



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

IZABEL LEITE DE SOUZA

**A (IN)VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A
MULHER NA SAÚDE PÚBLICA**

Recife
2024

IZABEL LEITE DE SOUZA

**A (IN)VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A
MULHER NA SAÚDE PÚBLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Raquel Cavalcante Soares

Recife

2024

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Souza, Izabel Leite de.

A (in)visibilidade da violência doméstica e familiar contra a mulher na saúde pública / Izabel Leite de Souza. - Recife, 2024. 130 f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2024.

Orientação: Raquel Cavalcante Soares.

Inclui referências, anexos e apêndice.

1. Saúde pública; 2. Violência contra a mulher; 3. Visibilidade. I. Soares, Raquel Cavalcante. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

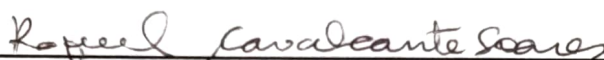
**Izabel Leite De Souza: A (IN)VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA FAMILIAR
CONTRA A MULHER NA SAÚDE PÚBLICA.**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Serviço Social da
Universidade Federal de Pernambuco –
PPGSS/UFPE para a obtenção do título de
Mestre em Serviço Social.

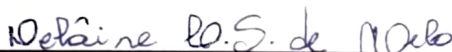
Linha de Pesquisa: Serviço Social, Trabalho
e Questão Social.

Área de concentração: Serviço Social,
Movimentos Sociais e Direitos Sociais.

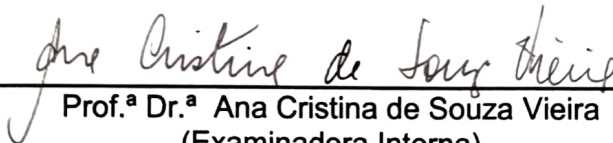
Aprovada em 13/09/2024 pela banca examinadora constituída pelos seguintes professoras:



Prof.^a Dr.^a Raquel Cavalcante Soares
(Orientadora e Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco



Prof.^a Dr.^a Delaine Cavalcanti Santana De Melo
(Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco



Prof.^a Dr.^a Ana Cristina de Souza Vieira
(Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco



Prof.^a Dr.^a Maria Rosa Ferreira Clemente Morais Tomé
(Examinadora Externa)
Instituto Superior Miguel Torga

Recife, 13 de setembro de 2024.

Às mulheres usuárias do SUS.

À minha querida mãe (*in memoriam*), que continua viva através do seu legado de força, coragem e ousadia, diante dos desafios que são próprios da vida.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora e aos professores, pelos ensinamentos.

Aos profissionais de saúde, pelas contribuições com este estudo.

Ao Hospital Agamenon Magalhães e ao Hospital das Clínicas HC/ UFPE-EBSERH, pela concessão de licenças parciais do trabalho para a realização do mestrado.

A todos que trabalham comigo no Sistema Único de Saúde (SUS), pelas vivências e aprendizados coletivos.

A todos que amo, pais, irmãos, sobrinhos, companheiro e amigos desta vida passageira, inquietante e divina.

“Criar é tão fácil ou tão difícil quanto viver. E é do mesmo modo necessário.”
(Ostrower, 1996).

RESUMO

Na sociedade capitalista acham-se amalgamados o patriarcado e o racismo, e de forma implícita ou explícita, a exploração, a opressão e a violência contra as mulheres. Esta dissertação tem como objetivo geral analisar a (in)visibilidade da violência doméstica e familiar contra mulheres gestantes num serviço emergencial de referência na rede pública do Estado de Pernambuco – em tempos de neoliberalismo, conservadorismo e pós-pandemia de Covid-19. Baseia-se no materialismo histórico-dialético e nas referências teóricas do feminismo crítico, a fim de apreender as configurações e contradições da totalidade concreta. Como metodologia de pesquisa, recorre-se à revisão de literatura, pesquisa documental e de campo. Na revisão de literatura, intenta-se compreender as mediações teórico-metodológicas que explicam as determinações da violência contra a mulher, bem como sua forte tendência à “naturalização” na sociedade contemporânea. Consultam-se, ainda, livros, artigos, dissertações e teses que tratam das incidências do neoliberalismo e do neoconservadorismo nas Políticas de Saúde, com ênfase na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Ministério da Saúde, 2004). Na pesquisa documental, recorre-se a publicações oficiais e legislações que tratam sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher, assim como a portarias e normativas sobre Atenção à Saúde da Mulher. Realiza-se a pesquisa de campo, por meio de entrevistas com os profissionais de saúde e da análise de prontuários das mulheres que acessaram o serviço de atenção obstétrica do Hospital das Clínicas HC/UFPE, no ano de 2022. Evidencia-se que a Rede Materno-Infantil no Estado de Pernambuco – com insuficiente número de referências para atenção à gestação de alto risco – impacta na superlotação e nas condições concretas de trabalho dos profissionais de saúde. Tal fato reflete na qualidade do acesso das mulheres à saúde, particularmente no contexto de pandemia de Covid-19. Configura-se a sobreposição da assistência materno-infantil em relação à perspectiva de atenção integral à saúde da mulher. Conclui-se, a partir da conjugação da reflexão teórica com os achados da pesquisa, que há uma tendência de (in)visibilidade da violência doméstica familiar contra a mulher na saúde pública. Elucidam-se contradições e desafios relacionados à complexidade da realidade das mulheres e à totalidade concreta do Sistema Único de Saúde (SUS) vigente. Há que se ter o tensionamento através de lutas coletivas que promovam o fortalecimento das políticas públicas e a possibilidade de maior visibilidade e enfrentamento da violência doméstica e familiar contra as mulheres.

Palavras-chave: Saúde pública; Violência contra a mulher; Visibilidade.

ABSTRACT

In capitalist society, patriarchy and racism are amalgamated, and implicitly or explicitly, exploitation, oppression and violence against women. This dissertation has the general objective of analyzing the (in)visibility of domestic and family violence against pregnant women in a reference emergency service in the public network of the State of Pernambuco - in times of neoliberalism, conservatism and post-Covid-19 pandemic. It is based on historical-dialectical materialism and the theoretical references of critical feminism, in order to grasp the configurations and contradictions of concrete totality. As a research methodology, we used literature review, documentary and field research. In the literature review, we attempt to understand the theoretical-methodological mediations that explain the determinations of violence against women, as well as its strong tendency towards “naturalization” in contemporary society. We also consult books, articles, dissertations and theses that address with the incidence of neoliberalism and neoconservatism in Health Policies, with an emphasis on the National Policy for Comprehensive Care for Women's Health (Ministério da Saúde, 2004). In documentary research, official publications and legislation that deal with domestic and family violence against women are used, as well as ordinances and regulations on Women's Health Care. Field research was carried out through interviews with health professionals and analysis of medical records of women who accessed the obstetric care service at Hospital das Clínicas HC/UFPE, in 2022. It is evident that the Maternal and Child Network in the State of Pernambuco – with an insufficient number of references for care for high-risk pregnancies – impacts on overcrowding and the concrete working conditions of health professionals. This fact reflects on the quality of women's access to health, particularly in the context of the Covid-19 pandemic. There is an overlap between maternal and child care in relation to the perspective of comprehensive care for women's health. We concluded, from the combination of theoretical reflection with research findings, that there is a tendency towards (in)visibility of family domestic violence against women in public health. Contradictions and challenges related to the complexity of women's reality and the concrete totality of the current Unified Health System (SUS) are elucidated. There must be tension through collective struggles that promote the strengthening of public policies and the possibility of greater visibility and confrontation of domestic and family violence against women.

Keywords: Public health; Violence against women; Visibility.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
CDC	Central de Documentação Clínica
CEDAW	Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
COB	Centro Obstétrico
DEAMS	Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres
DH	Direitos Humanos
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HC-UFPE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
INESC	Instituto de Pesquisas Socioeconômicas
LMP	Lei Maria da Penha
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MS	Ministério da Saúde
NAA	Núcleo de Apoio Administrativo
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organizações Sociais
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PDRE	Plano Diretor da Reforma do Estado
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária Anual
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RC	Rede Cegonha
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	12
1	VIOÊNCIA CONTRA A MULHER NA SOCIEDADE CAPITALISTA, PATRIARCAL E RACISTA.....	16
1.1	APROXIMAÇÃO COM O CERNE DA PROBLEMÁTICA.....	16
1.2	AS RELAÇÕES SOCIAIS DE SEXO NA SOCIEDADE CAPITALISTA, PATRIARCAL E RACISTA.....	21
1.3	MULHERES, TRABALHO REPRODUTIVO, EXPLORAÇÃO E REPRODUÇÃO SOCIAL.....	29
1.4	APROPRIAÇÃO, NATURALIZAÇÃO, OPRESSÃO E VIOÊNCIA CONTRA A MULHER.....	35
2	VIOÊNCIA CONTRA A MULHER, POLÍTICAS PÚBLICAS, SAÚDE, NEOLIBERALISMO E CONSERVADORISMO NO PÓS-PANDEMIA.....	44
2.1	VIOÊNCIA CONTRA A MULHER, RESISTÊNCIA, CONQUISTAS E CONTRADIÇÕES.....	44
2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS E O ENFRENTAMENTO DA VIOÊNCIA CONTRA A MULHER.....	50
2.3	A VIOÊNCIA COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA EM TEMPOS DE NEOLIBERALISMO E PÓS-PANDEMIA.....	56
2.4	ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER, GESTAÇÃO, VISIBILIDADE DA VIOÊNCIA DOMÉSTICA FAMILIAR E OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS	64
3	A (IN)VISIBILIDADE DA VIOÊNCIA DOMÉSTICA FAMILIAR CONTRA A MULHER GESTANTE NA POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	76
3.1	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	76
3.2	REDE MATERNO-INFANTIL, CRISE SANITÁRIA E O PÓS-PANDEMIA DE COVID-19.....	80
3.3	PERSPECTIVAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER.....	87
3.4	ATENÇÃO OBSTÉTRICA, URGÊNCIA E CONDIÇÕES DE TRABALHO	89
3.5	APROXIMAÇÕES SOBRE A REALIDADE DAS MULHERES NA SOCIEDADE DE CLASSE, PATRIARCAL E RACISTA.....	91
3.6	A MULHER GESTANTE QUE ACESSA O SERVIÇO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA: DE QUAIS MULHERES ESTAMOS FALANDO?.....	93

3.7	PARTICULARIDADES RELACIONADAS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER GESTANTE.....	96
3.8	A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER GESTANTE NA SAÚDE PÚBLICA: AFINAL, QUAIS AS POSSIBILIDADES E DESAFIOS?.....	102
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
	REFERÊNCIAS.....	114
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	124
	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	128
	ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO.....	130

INTRODUÇÃO

A presente Dissertação de Mestrado consiste num trabalho de pesquisa sobre a violência doméstica contra a mulher gestante e as contradições de sua (in)visibilidade na saúde pública, no âmbito de um serviço de referência na rede do SUS (Sistema Único de Saúde).

