importante não perder de vista que, na história humana, a mulher (e a mulher negra, em especial, como procuramos demonstrar ao longo deste estudo) tem arcado, ao longo de séculos, com o sofrimento de ser oprimida até mesmo pelo homem mais explorado. Esse mundo perverso, dividido entre explorados(as) e exploradores(as) não pode ser naturalizado, posto que é construção histórica

e, portanto, passível de transformação. Isto só será possível rompendo-se com a alienação, o estranhamento, a passividade, a resignação.

A emancipação deve ser de toda a humanidade, composta de mulheres e homens, rompendo-se com o silêncio que é sempre cúmplice da barbárie. Barbárie que se solidifica em marcadores sociais como a cor da pele. Negra e feminina diante da ferocidade branca, masculina e detentora da riqueza, no Brasil, na França e no mundo.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 4, nº 1. Rio de Janeiro: 1999.
- ABRASCO. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 5, nº 1. Rio de Janeiro: 2000.
- ABRASCO. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 6, nº 1. Rio de Janeiro: 2001.
- ACTUEL Marx, nº 38 – Deuxième Semestre 2005. *Le racisme après les races*. (Directeur de la publication PRIGENT, Michel), Paris, PUF (Presses Universitaires de France), 2005.
- ALAMBERT, Zuleika. *Feminismo: o ponto de vista marxista*. São Paulo: Nobel, 1986.
- ALEMAYEHU. In : «Rendez-Vous à Paris». *Le Paris Noir*. Éditions Hazan, Paris, 2001, p. 222).
- ALENCAR, Chico; RIBEIRO, Marcus V. CECCON, Claudius. *Brasil Vivo: uma nova história da nossa gente*. V. 1, 18ª ed. Petrópolis: Vozes, 1997. 166p.
- ALENCAR, F.; CARPI, L. e RIBEIRO, M.V.T. *História da sociedade brasileira*. Rio de Janeiro, Ao Livro Técnico, 1979. 267p.
- ALMANAQUE Abril. 33ª ed. São Paulo: Editora Abril, 2007. 730p.
- AMARA, Fadela. *Ni Putes Ni Soumises – Postface inédite de l'auteure*. Paris: Éditions La Découverte, 2003, 2004.
- AMARAL, Sérgio & SOUZA, Luciano da Costa Pereira. *França*. In: BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. *Mundo Afora – Programas de Combate à Violência Urbana*. Brasília: Ministério das Relações Exteriores, 2005. 160p.
- AMARO, Sarita. “A Questão Racial na Assistência Social: um debate emergente”. (p. 58-81) In: *Serviço Social e Sociedade*, nº 81, março/2005. São Paulo: Cortez, 2005.
- AMELLAL, Karim. *Discriminez-moi! Enquête sur nos inégalités*. Paris: Éditions Flammarion, 2005.

AMNESTY International. *Les violences faites aux femmes en France: une affaire d'État*. Paris: Éditions Autrement, 2006. (Collection Mutations, n° 241)

ANAIS do 33º Congresso Mundial de Escuelas de Trabajo Social. *Crecimiento y Desigualdad*. Santiago – Chile, 28 – 31 de agosto, 2006.

ANDERSON, Jeanine. *La Feminizacion de La Pobreza en América Latina*. Lima, Peru: Red Entre Mujeres, 1994.

ANDERY, Maria Amália. *Para Compreender a Ciência: uma perspectiva histórica*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1988.

ANGERAMI, Valdemar Augusto (org.). *Crise, trabalho e Saúde Mental no Brasil*. São Paulo: Traço Editora, 1986. (Série psicoterapias alternativas; v. 4).

ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 6ª ed. São Paulo: Cortez; Campinas; SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1999a.

ANTUNES, Ricardo. *Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.

APERÇUS. Forum Mondial des Droits de L'homme. Nantes, France, 16 – 19 mai, 2004. Paris: Organisation des Nations Unies, 2005.

APPAY Béatrice, Thébaud-Mony Annie, *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, IRESCO-CNRS “Actions scientifiques fédératives de l'IRESCO”, 1997, 580p.

APPAY, Béatrice; HEINEN, Jacqueline et LEOMANT, Christian. (coord.) CAHIERS du Gedisst, n° 23, *Précarisation et citoyenneté*, Paris: L'Harmattan, 1998. 153 p.

APRE. Les Rapports sociaux de sexe: problématiques, méthodologies, champs d'analyse. Table Ronde Internationale de l'atelier Production Reproduction, Paris, 24-26 novembre, 1987. *Actes...* Paris, IRESCO, 1988.

ARAÚJO, Clara e SCALON, Celi (orgs.). *Gênero, família e trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro: editora FGV, 2005. 304p.

ARAÚJO, M. J. *Reflexões Sobre a Saúde da Mulher Negra e o Movimento Feminista*. Jornal da Rede Saúde, n. 23: 24-26, março, 2001.

ARIÈS, Philippe; BÉJIN, André. (orgs.). *Sexualidades Ocidentais*. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. 254p.

ARTICULAÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS. *Políticas públicas para mulheres no Brasil: balanço nacional cinco anos após Beijing*. Brasília, 2000.

ATTALI, Jacques. *Une brève histoire de l'avenir*. Paris, Fayard, 2006.

BADINTER Élisabeth, *L' un est l' autre: des relations entre hommes et femmes*, Paris, Odile Jacob, 1986, 361 p.

BAIERL, Luzia Fátima. *Medo social: da violência visível ao invisível da violência*. São Paulo: Cortez, 2004.

BANDEIRA, Lourdes Maria. “Divisão Sexual do Trabalho – Práticas simbólicas e práticas sociais”. In: SIQUEIRA, Deis E. (org.). *Relações de trabalho, relações de poder*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997. p. 155-176.

BARBOSA, Regina Helena Simões. “AIDS e Saúde Reprodutiva: novos desafios”. In: GIFFIN, Karen.(org.) *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p. 281-296.

BARD, Christine; BAUDELLOT, Christian; MOSSUZ-LAVAU, Janine. *Quand les femmes s'en mêlent: genre et pouvoir*. Paris: Éditions de La Martinière, 2004.

BASTIDE, Roger. *As Américas Negras: as civilizações africanas no Novo Mundo*. São Paulo: EDUSP, 1974.

BEAUVOIR, Simone de. *O Segundo Sexo: a experiência vivida*. 2ª ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1967.

BEAUVOIR, Simone de. *O Segundo Sexo: fatos e mitos*. 4ª ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.

BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti. *Política Social no Capitalismo Tardio*. São Paulo: Cortez, 1998. 199p.

Bellamy – “Troubles Mentaux et Représentations de la Santé Mentale: premiers résultats de l'enquête **Santé Mentale en Population Générale**” (études résultats n° 347, Paris, DREES, outubro de 2004).

BENELLI, Natalie; DELPHY, Christine; FALQUET, Jules; HAMEL, Christelle; HERTZ, Ellen; ROEX, Patrícia (orgs.) *Nouvelles Questions Féministes – NQF – vol. 25, n° 1/2006. Sexisme et racisme: le cas français*, Paris, Éditions Antipodes.

BENTO, M. A. da S. “Raça e gênero no mercado de trabalho”. In: ROCHA, Isabel Baltar. *Trabalho e gênero: mudanças, permanências e desafios*. São Paulo, Editora 34, 2000. p. 295-307.

BENTO, Maria Aparecida Silva. *Cidadania em Preto e Branco: discutindo as relações raciais*. São Paulo: Editora Ática, 1998. 80p.

BERLINGUER, G. *Cadernos da Mulher*. São Paulo: Jornalivro, v. 1, março, 1980.

BERQUÓ, Elza S.; CUNHA, Estela Maria G. P. (orgs.). *Morbimortalidade Feminina no Brasil(1979-1995)*. Campinas-SP: Editora da Unicamp, 2000.

BERTHOUMIEUX, Claude. *Vivre après une agression: Comment traverser le miroir de la violence*, Le Souffle D'or collection «Le champ d'idées», 2005, p.314

BIANCARELLI, Aureliano. *Assassinatos de Mulheres em Pernambuco: violência e resistência em um contexto de desigualdade, injustiça e machismo*. 1ª Ed. São Paulo: Publisher Brasil: Instituto Patrícia Galvão, 2006.

BIDERMAN, Ciro. ; GUIMARÃES, Nadja Araujo. *Na ante-sala da discriminação: o preço dos atributos de sexo e cor no Brasil (1989-1999)*. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, 12 (2): 264, maio-agosto/2004.

BLANCHARD, Pascal; DEROO, Eric; MANCERON, Gilles. *Le Paris Noir*. Paris: Éditions Hazan, 2001.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. *Identidade & Etnia: construção da pessoa e resistência cultural*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Datasus*. WWW.datasus.gov.br pesquisado em 13/10/2006

BRASIL. Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos. *Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; Ministério da Educação, 2003. 52p.

BRASIL. Constituição Federal, 1988.

BRASIL. DIEESE, 2004.

BRASIL. IBGE, Censo 2000.

BRASIL. IBGE, Síntese dos Indicadores Sociais, 2000.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer, 2000.

BRASIL. Leis. Documentação Civil. Política Antidiscriminatória. Crimes de Tortura. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Programa Nacional de Direitos Humanos. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998.

