

## Por Estudos Feministas Amazônicos e Anticapacitistas: ampliando percepções

*Por Estudios Feministas Amazónicos y Anticapacitistas: ampliando percepciones*

*For Amazonic Feminist Studies and No-Ableism: expanding perceptions*

**Kamilla Sastre da Costa**

**Resumo:** O presente trabalho teve como objetivo discutir e possibilitar reflexões acerca da deficiência e outros marcadores sociais da diferença, como o gênero e a raça, buscando compreender como as categorias de análise se articulam produzindo sentidos amplos. Enfatiza-se a importância da interseccionalidade como ferramenta metodológica capaz de construir novas percepções sobre como as opressões se entrelaçam e invisibilizam sujeitas, mais especificamente no contexto amazônico, onde o “ser negra” assume uma conotação representativa própria da região. As informações foram coletadas por meio de entrevista. Percebeu-se a influência da composição identitária de gênero, raça e classe na trajetória de deficiência, o que inclui a busca de tratamentos, o fechamento de diagnósticos e as formas de acesso e tratamento na rede pública de saúde.

**Palavras-chave:** Deficiência. Raça. Feminismo.

**Resumen:** El presente trabajo tuvo como objetivo discutir y posibilitar reflexiones acerca de la discapacidad y otros marcadores sociales de la diferencia, como lo género y la raza, buscando comprender cómo las categorías de análisis se articulan produciendo sentidos amplios. Enfatiza la importancia de la interseccionalidad como herramienta metodológica capaz de construir nuevas percepciones sobre cómo las opresiones se entrelazan e invisibilizan sujetas, más específicamente en el contexto amazónico, donde el "ser negro" asume una connotación representativa propia de la región. La información fue recogida por medio de una entrevista. Se percibió la influencia de la composición identitaria de género, raza y clase en la trayectoria de discapacidad, lo que incluye la búsqueda de tratamientos, el cierre de diagnósticos y las formas de acceso y tratamiento en la red pública de salud.

**Palabras clave:** Discapacidad. Raza. El feminismo.

**Abstract:** The present work aims to discuss and enable reflections about disability and other social markers of difference, such as gender and race, seeking to understand how the categories of analysis are articulated producing broad senses. Emphasis is given to the importance of intersectionality as a methodological tool capable of constructing new perceptions about how oppressions intertwine and make themselves invisible, more specifically in the Amazon context, where the "being black" assumes a representative connotation of the region. The information was collected through an interview. The influence of the identity composition of gender, race and class on the disability trajectory was perceived, which includes the search for treatments, the closure of diagnoses and the forms of access and treatment in the public health network.

**Keywords:** Disability. Race. Feminism.

## INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende discutir e fomentar reflexões acerca das intersecções ligadas aos estudos de gênero, com base em referenciais teóricos que apontam a relevância de conceber a deficiência como uma categoria também plausível de análise dentro desse campo, fazendo isto ao considerar, ainda, a importância de situar geograficamente e racialmente as sujeitas da pesquisa. Ser mulher, feminista e com deficiência, contribui para repensar o papel no mundo enquanto agente capaz de contribuir para a transformação da realidade social desses grupos sociais, mas, para que isso ocorra, necessitaria assumir certo desapego de crenças sobre o que supostamente se é, desvencilhando-se de medos concernentes ao envolvimento da pesquisa. Afinal, uma dúvida paira no ar: “[...] quais são os limites e as possibilidades de pesquisar aquilo em que se está profissional, emocional e existencialmente implicado?”<sup>1</sup> (SILVA, 2007, p. 99).

Tanto o movimento com deficiência quanto o campo da teoria feminista incitam a produção de práticas políticas centralizadas no engajamento para a transformação social. Até pouco tempo, era praticamente inexistente a “consciência feminista” sobre o fenômeno da deficiência, apontam Mello, Fernandes e Gross (2013). E isso resulta em uma falta de preocupação e interesse em ambos os lados, tanto do movimento feminista quanto do movimento de pessoas com deficiência, em não fomentar um diálogo mais amplo que os contemplem concomitantemente, fato justificado por não compreenderem que questões referentes a ambos os grupos estão interligadas (FERRI; GREGG, 1998; GARLAND-THOMSON, 2002), pois dar atenção e espaço a essas vozes no meio acadêmico é fundamental. O primeiro, por não considerar a existência de mulheres com deficiência no movimento; o segundo, por não contemplar as demandas específicas de mulheres. Isso gera uma lacuna tremenda no campo científico e político, uma vez que é inevitável a questão de gênero não atravessar a condição de deficiência em algum aspecto.