Na sociedade capitalista acham-se almagamados o patriarcado e o racismo, que produzem e reproduzem a subordinação, a opressão, a exploração e a violência contra as mulheres. É, sem dúvida, uma expressão brutal da desigualdade entre homens e mulheres que precisa ser enfrentada pelas políticas públicas.

A violência contra a mulher é resultante de uma estruturação das relações patriarcais¹ da sociedade. Ao mesmo tempo, dialeticamente, essa violência estrutura o patriarcado, pois diz respeito à apropriação dos corpos e da vida das mulheres em múltiplos sentidos (Cisne; Santos, 2018).

O fato é que, “corriqueiramente”, há relatos e notícias sobre violência contra a mulher. No Brasil, apesar dos avanços, muitas mulheres vivem em contextos de violência doméstica e familiar que geram sofrimento, impactam na saúde e podem levar à morte.

Os feminicídios cresceram 6,1% em 2022, resultando em 1.437 mulheres mortas simplesmente por serem mulheres. Os homicídios dolosos de mulheres também cresceram (1,2% em relação ao ano anterior), o que impossibilita falar apenas em melhora da notificação como causa explicativa para o aumento da violência letal. Além dos crimes contra a vida, as agressões em contexto de violência doméstica tiveram aumento de 2,9%, totalizando 245.713; as ameaças cresceram 7,2%, resultando em 613.529 casos. Além disso, os registros de assédio sexual cresceram 49,7% e totalizaram 6.114 casos em 2022. O crime de importunação sexual teve crescimento de 37%, chegando ao patamar de 27.530 casos no último ano (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023, p. 136).

A problemática é considerada uma questão de saúde pública. Há que ser vista como tal, e enfrentada pelo Estado através das Políticas de Saúde. Uma delas é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que tem como uma das suas diretrizes:

O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o

¹ “As brasileiras têm razões de sobra para se opor ao machismo reinante em todas as instituições sociais, pois o patriarcado não abrange apenas a família, mas atravessa a sociedade como um todo” (Saffioti, 2015, p. 49).

controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde (Ministério da Saúde, 2004, p. 63).

O Centro Obstétrico do Hospital das Clínicas HC/UFPE é um serviço emergencial que compõe a Rede Estadual de Atenção à Saúde da Mulher no Estado de Pernambuco. Este serviço² de saúde pública realiza atenção ao parto, nascimento, abortamento de risco e outras emergências obstétricas. São atendidas, cotidianamente, mulheres³ de vários municípios de Pernambuco, com histórias de gestação de alto risco⁴.

De acordo com Zuma *et al.* (2020), a gravidez é vista pela sociedade como um momento sagrado e cercado de cuidados e proteções. Todavia, durante esse período, é relativamente comum a experiência de violência e, em muitos casos, o aumento da intensidade desta.

A violência contra as mulheres pode ser duas vezes mais comum para as grávidas do que patologias como pré-eclâmpsia, o diabetes gestacional ou a placenta prévia. No entanto, a sua ocorrência permanece invisível para os profissionais da saúde. A mulher que é vítima geralmente enfrenta obstáculos para ter acesso aos serviços de saúde. Mais do que isso, esses serviços frequentemente deixam de identificar situações de violência contra as mulheres, ainda que isso esteja na raiz dos problemas que elas apresentam (Zuma *et al.*, 2020, p. 221).

Enquanto pesquisadora e assistente social do Centro Obstétrico, apreendemos através da prática cotidiana junto à equipe multiprofissional, que a natureza de um serviço emergencial pode comprometer a identificação, o acolhimento e a própria “condução” das situações da violência doméstica e familiar contra a mulher na saúde pública.

Partimos da compreensão de que o enfrentamento da violência contra a mulher está relacionado às determinações do modelo de sociedade posto e às condições concretas das políticas públicas – em tempo de crise do capital, neoliberalismo, recrudescimento do neoconservadorismo e pós-pandemia.

Desse modo, supomos sua incidência na realidade concreta e a tendência de (in)visibilidade da violência doméstica e familiar contra a mulher na saúde pública,

² O Hospital das Clínicas dispõe também de atendimento ao pré-natal de alto risco.

³ Este estudo estará voltado para as mulheres cisgênero que frequentam o serviço do Centro Obstétrico do HC/UFPE, considerando que são as que mais acessam o serviço. Entretanto, sabemos da necessidade de problematizar o acesso, a assistência e o enfrentamento da violência contra a população transgênero e não binária pelas políticas públicas, particularmente na saúde pública.

⁴ Gestação de alto risco é “aquela na qual se identificam doenças maternas prévias ou mesmo adquiridas durante a gestação que podem colocar em risco a vida materna e/ou fetal: hipertensão, diabetes, anemias graves, problemas cardíacos, entre outras” (Ministério da Saúde, 2024).

que se evidencia nos serviços de saúde e compromete o seu enfrentamento.

Questionamos, portanto: que configurações e contradições são explicitadas na (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher gestante na saúde pública, no âmbito de um serviço de referência, numa sociedade de classes, patriarcal e racista? Quais as possibilidades e desafios em tempos de pós-pandemia, crise do capital, neoliberalismo e avanço do neoconservadorismo?

Esta dissertação tem como principal objetivo analisar a (in)visibilidade da violência doméstica e familiar contra mulheres gestantes em serviço emergencial de referência da rede pública do estado de Pernambuco.

Possui os seguintes objetivos específicos:

- Contextualizar a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher em tempos de neoliberalismo/conservadorismo e seus reflexos no atendimento à mulher;
- Debater aspectos da sociedade capitalista, racista e patriarcal que incidem na problemática da violência contra as mulheres;
- Descrever mecanismos que operam para a (in)visibilidade da violência contra a mulher gestante e suas configurações e contradições nos atendimentos de saúde;
- Identificar limites e possibilidades de intervenção multiprofissional em saúde pública no enfrentamento à violência contra a mulher.

Para tanto, ao longo de todo o estudo, ancoramo-nos no método do materialismo histórico-dialético, aqui visto como necessário à compreensão das contradições e mediações da totalidade social. Além disso, guiamo-nos pelas referências teóricas da perspectiva crítica do feminismo materialista, uma vez que “os feminismos materialistas são referências fundamentais para a interpretação da realidade social e histórica e, assim, para a sustentação de projetos políticos de transformação social” (Ávila, 2019, p. 182).

No primeiro capítulo, referenciamo-nos em autoras feministas como Heleieth Safiotti, Danièle Kergoat, Colette Guillaumin, Silvia Federici, Jules Falquet, Angela Davis, Mirla Cisne, Anne-Marie Devreux, Verônica Ferreira e Elisabeth Souza-Lobo, entre outras. Realizamos uma aproximação com o cerne da problemática da violência contra a mulher ao longo do tempo, sem perder de vista a determinação de classe, patriarcado e racismo, e sua incidência nas relações sociais.

Assim, constatamos que a reprodução social da sociedade está associada ao trabalho reprodutivo e à exploração das mulheres. Cumpre atentar para a relação intrínseca entre a naturalização, a apropriação e a opressão do sexo feminino que, sem dúvida, atuam fortemente na produção e na reprodução da violência contra a mulher na sociedade vigente.

No segundo capítulo, lançamos mão de autoras que discutem políticas públicas, neoliberalismo e conservadorismo, sem perder de vista o contexto pós-pandemia, tais como Maria Inês Bravo, Valéria Correia, Verônica Ferreira, Raquel Soares, Melinda Cooper, David Harvey, Juan Marco Vaggione, Kátia Souto e Marcelo Moreira. As referências teóricas indicam a coexistência de possibilidades e desafios para o enfrentamento da problemática da violência contra a mulher – por meio das políticas públicas, entre elas a política de saúde.

No terceiro e último capítulo, descrevemos os procedimentos metodológicos utilizados ao longo de todo o estudo, e a seguir, promovemos a análise qualitativa⁵ de entrevistas realizadas com os(as) trabalhadores(as) do Centro Obstétrico do Hospital das Clínicas HC/UFPE-EBSERH, bem como a pesquisa documental em prontuários de mulheres gestantes que acessaram o serviço em questão em 2022, período ainda da pandemia de Covid-19.

Nas considerações finais, apresentamos as sínteses resultantes da conjugação de reflexões teóricas e os achados da pesquisa, que apontam limites e contradições da totalidade social, bem como sua incidência na visibilidade da violência doméstica familiar contra a mulher gestante na saúde pública e as possibilidades e desafios relacionados à problemática em questão.

⁵ Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Humanos do HC/UFPE.

