

Mulheres em situação de pobreza extrema: gênero, raça e classe social

Women in extreme poverty: gender, race and social class

Roger Flores Ceccon

Universidade Federal de Santa Catarina.

Virgínia de Menezes Portes

Sanitarista. Mestre em Saúde Coletiva.
Doutoranda do Programa de Saúde Coletiva da
Universidade Federal de Santa Catarina.

Resumo

Este estudo objetiva compreender as vulnerabilidades de gênero, raça e classe social vivenciadas por mulheres em situação de pobreza extrema no município de Porto Alegre. Com abordagem etnográfica, utiliza como dispositivo a vivência no território da Vila Nazaré, constituída por uma população que vive em situação de baixa renda. As informações foram produzidas em uma Unidade de Saúde da Atenção Primária por meio de registros em diário de campo de consultas, visitas domiciliares e grupos de educação em saúde. Analisou-se as vulnerabilidades de gênero que afetam as mulheres a partir de três marcadores: (1) gravidez precoce e indesejada, (2) medicalização feminina e (3) epidemia de AIDS. O local vive à margem da sociedade e nele predominam vulnerabilidades relativas à pobreza extrema, exclusão, violências, tráfico de drogas e prostituição feminina. É necessário evidenciar as consequências sociais da pobreza em sociedades patriarcais para que sejam instituídas práticas de cuidado integral pelos serviços de saúde.

Palavras-chave: Pobreza; Gênero; Mulheres; Raça; Classe social.

Abstract

This study aims to understand the gender, race and social class vulnerabilities experienced by women in extreme poverty in the city of Porto Alegre. With an ethnographic approach, it uses as a device the experience in the territory of Vila Nazaré, constituted by a population that lives in a low

income situation. The information was produced in a Primary Care Health Unit through field diary records of consultations, home visits and health education groups. Gender vulnerabilities affecting women were analyzed from three markers: (1) early and unwanted pregnancy, (2) female medicalization, and (3) AIDS epidemic. The place lives on the fringes of society, and vulnerabilities related to extreme

poverty, exclusion, violence, drug trafficking and female prostitution predominate. It is necessary to highlight the social consequences of poverty in patriarchal societies for the establishment of comprehensive care practices by health services.

Keywords: poverty; gender; women; race; social class.

Introdução

Intensificada pelo capitalismo que contribuiu para a exclusão de grupos populacionais, a pobreza é uma problemática social. Foi impulsionada pelas reformas neoliberais do 'Consenso de Washington', registrado em 1989, em que foram propostas redução de gastos públicos, privatização de serviços governamentais, abandono de políticas de proteção de emprego, retrocesso nos direitos trabalhistas e desregulamentação dos mercados financeiros (Craig; Porter, 2005).

O consenso de Washington formou-se a partir da crise do consenso keynesiano e da crise da teoria do desenvolvimento econômico elaborada nos anos 40 e 50. É influenciada pelo surgimento e afirmação dominante de uma nova direita, neoliberal, a partir das contribuições da escola austríaca, dos monetaristas, dos novos clássicos relacionados com as expectativas racionais e da escola da escolha pública. O fracasso da maioria dos países que seguiram as receitas econômicas do Consenso de Washington produziu reviravoltas políticas, como no caso da Argentina e do Chile (Batista Jr, 2005).

A pobreza é consequência de processos econômicos, políticos e culturais. Ocorre quando as necessidades humanas elementares não são alcançadas e pode resultar em subconsumo, desnutrição, condições precárias de vida, inserção instável no mercado de trabalho e ausência de participação política e social (Monteiro, 2003). Em 1990, a Organização das Nações Unidas criou o Índice de Desenvolvimento Humano para mensurar as condições de vida, e em 1997 o Índice de Pobreza Humana, que considera o percentual de pessoas com esperança de vida inferior a 40 anos, adultos analfabetos, população sem acesso à água tratada e crianças com baixo peso (Laurell, 2000).

A maioria da população pobre é constituída por pessoas desempregadas ou trabalhadores mal remunerados, que ocupam postos pouco qualificados e carecem de proteção social, desta forma, a insegurança no mercado de trabalho, no emprego e renda potencializa a pobreza e a exclusão, gerando tensão social (CEPAL, 2000).

Atualmente, no mundo, a riqueza, caracterizada pelo patrimônio líquido e pelos

itens de valor econômico que o conjunto de indivíduos possuem, estimada em 24 trilhões de dólares anuais, tem aumentado e se concentrado em 1% da população, cerca de um bilhão de pessoas vive em situação de pobreza (WORLD BANK, 2000). Na África Subsaariana, metade dos habitantes vive com menos de um dólar por dia, enquanto 37% da população da Ásia vivem em condições de pobreza. Na América Latina, 222 milhões são pobres, dos quais 19% vivem na indigência (ECLAC, 2006). No Brasil, a pobreza alcança mais de um quarto da população, atingindo, em maior potencial, as regiões Norte e Nordeste, embora tenha havido redução nos últimos anos, acompanhada pelo crescimento da economia nacional e de políticas de redistribuição de renda (Barros et al., 2006).