BRASIL. Leis. Lei nº 11.340 de 22 de setembro de 2006.

BRASIL. Leis. Lei nº 1886 de 08 de novembro de 1991.

BRASIL. Ministério da Educação. Plano Nacional de Educação, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde, PAISM, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde, Programa de Saúde do Adolescente, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 822, de 6 de junho de 2001 – Programa Nacional de Triagem Neonatal/ PNTN, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde*. Ano 3, nº 6. Brasília, outubro, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Mundo Afora – Programas de Combate à Violência Urbana. Brasília: Ministério das Relações Exteriores, 2005. 160p.

BRASIL. PNUD. Índice de Desenvolvimento Humano. Disponível em www.pnud.org.br pesquisado em 02/07/2006

BRASIL. POLÍTICA Nacional de Promoção da Igualdade Racial. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Brasília, 2004.

BRASIL. Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade. Subsídios para o debate. Workshop Interagencial Saúde da População Negra, realizado nos dias 6 e 7 de dezembro, Brasília, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-PNUD e Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, 2001.

BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília-DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, outubro de 2006.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. SOARES, Bárbara M. *Enfrentando a Violência contra a Mulher. Orientações Práticas para Profissionais e Voluntários* (a). Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 64p.

BRASIL. Programa de Saúde da Família – PSF. Ministério da Saúde. www.saude.gov.br pesquisado em 04/01/2006

BRASIL. República Federativa do Brasil. Constituição de 1988. Brasília: Senado Federal. Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. SEADE, 2004.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional: diálogos sobre a violência doméstica e de gênero: construindo Políticas para as Mulheres*. Brasília: A Secretaria, 2003.

BRASIL. Sistema Único de Saúde – SUS, 1990.

BRASIL.BEMFAM,OPAS,PNAD,IBGE. <http://www.saude.gov.br/programas/mulher/assist.htm> do Ministério da Saúde. Pesquisado em 04/2006.

BRAUN, Bernard. ; COLLIGNON, Francis. *La France en fiches*. 5ª ed. Paris : Bréal Éditions, 2006. 335p.

BRAVO, M.I.S.; VASCONCELOS, A.M.; GAMA, A.S.; MONERAT, L. (orgs.). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRAYNE, Hugh; CARR, Helen. *Law for social workers*. 9th edition. New York: Oxford, 2005. 764p.

BRISSIAUD, Pierre Yves. *Surmonter ses blessures: de la maltraitance à la résilience*, Retz, collection « psychologie dynamique », 2001, 139p.

BRITO, Jussara Cruz de. *Saúde, trabalho e modos sexuais de viver*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 200p.

BROOKS-GORDON, Belinda. *The price of sex: prostitution, policy and society*. Portland: Willan Publishing, 2006. 296p.

BRUSCHINI, Cristina. *Mulher e trabalho: uma avaliação da década da mulher*. São Paulo: Nobel: Conselho Estadual da Condição Feminina, 1985.

BRUSCHINI, Cristina. *Mulher, casa e trabalho*. São Paulo: Vértice, 1990.

BUTLER Judith, *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*, New York, Routledge, 1990, 172p.

CADERNOS de Campo. São Paulo: USP, ano 12, 2003, nº 11 – Uma faxina na identidade de emigrantes brasileiras. Soraya Fleischer. P. 49-67

CADERNOS do Centro de Ciências da Saúde. Saúde Pública, n. 5, abr. 1996. Recife: Universidade Federal de Pernambuco. Núcleo de Saúde Pública: Ed. Universitário da UFPE, 1996.

CADERNOS SOS CORPO. [SOS Corpo, Gênero e Cidadania.] v. 4. Abril, 2001.

CAHIERS des Anneaux de la Mémoire. *La Traite et l'Esclavage dans le Monde Lusophone : la révolution française et l'esclavage les débats aujourd'hui*. Nº 3 Nantes : UNESCO, 2001. 420p.

Canal televisivo. <http://www.france5.fr/>

CAPPELLIN, Paola. “Ações afirmativas, gênero e mercado de trabalho: a responsabilidade social das empresas na União Européia”. In: ROCHA, Maria Isabel Baltar (org.). *Trabalho e Gênero: mudanças, permanências e desafios*. Campinas: ABEP, NEPO/UNICAMP e CEDEPLAR/UFMG/ São Paulo: Ed. 34, 2000. p. 265-293.

CARDOSO, Ruth; CHAUÍ, Marilena; PAOLI, Maria Celia; SOS-Mulher. *Perspectivas Antropológicas da Mulher 4*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1985. 137p.

CARNEIRO, Sueli. “Movimento Negro no Brasil: novos e velhos desafios. Uma guerreira contra o racismo”. Entrevista. Caros Amigos. Edição 35, São Paulo : Editora Casa Amarela, 2000. p. 25-29.

CARTA de Paris para uma Nova Europa, 1990.

CARTILHA de Anemia Falciforme” da Doutora Heloísa Helena Arantes Gallo da Rocha, Membro do Conselho Científico da Associação de Falcêmicos do Rio de Janeiro – AFARJ, de março de 2001.

Casas, Laura Oso. “Prostitution et immigrations des Femmes Latino-Américaines en Espagne” (p. 92-113) **In:** Jules Falquet, Helena Hirata e Bruno Lautier (coord.). Cahiers du genre, nº 40 Travail et Mondialisation: confrontations, Nord/Sud. L’Harmattan, 2006.

CASSORLA, Roosevelt Smeke & WERLANG, Blanca Guevara. *Porque uma Pessoa se Mata*. Revista Super Interessante, edição 184, janeiro de 2003, 36-43.

CASTRO, Mary G. “Feminismo Marxista – mais que um gênero, em tempos neoliberais”. **In:** Fragmentos de Cultura – v.1, n.1. Goiânia: IFITEG, 1991. p. 551-572.

CÉCILE Dauphin, Arlette Farge (dir.), *De la violence et des femmes*, Paris, Albin Michel, 1997, p. 159-184.

CEDAW : *Relatório Nacional Brasileiro : Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher*, Protocolo facultativo/ coordenação de Flávia Piovesan e Sílvia Pimentel. Brasília: Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, 2002. 248p.

CEJIL. Os direitos humanos no sistema interamericano: compilação de instrumentos. Rio de Janeiro: Cejil, 2002. 216p.

CHABAUD Danièle, *Problématiques de sexes dans les recherches sur le travail et la famille*, Sociologie du travail, 1984, nº 3/84, p. 346-358.

CHAIA, M.W. Negro, entre o trabalho forçado e o trabalho restrito. 34ª Vol. II, nº 2. São Paulo: São Paulo em Perspectiva, 1988.

CHARF, Clara. (Coord.). *Brasileiras Guerreiras da Paz: Projeto 1.000 mulheres*. São Paulo: Contexto, 2006. 222p.

CHAUÍ, M. *Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil*. São Paulo, Brasiliense, 1986.

CHAUÍ, M. *Repressão Sexual: essa nossa (des)conhecida*. 1ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CHIZZOTTI, Antonio. *Pesquisa em Ciência Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez, 1991. (Biblioteca da Educação. Série 1. Escola; v.16).

CHRISTINE Fauré (ed.), *Encyclopédie politique et historique des femmes*, Paris, PUF, 1997, p. 729-770.

CÍRCULO de Ação para a Promoção da Diversidade – CAPDIV, do Conselho Representativo das Associações Negras – CRAN, *Debate: Os Estados Gerais das Populações Negras na França*. Paris: Prefeitura de Paris, 28 e 29 de abril de 2006.

CNDM, Os Serviços de Saúde: o que as mulheres querem. Brasília. Julho, 1986.

COELHO, Marcelo. *Estranhamento conduz “racismo cordial”*. Folha de São Paulo, São Paulo, 28 de junho de 1995, Folha Ilustrada, p. E14.

COLLECTIF des Femmes de Boudou Liseron. *Nous, Femmes battues entre espoir et désespoir*, Hugo et Compagnie, collection «Hugo doc, 2006, 189p

COLLECTIF, *Actes du Colloque international de psychodynamique et psychopathologie du travail*, Paris, CNAM, t. 1, 1997, 302p.

COLLIN, Françoise. *Les différences des sexes*. Paris, Pleins feux, 1999, 76 p.

CONFERÊNCIA Internacional de Combate à Xenofobia, Racismo e a todas as Formas de Intolerância. DURBAN, 31 de agosto a 8 de setembro de 2001.

CONFERÊNCIA Internacional de População e Desenvolvimento, Cairo, 1994.

CONFERÊNCIA Mundial sobre a Mulher, Pequim, 13 de setembro de 1995.

CONFERÊNCIA Mundial sobre os Direitos Humanos, Viena, junho de 1993.

CONVENÇÃO Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, na Convenção de Belém do Pará, Brasil, patrocinada pela Organização dos Estados Americanos – OEA, em 1994.

CONVENCION Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José). Convencion Americana sobre Derechos Humanos Suscrita en La Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos. San José, Costa Rica 7 al 22 de noviembre de 1969.

COSSÉE, Claire ; LADA, Emmanuelle ; RIGONI, Isabelle. *Faire figure d'étranger : regards croisés sur la production de l'altérité*. Paris : Armand Colin, 2004.