É justamente o fato de existirem pessoas que participam como acadêmicas e ativistas em ambas as correntes e movimento e, portanto, veem-se implicadas pessoalmente ora como mulheres ora como pessoas com deficiência nesses debates o que impulsiona o desenvolvimento de novos enfoques de investigação e novas interpretações sobre a complexa e multifacetada realidade das mulheres com deficiência. (MELLO; FERNANDES; GROSS, 2013, p.12).

Apesar de tudo, em muitos sentidos, investigação e ação caminham em orientações confluentes por parte das duas correntes de análises teórica e ativismo político: feminismo e movimento de pessoas com deficiência. Gonzáles (2007), porém, indaga também três temas em que a deficiência se confronta com as ideias e posições defendidas pelo feminismo, o que motiva a ausência das mulheres com deficiência nas reivindicações e pautas político-sociais do movimento feminista. São eles: a imagem social da deficiência em contraste com o modelo de mulher na perspectiva feminista, o desacordo em torno da questão da liberdade reprodutiva e prevenção, e a atenção na comunidade. Ademais, quando o feminismo explana a experiência de mulheres com deficiência como foco de investigação, geralmente o faz com teor negativo, o que desagradava ativistas com deficiência.

<sup>1</sup> A autora do trabalho tem deficiência física – monoparesia cural direito – em decorrência de sequelas provocadas pela doença neurológica esclerose múltipla. A pesquisadora atua na militância feminista e de deficiência.

## 1. Violências, dores e violações: sobre ser negra com deficiência na Amazônia

Cláudia<sup>2</sup>, 43 anos, mulher negra amazônida, mora no bairro do Barreiro, área periférica de Belém. Durante a entrevista, observei que pontos relacionados às questões raciais foram evidentes, e contextualizar tornou-se indubitável, por isso o detalhamento e a necessidade de análises referentes a este tema.

Há uma gama de visões e modos de vida, na Amazônia, desrespeitados e ignorados em detrimento de abordagens universalistas (CONRADO; REBELO, 2012). A expressão **mulher negra amazônida** – adotada pelo debate muito atual por organizações negras de Belém, como o Centro de Estudos e Defesa do Negro no Pará (CEDENPA) – diz respeito a uma representação das mulheres negras que vivem nas áreas rurais, urbanas e das florestas, considerando-as partes integrantes da luta por equidade, justiça social e garantia de direitos fundamentais, dentro de contextos específicos, marcadamente racializados pela negritude, local e situada, posto, amazônida.

Essas mulheres assumem identidades políticas distintas, a exemplo de mulheres quilombolas, trabalhadoras rurais, pescadoras, artesãs, ribeirinhas, urbanas e outras. Invisibilizá-las é reproduzir a lógica de subalternização, acoplada de um ideal colonialista de embranquecimento. O avanço no debate é uma realidade ocorrida, nos últimos anos, em nome da visibilidade frente aos efeitos do racismo e, também, pelo fato da composição étnico-racial na Amazônia ser diversa, sendo os japoneses, italianos, franceses, portugueses, partes da história do Estado e dessa composição (CONRADO; REBELO, 2012). O Pará, de acordo com o IBGE, é o Estado que tem a maior população negra em número absoluto, como citam as autoras.

Vale destacar que a interlocutora se vê como negra, mesmo que, em alguns momentos no diálogo, ela venha a se identificar como “morena”. Posto isso, depois de algumas leituras realizadas e participação de rodas de conversa, promovidas pela Rede de Mulheres Negras e pelo Negritato – ambos movimentos da UFPA –, decidi, pelo feito da autoclassificação, atribuir como mulher negra amazônida, mesmo a interlocutora não se identificando exatamente com esses referentes identitários ao ‘pé da letra’; contudo, penso ter sido a melhor forma de apresentar uma identidade negra local e não apagá-la nos desígnios deste trabalho.

Câmara (2017), em sua dissertação, tratou muito bem essa situação a partir do lugar da psicologia, acerca, justamente, dessa negritude amazônida travestida por uma suposta morenidade ligada a um estereótipo indígena, que recai em concepções territoriais colonizadoras firmadas, muitas vezes, na crença de que “na Amazônia só tem índio”. Onde estão os negros e negras então? E, afinal, **quem é negro no Brasil?** Tarefa difícil, apontou em entrevista, outrora, Kabengele Munanga (2004).

O fato de estarmos na Amazônia, por conseguinte, pode vir a dificultar a identificação com a negritude amazônica no momento em que a “morena”, assim como a “parda”, transforma-se num caminho mais fácil de aceitação e conforto assentado na negação do ser negro/a por meio de uma miscigenação que ganhou ar de morenidade. O discurso da morenidade sobressaiu-se em meio à própria confusão de identificação de si pela interlocutora que relata situações de racismo, porém, sem deixar de se afirmar, em certos momentos, como “morena”.