O capital financeiro das três pessoas mais ricas do mundo é maior que o PIB dos 48 países menos desenvolvidos, e as posses das 200 pessoas mais ricas superou a renda de 41% da população mundial, o que evidencia a nítida desigualdade social e de renda na sociedade (Giffin, 2007). Estima-se que 4% desta riqueza seriam suficientes para proporcionar educação, saúde, alimentação, água potável e condições sanitárias para todas as pessoas do mundo, além de assistência obstétrica para todas as mulheres (Berlinguer, 2006).

Contextos de pobreza em sociedades patriarcais acentuam as desigualdades de gênero, possibilitando identificar a prevalência de níveis mais elevados de pobreza entre as

mulheres, visto que estas representam 70% da população pobre. Nos últimos anos, aumentou o número de famílias chefiadas por mulheres que recebem baixos salários, ocupam os piores postos de trabalho e exercem funções menos valorizadas. Além do mais, há maior dificuldade de acesso a redes de proteção (saúde, educação e segurança), falta de serviços assistenciais e baixa resolutividade de políticas públicas (Farmer, 1996).

Dificuldades em transversalizar a perspectiva de gênero em análises econômicas e políticas é uma das causas do aumento da pobreza feminina (Bandeira, 2005). Mesmo em países onde as mulheres alcançam níveis educacionais equivalentes aos homens e em locais onde há proteção contra a discriminação de gênero, como nos Estados Unidos e países da Europa, em alguns setores aumentou o desemprego e o trabalho feminino precarizado. Conseqüentemente, a proporção de mulheres pobres aumentou, principalmente de negras (Bandeira, 2005).

A pobreza dificulta a cidadania feminina e impede as mulheres de realizar ações políticas para modificar sua condição, além de reduzir as possibilidades de romper o ciclo intergeracional da pobreza. Em países pobres, o aumento da capacidade produtiva das mulheres contribui para diminuir a pobreza, considerando o fato de que quando elas assumem a renda familiar, os efeitos no bem-estar da família aumentam, visto que uma proporção significativa é revertida em

alimentação, educação e saúde dos filhos (Mehra, 2003).

De acordo com Melo e Barros (2000), no mercado de trabalho, apesar da diminuição da desigualdade de gênero nos últimos anos, as mulheres ainda têm dificuldade para acessar cargos de chefia e permanecem desigualdades de renda entre os sexos. Ainda, a inserção feminina aconteceu em paralelo com o crescimento das atividades informais, e as mulheres continuam concentradas em segmentos menos valorizados da atividade econômica, são mais submetidas a contratos informais e tem menor presença sindical, estando mais expostas ao desemprego (Melo; Barros, 2000).

Apesar das conquistas nos últimos anos no âmbito da equidade de gênero, ainda é forte a preeminência simbólica da família tradicional, que reforça os preceitos patriarcais e legitima as desigualdades. A representação da família exprime-se através da divisão de papéis entre homens e mulheres, em que ao masculino está destinado o domínio público na esfera do trabalho e ao feminino o privado, espaço associado ao cuidado e às tarefas domésticas. Ser homem significa exercer papel de provedor material e moral, o que garante respeito no meio social. À mulher, em contrapartida, está associado o desempenho de funções menos valorizadas socialmente (Couto et al., 2009).

Estudos sobre pobreza e gênero são pouco realizados no campo da saúde, como se os

determinantes sociais estivessem estabelecidos, privilegiando pesquisas que focam as condições individuais e biológicas para explicar os processos de saúde-doença (Magalhães et.al, 2007). O objetivo deste texto é compreender as vulnerabilidades de gênero vivenciadas por mulheres que vivem em situação de pobreza extrema em uma localidade do município de Porto Alegre.

Percurso metodológico

Este é um texto com abordagem qualitativa e etnográfica construído a partir de uma experiência de trabalho no campo da saúde coletiva. Embora escrito por sanitaristas comprometidos com a *práxis*, compartilhamos com investigações etnográficas o fato de experienciar, observar e sentir o local investigado, o que auxilia na compreensão do campo de pesquisa. O trabalho de campo constituiu-se a partir de três dispositivos: o olhar, o ouvir e o escrever. O olhar e o ouvir foram utilizados como instrumento para a coleta de dados, enquanto o escrever fez parte da análise e interpretação dos achados obtidos em campo (Oliveira, 1996; Clifford; Marcus, 1992).

O estudo foi realizado na vila Nazaré, localizada na zona norte de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, cuja maioria dos moradores vive em situação de extrema pobreza. A escolha do local decorre da vivência por dois anos (2013-2015) como profissional do Sistema Único de Saúde na equipe de Saúde da Família no local e vivenciar no cotidiano o contexto estudado.

Os dados foram coletados por meio de observações registradas em diário de campo com anotações dos fatos que ocorreram no ambiente da pesquisa e as impressões pessoais do pesquisador. Foram registrados os acontecimentos, os modos de vida e as vulnerabilidades das mulheres a partir do olhar e da escuta do pesquisador, utilizando-se os momentos das consultas de enfermagem, visitas domiciliares e grupos de educação em saúde com centenas de moradoras do local. Eram mulheres de todas as idades e a maioria pobre, negra, mãe, desempregada e com trajetórias de vida constituídas por inúmeras vulnerabilidades (IBGE, 2010).