1 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA SOCIEDADE CAPITALISTA, PATRIARCAL E RACISTA

1.1 APROXIMAÇÕES COM O CERNE DA PROBLEMÁTICA

A discussão da violência contra a mulher exige, antes de tudo, uma aproximação com o terreno sócio-histórico e econômico, a fim de apreendermos as determinações que incidem nas relações sociais – onde se tem a posição social das mulheres ao longo do tempo.

Silvia Federici faz importantes considerações sobre as mulheres no contexto feudal:

Na aldeia feudal não existia uma separação social entre produção de bens e a reprodução da força de trabalho: todo trabalho contribuía para o sustento familiar. As mulheres trabalhavam nos campos, além de criar os filhos, cozinhar, lavar, fiar e manter a horta; suas atividades domésticas não eram valorizadas e não supunham relações sociais diferentes das dos homens, como ocorreria em breve na economia monetária, quando o trabalho doméstico deixou de ser visto como um verdadeiro trabalho (Federici, 2023, p. 60).

Na sociedade medieval, as relações coletivas prevaleciam sobre as familiares e a maioria das tarefas realizadas pelas servas era feita em cooperação com outras mulheres (...). A divisão sexual do trabalho constituía fonte de poder e proteção para as mulheres: “era a base de uma intensa sociabilidade e solidariedade feminina que permitia às mulheres enfrentar os homens, embora a Igreja pregasse a submissão e a Lei Canônica santificasse o direito do marido bater em sua esposa” (Federici, 2023, p. 61).

A dependência das mulheres em relação aos homens na comunidade servil estava limitada pelo fato de que, sobre a autoridade do marido e do pai, prevalecia a autoridade dos senhores, que reivindicavam a posse das pessoas e da propriedade dos servos e tentavam controlar cada aspecto da vida delas, desde o trabalho até o casamento e a conduta sexual (Federici, 2023, p. 60).

Conforme a autora supracitada, o modo como a história das mulheres se entrecruza com a história do desenvolvimento capitalista não pode ser compreendido se nos preocuparmos, apenas, com os terrenos clássicos da luta de classes – serviços laborais (*labor services*), índices salariais, rendas e dízimos – e ignorarmos as novas visões da vida social e a transformação das relações de gênero⁶ (Federici, 2023).

⁶ Neste estudo, estamos ancorados pelo feminismo materialista francófono, portanto, utilizaremos a denominação relações sociais de sexo.

Lerner, no livro *A criação do patriarcado* (2019), explica que depois de um tempo de estudo sobre as evidências históricas em relação às mulheres, percebeu que precisava focar mais no controle da sexualidade e da reprodução das mulheres do que nas habituais questões econômicas:

A classe, para os homens, foi e é baseada na relação com os meios de produção: aqueles que possuíam os meios de produção podiam dominar os que não possuíam. Para as mulheres, a classe é mediada pelos seus vínculos sexuais com um homem, que então lhes proporciona acesso a recursos materiais. A divisão de mulheres entre “respeitável” (ou seja, vinculada a um homem) e não respeitável (ou seja, sem vínculo com um homem ou livre de todos os homens) é institucionalizada em leis relacionadas ao uso de véu por mulheres (Lerner, 2019, p. 34).

Lerner buscou discutir a realidade das mulheres considerando a perspectiva de classe, sem perder de vista o cerne da dominação entre homens e mulheres. Neste sentido, tece importantes considerações:

Os homens aprenderam a instituir dominância e hierarquias sobre outras pessoas praticando a dominância sobre as mulheres. Isso se manifestou na institucionalização da escravidão, que começou com a escravização de mulheres dos grupos conquistados (Lerner, 2019, p. 33).

A subordinação sexual das mulheres foi institucionalizada nos mais antigos códigos de leis e imposta pelo poder total do Estado. Garantia-se a cooperação das mulheres por vários meios: força, dependência econômica do chefe de família, privilégios de classe concedidos a mulheres dependentes e obedientes das classes mais altas, e pelo artifício da divisão das mulheres em respeitáveis e não respeitáveis (Lerner, 2019, p. 34).

A apropriação da função sexual e reprodutiva das mulheres pelos homens ocorreu antes da formação da propriedade privada e da sociedade de classes. A transformação dessa capacidade em mercadoria, na verdade, está no alicerce da propriedade privada (Lerner, 2019, p. 33).

Federici (2023) afirma que a posição das mulheres nos feudos não pode ser tratada como se fosse uma realidade estática. O poder das mulheres e suas relações com os homens estavam determinados, sempre, pelas lutas de suas comunidades contra os senhores feudais e pelas mudanças que essas lutas produziam nas relações entre senhores e servos.

Sobre isso, aponta:

A luta antifeudal nos apresenta o primeiro indício, na história europeia, da existência das raízes de um movimento de mulheres que se opunha à ordem estabelecida e contribuía para a construção de modelos alternativos de vida comunal (Federici, 2023, p. 52).

Combinadas à recusa do trabalho servil e das relações comerciais, essas formas conscientes de transgressão social construíram uma poderosa alternativa não só ao feudalismo, mas também à ordem do capitalista que estava substituindo o feudalismo, demonstrando que outro mundo era

possível e nos encorajando a perguntar por que ele não se desenvolveu (Federici, 2023, p. 53).

Segundo a autora citada, a luta contra o poder feudal produziu também as primeiras tentativas organizadas de desafiar as normas sexuais dominantes e estabelecer relações mais igualitárias entre homens e mulheres (Federici, 2023):

Realizar uma leitura da “transição” pelo viés da luta antifeudal na Idade Média nos ajuda, sobretudo, a desenterrar alguma das razões pelas quais, nos séculos XVI e XVII, o extermínio das “bruxas”⁷ e a extensão do controle estatal a qualquer aspecto da reprodução se converteram nas pedras angulares da acumulação primitiva (Federici, 2023, p. 54).

Em síntese, a autora faz uma análise da acumulação primitiva, tendo como foco as mudanças introduzidas – com ênfase na posição social das mulheres e na produção da força de trabalho. Cita aspectos que considera relevantes para a acumulação capitalista, tais como:

- O desenvolvimento de uma nova divisão sexual do trabalho, subordinando o trabalho feminino e a função reprodutiva das mulheres à reprodução da força de trabalho;
- A construção de uma nova ordem patriarcal, baseada na exclusão das mulheres do trabalho assalariado e em subordinação aos homens;
- A mecanização do corpo proletário e sua transformação, no caso das mulheres, em uma máquina de novos trabalhadores (Federici, 2023, p. 34).

Sem dúvida, tais mudanças são consideradas fundamentais para a acumulação capitalista e representam o aprofundamento da exploração das mulheres, principalmente das negras. Cumpre apreender o contexto de escravidão, a fim de entender a sua particularidade.

Davis (2016) explica que no contexto estadunidense de escravidão, homens e mulheres negras vivenciavam a exploração. “No que dizia respeito ao trabalho, a força e a produtividade sob a ameaça do açoite eram mais relevantes do que questões relativas ao sexo” (Davis, 2016, p. 19). Neste sentido, a opressão de homens e mulheres era semelhante. Entretanto, a realidade das mulheres negras

⁷ Caso se considere o contexto histórico no qual se produziu a caça às bruxas, o gênero e a classe das acusadas, bem como os efeitos da perseguição, pode-se concluir que a caça às bruxas na Europa foi um ataque à resistência que as mulheres apresentaram contra a difusão das relações capitalistas e contra o poder que obtiveram em virtude da sua sexualidade, de seu controle sobre a reprodução e de sua capacidade de cura. Destaca, ainda, que caçar as bruxas foi fundamental para a construção de uma nova ordem patriarcal em que o corpo das mulheres, seu trabalho e seus poderes sexuais e reprodutivos foram colocados sob o controle do Estado e transformados em recursos econômicos (Federici, 2023, p. 313). Existe um consenso sobre o fato que a caça às bruxas buscou destruir o controle que as mulheres haviam exercido sobre sua função reprodutiva e preparou o terreno para o desenvolvimento de um regime patriarcal mais opressor (Federici, 2023, p. 38).

era agravada pela opressão e pela violência sexual, que serviam à necessidade de reprodução da mão de obra escrava.

A opressão das mulheres era idêntica à dos homens. Mas as mulheres também sofriam de forma diferente, porque eram vítimas de abuso sexual e outros maus-tratos bárbaros que só poderiam ser infligidos a elas. A postura dos senhores em relação às escravas era regida pela conveniência: quando era lucrativo explorá-las como se fossem homens, eram vistas como desprovidas de gênero; mas, quando podiam ser exploradas, punidas e reprimidas de modos cabíveis apenas às mulheres, elas eram reduzidas exclusivamente à sua condição de fêmeas (Davis, 2016, p. 19).

De acordo com Lerner (2019), a organização do patriarcado existe desde os Estados arcaicos. Desde o início, o Estado tem interesse na manutenção da familiar patriarcal.

Nesse sentido, há que se considerar a formação e a institucionalização da família em consonância com o surgimento do Estado capitalista:

Ao longo do tempo, é possível perceber a organização da sociedade baseada nos laços de parentesco. A produtividade do trabalho aumenta sem cessar, e, com ela, desenvolve-se a propriedade privada, as trocas, as diferenças de riqueza, a possibilidade de empregar força de trabalho alheia, e com isso, a base dos antagonismos de classe: os novos elementos sociais, que no transcurso de gerações procuram adaptar a velha estrutura da sociedade às novas condições, até que, por fim, a incompatibilidade entre estas e aquela leva a uma revolução completa. A sociedade antiga, baseada nas uniões gentílicas, vai pelos ares em consequência do choque das classes sociais recém-formadas; dá lugar a uma nova sociedade organizada em estado, cujas unidades inferiores já não são gentílicas e sim unidades territoriais – uma sociedade em que o regime familiar está completamente submetido às relações de propriedade e na qual têm livre curso as contradições de classe e a luta de classes, que constituem o conteúdo de toda a história escrita até os nossos dias (Engels, 1985, p. 3).