É sempre bom lembrar, dentro dessas configurações étnico-raciais, que “[...] quanto mais morena formos, menos negras seremos” (CÂMARA, 2017, p.160), e, dessa forma, há de lembrarmos nossa história, nossos ancestrais e as lutas de um povo que resiste diante uma borracha branca

<sup>2</sup>Nome fictício, a fim de preservar a identidade da interlocutora.

que apaga grupos minoritários que fogem à lógica branca homogeneizadora. Que morena é essa que sofre racismo e não se enxerga como negra?

Cabe enfatizar que a população negra, representada por pretos e pardos, compõe 76,7% da população paraense, como indica o mapa da Secretaria da Igualdade Racial e do IBGE de 2010. Dentro dessa porcentagem, 7,2% se consideraram pretos e os restantes 69,5%, pardos. O percentual restante é referente às pessoas que se autodeclararam branca, amarela ou indígena. O número bastante significativo de pessoas que se autodeclararam pardas pode ser justificado baseado na suposta identidade mítica indígena, visto que Belém, como afirmam poetas e músicos, é a “cidade morena”. No carimbó, ritmo fervente que marca a nossa região, é bastante comum o uso da palavra morena nas letras, sendo tocada, escutada e dançada por nós sem a consciência de que envolve uma falsa democracia racial escondida ao som do batuque.

O grande problema está em atentar para o que se esconde e mesmo se expressa de forma dissimulada nos discursos da morenidade romantizada quando da negação de uma negritude na região Amazônica. Quais são os enquadres que guiam as classificações, uma vez que não são fenômenos ontológicos, mas são construídos na base arbitrária do social no sentido de garantir uma inteligibilidade? (CAMARA, 2017, p.162).

Conrado e Rebelo (2012, p. 226) pensam a invisibilidade social como produto histórico de uma sociedade brasileira que quis e quer, a qualquer custo, ser branca. “[...] Ela dá crédito à morte social, que é a essência da discriminação, o que precede a morte física precoce e/ou em condições precárias por violação de direitos sociais básicos, fundamentais”.

## 2. “Aonde eu coloco minhas dores, doutor?”

A dificuldade no diálogo com diferentes médicos/as que se contradiziam em argumentos e visões, além da falta de um tratamento específico, são fatos que dizem muito acerca da condição social e racial de Cláudia. Por esse e outros motivos, então, surge a necessidade de criar uma Política Nacional de Saúde da População Negra, objetivando “[...] promover a saúde integral dessa população, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA, 2013, p.19).

Quando o tema é saúde, as dificuldades são gritantes. A população negra enfrenta no acesso aos serviços de saúde mais risco no que diz respeito à mortalidade e morbidade, em consequência de doenças que podem ser prevenidas e evitadas, tais como anemia falciforme, mortalidade infantil de crianças até um ano de idade, diabetes, hipertensão arterial e miomatoses. (CARNEIRO apud CONRADO; REBELO, 2012, p.23).

Cláudia é surda, como ela mesma se denomina, tendo perda total bilateral na sua audição. Após ter ido a uma consulta, que considerou desagradável, não queria marcar nenhum encontro, muito menos participar de entrevista. Desejava apenas o recolhimento. E eu respeitei sua vontade de permanecer introspectiva. “[...] É terrível você dormir e acordar surda”, ela escreveu na mensagem. Li, fazendo o exercício de me colocar no lugar dela. Nunca serei ela, porém, naquele

momento, me tomei mergulhada na sua história, nas suas palavras e, de forma consciente, respeitei sua vontade de ficar em silêncio.

A surdez, por ser uma “deficiência invisível” em que a dificuldade na comunicação e da interação com os não-surdos pode ser considerado o principal obstáculo encontrado no cotidiano destes/as sujeitos/as, o desconhecimento e a falta de informação sobre as necessidades e características específicas de cada pessoa surda é algo que ainda precisa ser mais comentado, tanto nos trabalhos sobre deficiência quanto na vida cotidiana em geral. As barreiras sociais devem ser rompidas através da conscientização e sensibilização no plano social e efetivo dos direitos. É de suma importância entender e enfatizar:

Las personas Sordas son heterogéneas, multitud de factores internos y externos que hacen que sean muy diversas entre si. Esto conlleva que cada persona se la trate en su individualidad, como “caso único”, y las generalizaciones que se realicen al grupo o colectivo sean matizadas respetando siempre la variabilidad que existe en el. (MARTÍNEZ, 2004, p. 96).