COSTA, Albertina de Oliveira e BRUSCHINI, Cristina (Orgs.). *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro/São Paulo: Rosa dos Tempos/Fundação Carlos Chagas, 1992.

COSTA, Ana Alice; ÁVILA, Maria Betânia; LIMA, Maria Ednalva Bezerra de.; SOARES, Vera e MELLEIRO, Waldeli P. (orgs.). *Um debate crítico a partir do feminismo: reestruturação produtiva, reprodução e gênero*. São Paulo: CUT, 2002. 168p.

COSTA, Gilmaísa M. da. *Trabalho e Serviço Social: debate sobre a concepção de Serviço Social como processo de trabalho com base na ONTOLOGIA DE GEORG LUKÁCS*. Recife, UFPE, 1999 (Dissertação de Mestrado em Serviço Social).

COSTA, Gilmaísa Macedo. *Trabalho, Individualidade e Pessoa Humana*. Tese de Doutorado. Recife-PE: Universidade Federal de Pernambuco, 2005. 213p.

COSTA, Ronaldo Pamplona da. *Os onze sexos: as múltiplas faces da sexualidade humana*. São Paulo: Editora Gente, 1994. 210p.

COTTEREAU, Alain, *Usure au Travail. Destins masculins et destins féminins dans les cultures ouvrières, en France, au XIX e Siècle*, Le mouvement social, Juillet-Septembre 1983, n° 124, p. 71-112.

COTTINGHAN. *A Saúde da Mulher no Brasil*. São Paulo: Nobel, 1985.

COURS-SALIES, Pierre; LAY, Stéphane le (direction). *Le Bas de L'Échelle: la construction sociale des situations subalternes*. Paris: Éditions Érès, 2006. 302p.

CROMER Sylvie (AVFT), *Le harcèlement sexuel. La levée du tabou 1985-1990*, Paris, La Documentation française, 1994, 228p.

CROMER, S. *Le harcèlement sexuel en France. La levée d'un tabou*, La Documentation française, Paris, 1995.

CULTURAL Diversity Guide. Granada, 2003. 159p.

CUNHA, Estela M. G. de Pinto da. “Raça: aspecto esquecido da iniquidade em saúde no Brasil?”. **In:** BARATA, Rita Barradas; BARRETO, Maurício L.; FILHO, Naomar de Almeida; VERAS, Renato Peixoto. *Equidade e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Abrasco, 1997. (Série Epidemiológica, 1). p. 219-243.

CUTI; FERNANDES, Maria das Dores. (orgs.) *Consciência negra no Brasil: os principais livros*. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2002. 112p.

D. Fassin. « Le modèle Républicain confronté aux Discriminations ». **In:** Débat à l'Ehess. “Penser la ‘crise des banlieues: que peuvent les Sciences Sociales”. 23 a 28 de janeiro de 2006.

D’INCAO, Maria Angela (org.). *Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

D’OLIVEIRA, A. F. P. L.; SENNA, D. M. “Saúde da Mulher”. (p. 86-108). **In:** SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (orgs.) *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000. (Saúde em Debate; 96, Série Didática, v. 3).

DANI, Ana Carolina. Uma outra Paris. Revista Isto É, nº 1874, 14/09/2005.

DAPHNE II. <http://www.daphne-toolkit.org/>

DAVEZIES, Ph. (1997 i). *Traumatisme psychique et stratégies collectives de défense contre la souffrance au travail*. Journée d’étude. Société de Médecine du Travail Dauphiné-Savoie, 1997.

DE GOUGES Olympe, « Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne (1791) », **In:** *Écrits politiques 1788-1791*, Paris, Côté-femmes, 1993, p. 204-215.

DÉBORD, Guy. *A Sociedade do Espetáculo*. Rio de Janeiro: Editora Contraponto, 1997.

DECLARAÇÃO Universal dos Direitos Humanos. Resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948.

DEJOURS, Christophe. *A banalização da injustiça social*. 5º ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003. 160p.

DEJOURS, Christophe. *Adolescence : le masculin entre sexualité et société*, Adolescence, 1988, nº 6, p. 89-116.

DEJOURS, Christophe. *Le Corps: entre biologie et psychanalyse*. Paris, Payot, 1986.

DEJOURS, Christophe. *Plaisir et souffrance dans le travail*. Paris, Éditions de l'AOCIP, 1988a.

DEJOURS, Christophe. *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Paris, Seuil, 1998.

DEL PRIORE, Mary (org.). *História das mulheres no Brasil*. 7ª ed. São Paulo: Contexto, 2004. 678p.

DEL PRIORE, Mary. *A Mulher na História do Brasil* São Paulo: Contexto, 1988. (Coleção Repensando a História). 64p.

DEL PRIORE, Mary. *História do amor no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2005 (p. 53)

DELACAMPAGNE, Christian. *Une histoire du racisme: des origines à nos jours*. Paris : France Culture, 2000.

DELGADO, Didice G.; CAPPELLIN, Paola; SOARES, Vera. (orgs.). *Mulher e Trabalho: experiências de ação afirmativa*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

DELPHY Christine, *Égalité, équivalence et équité: la position de L'État français au regard du droit international*, Nouvelles questions féministes, 1995, vol. 16, n° 1, p. 5-58

DEUXIÈME Congrès de L'Association Française de Sociologie. *Dire le monde social – Les sociologues face aux discours politiques, économiques et médiatiques*. Université Victor Segalen, Bordeaux 2, du 5 au 8 : AFS Éditions, septembre, 2006. 396p.

DIAS, Edmundo Fernandes. *Da Violência como Parteira da Acumulação*. In: UNIVERSIDADE e Sociedade/ Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior, vol. 1, n° 1. Brasília-DF: fevereiro 1991.

DICIONÁRIO crítico do feminismo/Helena Hirata...[et al.] (orgs.). - São Paulo: Editora UNESP, 2009.

DICIONÁRIO Larousse de Poche. Paris: Larousse, 2004. 1009p.

DIREITOS Humanos no Cotidiano. Manual. Ministério da Justiça. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. UNESCO. Universidade de São Paulo, 2001. 381p.

DOSSIER de presse. « En France, tous les quatre jours, une femme meurt victime de violences conjugales... » Ministère délégué à la Cohésion sociale et à la Parité, 2005

DOZON, Jean-Pierre. *Frère et sujets. La France et L'Afrique en Perspective*. Flammarion, 2003.

DUARTE, Rebeca Oliveira. *A Perspectiva dos Direitos Humanos*. Vol. 1. Recife: DJUMBAY/ Ministério Público de Pernambuco/ Instituto do MPPE/Centro Josué de Castro, dezembro de 2003. (Coleção Manual sobre Discriminação Racial) 78p.

Embaixada do Brasil em Paris – www.brasil.org pesquisado em 22/12/2006

ENVOYÉ spécial. Programme TV. France 2, 23/11/2007.

EWL, European Women's Lobby. *Confronting the Fortress: Black and Migrant Women in the European Union*. Brussels. European Parliament, Directorate General for Research, 1995.

FALEIROS, Vicente de Paula; FALEIROS, Eva T.S. (Coordenadores). *Circuitos e Curtos – circuitos: atendimento, defesa e responsabilidade do abuso sexual contra crianças e adolescentes no Distrito Federal*. São Paulo: Veras Editora, 2001.

FALQUET, Jules ; HIRATA, Helena ; LAUTIER, Bruno. *Travail et mondialisation: confrontations Nord/Sud*. Cahiers du Genre, n° 40. Paris :L'Harmattan, 2006.

FASSIN, D. (“Le modèle Républicain confronté aux Discriminations”. **In:** Débat à IEhess. “Penser la ‘crise des banlieues: que peuvent les Sciences Sociales”. 23 a 28 de janeiro de 2006, em www.ehess.fr/enseignements/cercles-banlieues/index.html)

FASSIN, Eric. Enquête Enveff, março a julho de 2000. Les violences envers les femmes. Une enquête nationale. Paris : La documentation Française, 2003.

FELINTO, Marilene. ◊ A Fome ◊. In: SADER, Emir. (org) 7 Pecados do Capital. Rio de Janeiro, São Paulo: Ed. Record, 1999.

FERNANDES, Florestan. *A Integração do Negro na Sociedade de Classes*. Rio de Janeiro: Editora Globo, 1964.

FERREIRA DE MACÊDO, Maria Bernardete. ; LADA, Emmanuelle ; KERGOAT, Danièle. *Précarisation de la santé au travail et trajectoires professionnelles. Le cas des femmes de chambre et des veilleurs de nuit*. Paris : Genre, Travail et Mobilités (GTM) – CNRS, Universités Paris X-Nanterre, Paris VIII, Institut de Recherche sur les Sociétés Contemporaines (IRESCO), janvier 2007. (mimeo)

FERREIRA DE MACÊDO, Maria Bernardete. “Femmes de ménage et veilleurs de nuit: une approche sexuée du travail précaire dans un hotel en France”. In: FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL, Dominique.; HIRATA, H. et SENOTIER, Danièle (Coord.). *La violence, les mots, le corps*. n. 35, Paris: L’Harmattan, 2003. Cahiers du Genre.