Neste contexto define-se a propriedade privada, o Estado e a família monogâmica – considerada necessária para assegurar a posição da reprodução como também para garantir o direito de herança outorgado pelo Estado.

Segundo Engels (1985)⁸ *apud* Cisne (2018), trata-se do primeiro antagonismo de classe que apareceu na história. Assume grande relevância ao esclarecer que a divisão sexual do trabalho capitalista se caracterizava por determinar o espaço privado (doméstico) propício às mulheres.

Renata Gonçalves faz uma interessante consideração com base na compreensão da socióloga Saffioti – quando diz que os modos de produção

⁸ ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1985.

historicamente anteriores são integrados à sociedade burguesa, ou seja, perdem sua identidade originária sem que deixem de existir:

O modo de produção capitalista, portanto, é “entendido como a combinação histórica específica que resulta da autonomização relativa do processo econômico, inaugurando formas inéditas de relações de produção nas quais se acham incorporadas e redefinidas as antigas formas de relação de produção” (Gonçalves, 2013, p. 16).

Nas palavras da própria Saffioti (2013), a apropriação privada dos meios de produção e do produto do trabalho, presente nas formulações sociais anteriores, é elevada ao máximo no modo de produção capitalista. Em suas análises, ela expõe as relações sociais de sexo na sociedade de classe:

O domínio masculino sobre as mulheres, não diretamente vinculado à estrutura econômica da sociedade, acaba por servir aos interesses daqueles que detêm o poder econômico. Os homens da classe dominada funcionam, pois, como mediadores no processo de marginalização das mulheres de sua mesma classe da estrutura ocupacional, facilitando a realização dos interesses daqueles que na estrutura de classes ocupam uma posição oposta à sua (Saffioti, 2013, p. 123).

Esclarece, ainda, a particularidade da exploração das mulheres no contexto de formação da sociedade capitalista:

As desvantagens sociais que gozavam os elementos do sexo feminino permitiam à sociedade capitalista em formação arrancar das mulheres o máximo de mais-valia absoluta, através, simultaneamente, da intensificação do trabalho, da extensão da jornada de trabalho e de salários mais baixos que os masculinos, uma vez que, para o processo de acumulação rápida de capital, era insuficiente a mais-valia relativa obtida através do emprego da tecnologia de então. A máquina já havia, sem dúvida, levado à produtividade do trabalho humano; não, entretanto, a ponto de saciar a sede de enriquecimento da classe burguesa (Saffioti, 2013, p. 67).

Há que se considerar também o que afirma Ávila (2019) sobre o patriarcado no contexto da sociedade de classe:

O sistema patriarcal, historicamente anterior ao capitalismo, é reestruturado como parte do próprio desenvolvimento capitalista, que tendo como centro de acumulação de riqueza e de poder os países europeus, se estruturou e expandiu suas fronteiras através de um processo de colonização baseado na dominação, exploração, escravização e racialização de povos e desapossamento de seus territórios, na exploração e apropriação dos seus corpos, de sua força de trabalho e de seus saberes, culturas, isto é, dos seus bens materiais e imateriais e dos seus modos de vida (Ávila, 2019, p. 184).

De acordo com Federici (2023), no cerne do capitalismo, encontramos não apenas uma relação simbiótica entre o trabalho assalariado contratual e a

escravidão, mas também, e junto com ela, a dialética que existe entre acumulação e destruição da força de trabalho, tensões pelas quais as mulheres pagaram o preço mais alto, com seu corpo, seu trabalho e sua vida. Aponta, ainda:

O capitalismo, enquanto sistema socioeconômico está necessariamente ligado ao racismo e ao sexismo. O capitalismo precisa justificar e mistificar as contradições incrustadas em suas relações sociais – a promessa da liberdade ante a realidade da coação generalizada, e a promessa de prosperidade ante a realidade de penúria generalizada –, difamando a “natureza” daqueles a quem explora: mulheres sujeitos coloniais, descendentes de escravizados africanos, imigrantes deslocalizados pela globalização (Federici, 2023, p. 45).

Desde a “transição do feudalismo para o capitalismo”, a desigualdade entre homens e mulheres esteve sempre presente nas relações sociais. O cerne da violência contra a mulher possui raízes profundas na história e é, sem dúvida, sustentado pelos interesses do patriarcado na sociedade capitalista e racista.

Veremos, ao longo desta dissertação, que na sociedade capitalista, patriarcal e racista, a desigualdade nas relações sociais de sexo é construída/reconstruída e serve à reprodução social⁹ da sociedade.

1.2 AS RELAÇÕES SOCIAIS DE SEXO NA SOCIEDADE CAPITALISTA, PATRIARCAL¹⁰ E RACISTA

Partimos da compreensão que desde a formação social do capitalismo estão tecidos o patriarcado e o racismo, e de forma implícita ou explícita, a exploração, a dominação, a apropriação, a opressão e a violência contra a mulher. Ávila (2019, p. 184) defende “que se trata de uma relação dialética que se desenvolve historicamente como um sistema de poder econômico, social e político”.

Saffiotti (2013) ressalta a importância da inferiorização das mulheres para a reprodução do capitalismo:

⁹ Reprodução social é um conjunto de tarefas essenciais para a continuidade de cada humano e da espécie, logo, da própria sociedade. O patriarcalismo designa como “trabalho da mulher” uma espécie de “não trabalho” inviabilizado (Moraes, 2022, p. 20).

¹⁰ “Patriarcado” é uma palavra muito antiga, que mudou de sentido por volta do fim do século XIX, com as primeiras teorias dos “estágios” da evolução das sociedades humanas; depois, novamente no fim do século XX, com a “segunda onda” do feminismo surgida nos anos 70 no Ocidente. Nessa nova acepção feminista, o patriarcado designa uma formação social em que os homens detêm o poder, ou ainda, mais simplesmente, o poder é dos homens. Ele é, assim, quase sinônimo de “dominação masculina” ou de opressão das mulheres. Essas expressões, contemporâneas dos anos 70, referem-se ao mesmo objeto, designado na época precedente pelas expressões “subordinação” ou “sujeição” das mulheres, ou ainda, “condição feminina” (Delphy, 2009, p. 173).

Torna-se clara, no novo regime, a divisão da sociedade em classes e a exploração econômica de que é alvo uma delas por parte da outra. O modo capitalista de produção não apenas explicita a natureza dos fatores que promovem a divisão da sociedade em classes; lança mão da tradição para justificar a marginalização efetiva ou potencial de certos setores da população do sistema produtivo de bens e serviços. Assim é que o sexo, fator há muito selecionado como fonte de inferiorização social da mulher, passa a interferir de modo positivo para a atualização da sociedade competitiva, na constituição das classes sociais (Saffioti, 2013, p. 66).

Há que se considerar a totalidade social, sem perder de vista as mediações e as contradições próprias da realidade concreta. Para tanto, é importante realizar aproximações sucessivas com as relações sociais, a fim de aprofundarmos a discussão da problemática posta nesta dissertação.

A tese de Kergoat (2010), sobre as relações sociais na sociedade capitalista, é a seguinte:

As relações sociais são consubstanciais; elas formam um nó que não pode ser desatado no nível das práticas sociais, mas apenas na perspectiva da análise sociológica; e as relações sociais são coextensivas: ao se desenvolverem, as relações sociais de classe, gênero e “raça” se reproduzem e se coproduzem mutuamente (Kergoat, 2010, p. 94).

Há diferentes perspectivas teóricas que buscam esclarecer a histórica desigualdade entre homens e mulheres. De acordo com Ávila (2019), o feminismo como movimento¹¹ e pensamento crítico é formado por uma grande pluralidade de práticas, de lutas, de articulações, e não menos de perspectivas teóricas.

Aponta o feminismo do campo materialista¹² como uma dessas perspectivas: “Consideramos que os feminismos materialistas são referências fundamentais para a interpretação da realidade social e histórica e, assim, para a sustentação de projetos políticos de transformação social” (Ávila, 2019, p. 181).

Conforme Medeiros (2023), a epistemologia feminista, aliada à perspectiva materialista, esclarece que as relações sociais desenvolvidas pelo modo de produção capitalista não se limitam às relações contraditórias entre burguesia e

¹¹ O movimento feminista, como qualquer outro movimento portador de um projeto de transformação social, requer teorias que interpretem criticamente a realidade social e que devem sustentação às suas lutas e referências para a definição das estratégias de ação (Ávila, 2019, p. 180).

¹² O “feminismo materialista francês” (FMS) é um pensamento bastante fecundo, original e radical, que se desenvolveu na França a partir dos anos 1970. Foi no calor do movimento social de liberação das mulheres e em estreita ligação com ele que um pequeno grupo de feministas de tendência “radical” do movimento francês, unido ao redor da revista *Questions Féministes*, conseguiu em alguns anos desenvolver um conjunto teórico especialmente denso e convergente que permitia, pela primeira vez, dar conta da opressão das mulheres como classe social, quer dizer, que analisava o sexo – a existência de mulheres e homens – como fenômeno de classe (Curiel; Falquet, 2014).

proletariado; as desigualdades existentes são decorrentes não só das classes sociais a que os indivíduos pertencem, mas também de seus respectivos sexos e raças.

Nesta dissertação, optamos pela perspectiva do feminismo materialista. Conforme Falquet¹³:

As teorias feministas materialistas têm em comum: (1) seu antinaturalíssimo; (2) a busca de bases materiais e sociais, mas do que causas culturais ou naturais para essa organização; e, (3) sua afirmação central de que as mulheres e os homens constituem classes de sexo (Falquet, 2013, p. 9).

Esta perspectiva¹⁴, por meio de seu fundamento teórico-metodológico, possibilita a compreensão da violência contra as mulheres, sem perder de vista a totalidade e as condições concretas da realidade.