Eu e Cláudia marcamos um encontro. Conversar através de sinais, gestos e escritas, por meio de um ritmo próprio entre interlocutoras, foi algo desafiador e de enorme aprendizado. Nossos ritmos entraram em sintonia. Eu a entendia, escutando o que dizia, e ela me compreendia por intermédio de leitura labial<sup>3</sup> e expressões gestuais. Foi nessa relação dialógica que fluiu nossa conversa

“[...] Não se preocupe, depois de 30 dias tudo volta ao normal. Ela só tá fingindo [...]” (informação verbal)<sup>4</sup> – disse um médico após ter feito uma cirurgia de apêndice em Cláudia, por ela ter se queixado de fortes dores de cabeça depois de um dia normal de trabalho. Não pediu nenhum tipo de exame e nem a encaminhou para um *otorrinolaringologista* ou neurologista ou outra/o especialista para avaliação. Ela foi encaminhada diretamente para a cirurgia. Após o feito, Cláudia amanheceu com surdez e não conseguia mexer as pernas. Ela levou 21 pontos e tomou anestesia geral.

Cabe salientar que, na visão de Cláudia, ela já estava surda antes da cirurgia. Comenta que “[...] ele (o médico do pronto socorro) sabia que eu estava surda e mesmo assim me sujeitou a fazer a cirurgia” (informação verbal)<sup>5</sup>. Com isso, depreendo que a violência institucional carrega estratégias cotidianas de opressão de corpos, violentando-os física ou/e simbolicamente, tendo impacto direto na vida dos/as sujeitos/as. O voltar ao normal era uma frase que não se conseguia mais ouvir, não por Cláudia estar “fingindo”, mas por ter sido vitimada por erro/negligência médica. As dores físicas e emocionais só aumentavam.

Tal situação explicita o biopoder (FOUCAULT, 1979) institucionalizado nas relações sociais quando se analisa a relação entre os indivíduos, neste caso, médico/paciente, cujas diferenças entre estes perpassam por mecanismos que regulamentam poder, arraigado nas estruturas sociais e por elas legitimado. Este dispositivo atravessa todo o tecido social e configura as próprias relações entre os indivíduos. E, de acordo com a análise foucaultiana, estes poderes não estão localizados em um lugar específico, mas sim estão distribuídos nessa rede de trocas na sociedade (DINIZ; OLIVEIRA, 2014).

A cirurgia piorou o estado de saúde de Cláudia e, desde então, ela continuou a sentir fortes dores de cabeça, e passou a ter crise de desmaios, a sentir tonturas, visão dupla e até mesmo de-

<sup>3</sup> Cláudia estabelece comunicação por meio da oralização e não faz uso das linguagens de sinais – LIBRAS. Isso demonstra o quanto o próprio grupo de pessoas surdas é heterogêneo, o que se estende a todo o grupo de pessoas com deficiência que apresentam características específicas e demandas próprias relacionadas aos seus anseios.

<sup>4</sup> Entrevista Cláudia (Fevereiro, 2017).

<sup>5</sup> Idem, id.

pressão. Tudo isso adicionado à falta da audição. Cláudia diz que, em uma época, o desespero foi tão grande que chegou a tentar tirar a própria vida. “[...] Quebrei a casa todinha [...] A depressão, o choro e a crise eram muito grandes” (informação verbal)<sup>6</sup>. Tudo isso reflexo da cirurgia a que foi submetida.

[...] Na ressonância constatou uma doença desmielinizante chamada esclerose múltipla. Ela (a médica) fez um ponto de interrogação e disse que era uma doença irreversível que não tinha cura. Não me explicou a doença. Chegando em casa o desespero foi maior. O choro, a depressão. Eu não sei o que seria de mim daqui em diante. A vontade de viver eu já tinha perdido. (informação verbal)<sup>7</sup>.

A reação de Cláudia ao diagnóstico não é considerada muito diferente do que é comumente esperado, vinda de outras pessoas envolvidas nesse contexto. Das queixas quanto as fortes dores de cabeça (antes da cirurgia que anteriormente foi explicada) até a sensação de fadiga, tonturas, dificuldade para andar, fraqueza, chegando à perda auditiva, foi dito por um médico em uma consulta particular – paga por sua tia – ocorrida no mesmo ano, em 2004, que todos estes sintomas sinalizavam para a doença esclerose múltipla; entretanto, Cláudia precisaria fazer outros exames para confirmação. E fez, e confirmou. Porém, um único médico não concordava com o resultado, e esse foi o grande impasse na busca de tratamentos de saúde.