FERREIRA DE MACÊDO, Maria Bernardete. LADA, Emmanuelle e Kergoat, Danièle. Relatório de Pesquisa “Precarização da Saúde no Trabalho e Trajetórias Profissionais: o caso das camareiras e dos vigias noturnos”. Paris: GTM – CNRS/ IRESCO/ Universidades Paris X e Paris VIII, janeiro 2007.

FISCHER, Izaura R.; MELO, Lígia A. *O trabalho feminino: efeitos da modernização agrícola*. Recife: Massangana, 1996.

FORETTE, Françoise. *A revolução da longevidade*. São Paulo: Globo, 1998.

FORRESTER, Viviane. *O Horror Econômico*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual de Paulista, 1997. 154p.

FOUCAULT, M. *Histoire de la sexualité I: la volonté de savoir*. Paris, Gallimard, 1976.

FOUCAULT, M. *Surveiller et punir*. Paris, Gallimard, 1975.

FOUCHARD, Jean. *Les Marrons de la Liberté*. Haiti : Editions Henri Deschamps, 1988. 447p.

FOUCHARD, Jean. *Les Marrons du Syllabaire*. Haiti : Editions Henri Deschamps, 1988. 139p.

FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL, Dominique.; HIRATA, H. et SENOTIER, Danièle (Coord.). *La violence, les mots, le corps*. n. 35, Paris: L’Harmattan, 2003. Cahiers du Genre.

FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL, Dominique.; LÉPINARD, Éléonore ; VARIKAS, Eleni (Coord.). *Féminisme (s) : penser la pluralité*. Cahiers du Genre, nº 39. Paris: L’Harmattan, 2005.

FRAGMENTOS de cultura, v.13, nº 3 (1991). Goiana: IFITEG, maio/junho, 2003.762p.

FRANÇA. “Relatório do Observatório Nacional da Pobreza e da Exclusão Social 2003-2004”, publicado pela Documentation Française em 2004.

FRANÇA. Bureau International du Travail – BIT, outubro de 2005.

FRANÇA. CNAF. www.cnaf.fr/ pesquisado em 22/11/2006

FRANÇA. Code Noir, 1685.

FRANÇA. *Código Penal da França*, 1º de março de 1994.

FRANÇA. Constituição, 1946.

FRANÇA. DREES. www.sante.gouv.fr/drees/index.htm pesquisado em 24/11/2006

FRANÇA. ENVEFF. Pesquisa Nacional sobre as Violências para com as Mulheres na França, 2000.

FRANÇA. INSEE, 2003.

FRANÇA. INSEE, 2005.

FRANÇA. INSEE. www.insee.fr pesquisado em 10/08/2006.

FRANÇA. L'état de la France 2005-2006, INSEE, 2006.

FRANÇA. L'État de Santé de la Population en France en 2006 (Ministério da Saúde e da Coesão Social da França – 2006).

FRANÇA. Leis. Legislação do Trabalho, 1992.

FRANÇA. Leis. Lei de Solidariedade e Renovação Urbana – SRU, 2000.

FRANÇA. Recensement National des morts violentes survenues au sein du couple en 2003 et 2004. França: Ministère délégué à la Cohésion sociale et à la Parité, 2005.

FRANÇA. Relatório da Comissão Nacional Consultiva dos Direitos do Homem – CNCDDH. La Documentation Française, 2006.

FRANÇA. Relatório do Alto Comissariado para a Saúde Pública. La santé en France en 2002 (A saúde na França em 2002), La Documentation Française, 2002.

FRANÇA. SECRÉTARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DES DROITS DES FEMMES. *L'État de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes*. Paris, 1990.

FRANÇA. Sistema Nacional de Saúde.

FRANÇA. www.education.gouv.fr pesquisado em 12/08/2006.

FRANÇA. www.sante.gouv.fr pesquisado em 24/11/2006

FRANÇA. Leis. Lei nº 2004-806, de 9 de agosto de 2004.

FRANCE : les révolutions invisibles. Obra coletiva de intelectuais e fotógrafos sobre a transformação radical da França de hoje nos planos econômico, político e privado. Paris: Editora Calmann-Lévy, 1998.

FREYRE, Gilberto. Casa Grande e Senzala. 34ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

FUNDAÇÃO Carlos Chagas. *Saúde da Mulher no Brasil: bibliografia anotada*. 3ª ed. Fundação Carlos Chagas: Departamento de Pesquisas Educacionais, 1989. 146p.

FURTOS, Jean. & LAVAL, Christian. *La Santé Mentale en Actes. De la clinique au politique*. Paris: Érès, 2005.

FURTOS, Jean. *As Dimensões Psíquicas da Precaridade*. Sciences Humaines, nº 168, fevereiro de 2006, p. 48-49.

GALVÃO, Loren e DÍAZ, Juan (orgs). *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. (Saúde em Debate; 125)

GASPAR, Maria Dulce. *Garotas de Programa: prostituição em Copacabana e identidade social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985. 135p.

GELLES RJ. *Intimate Violence in Families*. SAGE Publications, London, 1997. 188 p.

GIFFIN K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 10: 146-155. 1994.

GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (org.) *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 468p.

GOAZIOU, Véronique Le. *La Violence*. Paris : Le Cavalier Bleu Editions, 2004.

GÓES, Karla e SANTOS, Graciete. *Mulher e Trabalho*. 1ª ed. Casa da Mulher do Nordeste. Coordenadoria da Mulher da Prefeitura do Recife. Recife: Casa da Mulher do Nordeste, abril de 2005.

GOUVEIA, T.; CAMURÇA, S. *O que é gênero*. Volume 01, 3ª ed. Recife: SOS Corpo, Gênero e Cidadania, novembro de 2000.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. *Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada*. 3ª ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 1998.

GUIA da Cidadania. Almanaque Abril, 2001. 97p.

GUIA dos Direitos Humanos: fontes para jornalistas. São Paulo, SP: Cortez, 2003. 367p.

GUIHO-BAILLY Marie-Pierre, Doniol-Shaw Ghislaine. Emploi, conditions de travail et santé des employées dans les services, *Les Cahiers du Mage*, 1996, nº 4, p. 15-33.

GUIMARÃES, A. *Racismo e anti-racismo no Brasil*. Novos Estudos Cebrap, nº 43, São Paulo, 1995.

HALPERN, Catherine (Coord). *La Société précaire*. Revista Sciences Humaines, nº 168, février 2006.

HANDMAN, Marie-Elisabeth.; MOSSUZ-LAVAU, Janine. (direction) *La Prostitution à Paris*. Paris : Éditions de la Martinière, 2005. 414p.

HAUT Comité à la Santé publique, *Précarité, santé*, Paris, La Documentation française, 1998, 349p.

HEINEN, Jacqueline; KERGOAT, Danièle. *Un continent noir : le travail féminin*. Cahiers du Genre. Anciennement Cahiers du Gedisst, nº 26. Paris: L'Harmattan, 1999. 171p.

HEISE L. Gender-based abuse: the global epidemic. *Cadernos de Saúde Pública* 10: 135-145. 1994.

HENRIQUES, Ricardo. *Desigualdade Racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90*. Texto para discussão, nº 807, Rio de Janeiro: IPEA, julho/2001.

HILBERMAN MD. Overview: the «wife-beater's wife» reconsidered. *American Journal of Psychiatry* 137: 1336-1347. 1980.

HIRATA, H. “Reestruturação produtiva, cidadania e gênero”. In: LIMA, Maria E. B. (org.) *Um debate crítico a partir do feminismo: reestruturação produtiva, reprodução e gênero*. São Paulo: CUT, 2002. p. 27-36.

HIRATA, H. *Le sexe de la santé*. Journée du Séminaire Européen de MAGE du 6 décembre 1996, *Les cahiers du MAGE*, n. 4, Paris: IRESCO, 1996. p. 11-70.

HIRATA, H.; KERGOAT, D.; ZYLBERBERG-HOC-QUARD, M. H. *La division sexual del trabajo*. Buenos Aires, Piette-Conicet, 1997.

HIRATA, Helena & HUMPHREY, John. *O emprego industrial feminino e a crise econômica brasileira*. Revista de Economia Política, 4 (4): 89-107, out./dez., 1984.

HIRATA, Helena, KERGOAT, Danièle, « Rapports sociaux de sexe et psychopathologie du travail » **In** : Christophe Dejours (dir.), *Plaisir et souffrance dans le travail*, Éditions de l'AOCIP, 1988, t. 2, p. 131-163.

HIRATA, Helena, LABORIE, Françoise ; LE DOARE, Hélène ; SENOTIER, Danièle. *Dictionnaire Critique du féminisme*. 2ª edição augmentée. Paris: Presses Universitaires de France, 2004, décembre.

HIRATA, Helena, Le Doaré Hélène (coord.), *Les paradoxes de la mondialisation*, Cahiers du Gedisst, 1998, n° 21, 188p.

HIRATA, Helena, SENOTIER, Danièle (dir.), *Femmes et partage du travail*, Paris, Syros "Alternatives sociologiques", 1996, 281p.

HIRATA, Helena. "O Universo do Trabalho e da Cidadania das Mulheres – um olhar do feminismo e do sindicalismo" **In**: *Reconfiguração das relações de gênero no trabalho*/ Ana Alice Costa, Eleonora Menicucci de Oliveira, Maria Ednalva Bezerra de Lima, Vera Soares. [Orgs.] – São Paulo: CUT Brasil, 2004. 144p.