A teoria feminista materialista¹⁵ partilha da premissa de que “a opressão e a dominação das mulheres têm bases materiais, concretas e históricas, e está imbricada com a exploração-dominação capitalista e racista” (Mies, 1986¹⁶; Federici, 2004¹⁷; Safiotti, 2004¹⁸ *apud* Ferreira, 2020, p. 39).

Buscamos compreender, por meio da perspectiva do feminismo materialista, uma estrutura histórica, complexa, contraditória e dinâmica que produz cotidianamente exploração, desigualdade, opressão e dominação. Feito isso,

¹³ A autora em questão afirma que se situa mais especificamente na corrente do “feminismo materialista francófono”. Essa corrente foi constituída como uma crítica (construtiva) às perspectivas marxistas – quer se trate das marxistas feministas, ou ainda, das feministas socialistas (as denominações variam segundo os países e as épocas) (Falquet, 2017, p. 253).

¹⁴ O ponto central de seu pensamento radica em que nem os homens nem as mulheres são um grupo natural ou biológico, não possuem nenhuma essência específica nem identidade a defender e não se definem pela cultura, a tradição, a ideologia nem pelos hormônios – mas pura e simplesmente por uma relação social, material, concreta e histórica. Esta relação social é uma relação de classe, ligada ao sistema de produção, ao trabalho e à exploração de uma classe por outra. É uma relação social que as constitui na classe social das mulheres ante a classe dos homens, numa relação antagônica (nem guerra dos sexos, nem complementaridade, mas simplesmente uma oposição de interesses cuja resolução supõe o fim da exploração e a desaparecimento das mulheres e dos homens como classe) (Curiel; Falquet, 2014, p. 15).

¹⁵ Para Ferreira (2020, p. 39), “o feminismo materialista francófono é uma vertente do pensamento feminista desenvolvido na França nos anos 1970, em profunda articulação com o movimento de liberação das mulheres francês (MLF)”. Este pensamento se desenvolveu a partir de um núcleo de autoras que incluem, entre outras, Colette Capitan, Christine Delphy, Colette Guillaumin, Emmanuelle de Lesseps, Nicole-Claude Mathieu, Paola Tabet e Monique Wittig.

¹⁶ MIES, Maria. **Patriarchy & accumulation on a world scale: women in the international division of labour**. London: Zed Books Ltda., 1986

¹⁷ FEDERICI, Silvia. **Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulacion originaria**. España: Traficantes de Sueños, 2004.

¹⁸ SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Perseu Abramo, 2004.

vislumbramos uma maior compreensão da problemática social da violência contra as mulheres – vivenciada nas relações desiguais entre homens e mulheres.

O primeiro aporte do feminismo materialista “é, incontestavelmente, a desnaturalização das relações sociais de sexo, mas também de raça e de classe, assim como a colocação em perspectiva histórica do trabalho de reprodução social” (Falquet, 2019, p. 129).

Conforme a perspectiva em questão, o conhecimento das relações sociais de sexo é necessário para o entendimento da dinâmica histórica de apropriação-dominância-exploração. Neste sistema, a nosso ver, consta o interesse da permanência das diferenças entre os sexos, a fim da reprodução das relações sociais da sociedade de classes.

A compreensão de relação social de sexo aponta as desigualdades decorrentes da divisão sexual do trabalho. Anne-Marie Devreux (2005) faz um relevante esclarecimento:

A divisão sexual do trabalho atravessa toda a sociedade e articula os campos do trabalho produtivo e do trabalho reprodutivo¹⁹. Não os separa: ela os articula excluindo ou integrando, segundo os momentos e as necessidades dos dominantes, as mulheres à esfera produtiva, devolvendo-as global ou parcialmente à esfera reprodutiva (Devreux, 2005, p. 569).

A divisão sexual do trabalho constitui a relação social de sexo e de poder, sendo as categorias de sexo decorrentes dessa primeira estruturação do social. Assim, o poder seria a consequência da divisão sexual do trabalho produtivo e reprodutivo (Devreux, 2005, p. 569).

Para Kergoat (2009), os grupos sociais, diferenciados a partir do sexo, são construções sociais e não diferenças biológicas. Considera que a categoria em questão atravessa a totalidade da sociedade; é tida como um paradigma das relações de dominação. Faz afirmações importantes, quando diz:

As relações sociais de sexo são consubstanciais ao capital, ou seja, têm a mesma natureza e substância: são construídas e reproduzidas a partir da dominação, da opressão e da exploração de uma classe sobre outra (Kergoat, 2009, p. 93).

A ideia de consubstancialidade não implica que tudo está vinculado a tudo; implica apenas uma forma de leitura da realidade social. É entrecruzamento dinâmico e completo do conjunto das relações sociais, cada um imprimindo sua marca nas outras, ajustando-se às outras e construindo-se de maneira recíproca (Kergoat, 2010, p. 99).

¹⁹ “O trabalho reprodutivo, cujo reconhecimento como trabalho é resultado de longas pesquisas feministas, diz respeito não somente ao trabalho doméstico propriamente dito, mas, também, ao trabalho parental e a todas as tarefas de cuidados e de assumir responsabilidades pelas pessoas (trata-se do *care* anglo-saxão)” (Devreux, 2005, p. 567).

Ainda, apresenta as dimensões que caracterizam as relações sociais de sexo:

1. a relação entre os grupos assim definidos é antagônica; 2. as diferenças constatadas entre as atividades dos homens e das mulheres são construções sociais, e não provenientes de uma causalidade; 3. essa construção social tem uma base material e não é unicamente ideológica, em outros termos, a “mudança de mentalidades” jamais acontecerá de forma espontânea se estiver desconectada da divisão do trabalho concreta; 4. essas relações sociais se baseiam, antes de tudo, numa relação hierárquica entre os sexos. Trata-se de uma relação de poder, de dominação (Kergoat, 2009, p. 71).

A relação social de sexo estrutura a relação social na sociedade de classes, patriarcal e racista. Cada um desses sistemas possui suas próprias instâncias, que exploram economicamente, dominam e oprimem. Estas instâncias articulam-se entre si, de maneira intra e intersistêmica (Kergoat, 2010).

A partir da apreensão da categoria relação social de sexo, no sistema vigente, podemos compreender que a exploração, a opressão e a desigualdade como expressão da divisão sexual do trabalho, mas relacionadas a toda a extensão da vida das mulheres.

O sistema capitalista, patriarcal²⁰ e racista é um sistema de dominação-exploração uno, indivisível e mutuamente determinado (Cisne; Santos, 2018).

Segundo Ferreira (2020), há quatro mecanismos que sustentam a dominação-exploração patriarcal; são eles: a divisão sexual do trabalho; a expropriação do corpo das mulheres, sua sexualidade e capacidade reprodutiva; a interdição à participação política; e o acesso desigual ao conhecimento.

Ademais, esclarece que há duas mediações que atuam para reproduzir tais mecanismos: a violência, empregada como um instrumento de disciplinamento das mulheres às normas patriarcais; e a ideologia patriarcal nas suas diferentes expressões: o naturalismo e o essencialismo.

Há que se considerar, portanto, que no modelo de sociedade posto, todas as mulheres estão suscetíveis à violência como uma forma de reproduzir a lógica de dominação (exploração patriarcal). Até mesmo, contraditoriamente, as mulheres em contexto gestacional podem ser vítimas no âmbito doméstico familiar.

Cisne e Santos (2018) anotam o seguinte sobre a reprodução do patriarcado nas relações sociais da sociedade capitalista:

²⁰ “O patriarcado é, literalmente, a autoridade do pai. Designa uma formação social em que os homens detêm o poder, ou ainda, o poder é dos homens” (Cisne; Santos, 2018, p. 43).

O patriarcado, embora atinja de forma estrutural a sociedade, dirige suas implicações centralmente às mulheres [...]. Assim, ainda que atinja outros sujeitos, a lógica que estrutura o patriarcado é de privilégio e de dominação masculinos relacionados à subalternização e à invisibilização das mulheres e do que é associado ou considerado e identificado como feminino [...]. Logo, ainda que o exercício do poder patriarcal não se restrinja ao sexo biológico da mulher, permeia a construção social do sexo feminino, que se associa ao frágil, ao desvalorizado, ao subalterno e ao subserviente, enquanto o “modelo” patriarcal do homem é o da força, virilidade, poder e dominação (Cisne; Santos, 2018, p. 43).

O patriarcado contribui para a lógica de reprodução do capitalismo e produz cotidianamente exploração, dominação, opressão e violência contra as mulheres. Cumpre problematizar a sua naturalização na sociedade de classes, que opera na produção de desigualdade estrutural e exploração.

Na sociedade vigente:

A lógica da sociedade patriarcal é uma formação social em que os homens detêm o poder, ou seja, o que impera é a dominação masculina e a opressão das mulheres. Além disso, o patriarcado não só se expressa no ambiente doméstico ou nas relações subjetivas e individuais, mas nas relações sociais com ampla esfera de reprodução [...]. O entendimento dessa sociedade com base patriarcal, racista e capitalista exige compreender que as classes sociais não são meras abstrações, mas sim relações sociais que envolvem antagonismos inscritos numa materialidade de corpos reais, que possuem sexo/gênero, raça/etnia, classe/orientação sexual (Santos, 2021, p. 21).

O lugar ocupado pelas mulheres na sociedade – capitalista, patriarcal e racista²¹ – permanece até os dias atuais, a explorar/oprimir as mulheres, a maioria negras, nas relações sociais de produção, por meio da denominada divisão sexual do trabalho:

A divisão sociossexual do trabalho é parte constitutiva das relações sociais de gênero²², entendidas como relações desiguais, hierarquizadas e contraditórias, seja pela exploração da relação capital/trabalho, seja pela dominação masculina sobre a feminina, seja pelo preconceito de raça/etnia ou pela sexualidade. Essa divisão, portanto, expressa a articulação fundamental entre produção e reprodução, permitindo-nos abordar as dimensões objetivas e subjetivas, individuais e coletivas existentes tanto na esfera do trabalho assalariado como na esfera do trabalho reprodutivo (Nogueira, 2022, p. 22-23).