Em relação aos seus relacionamentos com família e amigos/as, Cláudia comenta: “[...] As pessoas passaram a se afastar de mim. As amigas que eu tinha totalmente se afastaram. Teve uma amiga que não foi em casa porque pensava que a doença era contagiosa. Desprezo total” (informação verbal)<sup>8</sup>. Isso indica além de um desconhecimento informacional acerca da doença, também mostra certo nivelamento segregador e de exclusão na relação com outras pessoas de grupos raciais e classe distintos. Como fiz rápida alusão anteriormente, Cláudia é negra.

Reconhecer os efeitos nefastos do racismo e do sexismo tornam-se fundamentais para a consolidação da importância de ações governamentais direcionadas a esses segmentos, com vista a favorecer a pluralidade e a participação social de sujeitas negras, além da não negação de direitos, inclusive o de existir e de viver com dignidade.

As mulheres negras, além de serem as maiores vítimas de negligência médica pelo sistema público de saúde, também fazem parte de um contingente de assassinadas, sendo a taxa de homicídios de mulheres negras 2,25 vezes maior do que a taxa de homicídio de mulheres brancas em todo o país. No Brasil, enquanto houve uma redução de 9,3% dos assassinatos de mulheres brancas, no mesmo período (entre 2002 e 2013), os assassinatos de mulheres negras tiveram um aumento de 54,2% em 10 anos (DOSSIÊ, 2016).

Esses dados indicam a iniquidade referente não somente à violência de gênero, mas do próprio racismo que ampara este número. O Dossiê também aponta que assassinatos de lésbicas, travestis e transexuais negras é uma crescente muito preocupante, porque muitos casos nem chegam a ser notificados.

Violências e violações são frutos de um racismo patriarcal heteronormativo, oriundo da nossa herança escravista colonial sexista. Indica, também, um modo de definir o racismo atuante no

<sup>6</sup> Idem.id.

<sup>7</sup> Idem, id.

<sup>8</sup> Idem, id.

Brasil e seus modos de atuação diferenciada a partir do sexismo e das fobias LGBT, e chama atenção para os diferentes processos que atuam na subordinação dos indivíduos e grupos.

Sob o racismo patriarcal heteronormativo, processos de subordinação, violência e inferiorização das pessoas negras adquirem ferramentas que atingem de forma específica todas as que se situam em posições consideradas “femininas” dentro do espectro das identidades de gênero (DOSSIÊ, 2016, p.11). Impossível não pensar em racismo, sexismo e capacitismo na vida de mulheres negras com deficiência, analisados de modo inter-relacional.

“Aonde eu coloco as minhas dores, doutor?” é a fala de Cláudia, uma espécie de pedido de socorro, desabafo sobre sua experiência com profissionais da área médica, que dificultou o início de um tratamento específico, além de acelerar a progressão de sequelas.

Sobre diagnósticos, doenças:

Quando falamos de diagnósticos, falamos sempre de algo indesejável? E quando falamos de doença, falamos também de cura? Inevitavelmente, lamentamos as doenças e desejamos um mundo livre de pestes e diferenças funcionais. Os mais religiosos oram por milagres. Os mais céticos buscam nas ciências curas e explicações. Os que passam pela experiência de ter uma diferença biológica, seja uma doença ou deficiência, buscam um significado coerente para conviver com aquilo que passa a fazer parte do seu dia a dia, desde a luta contra o diagnóstico à busca para aprender a viver com ele. (SILVEIRA, 2016, p. 28).

Sublinho que o objetivo ao colocar essas questões não é avaliar a conduta médica, questionando se este profissional agiu corretamente ou não, mas verificar como, pela paciente, a experiência do atendimento e acompanhamento médico foi percebida e sentida. O fato de não saber o que tinha tornou seus dias angustiantes e dramáticos. “[...] Ele é o único neuro que não fechou meu diagnóstico. Diz que é uma infecção que tive lá atrás. Fez um laudo que diz que eu conto história. Quer dizer que minha vida toda foi uma história?” (informação verbal)<sup>9</sup> – questionou Cláudia, afirmando que ele tomou essa atitude por conta de um exame que fez inicialmente que identifica que a esclerose múltipla deu negativa.

Mas, em seguida, ela comentou: “[...] Ele nunca me encaminhou pra fazer exame. [...] Me passou vários remédios controlados. Eu nunca tomei. Eu tomava medicação sim de outros médicos. Ele me tratava como uma doida, ele pensava que eu era doida” (informação verbal)<sup>10</sup>. Ficou evidente que a crítica de Cláudia em relação ao tratamento do médico denota uma não-passividade em relação ao que lhe cerca. Mulher negra com deficiência, consciente e firme quanto à sua posição, protagonista de sua história, decidida a ser o que é, a fazer o que quer. Afinal, **nossos passos vêm de longe** e logo “[...] estamos diante de diferentes agentes históricas e políticas – as mulheres negras – intensas como toda a diversidade” (WERNECK, 2010, p.153).