Para compreender as vulnerabilidades de gênero vivenciadas pelas mulheres, todos os procedimentos utilizados para a coleta de dados estavam voltados para a relação entre pesquisador-pesquisado, que emergiu da vivência no campo de pesquisa e que estava relacionada às vivências femininas. As temáticas que emergiram desta relação e que servem como marcadores de vulnerabilidade de gênero compreenderam: (i) gravidez precoce e indesejada, (ii) epidemia de AIDS e (iii) medicalização feminina. Estes marcadores de gênero operam por meio dos corpos e da sexualidade, de medicamentos psiquiátricos usados como mordaças químicas, do adestramento para normalizar os desvios daqueles considerados anormais, as construções de identidades generificadas de esposas e mães, moldadas a partir de gestações não planejadas, pela violência sexual e pela

posse das mulheres como elemento de pacificação de territórios de pobreza e exclusão.

Este trabalho, por ser de cunho etnográfico, não propõe generalizações dos fatos, mas, a partir das experiências vividas pelas mulheres, captadas por meio de um trabalho minucioso e profundo, compreender a maneira como elas vivem cotidianamente na rotina de suas vidas. As histórias contadas por essas mulheres permitem compreendermos experiências singulares de como, de fato, se efetivam práticas terapêuticas e a garantia do direito à saúde.

Nazaré: o território

A vila Nazaré, em Porto Alegre, é um território onde se aglutina vidas descartáveis e descartadas pela sociedade. Está situada na zona norte da cidade, no bairro Sarandi, entre a avenida Sertório e o Aeroporto Internacional Salgado Filho. Possui um dos menores IDHs do município, população de aproximadamente cinco mil pessoas e 790 domicílios. Apenas 89% dos adultos são alfabetizados e 20% dos domicílios têm cinco ou mais moradores; 30% são da raça negra e 75% recebem menos de um salário mínimo (IBGE, 2010).

Ao entrar na vila, nos deparamos com intenso e desmedido tráfico de drogas. Jovens, adultos e meninas, de todas as idades, exercem o tráfico nas ruas em qualquer momento do dia. Predomina o trabalho irregular, precário e informal. Além do mais, carroceiros transportam lixo, caliças de construção, móveis

usados, alimentos e material reciclado. Cavalos magros puxam os veículos e se alimentam de capim escasso. Não há oferta de trabalho, e o tráfico de drogas assume o posto de economia local e cartão postal da Nazaré.

As moradias custam em média cinco mil reais, e as famílias que não se adéquam às regras do silêncio e da não delação são expulsas pelos traficantes. As casas são, na maioria, de madeira ou papelão, e possuem no máximo dois cômodos, onde moram, em média, seis ou sete pessoas. Os buracos nas paredes são visíveis. No inverno é muito frio, no verão muito quente. O saneamento é precário ou inexistente. Algumas habitações não possuem banheiro, e as fezes são depositadas em buracos construídos do lado de fora da casa. Quando há, usa-se o banheiro dos vizinhos. O esgoto a céu aberto atravessa a vila, muitas vezes próximo ou junto às casas, e o odor nesses lugares é muito forte. Os becos são estreitos e sinuosos. Em alguns locais não há água tratada, e são oriundas de poços artesianos.

São frequentes as mortes de adultos jovens por AIDS, tuberculose e homicídios. Entretanto, a população, paulatinamente, aumenta. Como disse Eduardo Galeano, é um sistema que “vomita homens”. O que sobra é gente, e cada vez resta mais pessoas sobrantes.

A Nazaré, nome bíblico, paradoxalmente, é uma “vila sem deus”, semelhantemente a pobre favela carioca Cidade de Deus, que já foi

considerada um dos mais perigosos bairros do Rio de Janeiro. Leva o nome da santa milagreira Nossa Senhora de Nazaré que, como outros locais pobres, são batizados com nomes bíblicos para assegurar a proteção divina. Em uma passagem bíblica, é descrito um milagre da santa em que um cavaleiro foi salvo. Perseguiu uma caça num dia de neblina e, antes de cair num abismo, rezou para que a Senhora de Nazaré o protegesse. O cavalo parou repentinamente. A cerração se dissipou e ele estava à beira de um abismo. Entretanto, a santa pouco tem ajudado a vila portoalegrense no abismo em que se encontra.

Nas ruas não há asfalto ou calçamento. O chão é de lama e barro, e os carros mal conseguem passar. A maioria do transporte é feito por carroças puxadas por cavalos esquilidos. Cachorros e moradores de rua misturam-se. Os porcos, em meio ao lixo, andam soltos, como no documentário “Ilha das Flores” (dir. Jorge Furtado, 1989).

Na Nazaré não há equipamentos urbanos. Faltam praças, creches, postos policiais, ginásios, escolas. Não há lazer, justiça e segurança. O poder público se faz pouco (ou nada) presente. Deixa-a apartada, esquecida. Aglutinam-se vidas nuas, como disse Giorgio Agamben (2007), que não valem nada para a sociedade. Está entregue a si, ou à santa.