HIRATA, Helena. *Nova Divisão Sexual do Trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade*. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2002. 335p.

HIRIGOYEN, Marie-France. *A violência no casal: da coação psicológica à agressão física*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006. 256p.

HIRIGOYEN, Marie-France. *Mal Estar no Trabalho: redefinindo o assédio moral*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005. 325p.

<http://info.France3.fr/france/29280939-fr.php?mode=impression>, pesquisado em 20/03/2007

I CONFERÊNCIA Mundial sobre a Mulher, México, 1975.

IANNI, O. *Constantino. Homens sem paz*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1972.

IANNI, O. *Teorias da Globalização*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

IANNI, Octávio. *Capitalismo, violência e terrorismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. 381p.

IANNI, Octávio. *Raças e Classes Sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972.

IBÁÑEZ, N. e MARSIGLIA, R. “Medicina e Saúde: um enfoque histórico” **In:** CANESQUI, Ana Maria (org.) *Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico*. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 49-74.

IBGE. *Censo*, 2000. Brasil. Rio de Janeiro, 2000.

IBGE. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde – 1998*. Brasil, Rio de Janeiro, 2000.

IBGE. PNAD. Rio de Janeiro, 1999.

IBGE. PNAD. Rio de Janeiro, 2008.

INSEE Première, nº 1046, de outubro de 2003.

INSTITUTO de Pesquisas Sociais Aplicadas – IPEA. Pesquisa “Radar Social”. *Bolsa-Família não beneficia 9 milhões de pobres, diz Ipea*. Folha de São Paulo, São Paulo: 2 de junho de 2005, Caderno Brasil, p. A-12.

ITANI, Alice. *Trabalho e Saúde na Avaliação: a experiência entre o invisível e o risco*. São Paulo: Hucitec, 1998.

IV CONFERÊNCIA Mundial sobre a Mulher. Beijing, China: Nações Unidas/ Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 352p.

JASPARD, M.; BROWN, E.; CONDON, S.; FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL, D.; HOUEL, A.; LHOMOND, B.; MAILLOCHON, F.; SAUREL-CUBIZOLLES, M.J.; SCHILTZ, M. A. *Les violences envers les femmes en France: une enquête nationale*. Paris : La documentation Française, juin 2002. 370p.

JELLOUN, Thar Ben. Revista Veja, 14 de agosto de 2002, p. 11-15.

JORNAL do Commercio, agosto de 2006, caderno: Coluna de Cláudia Molina. Recife, agosto, 2006.

JORNAL do Commercio. *Aids em Subúrbios de Paris*. Caderno Internacional. 25/12/2005, p. 20)

JORNAL Folha de São Paulo. “Mulher brasileira”. Recife, janeiro, 2010.

KARTCHEVSKY, Andrée *et. al.* *O Sexo do Trabalho*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. (Coleção Mulheres em Movimento, v.1).

KEHL, Maria Rita. *Uma existência sem sujeito*. Jornal Folha de São Paulo, Caderno Mais, 26 de janeiro de 2003.

KERGOAT Danièle, «La division du travail entre les sexes» **In:** Jacques Kergoat *et al.*, *Le monde du travail*, Paris, La Découverte, 1998, p. 319-329

KERGOAT Danièle, À propos des rapports sociaux de sexe, *Revue M*, avril-mai 1992c, n° 53-54, p. 16-20.

KERGOAT Danièle, Hirata Helena. « La division sexuelle du travail revisitée » **In :** Margaret Maruani (dir.), *Les nouvelles frontières de l'inégalité. Hommes et femmes sur le marché du travail*, Paris, La Découverte, 1998, p. 93-104.

KERGOAT Danièle, La gestion de la mixité dans un mouvement social: le cas de la coordination infirmière, **In:** Claudine Baudoux, Claude Zaidman (éd.), *Égalité entre les sexes. Mixité et démocratie*, Paris, L'Harmattan, 1992b, p. 261-278.

KERGOAT, Danièle. "La Reproduction et le changement: place de la parole". **In:** BOUTET, J. (éd.). *Paroles au travail*. Paris, L'Harmattan, 1995. p. 165-180.

KERGOAT, Danièle. "Ouvrières = Ouvriers? Propositions pour une articulation théorique de deux variables: sexe et classe sociale". **In:** *Critiques de l'Économie Politique*. n° 5, 1978. p. 65-97.

KERGOAT, Danièle. "Relações Sociais de Sexo e Divisão Sexual do Trabalho". (p. 19-27). **In:** LOPES, M. J.M. ; MEYER, E. D. ; WALDOW, V. R. (orgs.) *Gênero e Saúde*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996.

KERGOAT, Danièle. *À propos des rapports sociaux de sexe*. Paris: Revue M, avril-mai, 1992. p. 16-19.

KERGOAT, Danièle. *Le sexe du travail: structures familiales et système productif*. Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 1984a.

KERGOAT, Danièle. *O sexo do trabalho*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

KERVASDOUÉ, J. *A Saúde e o Sistema de Saúde na França*. France: Análises e Reflexões, julho 2002.

KRUG, E.G. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Brasília: OMS/OPAS/UNDP/ Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. **In:** PINHEIRO, Paulo Sérgio. & ALMEIDA, Guilherme Assis de. *Violência Urbana*. São Paulo: Publifolha, 2003.

L'ÉTAT de la France. Edition 2005-2006. Société – Culture Économie – Politique Territoires Union Européenne. Paris: La Découverte, 2005. 446p.

L'ÉTAT de la Santé de la Population en France en 2006. Ministério da Saúde e da Coesão Social da França, 2006.

LABEL France, nº 36, Paris, julho, 1999.

LAUFER, Jaqueline. “Igualdade Profissional e Ações Afirmativas: o caso da França”. **In:** DELGADO, Didice G.; CAPPELLIN, Paola; SOARES, Vera. (orgs.). *Mulher e Trabalho: experiências de ação afirmativa*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002. p. 41-58.

LAUFER, Jaqueline. *La fémininité neutralisée. Les femmes-cadres dans l'entreprise*. Paris: Flammarion, 1982.

LAUREL, A. Cristina. “Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo”. **In:** LAUREL, A. Cristina (org.) *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 151-178.

LEBAS, Jacques. *Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*. Paris : Commission « Genre et Violence », março 2005. 40p.

LEHNISH, Eric. « Tráfico de Mulheres na Europa ». Enquête Exclusive. Canal 6 de France, 18/06/2006.

LES Grands Dossiers des Sciences Humaines, nº 4, Paris : septembre-octobre-novembre 2006.

LES VIOLENCES envers les Femmes, un problème politique” (Mardis des Sciences de l'Homme – Maison des Sciences de l'Homme, Paris Nord) Paris, 7 de dezembro de 2004.

LESSA, Sérgio. “Serviço Social, Trabalho e Reprodução”. **In:** *Serviço e Movimento Social*, v. 2, nº 2, p. 7-29. São Luís, EDUFMA, 2000.

LESSA, Sérgio. *Mundo dos Homens: trabalho e ser social*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

LISBOA. *O País das Mulheres*. Revista Rumos, v. 25, n. 180: 26-27, 2001.

LOPES, Fernanda. “Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil”. (p.22-48) **In:** Brasil. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade /** Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2005.

LOUIS-JUSTE, Jean Anil. *Internacional Comunitária: ongs chamadas alternativas e projeto de livre individualidade. Crítica à parceria enquanto forma de solidariedade de espetáculo no Desenvolvimento de Comunidade no Haiti*. “Tese de Doutorado”. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2007. (mimeo).

LOUIS Marie-Victoire, *À propos des violences, de la prostitution, de la traite, de la sexualité*, Chronique féministe, mai-juin 1997, p. 12-21.

LOWNDES, Catherine M. “Doenças Sexualmente Transmissíveis na Mulher” **In:** GIFFIN, Karen.(org.) *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 1999. p. 253-279.

LÖWY, Michael (org.). *Marxismo na América Latina, O: Uma antologia de 1909 aos dias atuais*. 2º edição. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2006.

LUCENA, Maria de Fátima Gomes de. *Dos Mundos: un estudio comparativo sobre los servicios de salud en las áreas rurales de Brasil Y Cuba, desde los años 60 hasta la actualidad*. “Tese de Doutorado”. Universidad de La Habana. Havana/Cuba, 1996. (mimeo).

LUCENA, Maria de Fátima Gomes de. *Mulheres da Terra: um estudo sobre saúde e gênero na área rural de Pernambuco*. “Tese de Doutorado”. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2002. (mimeo).

LUTZ, Helma; PHOENI, Ann; YUVAL-DAVIES, Nira (eds) (1995). « Crossfires : Nationalism, Racism and Gender » **In :** Europe. London. Pluto Press.

MACHADO, Leda Maria Vieira. *A incorporação de gênero nas políticas públicas: perspectivas e desafios*. São Paulo: Annablume, 1999. 108p.

MADEIRA, F. R. (org.). *Quem mandou nascer mulher?* Rio de Janeiro: Rosas dos Tempos, 1997.