O que foi relatado por Cláudia é um retrato da forma do tratamento recebido por mulheres negras da rede pública cotidianamente. A dificuldade em se fechar um diagnóstico, a superficialidade nos atendimentos, a negligência médica, tornam seus corpos, suas vidas ainda mais invisíveis. A história de Cláudia assemelha-se a outras vidas negras que lutam por sua (sobre)vivência diariamente e incansavelmente, em meio às injustiças demarcadas socialmente.

<sup>9</sup> Idem.id.

<sup>10</sup> Idem, id.

A década de 80 foi um período marcado de inserções do tema da Saúde da População Negra aos olhares do sistema público em algumas esferas. O Movimento Social Negro, ao lado de outros movimentos, em especial o Movimento pela Reforma Sanitária, e vários outros órgãos e entidades participaram ativamente da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, importante marco que instituiu a saúde como direito universal dentro dos princípios da cidadania e concebida como dever de Estado. O Movimento das Mulheres Negras, nesse contexto, foi bastante atuante nas propostas que conferiram maior visibilidade à saúde das mulheres negras, especificamente às questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA, 2013, p.10).

Segundo as fontes do IPEA (2017), dados recentes sobre o Retrato de Desigualdades de Gênero e Raça, cuja pesquisa domiciliar foi feita no período de 1995 e 2015, mostrou que a ocupação das mulheres negras ainda é referente ao trabalho doméstico remunerado, correspondendo a 18%, e das brancas, 10%. Mesmo a renda das mulheres negras ter tido aumento, elas ainda são a base da pirâmide.

Ao longo da conversa, Cláudia comentou a respeito da dificuldade em ser vista como mulher com deficiência, justamente por não se encaixar, à primeira vista, nos estereótipos que se têm desse grupo. Quem a olha de longe não sabe da sua surdez, geralmente a julga pela aparência sem ter conhecimento que sua deficiência, por ser auditiva, não é visível. Além de ser surda é uma mulher negra, e tais marcadores sociais não podem ser desconsiderados dentro dos espectros racistas e capacitistas existentes na sociedade. Como Ruth Frankenberg (2004, p.309) dissera em relação aos efeitos da branquidade, “[...] os estereótipos seriam banais, se não fossem letais, tão contundentes em termos físicos, emocionais, afetivos e espirituais”. Exemplificando essa assertiva, Cláudia comentou que, um dia, pessoas foram em sua casa e disseram: “[...] como pode uma menina tão bonita tá surda... Que pena isso! Isso acabava comigo! A palavra pena é uma palavra muito forte para quem ‘tava’ passando por uma situação como aquela” (informação verbal)<sup>11</sup>. Justamente por não se enquadrar nos padrões categorizados como “normais” nascem, segundo Foucault (2001), “os anormais”, vistos também como “desqualificados”, sujeitos de aberrações, “monstros”, e, por possuírem tais características, são marginalizados e excluídos da vida social.

O que de fato importa sublinhar é que nós, pessoas com deficiência, não precisamos de sentimento de pena e comiseração por parte de outros indivíduos, só queremos respeito no trato das relações sociais. Relações existentes nessa sociedade corponormativa, onde os “normais” querem ditar as regras e fazem dessas regras suas leis e verdades. É essa ideologia da normalidade dos corpos que está em jogo quando almejamos combater o capacitismo e as várias formas de discriminação em relação às PcD; portanto, o não esforço de disseminar o pensamento capacitista, impregnado no nosso modo de ser, viver e ver o mundo, gera o aumento dos contrastes sociais, a segregação e a invisibilidade desses agentes.

O combate ao capacitismo é uma premissa básica na luta por equidade e seus efeitos atingem diversos indivíduos ao produzir injustiças sociais e exclusão. Posso dizer ser uma ideologia que traduz, em práticas discriminatórias e paternalistas, ideias de normas corporais quanto a um corpo

<sup>11</sup> Idem.id.



particular aprovado socialmente. A reprodução de padrões não leva em consideração as especificidades físicas, sensoriais e/ou intelectual dos diferentes indivíduos. A naturalização da estrutura de dominação que voga em primazia o biológico em detrimento do social, não respeita as diferenças existentes entre os corpos, inclusive para serem aceitos socialmente e respeitados dentro dessa lógica de omissão e segregação de vidas que são invisibilizadas por detrás destes corpos.