O contexto da vila Nazaré é resultado da desigualdade na distribuição de renda produz

uma polarização entre ricos e pobres, em que os ricos tornam-se cada vez mais ricos e os pobres cada vez mais pobres, com classes médias se equilibrando como setor intermediário. A diferenciação social nas relações de produção acarreta a individualização do trabalho, uma superexploração de trabalhadores e a exclusão de grandes contingentes populacionais que não servem mais nem como exércitos de reserva. Esta polarização, por sua vez, tem sido associada ao crescimento significativo da miséria e da extrema pobreza em nível mundial (Castells, 2010).

A maioria da população pobre no Brasil é constituída por trabalhadores e trabalhadoras desempregadas ou mal remuneradas, em postos desqualificados, precários e sem proteção social (CEPAL, 2000). A pobreza em sociedades patriarcais e racistas acentua as desigualdades de gênero e raça, já que as mulheres podem ser consideradas os novos pobres do mundo, visto que 70% da população pobre é constituída de mulheres, a maioria não branca.

O neoliberalismo está presente em escala mundial e caminha junto à progressiva feminização da pobreza e da miséria. Embora as mulheres tenham sido incorporadas ao mercado de trabalho nas últimas décadas, a pobreza tem assumido uma face feminina e, mesmo em países onde as mulheres alcançaram níveis educacionais equivalentes ao dos homens e em locais onde há proteção contra a discriminação de gênero, aumentou o desemprego e o trabalho feminino precarizado (Bandeira, 2005).

A pobreza, na Nazaré, vem acompanhada de outros indicadores referentes à baixa escolaridade e exclusão social, o que dificulta o exercício da cidadania e o protagonismo feminino, além de reduzir as possibilidades de romper o ciclo inter-geracional da miséria. A capacidade produtiva das mulheres é usada para amenizar os efeitos da pobreza, já que quando elas melhoram a condição econômica há impacto no bem-estar e qualidade de vida da família, além da melhora nos indicadores demográficos e de saúde, visto que uma proporção significativa da renda é revertida em alimentação, educação e saúde para os filhos, embora possa representar sobrecarga para este contingente de mulheres (Mehra, 2003).

Neste texto, serão analisados e discutidos marcadores de vulnerabilidades de gênero que se fizeram presentes no período estudado e que estão relacionados com a pobreza e as desigualdades de gênero: (1) as gestações precoces e indesejadas; (2) a epidemia de aids, que apresenta alta prevalência no local, principalmente entre mulheres; e (3) a política de controle e medicalização dos corpos femininos exercida pelo Estado através do diagnóstico da "loucura" ou da "anormalidade".

Submissão e controle da sexualidade: as vidas femininas da Vila Nazaré

Entre 2013 e 2015, ocorreram muitas gestações de mulheres na Vila Nazaré, a maioria indesejada. O elevado número de gestações não planejadas de mulheres jovens, que

engravidam para fugir da violência em suas casas, consolidar a primeira relação amorosa ou selar o sonho do “príncipe encantado” é fato recorrente e faz parte das trajetórias de vida femininas. Este dado mostra o quanto estão emergentes os preceitos patriarcais de submissão das mulheres, potencializada pela pobreza. Na vila Nazaré, mais da metade das gestações é de jovens menores de 18 anos, algumas com 12 ou 13. São crianças reproduzindo crianças. Meninas envolvidas com brincadeiras da infância se tornam mães e donas de casa. Abandonam a escola e não adquirem conhecimento para atividades laborais. As oportunidades de trabalho são escassas. Exercem os papéis de gênero tradicionais: os homens, provedores, ocupam postos de trabalho ou pontos de tráfico; as mulheres ficam em casa cuidando dos filhos.

Em sociedades conservadoras, é forte a preeminência simbólica da família tradicional, que reforça os preceitos patriarcais e legitima as desigualdades de gênero. A representação da família exprime-se através da divisão de papéis entre homens e mulheres, em que ao masculino está destinado o domínio público na esfera do trabalho e ao feminino o domínio privado, espaço associado ao cuidado e às tarefas domésticas. Ser homem significa exercer papel de provedor material e moral, o que garante respeito no meio social. A mulher, em contrapartida, desempenha as tarefas de reprodução e cuidado, menos valorizadas socialmente, vulnerabilizando-a (Couto et al., 2009).

A gravidez indesejada é um problema de gênero, já que são as mulheres que sofrem as consequências de prosseguir com uma gestação não planejada ou as mazelas da interrupção forçada de uma gestação involuntária. Especialmente são as mulheres pobres que mais sofrem com este agravo, pois elas, na sua grande maioria, não possuem acesso às informações e aos métodos contraceptivos adequados para evitar ou remediar a concepção fruto do intercurso sexual realizado sem finalidade generativa ou então de uma relação forçada em situação de violência.

A gravidez indesejada pode prejudicar toda a família, dificultando a mobilidade social ascendente, pois as mulheres são o maior elo de ligação entre as gerações, uma vez que são elas que desempenham a função social de cuidado das crianças e idosos, em especial, nas famílias monoparentais femininas. Este fato prejudica a mulher e a família de três maneiras: a) quando a mulher busca interromper a gravidez de maneira insegura resulta em maiores mortalidade e morbidade maternas; b) uma prole maior do que a desejada significa menores recursos materiais e culturais para ser dividido entre um maior número de descendentes; c) maior número de filhos, especialmente os indesejados, muito provavelmente está associado à maior mortalidade infantil.