²¹ “O racismo como articulação ideológica incorporada dá-se através de um conjunto de práticas materiais de discriminação e é o determinante primário da posição dos não brancos dentro das relações de produção e distribuição (...). O racismo (bem como o sexismo) torna-se parte da estrutura objetiva das relações ideológicas e políticas do capitalismo. A reprodução de uma divisão racial (ou sexual) do trabalho pode ser explicada sem apelar para preconceito e elementos subjetivos” (Gonzalez, 1984, p. 93).

²² Conforme já sinalizado anteriormente, optamos pela denominação relações sociais de sexo. Conceito utilizado pelas feminismo materialista francês.

De acordo com Gonzalez (1984), além da divisão sexual do trabalho, o capitalismo também se consolidou a partir da divisão racial do trabalho. Para a ativista negra, “na medida em que existe uma divisão racial e sexual de trabalho, não é difícil concluir sobre o processo de tríplice discriminação sofrido pela mulher negra (enquanto raça, classe e sexo), assim como seu lugar na força de trabalho” (Gonzalez, 1984, p. 96).

Angela Davis, no livro *Mulheres, Raça e Classe*, esclarece que, para além de apreender o conceito de relações sociais de sexo – que nos possibilita compreender as desigualdades históricas entre homens e mulheres a partir das relações sociais –, precisamos considerar as relações sociais de raça, que são sustentáculo do sistema capitalista e patriarcal (Davis, 2016).

As categorias capitalismo, patriarcado e racismo são consideradas, aqui, como estruturantes, complexas, contraditórias e dinâmicas. Entendemos a ação articulada da tríade das relações que compõem a categoria em questão na realidade de exploração e dominação das mulheres na sociedade vigente.

Adotamos a compreensão de Falquet (2017) sobre o denominado “imbricamento” das relações, que diz o seguinte: as relações de sexo, classe e raça são coformadas, coconstruídas ou imbricadas de maneira inseparável, sem perder de vista a particularidade de suas incidências e de acordo com o contexto histórico e social das mulheres.

De acordo com Ávila (2019), Saffioti recorre à ideia de nó para abordar a imbricação entre as contradições de gênero, classe e raça. “Para ela, patriarcado, capitalismo e racismo produzem desigualdades que se reforçam mutuamente e se particularizam em determinados períodos históricos” (Ávila, 2019, p. 184).

Davis (2016) esclarece a dinâmica da exclusão capitalista, com ênfase no racismo e sexismo, segundo a qual, no contexto de escravidão, as mulheres negras tinham todos os outros aspectos de sua existência ofuscados pelo trabalho compulsório. Considera que o ponto de partida de qualquer exploração da vida das mulheres negras na escravidão seria uma avaliação de seu papel como trabalhadora. Afirma, ainda, que o enorme espaço que o trabalho ocupa hoje na vida das mulheres negras reproduz um padrão estabelecido durante os primeiros anos de escravidão.

No contexto de sociedade capitalista/patriarcal, não podemos perder de vista o “imbricamento” do racismo na reprodução das relações sociais. Consideramos,

aqui, que nas relações sociais de sexo, o chamado “quesito raça/cor” está fortemente presente na vida social das mulheres. Ele opera no sentido de explorar, inferiorizar e excluir as mulheres negras das relações de produção – sendo reservado, na maioria das vezes, à esfera da reprodução, ou seja, do trabalho/cuidado no âmbito doméstico familiar.

Conforme Saffioti (2013), o capitalismo pode até se revelar maleável e estimular mudanças. Todavia, isso não significa que ele oferece plenas possibilidades de integração social feminina. Ou seja, as mulheres podem até sair do espaço doméstico/familiar, entretanto, as possibilidades de permanência, realização e ascensão são menores. Para a autora em questão, neste modo de produção – sexo e raça – são mecanismos que funcionam em desvantagem no processo competitivo e atuam de forma conveniente para a conservação da estrutura de classes.

Portanto, na sociedade capitalista patriarcal, todas as mulheres estão sujeitas a desemprego, pobreza, fome, dificuldade de acesso a políticas públicas, violência, adoecimento e morte. Entretanto, as informações dos órgãos oficiais indicam que as mulheres negras são as mais vulneráveis e as que continuam liderando o posto de maiores vítimas da exploração e dominação na sociedade brasileira.

Nesse sentido, reafirmamos nossa concordância com a perspectiva feminista materialista, por meio da seguinte afirmação:

As relações sociais de sexo são relações de exploração, opressão e apropriação, que têm uma base material – a divisão sexual do trabalho e o controle sobre a sexualidade e a reprodução das mulheres a ele associado – forjadas pelo sistema patriarcal, capitalista e racista, com seus contornos particulares na formação sócio-histórica brasileira (Cisne, 2018, p. 12).

Sem dúvida, na ordem da sociedade capitalista/racista e patriarcal brasileira – onde se tem a divisão sexual do trabalho e as relações sociais de sexo –, são intrínsecas a exploração, a dominação, a vulnerabilização e a opressão das mulheres em sua maioria negras – expressas por meio das diferenças salariais, sobrecarga de trabalho doméstico, adoecimento, morte materna, violência e dificuldade de acesso às políticas sociais.

Conforme Safiotti, o domínio masculino sobre o feminino é um elemento presente na sociabilidade capitalista/patriarcal e racista:

Os homens da classe dominada funcionam, pois, como mediadores no processo de marginalização das mulheres de sua mesma classe da estrutura ocupacional, facilitando a realização de interesses daqueles que

na estrutura de classes ocupam uma posição oposta à sua (Saffioti, 2013, p. 123).

Mediante a compreensão da relação estruturante do capitalismo/racismo/patriarcado, há que se realizar aproximações sucessivas com a realidade concreta das mulheres, a fim de desnaturalizar a lógica posta na nossa sociedade – que ainda associa fortemente o feminino à maternidade compulsória e ao trabalho de reprodução/âmbito doméstico e cuidado, invisibilizando a exploração, a apropriação e a opressão. Tal fato opera – por meio do poder patriarcal – para a retirada da mulher do lugar de sujeito da sua história, bem como para a manutenção da opressão e da violência contra as mulheres.

Precisamos problematizar cotidianamente a lógica operante de trabalho reprodutivo e a reprodução social vigente na sociedade capitalista, patriarcal e racista, a fim de enfrentarmos as violências presentes na vida de todas as mulheres.

1.3 MULHERES, TRABALHO REPRODUTIVO, EXPLORAÇÃO E REPRODUÇÃO SOCIAL

Iamamoto (2004) p. 30) apresenta uma concepção teórico-crítica importante sobre a reprodução das relações sociais na sociedade capitalista:

O processo capitalista de produção expressa, portanto, uma maneira historicamente determinada de os homens produzirem e reproduzirem as condições materiais da existência humana e as relações sociais através das quais levam a efeito a produção. Neste processo, se reproduzem, concomitantemente, as ideias e representações que expressam as relações e as condições materiais em que se produzem, encobrindo o antagonismo que as permeia [...]. Na sociedade de que se trata, o capital é a relação social determinante que dá a dinâmica e a inteligibilidade de todo o processo da vida social [...]. As relações sociais aparecem, pois, mistificadamente como relações entre coisas, esvaziadas de sua historicidade. A retificação do capital é, pois, a forma mistificada em que a relação social do capital aparece na superfície da sociedade (Iamamoto, 2004, p 30-31).

Neste contexto, há uma vinculação histórica entre acumulação capitalista e trabalho reprodutivo, necessários à reprodução social da sociedade capitalista. Esta discussão diz respeito ao caráter “indissociável da reprodução do capital e da reprodução dos seres humanos, a subordinação da reprodução à produção e a sujeição de um sexo ao outro” (Combes; Haicault, 1986²³ *apud* Ferreira, 2020, p.

²³ COMBES, Danièle; HAICAULT, Monique. Produção e Reprodução. Relações sociais de sexos e de

11).

Federici (2023) afirma que na Idade Média as mulheres podiam usar métodos contraceptivos e haviam exercido um controle indiscutível sobre o parto. Com a acumulação capitalista, os úteros femininos se transformaram em território político, controlados pelos homens e pelo Estado. A procriação foi colocada a serviço da acumulação capitalista.

O corpo feminino foi transformado em instrumento para a reprodução do trabalho e para a expansão da força de trabalho, tratado como uma máquina natural de criação, funcionando de acordo com ritmos que estavam fora do controle das mulheres (Federici, 2023, p. 186).

A autora considera que no século XIX foi criada a figura da dona de casa em tempo integral – responsável pela redefinição da posição social das mulheres na sociedade com relação aos homens.

Angela Davis faz um importante esclarecimento sobre o período histórico em questão:

À medida que a ideologia da feminilidade – um subproduto da industrialização – se popularizou e se disseminou por meio das novas revistas e dos romances, as mulheres brancas passaram a ser vistas como habitantes de uma esfera totalmente separada do mundo do trabalho produtivo. A clivagem entre economia doméstica e economia pública, provocada pelo capitalismo industrial, instituiu a inferioridade das mulheres com mais força do que nunca. Na propaganda vigente, “mulher” se tornou sinônimo de “mãe” e “dona de casa”, termos que carregavam a marca fatal da inferioridade. Entre as mulheres negras escravas, esse vocabulário não se fazia presente. Os arranjos econômicos da escravidão contradiziam os papéis sexuais hierárquicos incorporados na nova ideologia. Em consequência disso, as relações homem-mulher no interior da comunidade escrava não podiam corresponder aos padrões da ideologia dominante (Davis, 2016, p. 24).