### 3. O Racismo Institucional na esfera da saúde

Perguntei à Cláudia se ela considera que sofreu racismo institucional diante de toda sua experiência na relação médico-paciente. Ela respondeu:

[...] Sim, eu acho que sofri racismo. Ele (o médico) não acreditava. E isso que é o pior. Eu acho que tudo tem o seu tempo. Com o passar do tempo tirei meus laudos, minhas carteirinhas. Passei a andar e ter discriminação no ônibus tanto com motorista quanto cobradores, entendeu? [...] Me criticavam e diziam que eu não tinha direito porque pra ter Passe Livre não tinha que ter visão, tinha que andar de bengala. Eu acho que se a pessoa vive uma situação dessa eu jamais iria brincar com isso. [...] Eu digo que a minha deficiência é pequena perto de muitas que estão lá fora. Eu não vou dizer que eu aceitei. Não, eu não aceitei! (informação verbal)<sup>12</sup>.

Continuou explicitando o seu posicionamento, trazendo exemplos:

[...] Eu senti que o doutor (cita o nome do médico) nunca fala de frente comigo. Ele sempre fica atrás de mim porque sabe que leio os lábios, entendeu? Ele tava atrás de mim pra falar com os acadêmicos. [...] Aí eu peguei, quando percebi que ele tava falando eu virei rapidinhos pros lábios dele. Aí eu disse: “O que o senhor tá falando?”. E ele não falou nada. Puxou a cadeira pra frente de mim e disse que queria ver minha ressonância. [...] Ele olhou e disse que constava uma doença desmielinizante. Disse tá ótimo e não me encaminhou pra nada. (informação verbal)<sup>13</sup>.

O racismo é baseado na exclusão de certos grupos que são avaliados e julgados de forma “negativa” por conta da constituição biológica e cultural que apresentam. Por sua vez, o racismo existente nas instituições contribui para a recusa, a indiferença e a abnegação de mulheres e homens negros/as que sentem seus efeitos por meio da reprodução do processo de dominação traduzido na desumanização dos povos dominados.

Zélia Amador de Deus (2008), em sua tese *Os herdeiros de Ananse: movimento negro, ações afirmativas, cotas para negros na Universidade*, evidencia o papel das ações afirmativas, especificamente o sistema de cotas, que representou uma mudança significativa de avanço ao grupo beneficiado, no caso estudantes negras e negros. Em contrapartida, a despeito da importância da medida, houve controversas quanto a sua implementação por parte de grupos que não reconheciam sua hegemonia, no próprio âmbito acadêmico, se posicionavam de forma contrária e utilizavam como base argumentos inconsistentes e inócuos para deslegitimar a iniciativa, apesar de que, como assinala

<sup>12</sup> Idem, id.

<sup>13</sup> Idem, id.

Amador de Deus (2008, p.265), “[...] a própria universidade se enriquece em seu pluralismo quando é constituída de grupos diversos”.

Dessa forma, não havia consciência racial, interesse e disposição para aceitar a proposta. Com efeito, o racismo institucional se manifesta de diferentes formas, no caso da instituição educacional, este é um exemplo. No caso de Cláudia, especialmente, o racismo sentido foi na esfera da saúde, causando-lhe marcas talvez incuráveis, em que feridas foram expostas, porém, não cicatrizadas.

Infelizmente, como aponta Mello (2009), os estudos antropológicos carecem de análises que abrangem e contemplem as narrativas de mulheres com deficiência acerca de suas trajetórias e formas de lidar com as opressões, sejam elas de caráter sexista e/ou capacitista. Essas assertivas denotam o quanto a deficiência se concatena a outras opressões, e uma abordagem conjunta entre os marcadores sociais é pertinente, a fim de ampliar a visão e o aprofundamento do debate acerca das violências às quais as sujeitas são submetidas.

## CONCLUSÃO

A produção teórica de trabalhos que envolvem as categorias deficiência, raça, gênero é de extrema importância no campo das ciências humanas e sociais, pois levanta questões importantes que produzem interfaces analíticas que mapeiam relações e situações específicas, vivenciadas no contexto social por diferentes sujeitos políticos. Trazer à luz essas questões no meio acadêmico é o desafio, pois não somos ensinados/as a pensar de forma interseccional. Esse pensar de forma interseccional exige o desvencilhar-se das amarras que nos prendem às visões reduzidas, incompletas e essencializadas de determinados grupos sociais, dificultando a compreensão das violências que os cercam.

Gonzalez (1983) chama de neurose cultural brasileira as consequências do racismo na sociedade. A autora diz que as mulheres negras são vítimas de uma tripla opressão, que envolvem gênero, raça e classe social. Acrescento a isso que as mulheres negras com deficiência podem vir a suportar, além das condições de ser mulher, ser mulher negra e ser mulher de baixa renda, o aspecto da corporeidade, afinal, o lugar social, as experiências e as características físico-corporais condicionam suas trajetórias de vida, dentro de uma sociedade sexista, racista e capacitista.