No nível macroeconômico, os efeitos da gravidez indesejada estão relacionados com

maiores taxas de dependência demográfica e uma menor esperança de vida. Altas taxas de dependência reduzem a capacidade de geração de renda e dificultam as possibilidades de elevação das taxas de investimento econômico. Menores níveis de esperança de vida provocam a depreciação precoce do capital humano, dilapidando, especialmente, o potencial de retorno da força de trabalho feminina. A gravidez indesejada pode resultar em abortos inseguros, maior mortalidade materna e infantil e pode ser considerada um dos motivos que jogam milhões de pessoas na pobreza (Ghatak, 2002).

As práticas de promoção da saúde ofertadas pela Unidade de Saúde na vida Nazaré não incluem adolescentes, limitando a garantia dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Os métodos anticoncepcionais são pouco utilizados, e as que iniciam seu uso encerram já nos primeiros meses. Falta conhecimento, acesso e informação. A ideologia de gênero mantém-se, reproduzindo desigualdades entre os sexos e submissão das mulheres, mesmo quando pensam ser livres.

No local do estudo é possível que exista uma forte codificação de gênero no âmbito da sexualidade, onde vigoram as leis do patriarcado e os homens, possivelmente, dominem as mulheres. Assim, são maiores as chances de serem eles, que decidem como, quando e de que forma será realizado o sexo, às vezes mercantilizado nos becos estreitos da vila na forma de prostituição.

A sociabilidade sexual das jovens obedece à divisão dos papéis masculinos e femininos. Um exemplo é a importância conferida à definição de como as relações amorosas ocorrem. O namoro juvenil estabelece uma relação de exclusividade entre os parceiros que se intitulam namorados ou casados e que, socialmente, transfere ao homem poder sobre a mulher. Na Nazaré, muitas mulheres se casam com menos de 15 anos para sair de situações de abuso ou exploração dos familiares, por proteção, por estarem apaixonadas ou por acreditarem que o destino das mulheres é o casamento e o papel de mães.

Muitas gestações são indesejadas e ocorrem por desconhecimento ou falta de acesso a métodos contraceptivos. Outras planejadas, tendo em vista que a maternidade é um componente valorizado pela sociedade por simbolizar o ideal de ter o primeiro filho ainda jovem. Nesse cenário de papéis designados para cada um dos gêneros, as relações sexuais resultam de desigualdades de poder, e é pouco provável que as primeiras relações sexuais sejam planejadas ou que se utilizem preservativos, aumentando a vulnerabilidade feminina para a gravidez e para a aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a aids.

A epidemia feminina de aids

Na Nazaré, encontramos uma grande quantidade de mulheres com diagnóstico positivo para HIV, muitas sem assistência e tratamento. A epidemia se dissemina

ininterruptamente e sem controle, como um evidente resultado da associação entre pobreza e desigualdades de gênero. A Nazaré simboliza o cenário da AIDS no país, cuja doença acomete com mais prevalência as periferias das grandes cidades, onde problemas sociais interagem sinergicamente com as desigualdades de gênero para aumentar a vulnerabilidade à infecção (Wallace, 1994).

O próprio serviço de saúde desconhece a real prevalência da doença entre as mulheres que moram no local, mas diariamente são atendidas dezenas que sucumbem à infecção. Permanece o temor do diagnóstico e poucas realizam exames, embora ofertados na Unidade de Saúde, fazendo com que a identificação da doença ocorra em estágios avançados, muitas durante a gestação, visto que o teste anti-HIV é uma rotina de pré-natal. A doença carrega estigma, sinais característicos, coinfeções, exclusão e preconceito no local.

A prostituição, exercida na Nazaré por mulheres de todas as idades, é também um fator que pode contribuir para a elevada taxa da epidemia. O sexo é realizado na rua e por valores insignificantes, reforçando a relação entre pobreza e vulnerabilidade ao HIV, cujas fatores econômicos impulsionam a epidemia de aids, ligados à organização social de gênero e sexualidade, cujas hierarquias fazem das mulheres - em especial aquelas em pobreza extrema, desempregadas e que necessitam buscar na prostituição a única forma de subsistência - vulneráveis à infecção pelo HIV (Parker, 2000).

A relação entre pobreza, desigualdades de gênero e HIV indica que a expressão da epidemia está ligada à organização social do patriarcado, cujas hierarquias fazem as mulheres – em especial as mais pobres – extremamente vulneráveis. Não obstante, têm sido raros estudos sobre gênero como fator determinante – em contraposição a estudos comportamentais – para a transmissão do HIV (Dantas-Berger; Giffin, 2005).