A ideologia da feminilidade enfatizava o papel das mulheres como mães protetoras, parceiras e donas de casas amáveis para seus maridos, entretanto, não se estendia às escravas:

Na verdade, aos olhos de seus proprietários, elas não eram realmente mães; eram apenas instrumentos que garantiam a ampliação da força de trabalho escrava. Elas eram “reprodutoras” e animais cujo valor monetário podia ser calculado com precisão a partir de sua capacidade de se multiplicar (Davis, 2016, p. 19).

Conforme Medeiros (2023), no decorrer do percurso histórico e com o desenvolvimento de outras forças sociais, políticas e econômicas, dá-se a

consolidação do patriarcado não só como um modelo hegemônico no ambiente doméstico, mas dominando todos os âmbitos das relações sociais.

A mesma autora aponta, com base na concepção de Saffioti (2005), que o patriarcado possui duas principais estratégias: a dominação e a exploração. A exploração pode ser mais amplamente observada na divisão sexual do trabalho e na desvalorização do trabalho feminino; já a dominação está relacionada “ao controle da sexualidade e, por conseguinte, de sua capacidade reprodutiva” (p. 42), capaz de ditar a quantidade de filhos, a obrigação de tê-los e a total responsabilização por seus cuidados.

Não há, de um lado, a dominação patriarcal e, de outro, a exploração capitalista. Para começar, não existe esse processo de dominação separado de outro da exploração. Por esta razão, usa-se aqui a expressão dominação-exploração. De rigor, não há dois processos, mas duas faces do mesmo processo. Daí ter-se criado a metáfora do nó para dar conta da realidade da fusão patriarcado-racismo-capitalismo (Saffioti, 2005, p. 65).

Todos os domínios da sociedade são atingidos pela transversalidade das relações de sexo. Ressalta-se que “o trabalho de categorização operado por meio das relações de sexo consiste em dar – e fixar como verdade – definições sociais” (Devreux, 2005, p. 569).

Estabelecer o que é um homem e o que é uma mulher; estabelecer o que é trabalho e o que não é; o que é produção e o que não o é. Estabelecer também o que é normal para uma mulher e o que não é; estabelecer o que é possível para uma mulher e o que não é; estabelecer o que é socialmente aceitável e o que é desvalorizável, etc. Tal trabalho de categorização é assimétrico: a posição dominante dos homens dispensa estabelecer o que é o masculino, pois o masculino é a norma de referência (Devreux, 2005, p. 569).

Ávila e Ferreira (2019) consideram pontos de referência que são fundamentais na perspectiva feminista materialista: a exploração, a dominação e a apropriação das mulheres têm uma base material, a qual está estruturada a partir da divisão sexual do trabalho, sendo vista como inextricável da divisão racial do trabalho e da relação corpo, produção/reprodução e sexualidade.

Na perspectiva adotada, faz-se necessária a desnaturalização do que está posto sobre o que se espera do “ser mulher” nesta sociedade, associado ao “dever da mãe que cuida”. Cita-se, por exemplo, a submissão a relacionamentos afetivos/íntimos com vivência de violência doméstica familiar em nome da proteção dos filhos e da família. Há que se considerar a totalidade, sem perder de vista as diferenças e desigualdades entre as mulheres.

... a adoção de um ponto de vista materialista não exclui a consciência das diferenças entre mulheres; ao contrário, uma plena compreensão dessas diferenças exige que tomemos em contas desigualdades sociais, materiais e as práticas sociais cotidianas. O materialismo está longe de ignorar as questões de linguagem, de cultura, de representações, de subjetividade, mas exige que as situemos dentro de seu contexto histórico e social. O feminismo materialista não reduz a opressão das mulheres a uma causa única; ele se recusa a toda tentativa de grande teoria totalizante como também a toda posição trans-histórica e universalisante (Jackson, 2009²⁴ *apud* Ávila; Ferreira, 2019, p. 18).

Não podemos perder de vista que a reprodução social é permeada por determinações, contradições e interesses próprios da sociabilidade capitalista, patriarcal e racista.

Conforme Ávila (2019), a imbricação das relações sociais, a divisão sexual do trabalho, de raça e de classe se materializam na vida das mulheres como experiências desigualmente diferenciadas, tanto na vivência da exploração do trabalho produtivo e reprodutivo como na vivência da sexualidade e da reprodução. Faz, ainda, importante esclarecimento sobre a relação dos corpos dos sujeitos e trabalho na dinâmica das relações sociais de sexo:

Em termos de relações sociais de sexo/gênero, de classe e de raça, a questão corpo/sujeito é incontornavelmente uma dimensão material/simbólica sobre a qual se funda a construção da categoria social mulheres, em contraposição à categoria homens. Na forma clássica e predominante de produção de conhecimento sobre os corpos dos sujeitos e o trabalho, há uma reatualização permanente das definições dos marcadores de gênero e de raça, a partir dos contextos de trabalho que respondem à necessidade do sistema de manter seus processos de exploração, dominação e apropriação (Ávila, 2019, p. 193).

A questão dos corpos femininos revela-se como estrutura material e passível de apropriação²⁵, dominação e exploração. Cumpre esclarecer:

É através do corpo que a exploração toma forma concreta na prática social do trabalho; é sobre o corpo que o controle e a apropriação sobre a sexualidade e a reprodução se efetivam (Ávila, 2019, p.194).

Esta estrutura material, o corpo, é o lugar no qual habita o sujeito, e nele estão também a capacidade de pensar e agir no mundo, a capacidade de trabalhar, de gestar outros seres humanos, de sentir alegria, prazer e de sofrer (Ávila, 2019, p. 191).

Uma mulher grávida que faz trabalho remunerado e não remunerado

²⁴ JACKSON, Stevi. Pourquoi un féminisme matérialiste est (encore) possible – et nécessaire. *Nouvelles Questions Féministes*, v. 28, n. 3, p. 16-33, 2009.

²⁵ Na elaboração teórica de Colette Guillaumin, as expressões da apropriação se dão pela: “a) apropriação do tempo; b) apropriação dos produtos do corpo; c) a obrigação sexual; d) o encargo físico dos membros inválidos do grupo... bem como dos membros válidos do sexo macho” (Guillaumin, 2014, p. 34-35).

sustenta em seu corpo três processos de trabalho cotidiano (...). Nesse contexto de intensa dominação, exploração e apropriação dos corpos dos sujeitos que trabalham, que reproduzem e vivem a sexualidade, não como dimensões separadas da sua existência social, mas como dimensões integradas na totalidade da sua existência, que se materializam nas práticas da vida cotidiana (Ávila, 2019, p. 191).

O corpo das mulheres é associado ao trabalho reprodutivo doméstico, como dimensão ideológica da estruturação da divisão sexual do trabalho, e muitas doutrinas foram escritas para definir as mulheres como seres do privado, de essência natural, voltadas para se doar, esperar e cuidar (Ávila, 2019, p. 189).

A ideologia patriarcal mostra-se presente na sociedade de diferentes formas. Por meio da concepção de que o instinto materno é inerente à vida de todas as mulheres, bem como na predisposição e na habilidade inata para o cuidado e a proteção dos filhos. A nosso ver, opera-se fortemente a sobreposição do papel/lugar de mãe antes de “ser mulher” – sujeito de sua história com possibilidades e limites próprios do seu contexto de vida.

Nesta lógica, entende-se que a mulher está no mundo, antes de tudo, para procriar e cuidar dos filhos/do outro – independentemente do contexto de pobreza, ausência da rede de apoio, vulnerabilidade, **risco ou vivência de violência doméstica familiar – onde se sabe que, contraditoriamente, até mesmo mulheres em contexto de gestação estão suscetíveis à violência.**

Dito isso, há que sempre se considerar o interesse intrínseco do capitalismo – por meio do patriarcado e racismo – que as mulheres mantenham o lugar ocupado na sociedade vigente – essencial à exploração e à manutenção da desigualdade estrutural.

A tensão ocorre em torno da “partilha” do trabalho entre os sexos, partilha que tem como características a destinação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a captação pelos homens das funções de forte valor social agregado (Kergoat, 2018, p. 90).

Portanto:

A divisão sexual do trabalho produz e reproduz a assimetria entre práticas femininas²⁶ e masculinas, constrói mecanismos de sujeição e disciplinamento das mulheres, produz e reproduz a subordinação do gênero

²⁶ As condições em que vivem homens e mulheres não são produto de um destino biológico, mas, sobretudo, de construções sociais. Homens e mulheres não são uma coleção – ou duas coleções – de indivíduos biologicamente diferentes; eles formam dois grupos sociais envolvidos numa relação social específica: as relações sociais de sexo. Estas, como todas as relações sociais, possuem uma base material, no caso o trabalho, e se exprimem por meio da divisão social do trabalho entre os sexos, chamada, concisamente, divisão sexual do trabalho (Kergoat, 2009, p. 67).

dominação” (Souza-Lobo, 2021, p. 178).

Nessa perspectiva, espera-se na sociedade vigente que a mulher ocupe, principalmente, o lugar da procriação/trabalho reprodutivo, e do cuidado voltado/centrado na família e extensivo a outros/as – desconsiderando, quase sempre, as reais condições concretas da realidade.

A mediação do trabalho doméstico realizado pelas mulheres na estruturação e reprodução das relações sociais capitalistas não explica sua permanência como uma atribuição majoritária feminina. A permanência deste trabalho como atribuição majoritária das mulheres, realizada de maneira gratuita, não serve evidentemente apenas aos interesses de reprodução do capital; antes, este sistema vale-se e reforça as relações de subordinação, apropriação e opressão das mulheres pelos homens no âmbito da família para fins de sua própria reprodução. Até os dias de hoje, os homens são beneficiados pela realização deste trabalho de maneira quase exclusiva pelas mulheres e constituem, portanto, um grupo social interessado na manutenção da divisão sexual do trabalho. A apropriação deste tempo segue como o *enjeux* nas relações sociais de sexo (Ferreira, 2020, p. 133).