Desse modo, este trabalho traduz-se em um pequeno exercício de tentar alcançar alguns pontos de análise existente entre as diferentes opressões que são compartilhadas por distintos grupos e, muitas vezes, são interceptadas pelo olhar colonial. Esse olhar que invisibiliza vidas, sujeita corpos e apaga histórias. Histórias sentidas e recontadas por quem vive e resiste.

## REFERÊNCIAS

AMADOR DE DEUS, Z. *Os herdeiros de Ananse: movimento negro, ações afirmativas, cotas para negros na Universidade*. Belém: UFPA, 2008.

CÂMARA, F. D. da Silva. *Mulheres negras amazônidas frente à cidade morena: o lugar da psicologia, os territórios de resistência*. 2017. 216 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém.

CONRADO, M.P; REBELO, M. de N. O. Mulheres Negras Amazônicas: ação, organização e protagonismo nas práticas políticas. In: RIBEIRO, M. (Org.). *As políticas de igualdade racial: reflexões e perspectivas*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2012. p. 219-242.

DOSSIÊ a situação dos direitos humanos das mulheres negras no Brasil: violências e violações, 2016. Disponível em: <[www.criola.org.br/wp-content/uploads/.../Dossie-Mulheres-Negras-PT-WE3.pdf](http://www.criola.org.br/wp-content/uploads/.../Dossie-Mulheres-Negras-PT-WE3.pdf)>. Acesso em: 14 fev. 2017.

DINIZ, F. R. A; OLIVEIRA, A. A de. Foucault: do poder disciplinar ao biopoder. *Revista Scientia*, v. 2, n. 3, 2014 (p. 01-217).

FERRI, B.; GREGG, N. Women with disabilities: missing voices. *Women's Studies International Forum*, Pergamon, v. 21, n. 4, p.429-439, 1998.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Edições graal: Rio de Janeiro, 1979.

FRANKENBERG, R. A miragem de uma branquidade não-marcada. In: WARE, V. (Org.). *Branquidade: identidade branca e multiculturalismo*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p. 307-338.

GONZÁLES, M. L. Discapacidad y Género: estudio etnográfico sobre mujeres discapacitadas. In: \_\_\_\_\_. *Educación y diversidad*. Anuario Internacional de Investigación sobre Discapacidad e Interculturalidad. Madrid: Mira Editores, 2007. p.137-171.

GONZALEZ, L. *Racismo e sexismo na cultura brasileira*. In: Ciências Sociais Hoje, 2 Movimentos Sociais Urbanos, Minorias Étnicas e Outros Estudos ANPOCS, 1983.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *População no último censo: censo demográfico, 2010*. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Retratos das desigualdades de gênero e raça – 1995 a 2015*. Disponível em: <<http://www.portalodm.com.br/dnfile/624-retrato-das-desigualdades-de-genero-e-raca-08-03-2017/pdf/publicacoes/1/retrato-das-desigualdades-de-genero-e-raca.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

MARTÍNEZ, A. I. La mujer sorda en la vida privada y pública. *Cuadernos de Trabajo e Investigación*, San Vicente del Raspeig, n. 10, p. 9-20, 2004.

MELLO, A. G. *Por uma abordagem antropológica da deficiência: pessoa, corpo e subjetividade*. 2009. 85 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Florianópolis.

MELLO, A. G.; FERNANDES, F. B. M.; GROSSI, M. P. Entre pesquisar e militar: engajamento político e construção da teoria feminista no Brasil. *Revista Ártemis*- Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, v. 15, n. 1, p. 10-29, 2013.

MUNANGA, K. A difícil tarefa de definir quem é negro no Brasil: entrevista de Kabengele Munanga. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 18, n. 50, p. 51-66, 2004.

POLÍTICA Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. 2. ed. Brasília: Editora MS, 2013.

SILVA, M. B. Reflexividade e Implicação de um “Pesquisador-Nativo” no Campo da Saúde Mental: sobre o dilema de pesquisar os próprios “colegas de trabalho”. *CAMPOS-Revista de Antropologia Social*, cidade, n. 8, v. 2, p. 99-116, 2007.

SILVEIRA, B. R. *Dor compartilhada é dor diminuída: autobiografia e formação identitária em blogs de pessoas em condição de doença*. 2016. 187 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre.

WERNECK, J. Nossos passos vêm de longe! Movimentos de mulheres negras e estratégias políticas contra o sexismo e o racismo. *Revista da ABPN*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 08-17, mar./jun. 2010.