Se no início a epidemia atingia principalmente pessoas do sexo masculino e de elevado nível social e econômico, atualmente apresenta elevada incidência em mulheres, heterossexuais, negras, pobres e com baixa escolaridade. As mulheres têm sido consideradas mais vulneráveis a doenças sexualmente transmissíveis e, especialmente, à infecção por HIV/AIDS. Essa vulnerabilidade é resultante de condições individuais, programáticas e sociais, incluindo as desigualdades de gênero, além de fatores biológicos, referentes às características específicas dos órgãos sexuais femininos que facilitam a contaminação no ato sexual (Brasil, 2015; Silva; Oliveira; Morgado, 2005).

Este contexto foi acentuado pelas desigualdades sociais e de gênero, que contribuíram para a propagação da infecção e revelaram uma epidemia de múltiplas dimensões, além de terem sido percebidas tardiamente, em decorrência da focalização política nos grupos de risco, que invisibilizou a vulnerabilidade das mulheres (Bastos et al.,

2000; Fonseca et al., 2005). De doença inicialmente restrita a grandes metrópoles e marcadamente masculina, ocorreu nos últimos anos um processo de interiorização, racialização, pauperização e feminização (Brito; Castilho; Szwarcwald, 2005).

A submissão sexual feminina, a dificuldade na negociação das mulheres no uso do preservativo, a dominação masculina, as violências, os mitos culturais instituídos na sociedade, como a concepção de feminilidade e do amor romântico, resultam das desigualdades de gênero e tem sido apontados como obstáculos para as mulheres se prevenirem do HIV/AIDS e facilitadores para a aquisição do vírus, impondo barreiras para a prevenção e dificuldades na vivência com a doença. Ainda, por muitos anos o HIV/AIDS foi considerado um problema masculino e/ou de grupos de risco, e as mulheres com a doença, menos reconhecidas politicamente, não eram alvo de preocupação. Até hoje, por exemplo, muitos profissionais de saúde relutam em solicitar o teste anti-HIV para as mulheres, impedindo que tenham acesso oportuno ao tratamento (Silveira, 2002).

Mulheres com HIV/AIDS, na maior parte dos casos, apresentam menor escolaridade, menor proporção de união estável e maior prevalência de desemprego quando comparadas às mulheres em geral. A maioria é negra, acredita ter se infectado pelo fato do companheiro ter múltiplas parceiras ou ser bissexual, por exposição a relações sexuais desprotegidas e

pelo parceiro ser usuário de drogas. A maior parte conhece a sorologia do parceiro no momento da realização do teste, sendo que, na maioria das vezes, o mesmo já apresenta sintomas da doença. Além do mais, a maioria das mulheres com HIV/AIDS iniciou a vida sexual cedo, tem maior número de filhos e usam menos preservativo, além de referirem maior prevalência de violências de gênero. Ainda, as relações sexuais são a fonte de infecção em 58% dos casos entre homens e 86% entre mulheres (Santos, 2009). Além das condições sociais e individuais que vulnerabilizam as mulheres para o HIV/AIDS, as condições de acesso ao Sistema Público, incluindo os serviços de saúde, também são dificultados às mulheres, principalmente negras, pobres, prostitutas e outros grupos marginalizados socialmente. Essa situação é resultado das condições de desigualdades sociais e de gênero que incidem sobre as mulheres, e a feminização da epidemia no país aponta a necessidade de compreender as trajetórias de vida, as iniquidades de gênero, as violências sofridas e os contextos de vulnerabilidade das mulheres para a adoção de estratégias integrais de cuidado, ultrapassando a visão biologicista de produção de saúde, que medicaliza as mulheres como a única forma de cuidado (Ceccon, 2012; Martínez, 2009).

O controle e a medicalização das mulheres

Chama atenção a quantidade de mulheres medicalizadas com fármacos psicoativos na vila Nazaré. Algumas, visivelmente

medicadas, andarilham pelas ruas barrentas. Balbuciam palavras e recolhem lixo. São duplamente excluídas: pelo contexto da pobreza e pelo sofrimento psíquico. Estão confinadas, presas. Institucionalizadas numa gaiola urbana: a Nazaré.

O conceito foucaultiano cunhado por Pelbart (2003) para se referir ao “doente psíquico” nos ajuda a pensar a situação das mulheres da Nazaré: um personagem social discriminado, excluído e recluso; a loucura como uma des-razão, dimensão cultural que denota estranheza, ameaça, alteridade e o que a sociedade enxerga como negativo.

Nos dias atuais, ainda é possível perceber no imaginário coletivo os sentidos que, historicamente, foram atribuídos à loucura. O “louco” promovido à categoria de doente mental pela psiquiatria ainda é percebido como perigoso, e o desejo é o enclausuramento dos “anormais” e daqueles que ameaçam a ordem.

A doença e a mulher que a vive são compreendidas a partir dos significados produzidos pelo saber científico e pela dimensão social e cultural. As experiências psíquicas comportam uma construção social, que delimitam as fronteiras para identificar marcadores de diagnóstico para a loucura a partir de uma noção do que é “normal”, da passagem da tristeza à depressão, das variações de humor ao transtorno bipolar ou da agitação para a hiperatividade (Freitas; Amarante, 2012).