MARILENE Vuille; Séverine Rey; Catherine Fussinger; Geneviève Cresson. *Nouvelles Questions Féministes*. NQF – Vol. 25, N° 2. Paris : Éditions Antipodes, 2006.

MARTES, Ana Cristina Braga. *Brasileiros nos Estados Unidos: um estudo sobre imigrantes em Massachusetts*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

MARTIN SL, English KT, Clark KA, Cilenti D & Kupper LL. *Violence and substance use among North-Carolina pregnant women*. *American Journal of Public Health* 86, 1996. (991-998).

MARTINELLI, Maria Lúcia. (org.) *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras Editora, 1999. (Série Núcleo de Pesquisa; 1).

MARTINS, J. de S. *Expropriação e Violência: a questão política no campo*. São Paulo: Hucitec, 1980.

MARTINS, J. de S. "O Vôo das Andorinhas: migrações temporárias no Brasil". **In:** *Não há Terra para Plantar Neste Verão*. Petrópolis, Vozes, 1996. p. 44-61.

MARTINS, J. de S. *O Poder do Atraso: ensaios de Sociologia da História Lenta*. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MARTINS, José de Souza. *Caminhada no Chão da Noite; emancipação política e libertação nos movimentos sociais no campo*. São Paulo: Hucitec, 1989.

MARUANI Margaret (dir.), *Les nouvelles frontières de L'Inégalité. Hommes et femmes sur le marché du travail*, Paris, Mage/La Découverte, 1998, 285 p.

MARUANI Margaret, *Les syndicats à l'épreuve du féminisme*, Paris, Syros, 1979, 271p.

MARUANI Margaret, *Travail et emploi des femmes*, Paris, Mage/La Découverte « Repères », 2000, 125 p.

MARUANI, M. e HIRATA, H. (orgs.). *As novas fronteiras da desigualdade. Homens e mulheres no mercado de trabalho*. São Paulo: Senac, 2003.

MARUANI, Margaret. *Femmes, genre et sociétés : l'état des savoirs*. Paris : Éditions La Découverte, 2005.

MARX, Karl. *A Maquinaria e a Indústria Moderna. O Capital (Crítica da Economia Política). O Processo de Produção de Capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

MARX, Karl. *O Capital (Crítica da Economia Política)*. São Paulo: Civilização Brasileira, 1980.

MARX, Karl. *Para a crítica da economia política e outros escritos*. São Paulo: Abril, 1982.

McFARLANE J, Parker B & Soeken K 1996. *Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birth weight*. Nursing Research 45, 1996. 37-42.

MELLIER, Gerard. *Les Anneaux de la Mémoire*. Nantes. Association Anneaux de la Mémoire. 1993.

MENDONÇA, L. *Mulher e Política*. São Paulo: Cortez, 1998.

MENICUCCI, E. *A Mulher, a Sexualidade e o Trabalho*. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MESSING, K. *Saúde da Mulher e Trabalho*. [Boletim da Associação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO] v. 17, n. 75, nov./dez., 1990.

MÉSZÁROS, István. *A Teoria da Alienação*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

MÉSZÁROS, István. *O Século XXI: socialismo ou barbárie?* 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2003. 116p.

MÉSZÁROS, István. *Para Além do Capital: uma teoria da transição*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

MIELE, Neide. *A mulher na palha da cana*. 1985. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Sociologia, Universidade Federal da Paraíba, Campina Grande PB, 1985.

MINAYO, Cecília. **O Desafio do Conhecimento — Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 3ª ed. Cad. Saúde Pública vol.8. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992. 269 p.

MINAYO, M.C.S. e SOUZA, Edinilsa Ramos (orgs.). *Violência sob o Olhar da Saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. 284p.

MINAYO, M.C.S.. (org.). *Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. 356p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. (Coleção Temas em Saúde). 132p.

Ministère de l'Intérieur : <http://www.cls.interieur.gouv.fr> pesquisado em 08/10/2006

MIR, Luís. *Guerra Civil: estado e trauma*. São Paulo: Geração Editorial, 2004.

MOATI, Serge. “Esclavage, colonisation: l’histoire occultée?”, Paris : France 5 – Ripostes, 2006.

MONTAÑO, Carlos. *Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo: Cortez, 2002.

MOTA, Ana Elizabete. “Reforma da Seguridade Social Brasileira e Repercussões na Proteção Social das Mulheres Trabalhadoras”. **In:** LIMA, Maria E. B. (org.) *Um debate crítico a partir do feminismo: reestruturação produtiva, reprodução e gênero*. São Paulo: CUT, 2002. p. 99-106.

MOTTA, Alda Brito da. Dossiê: gênero, Idades, gerações. (p. 341-512). Caderno CRH, nº 42, v. 17. Salvador: UFBA, setembro/dezembro, 2004.

MOURA, Clóvis. (org.) *Os quilombos na dinâmica social no Brasil*. Maceió: EDUFAL, 2001. 378p.

MOUVEMENT français pour le planning familial, Europe & elles. *Le droit de choisir*, Paris, MFPF, 1992, 228 p.

MUCCHIELLI, Laurent. *Délinquance Juvénile: les cas des viols collectifs*. (p. 50-53). **In :** Sciences Humaines, nº 47. Dezembro/2004, janeiro-fevereiro de 2005.

MULHERES com HIV/AIDS: elementos para a construção de direitos e qualidade de vida. Dossiê. São Paulo: Instituto Patrícia Galvão – Comunicação e Mídia, dezembro, 2003.

MURARO, Rose Marie ; PUPPIN, Andrea Brandão (orgs.). *Mulher: gênero e Sociedade*. Rio de Janeiro : Relume Dumará : FAPERJ, 2001. 173p.

NANTES-Histoire. *La mémoire d'une ville : 20 images de Nantes*. Nantes : Editions Skol Vreizh, 2001. 170p.

NASCIMENTO, Milton ; BRANT, Fernando. *Pema Sonho Imigrante*.

NETTO, José P. *Crise do Socialismo e Ofensiva Neoliberal*. São Paulo: Editora Cortez, 1993. (Coleção questões da nossa época; v. 20)

NewsLab - ano XIV - N.79 – Dezembro 2006/Janeiro 2007.

NOGUEIRA, Aracy. *Preconceito de marca: as relações raciais em Itapetininga*. São Paulo: EPU/EDUSP, 1998. 205p.

NOGUEIRA, Claudia Mazzei. “A feminização no mundo do trabalho – entre a emancipação e a precarização”. **In:** Serviço Social e Sociedade. Ano XXV, nº 80, novembro 2004. Campinas: São Paulo, págs. 160 – 162.

NOUVELLES Questions Féministes – NQF – vol. 25, n° 1/2006. Sexisme et racisme: le cas français, Paris, Éditions Antipodes.

NOUVELLES Questions féministes, 1994, vol. 15, n° 4, “La parité ‘pour’”, 90p.

NOVAES, Marilda Lipp. *Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso*. 2ª ed. Campinas, SP: Papyrus, 1996.

NOVAES, Regina e VANNUCHI, Paulo (orgs.). *Juventude e Sociedade: trabalho, educação, cultura e participação*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

OLIVEIRA, Fátima. “O Recorte Racial/Étnico e a Saúde Reprodutiva: mulheres negras”
In: GIFFIN, Karen.(org.) *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 1999. p. 419-438

OLIVEIRA, Francisco de. “**Orelha do livro** *Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil*”
In: ANTUNES, Ricardo. (org.) *Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006. 528p. (Coleção Mundo do Trabalho)

OLIVIER, Christiane. *L’Ogre intérieur*. Paris: Editora Fayard, 1999.

OLSON, Steve. *A história da humanidade: desvendando 150.000 anos da nossa trajetória através dos genes*. Rio de Janeiro: Campus, 2003. 312p.

OMS. Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde. Bruxelas, 3/10/2002.

ONU. Organização Mundial da Saúde. Saúde no Mundo, 2003.

ONU. Organização Panamericana de Saúde, 1997.

ONU. Relatório da 15ª Conferência Mundial de AIDS/UNIFEM (Relatório do Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para as Mulheres), Tailândia, 2004.

ONU. Relatório da Situação da População Mundial – 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Índice de Desenvolvimento Humano, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *IV Conferência Mundial sobre a Mulher*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.

PAIXÃO, M. *Desenvolvimento Humano e Relações Raciais*. Rio de Janeiro: DPeA, 2003. 159p.

PAIXÃO, Marcelo. *Manifesto Anti-Racista: idéias em prol de uma utopia chamada Brasil*. Rio de Janeiro: DP&A; LPP/UERJ, 2006. (Coleção Políticas da Cor) 184p.

PAUGAM, S. *La France et ses Pauvres*. Paris, PUF, 1993.

PEGGY, Morgan. *O corpo da mulher: o guia completo para a boa saúde em qualquer idade*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

PERALVA, A.; ADORNO, S.; POLI, A.; MACÉ, E.; PINHEIRO, P. S.; ZANOTELLI, C.; WIEVIORKA, M.; XAVIER, I. *Dialogues franco-brésiliens sur la violence et la démocratie*. Paris: L'Harmattan, 2005. 210p.

PEREIRA, Zélia. *Condições Sociais de Reprodução da Força de Trabalho Feminina*. Recife: MSS/UFPE, 1992.