Há um hiperdimensionamento na classificação das psicopatologias e da produção social da loucura, acompanhada de prescrições farmacológicas vinculadas à um mercado que se demonstra inescrupuloso na comercialização de psicotrópicos, apesar de haver suficientes evidências de efeitos não divulgados de intervenções biologicistas muitas vezes apresentadas como inofensivas (Angell, 2007).

Dessa forma, o diagnóstico torna-se um elemento crucial na vida da mulher, enquadrando a mulher à determinados comportamentos e às limitações na forma como vive e fazendo com que a mesma assuma novos prognósticos e formas de identidade. O momento no qual recebem um diagnóstico produziria impactos na vida das mulheres, levando-os a mudar a visão de si. Ao receber um diagnóstico de transtorno bipolar, por exemplo, a mulher passará a ressignificar seus sofrimentos passados, comportar-se como portador deste transtorno, consumindo a medicação recomendada, buscando os tratamentos adequados e identificando-se em um lugar social destinado ao seu novo grupo.

Portanto, ao receber o diagnóstico de algum transtorno mental identificado, passa a usar regularmente psicofármacos prescritos, entrando nas estatísticas das psicopatologias, tornando – se um consumidor do lucrativo mercado das indústrias farmacêuticas, referendado por parte da ciência e por alguns modos de clínica.

O sofrimento mental das mulheres, na vila Nazaré, configura-se nos moldes do que Michel Foucault descreveu no livro *História da Loucura*. As "loucas" são controladas com medicações psicoativas que as deixam passivas, dóceis e comportadas. São centenas de mulheres que recebem a única droga legal para aliviar o sofrimento mental: os psicofármacos, que funcionam como mordças químicas e substituem as internações psiquiátricas dos séculos passados. Servem para regular aquelas que não se adaptam ou fogem do padrão esperado socialmente, e não necessariamente os doentes.

O biopoder instituiu o "louco" e o "normal" (Foucault, 1983). Determinou os limites entre sanidade e loucura. Assim, a oposição entre razão e desrazão valoriza a racionalidade e segrega a loucura. Torna o sofridor dependente dos psicofármacos, fazendo-o buscar o serviço de saúde para mendigar a renovação da receita.

Esse modo de operar fundamenta os princípios burgueses de ordenação social e produção de riqueza. Veiculam-se discursos e práticas de exclusão relativas à loucura, que ganha status de problema social associado à pobreza, à incapacidade para o trabalho e à impossibilidade de convívio. A loucura, neste caso, usufrui de privilégio absoluto: reina sobre tudo o que é mau. Os doentes psiquiátricos, na Nazaré, são excluídos entre os excluídos.

Uma questão emerge: os "loucos" da Nazaré são realmente doentes psiquiátricos? Na maioria dos casos são sofrendores e infelizes.

Carregam o mal-estar da civilização associado à pobreza, ao desemprego, à vida na favela. A dualidade loucura-pobreza é semelhante ao cenário que Sidney Chalhoub (1996) descreveu para se referir ao século XIX, em que as classes pobres passaram a ser vistas como perigosas, não apenas porque ofereciam riscos para a organização do trabalho e a manutenção da ordem pública, mas porque as mesmas ofereciam risco. Entre os indivíduos pertencentes às classes perigosas estavam os "loucos", que eram controlados por um projeto de sociedade excludente, disciplinadora e definidora de padrões que estabeleciam a modernidade e o progresso.

Considerações finais

Neste trabalho, foi possível perceber nítida intersecção entre renda e desigualdades de gênero em um local que vive em situação de pobreza extrema e à margem da sociedade. Os achados discutidos neste texto apenas sinalizam o montante de outras mazelas sofridas pelas mulheres deste e de outros locais, muitas vezes invisibilizadas nos serviços de saúde e tidas como inexistentes.

Por fim, o local é um dos territórios de exclusão da cidade de Porto Alegre, escondido entre prédios e próximo de bairros de classe alta, como ocorre na maioria das grandes cidades brasileiras. Serve de abrigo para aqueles que representam perigo para as classes dominantes. Para a sociedade burguesa, eles comprometem a imagem da cidade e ameaçam

a saúde da mesma. É um grupamento humano de sobrantes, daqueles que não tem valor no

mercado, daqueles que necessitam ser medicalizados, silenciados e escondidos.

Referências

- Agamben, G. (2007). *Homo Sacer – O poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: UFMG
- Angel, M. (2007). *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro: Record.
- Bandeira, L. (2005). *Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres: Avançar na transversalidade da perspectiva de Gênero nas Políticas Públicas*. Brasília: CEPAL/SPM.
- Barros, R.P; Foguel, M. N.; Ulyseia, G. Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente. Brasília: Ipea, 2006. 2 v. 446 p., 2006.
- Bastos, F. I. & Szwarcwald, C. L. (2000). AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad Saúde Pública*, 16, 65-76.
- Batista, J. R. P. N. Brasil, Argentina e América do Sul. *Estud. Avanç*, São Paulo, v. 19, n. 55, p. 65-74, Dec. 2005.
- Berlinguer, G. (2006). Globalización, estado e salud. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 24, 8-11.
- Ministério da Saúde. (2015). *Boletim Epidemiológico HIV-AIDS*. Brasília: Autor.
- Brito, A. M. Castilho, E. A.; Szwarcwald, C. L. (2005). Regional patterns of the temporal evolution of the AIDS epidemic in Brazil following the introduction of antiretroviral therapy. *Braz J Infect Dis*, 9, 9-19.
- Castells, M. (2010). *O Poder da Identidade*. São Paulo: Paz e Terra.
- Ceccon, R. F. (2012). *Mulheres que vivem com HIV: violência de gênero e ideação suicida*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Comissão Econômica para a América Latina - CEPAL. (2000). *The Equity Gap: a second assessment*. Second Regional Conference in Follow-up to the World Summit for Social Development.
- Chalhoub, S. (1996). *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Clifford, J. (1997). *Routes: Travel and Translation in the Late Twentieth Century*, Massachusetts, Londres, Harvard University Press.
- Couto, M.T.; Schraiber, L.B.; Gomes, R (2009). *Saúde da população masculina na atenção primária: tendência histórica e representações sobre necessidades, acesso e uso de serviços em cidades de quatro estados do Brasil (RN, PE, RJ, SP)*. Relatório Final de Pesquisa. Brasília: CNPq.
- Craig, D. & Porter, D. (2005). The third way and the third world: poverty reduction and social inclusion strategies in the rise of 'inclusive' liberalism. *Rev of Int Pol Eco*, 12, 226–263.
- Dantas-Berger, S. M. & Giffin, K. (2005). A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cad. Saúde Pública*, 21, 417-425.
- Economic Commission for Latin America and Caribbean (2006). *Statistical yearbook for Latin America and the Caribbean 2005*. Santiago de Chile: ECLAC.
- Farmer, P.; Connors, M.; Simmons, J. (1996). *Women, Poverty, and AIDS: Sex, Drugs and Structural Violence*. Monroe: Common Courage Press,
- Fonseca, R. M. G. S. (2005). Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Rev. Esc Enferm USP*, 39, 450-459.
- Foucault, M. (1997). *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2008). *Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Freitas, F. & Amarante, P. (2012). *Psiquiatrização da vida e o DSM V: desafios para o início do século XXI*.
- Ghatak, M. & Jiang, N. N. H. (2002). A simple model of inequality, occupational choice, and development. *Journal of Development Economics*, 69, 205–226.
- Giffin, K. M. (2007) Financeirização do Estado, erosão da democracia e empobrecimento da cidadania: tendências globais? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12(6):1491-1504.

- IBGE. Censo de 2010. Disponível em: <https://public.tableau.com/profile/eugenio.lisboa5167#!/vizhome/porto_alegre_ibge2010a/IBGE>
- Laurell, A. C. (2000). Globalización y reforma del estado. In: Costa, A.M.; Merchán–Hamman, E.; Tajer, D. (Orgs.), *Saúde, eqüidade e gênero: um desafio para as políticas públicas* (pp. 36-60). Brasília: Editora UnB/ALAMES/ABRASCO.
- Magalhães, R.; Burlandy, L.; Senna, M. C. M. (2007). Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12, 1415-1421.
- Marcus, G. (1992). Past, Present and Emergent Identities: Requirements for Ethnographies of the Late Twentieth-Century Modernity Worldwide. In Lash, S.; FriedmaN, J. (Orgs.), *Modernity & Identity* (pp. 309-330). Cambridge: Blackwell.
- Martínes, D. H.; Navarrete, M. L.; Lorenzo, I. V. (2009). Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit*, 23, 280-286.
- Mehra, R. (2003). The Equity Premium: Why is it a Puzzle? *Working Paper*, 1, 54-69.
- Melo, H. P. & Barros, F. (2000). O Desemprego no Feminino. *Archétypon*, 22.
- Monteiro, C. G. (2003). Fome, desnutrição e pobreza: além da semântica. *Saúde soc*, 12, 7-11.
- Oliveira, R. C. (1996). O trabalho antropológico: olhar, ouvir e escrever. *Rev Antropologia*, 39, 13-37.
- Parker, R. & Camargo Jr., K.R. (2000). Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad. Saúde Pública*, 16, 89-102.
- Pelbart, P. P. (1993). *A nau do tempo-rei - 7 Ensaio sobre o Tempo da Loucura*. Rio de Janeiro: Imago.
- Santos, N. J. S.; Barbosa, R. M.; Pinho, A. A.; Villela, W. V.; Aidar, T.; Filipe, E. M. (2009). Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad Saude Publica*, 25, 321–332.
- Silva, W. A. E.; Oliveira, C. A. B.; Morgado, M. G. (2005). HIV infection and AIDS in a small municipality in Southeast Brazil. *Rev. Saúde Pública*, 39, 950-955.
- Silveira, M. F.; Béria, J. U.; Horta, B. L.; Tomasi, E. (2002). Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS em mulheres. *Rev Saúde Pública*, 36, 670-677.
- Wallace, R.; Fullilove, M. T.; Fullilove, R.; Gould, P.; Wallace, D. (1994). Will AIDS be contained within U.S. minority urban populations? *Social Science and Medicine*, 39, 1051-1062.
- World Bank. World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty. New York: Oxford University Press; 2000.

Submissão: 11/03/2019
Aceite: 12/02/2020