PERLONGHER, Néstor. *O que é AIDS*. 4ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. (Coleção primeiros passos)

PERROT Michelle, *Les femmes ou les silences de l'Histoire*, Paris, Flammarion, 1998, 491p.

PERROT Michelle, *Minha história das mulheres*. São Paulo: Contexto, 2007. 190p.

PERROT, Michelle. “Os silêncios do corpo da mulher” (13-27). In: Maria Izilda Santos de Matos, Rachel Soihet (Orgs.). *O corpo feminino em debate*. São Paulo: Editora UNESP, 2003. (pág. 20)

PETRAS, James. *Neoliberalismo: América Latina, Estados Unidos e Europa*. Blumenau: FURB, 1999.

PINEL, Arletty C. *O que é AIDS*. São Paulo: Brasiliense, 1996. (Coleção primeiros passos; 300).

PINHEIRO, Paulo Sérgio. & ALMEIDA, Guilherme Assis de. *Violência Urbana*. São Paulo: Publifolha, 2003.

PINSKY, Jaime (org.). *12 faces do preconceito*. 8ª ed. São Paulo: Contexto, 2006. 123p.

PLUMMER Kenneth (ed.), *Modern Homosexualities. Fragments of Lesbian and Gay Experience*, London-New York, Routledge, 1992, 282p.

POIRET, Christian.; VOUREC'H, François. *Repérer les discriminations ethniques et raciales dans le domaine du travail et de l'emploi*. Paris: Urmis, avril, 1998.

POIRET, Christian.; VOURC'H, François. *Université Paris 8, Insécurité et rapport à l'environnement*. Rapport à la Présidence de Paris 8. Saint-Denis, Profession Banlieue, 1997.

PORCARO, R. M. *Desigualdade Racial e Segmentação do Mercado de Trabalho*. São Paulo: Estudos Afro-asiáticos nº 15, 1988.

PORCHMANN, Marcio; AMORIM, Ricardo (orgs.). *Atlas de exclusão social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2004.

POSSAS, Cristina. *Saúde e Trabalho: a Crise da Previdência Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

PROGRAMA Interdisciplinar da Mulher. *Estudos de Gênero*. nº 7. Universidade Católica de Goiás. Vice-Reitoria para Assuntos Comunitários e Estudantis. Goiânia: Ed. UCG, 1998. (Cadernos da Área)

PUGAM, Serge. *Le Salarié de la Précarité*. Paris: PUF, 2000.

PUGAM, Serge. *Les Formes Élémentaires de la pauvreté*. Paris: PUF, 2005.

RAGO, Margareth. “Ser mulher no século XXI: ou carta de aforria”. (p. 31-41) **In:** VENTURI, Gustavo; RECAMÁN, Marisol; OLIVEIRA, Suely (orgs.). *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

RAMBACH, Anne & RAMBACH, Marine. *Les Intellos Précaires*. Paris : Fayard, 2001.

RANIERI, Jesus. *A câmara escura: alienação e estranhamento em Marx*. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2001.

RAPPORT de l'ENA (2000), “La police de proximité : une révolution culturelle – <http://www.ena.fr/tele/qs99/police.pdf> pesquisado em 22/12/2006

RAPPORT de la Commission Nationale Consultative des Droits de L'Homme – CNCDH, 2006.

RELATÓRIO Stavau – Debauge/CAPDIV – “Reflexão sobre a Situação dos Negros nas Ciências Sociais da França Contemporânea”, Paris: 2005.

REVISTA NewsLab – Ano XIV, nº 79 – Dezembro de 2006/Janeiro de 2007.

REVISTA Super Interessante, edição 184, janeiro de 2003.

RIBEIRO, M. “Antigas personagens, novas cenas: mulheres negras e participação política”. **In:** BORBA, Ângela; FARIA, Nalu e GODINHO, Tatau (orgs.). *Mulher e política – Gênero e feminismo no Partido dos Trabalhadores*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 1998. p. 189-207.

RIBEIRO, M. *Mulheres negras brasileiras: de Bertioga a Beijing*. Revista de Estudos Feministas, v.3, n.2. Rio de Janeiro, 1995.

RIBEIRO, Matilde. *Entrevista*. Caros Amigos. Ano X, número, 116, São Paulo: Editora Casa Amarela, novembro 2006.

RICH Adrienne, *La contrainte à l'hétérosexualité et l'existence lesbienne*, Nouvelles questions féministes, mars 1981, n° 1, p. 15-43.

ROCHA, Maria Isabel Baltar (org.). *Trabalho e Gênero: mudanças, permanências e desafios*. Campinas:ABEP, NEPO/UNICAMP e CEDEPLAR/UFMG/ São Paulo: Ed. 34, 2000. p. 265-293.

ROCHA, Maria Isabel Baltar; OLIVEIRA, Maria Coleta; (orgs.). *Saúde Reprodutiva na Esfera Pública e Política*. Campinas, SP: Editora da Unicamp/Nepo, 2001.

RODRIGUES, Maria Alice. *A Mulher no Espaço Privado: da incapacidade à igualdade de direitos*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. 290p.

ROGERAT Chantal et Senotier Danièle, « L'enchaînement des emplois précaires et du chômage » **In:** Béatrice Appay et Annie Thébaud-Mony (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, IRESCO-CNRS « Actions scientifiques fédératives de l'IRESCO » 1997, p. 341-355.

ROHDEN, Fabíola. *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. 224p.

RUBENSTEIN Michael, *La dignité de la femme dans le monde du travail. Rapport sur le problème du harcèlement sexuel dans les États membres des Communautés européennes*, Luxembourg, Office des publications des Communautés européennes “Document des Commissions des Communautés européennes”, 1987, 161p.

SABOIA, Vivian Aranha. *O Emprego das Mulheres e as Políticas Públicas de Emprego para Além do Fordismo: as experiências social-liberais na França e no Brasil entre 1995-2005*. Tese de Doutorado. Paris: Universidade de Paris 8, 2006. (mimeo)

SADER, Emir. (org) *7 Pecados do Capital*. Rio de Janeiro, São Paulo: Ed. Record, 1999.

SAINSBURY Diane (ed.), *Gendering the Welfare States*, London, Sage, 1994, 288p. – Williams Fiona, Genre, ethnicité, race et migrations, ou les défis de la citoyenneté en Europe, *Cahiers du Gedisst*, 1998, n° 23, p. 29-42.

SALES, Teresa. *Brasileiros longe de casa*. São Paulo: Cortez, 1999. 232p.

SALOMON, Marta. *Bolsa-Família não beneficia 9 milhões de pobres, diz Ipea*. Folha de São Paulo, São Paulo: 2 de junho de 2005, Caderno Brasil, p. A-12.

SAMPAIO, Elias de Oliveira. Racismo Institucional : desenvolvimento social e políticas públicas de caráter afirmativo no Brasil. (p. 77-83). **In:** Interações. Revista Internacional de Desenvolvimento Local. Vol. 4, n. 6, maço, 2003.

SANTOS, Joel Rufino dos. *O que é Racismo*. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1980. (Coleção Primeiros Passos)

SARDENBERG, Cecília M. B.; COSTA, Ana Alice A. “Feminismos, feministas e movimentos sociais” **In:** BRANDÃO, Margarida Luiza Ribeiro e BINGEMER, Maria Clara L. (orgs.) *Mulher e relações de gênero*. São Paulo: Loyola, 1994. p. 81-114.

SCARO, Sonia de Amorim. *O que é Velhice*. São Paulo: Brasiliense, 1997. (Coleção Primeiros Passos; 310). 93p.

SCAVONE Lucila, *Invisibilidad social de dolencias profesionales ligadas a la exposición al amianto*, Cuadernos Mujer Salud, 1997, n° 2, p. 143-147.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. *Racismo no Brasil*. São Paulo: Publifolha, 2001. (Folha Explica) 95p.

SCIENCES Humaines, n° 168, “ La Societé Précaire: dossier”, fevereiro de 2006, p. 33-53.

SCIENCES Humaines, n° 168, février 2006, p. 37.

SCIENCES Humaines, n° 173 – julho 2006.

SCIENCES Humaines. Hors-Série Spécial, n° 4 – Novembre-décembre 2005 / Janvier-Février 2005. 98p.

SCIENCES Humaines. Hors-Série Spécial, n° 50 – Septembre-October 2005.

SCIENCES Humaines. Trimestriel, n° 38 – Septembre-October-Novembre 2002. 119p.

- SCIENCES Humaines. Trimestriel, nº 47 – Décembre 2004 / Janvier-Février 2005. 98p.
- SCOTT Joan, *Gender and the Politics of History*, New York, Columbia University Press, 1988a, 242p.
- SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*. Recife, SOS Corpo, 1991.
- SCOTT, R.P. (org.). *Saúde e pobreza no Recife*. Recife, UFPE, 1996.
- SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICA PARA AS MULHERES. *Relatório CEDAW/ONU – 2003*. Brasília, 2003.
- SENOTIER Danièle, « L' enchaînement des emplois précaires et du chômage. La construction du leurre » **In** : Béatrice Appay, Annie Thébaud-Mony, *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, IRESCO/CNRS, « Actions scientifiques fédératives de l'IRESKO », 1997, p. 341-355.
- SERVIÇO Social & Sociedade, nº 70, ano XXIII, São Paulo: Cortez Editora, julho 2002.
- SERVIÇO Social & Sociedade, nº 74, ano XXIV, São Paulo: Cortez Editora, julho 2003.
- SERVIÇO Social & Sociedade, nº 80, ano XXV, São Paulo: Cortez Editora, novembro 2004.
- SETÚBAL, Mariana ; LEHER, Roberto (orgs.). *Pensamento Crítico e Movimentos Sociais: diálogos para uma nova práxis*. São Paulo: Cortez, 2005. 327p.
- SILVA, Ana Maria. *Et al. Gostando mais de nós mesmos: perguntas e respostas sobre auto-estima e questão racial*. 2ª ed. ampliada. São Paulo: Editora Gente, 1999. 117p.
- SILVA, José Fernando Siqueira da. *“Justiçeiros” e violência urbana*. São Paulo: Cortez, 2004.
- SILVA, José Graziano da. *O que é questão agrária?*.São Paulo: Brasiliense, 1980.
- SILVA, Marco Aurélio Dias da. *Todo Poder às Mulheres: esperança de equilíbrio para o mundo*. São Paulo: Editora Best Seller, 2000.
- SIQUEIRA, Deis E. (org.). *Relações de trabalho, relações de poder*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

Sites pesquisados:

SKINNER, Tina; HESTER, Marianne; MALOS, Ellen. *Researching Gender Violence : feminist methodology in action*. Portland: Willan Publishing, 2005. 240p.

SOARES, Bárbara Musumeci. *Mulheres invisíveis: violência conjugal e as novas políticas de segurança*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

SOPO, Dominique. *S.O.S. antiracisme*. Collection dirigée par Clara Dupont-Monod. Paris : Éditions Denoël, 2005.

SOS Corpo. Grupo de Saúde da Mulher. Corpo da Mulher. 5ª ed. Edição Comemorativa – 10 anos – Recife: Liber Gráfica e Editora LTDA, 1990.

SOUZA-LOBO, Elisabeth. *A classe operária tem dois sexos*. São Paulo: Brasiliense, 1991.

STOUT, Martha. *Meu Vizinho é Um Psicopata*. Rio de Janeiro: Sextante, 2010.

STREY, Marlene Neves (org.). *Mulher: estudos de gênero*. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 1997. 148p.

SUPER Interessante, Edição 187, abril 2003, São Paulo : Editora Abril, 2003. 98p.

SURFISTINHA, Bruna. *O Doce Veneno do Escorpião: o diário de uma garota de programa*. 1ª ed. São Paulo: Panda Books, 2005. 168p.

TELES, Maria Amélia de A. & MELO, Mônica de. *O Que é Violência Contra a Mulher*. São Paulo: Brasiliense, 2003. (Coleção Primeiros Passos, 314)

TELLES, Edward. *Racismo à Brasileira: uma nova perspectiva sociológica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Fundação Ford, 2003.

THEBAUD-MONY Annie, Lert France, *Emploi, travail et santé des femmes : la législation et les recherches face aux mouvements sociaux*, Droit social, 1982, n° 12, p. 781-792.

TOLEDO, Cecília. *Mulheres: o gênero nos une, a classe nos divide*. São Paulo: Xamã, 2001. Cadernos Marxistas.

TONET, Ivo. *Democracia ou Liberdade*. Maceió: EDUFAL, 1997. 266p.

TORRESAN, Ângela Maria de Souza. *Quem parte e quem fica: uma etnografia sobre imigrantes brasileiros em Londres*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1994.

TREMBLAY, Diane-Gabrielle. *Conciliation emploi-famille et temps sociaux*. Université du Québec Téléuq l' université à distance. Québec : Octares Editions, 2004. 354p.

TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (orgs.). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 6ª ed. Petrópolis: Editora Vozes em co-edição com ABRASCO, 2000.

TURSZ, Anne. *Violence et santé: rapport préparatoire au plan national*. Paris : La documentation Française, 2006. (Collection des rapports officiels) 250p.

UNIÃO EUROPEIA. Programa DAPHNE II, 1997.

UNIÃO EUROPEIA. Relatório “Confronting the Fortress: Black and Migrant Women in the European Union EWL”, 1995.

UNIONE EUROPEA. *L'ABC del diritto comunitario*. Roma, 1994. (Documentazione Europea).

UNODC. “Trafficking in persons global patterns”, www.unodc.org/unodc/trafficking_persons_report_2006-04.html pesquisado e abril de 2006.

UNRISD – Institut de Recherche des Nations Unies pour le Développement social. “Égalité, des Sexes: en quête de justice dans um monde d'inégalités. Setembro, 2005, 333 p.

VALENTE, Ana Lúcia E. F. *Ser Negro no Brasil Hoje*. 16ª ed. São Paulo: Editora Moderna, 1997. (Coleção Polêmica) 88p.

VARIKAS Eleni, Sentiment national, genre et ethnicité, *Tumultes*, 1998, nº 11, p. 87-99.

VASCONCELOS, Eymard M. *Educação Popular nos Serviços de Saúde*. 3 Ed. aum. São Paulo: Hucitec, 1997.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. *Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família*. São Paulo: HUCITEC, 1999. (Saúde em Debate; 127).

VEJA. Edição 2002, São Paulo: Editora Abril: 14 de agosto de 2002.

VENTURI, Gustavo.; RECAMÁN, Marisol.; OLIVEIRA, Suely de. (orgs.). *A Mulher Brasileira nos Espaços Público e Privado*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. 190p.

VERGÈS, Françoise. « Le Nègre n'est pas. Pas plus que le Blanc: Frantz Fanon, esclavage, race et racisme » (p. 45-63) **In**: Actuel Marx, n° 38 – Deuxième semestre 2005. Le Racisme Après Les Races. Paris, PUF, 2005.

VIZZER, Moema. Relações Sociais de Gênero. In: *O Problema não está na Mulher*. São Paulo: Cortez, 1989.

VOGEL, Laurent. *L'organisation de la prévention sur les lieux de travail. Un premier bilan de la directive – Cadre communautaire de 1989*, Bruxelles, Bureau Technique syndical européen pour la santé et la sécurité, 1994, 287p.

VOICI LA FRANCE, 2007.

WELZER-Lang Daniel, *Arrête ! Tu me fais mal ! – La violence domestique en 60 questions et 59 réponses...* Paris : Éditions Payot et Rivages, 2005.

WELZER-Lang Daniel, Dutey Pierre, Dorais Michel (dir.), « L'homophobie, la face cachée du masculin » **In** : *La peur de l'autre en soi, du sexisme à l'homophobie*, Montréal-Paris, VLB/Le Jour, 1994, p. 13-91.

WELZER-Lang Daniel, *Les hommes violents*, Paris, Indigo & Côté-femmes, 1996, 367p.

WERNECK, Jurema.; MENDONÇA, Maisa.; WHITE, Evelyn C. (orgs.) *O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe*. Rio de Janeiro: Pallas: Criola, 2000.

WIEVIORKA, M. *Violence en France*. Paris, Editora du Seuil, 1999.

WIEVIORKA, Michel. *Le racisme, une introduction*. Paris: La Découverte, 1998. (La Découverte poche; 55. Sciences humaines et sociales)

WILLIAMS, Fiona. "Genre, Ethnicité, Race et Migrations: ou les défis de la citoyenneté en Europe". **In**: Cahiers du Gedisst, n° 23. Paris: L'Harmattan, SID, 1998.

WITTE Philippe (de) (dir.), *Immigration et integration, l'état des saviors*, Paris, La Découverte, 1999, 438p.

ZIMMERMANN, Neusa de Castro e MOREIRA, Tereza (orgs.) *Reflexões sobre a diversidade no mundo do trabalho*. II Encontro de Intercâmbio de Experiências do Fundo para Igualdade de Gênero. Brasília, outubro de 2005.

A AUTORA

Maria de Fátima Gomes de Lucena (Fátima Lucena), socióloga e assistente social, é professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, no Recife. Realiza atividades de ensino, pesquisa e extensão sobre os temas da saúde, do gênero e da violência desde os anos 1970, quando trabalhou como docente na Universidade Federal da Paraíba, em João Pessoa. É duas vezes Doutora em Sociologia: pela Universidad de La Habana (Cuba) e pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP, Campinas/Brasil) e Pós-Doutora em Sociologia pelo Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS, Paris/França). Atualmente, integra o quadro docente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco e é membro da Comissão de Direitos Humanos Dom Hélder Câmara/UFPE e do Comitê Estadual de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas do Estado de Pernambuco, dentre outras atividades acadêmico-científicas nas Ciências Sociais e, em especial, no Serviço Social.

Saúde, Gênero e Violência

FORMATO

16cm x 23cm

TIPOGRAFIA

Minion Pro e Myriad

PAPEL

Capa em Triplex 250g/m²

Miolo em Offset 75/m²

Montado e impresso na oficina gráfica da

Editora
Universitária  **UFPE**

Rua Acadêmico Hélio Ramos, 20 | Várzea, Recife - PE CEP: 50.740-530

Fones: (0xx81) 2126.8397 | 2126.8930 | Fax: (0xx81) 2126.8395

www.ufpe.br/edufpe | edufpe@nlink.com.br | editora@ufpe.br