Em suma, entendemos aqui – como interesse do capital e benefício aos homens – a naturalização da forma como se dá a reprodução social na sociedade vigente, mediante a exploração do trabalho reprodutivo (não pago), legitimado pelo patriarcado (que dita o poder e a dominação dos homens em detrimento das mulheres) e estruturado pelo racismo (que aprofunda as desigualdades).

As mulheres são “chamadas” para a formação da família e o exercício da sua “inerente capacidade de cuidado” com os filhos/os. Sobretudo as mulheres negras ficam mais sujeitas à dependência financeira dos homens, exploração, pobreza e à vivência de opressão e violência nas suas relações.

Não podemos perder de vista a posição social e a subalternidade imposta às mulheres na sociedade de classe, patriarcal e racista, que, na maioria das vezes, estão submetidas ao trabalho reprodutivo/doméstico familiar e sustentam cotidianamente a reprodução social do capitalismo.

Assim, para muitas meninas e mulheres, a residência familiar está longe de ser um espaço de privacidade e proteção, sendo com frequência um ambiente de humilhação, abusos e dor [...]. A não idealização da vida familiar tem sido fundamento das leis e das políticas de combate à violência doméstica [...]. Os avanços recentes são marcados pelo entendimento de que a privacidade não pode servir para proteger agressores e que as relações de poder no âmbito familiar devem ser reguladas com o objetivo de garantir a integridade física e mental das pessoas. A privacidade como conceito abstrato pode servir mal às pessoas mais vulneráveis na família e ocultar violências (Biroli, 2018, p. 113).

A subalternização das mulheres é determinada pela sociedade de classe, patriarcal e racista, sendo, portanto, funcional à produção da riqueza, manutenção e reatualização da ordem vigente – neoliberal e conservadora.

Deve-se considerar seu potencial de naturalizar e ocultar a violência contra as mulheres, com base em posicionamentos teóricos apresentados e na realidade concreta. Questiona-se, portanto: opera-se a tendência de invisibilidade da violência doméstica familiar? Acredita-se, aqui, que tal fato é fortemente “sustentado” pelo que dita o patriarcado às mulheres: manter o matrimônio (ou outra modalidade de relação), procriar²⁷ e cuidar da família, a fim de manter a desigualdade nas relações sociais de sexo e a reprodução social da sociedade.

Há que se atentar para as vivências femininas de exploração, opressão e violência²⁸ que produzem, contraditoriamente, a vulnerabilidade necessária à manutenção da reprodução social.

Assim, tem-se a reprodução social da sociedade vigente – cada vez mais afetada pela incidência do neoliberalismo e do conservadorismo – com um discurso centrado na responsabilização e proteção da família e, cotidianamente, perpetuando a opressão e a violência contra as mulheres.

1.4 APROPRIAÇÃO, NATURALIZAÇÃO, OPRESSÃO E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A violência é considerada um problema estrutural, complexo e multifatorial da sociedade.

Sobre a violência na sociedade capitalista:

Tende-se a considerar a violência como um defeito da sociedade que resultaria, em última análise, de uma natureza humana potencialmente violenta. Sem entrar no mérito dessa questão da natureza humana e sem querer, porque seria esquecer as inúmeras mediações, atribuir todo tipo de violência diretamente ao sistema capitalista, é preciso que se diga que esta é uma forma de sociabilidade que tem a violência na sua própria raiz. E que esta forma de violência, ao contrário de muitas outras, não só é socialmente legitimada, como nem é tida por algo violento. Pelo contrário, é considerada como o próprio fundamento natural e positivo dessa sociedade. Trata-se do ato fundante dessa sociedade: a compra e venda de força de trabalho,

²⁷ Seguindo na trilha do feminismo materialista, podemos considerar o processo de procriação como um trabalho. É importante considerar que a reprodução biológica não se faz num vazio social e sempre foi controlada e definida de acordo com cada contexto histórico (Ávila, 2019, p. 192).

²⁸ As relações sociais de desigualdade hierárquica construídas pelo patriarcado e legitimadas pelo capitalismo constituem-se como relações sociais desiguais que se articulam e se expressam muitas vezes pela violência (Santos, 2021, p. 22).

gerador da propriedade privada de tipo capitalista. Esse é um ato que, por sua própria natureza, implica a submissão violenta – embora “livremente” aceita – do trabalho ao capital. Somente na aparência é um ato livre. Afinal, o trabalhador tem de submeter-se a ser explorado sob pena de perder a vida. Este ato violento gera, necessariamente, uma sociedade permeada pela violência, nas suas formas mais diversas. Dele derivam a oposição dos homens entre si, o individualismo, a competição e a guerra entre todos. Todas as outras formas de violência, ainda que oriundas diretamente desse ato fundamental, se veem marcadas por potencialidades e ampliadas por ele (Tonet, 2009, p. 115).

Neste sistema, as relações de apropriação e exploração se combinam, até porque “a força de trabalho que se vende é indissociável do corpo que a porta, e as suas formas de apropriação e exploração estão definidas não só pelas relações de classe como também de ‘raça’ e de gênero” (Ávila, 2011, p. 65).

Além da exploração do trabalho reprodutivo, “as mulheres constituem uma classe apropriada, não só individualmente, por meio da instituição matrimonial, mas também coletivamente, pela classe dos homens, nas relações de ‘sexage’²⁹ (Curiel; Falquet, 2014, p. 18).

Deve-se compreender a apropriação como prática do poder e a ideia de natureza – por meio da discussão de Collete Guillaumin, com ênfase nas relações de sexagem. *Sexe, race et pratique du Pouvoir. L’idée de Nature* (Sexo, raça e prática do poder. A ideia de natureza) trata da naturalização da opressão das mulheres.

Conforme Curiel e Falquet (2014), através da obra em questão, a autora demonstra:

como a construção da ideologia naturalista legitima a apropriação das mulheres (coisificadas e naturalizadas por meio da sexização) e das escravas (coisificadas e naturalizadas por meio da racialização, e no caso das escravas, ademais sexizadas), como algo natural e inscrito dentro do marco de um destino biológico (Curiel; Falquet, 2014, p. 19).

No livro *O patriarcado desvendado* (Ferreira et al., 2014), encontramos o que se entende em relação ao nascimento de um bebê macho na sociedade vigente:

Ele nasce como um futuro sujeito, que terá de vender sua força de trabalho, mas não sua própria materialidade, sua própria individualidade. E, mais ainda, proprietário de si mesmo, ele poderá igualmente adquirir a individualidade material de uma fêmea. E, ademais, irá dispor igualmente da força de trabalho desta, que ele usará da maneira que lhe convenha (Guillaumin, 2014, p. 28).

²⁹ Compreendido como relações sociais de sexo. Collete Guillaumin constrói a palavra e o conceito de “sexage” (sexagem) a partir do paralelo e das (des)continuidades históricas entre “servage” e “esclavage” (escravidão) (Curiel; Falquet, 2014, p. 18).

Nesta perspectiva, o corpo individual de cada mulher e – do conjunto das mulheres – é apropriado, sendo possível a apropriação³⁰ privada (por meio do contrato de casamento) e a apropriação coletiva. Assim se observa a disponibilidade da classe das mulheres aos homens (mesmo que fora das relações diretas interpessoais de apropriação).

A autora relata atos do cotidiano dos homens que trazem o caráter público desse apoderamento:

O fato de ele revestir-se aos olhos de muitos, e, em todo caso, dos homens em seu conjunto, de certo caráter 'natural', de quase 'autoevidência' é uma dessas expressões cotidianas e violentas da materialidade da apropriação da classe das mulheres pela classe dos homens (Guillaumin, 2014, p. 28).

Ainda, explicita que a exploração da classe das mulheres, vista no trabalho reprodutivo/doméstico – a apropriação³¹ – está presente de forma “natural” na sociabilidade vigente (Guillaumin, 2014).

Ainda segundo a autora, a apropriação das mulheres possui um fato material e um fato ideológico. O primeiro é uma relação de poder: o ato de força permanente, que é a apropriação das classes das mulheres pela classe dos homens. O outro é um efeito ideológico³²: a ideia de “natureza”, ou seja, esta “natureza” que supostamente explica o que seriam as mulheres.

Indica que a apropriação concreta das mulheres é a sua redução ao estado de objeto material.

(...) É como sujeitos que nós não existimos. Materialmente, existimos demasiadamente: somos propriedades. Tudo isso é um caso banal de

³⁰ Segundo Guillaumin (2014, p. 35), são expressões particulares desta apropriação: a) a apropriação do tempo; b) a apropriação dos produtos do corpo; c) a obrigação sexual; d) o encargo físico dos membros inválidos do grupo (inválidos por idade – bebês, crianças, velhos – ou doentes e deficientes), bem como dos membros válidos do sexo masculino.

³¹ Os meios de apropriação da classe das mulheres são: a) o mercado de trabalho; b) o confinamento no espaço; c) a demonstração de força; d) a coação sexual; e) o arsenal jurídico e o direito consuetudinário (Guillaumin, 2014, p. 55).

³² Na ideologia naturalista desenvolvida hoje contra os grupos dominados, podem-se distinguir três elementos. O primeiro, o estatuto de coisa, que exprime as relações sociais de fato; os apropriados, sendo propriedades naturais, são elementos materializados no próprio pensamento. O segundo corresponde ao que se pode chamar de pensamento de ordem, um sistema finalista e teleológico que se resume em: sendo as coisas como elas são, isto é, alguns grupos (ou um grupo) apropriando-se de outros (ou de outro), isso faz funcionar corretamente o mundo; convém, portanto, que as coisas permaneçam assim, o que evitará a desordem e a ruína dos valores verdadeiros e das propriedades externas (...). O terceiro elemento, específico ao pensamento moderno a partir do século XVIII, o 'naturalismo', proclama que o estatuto de um grupo humano, assim como a ordem do mundo que o constituiu enquanto tal, é programado a partir do interior da matéria viva (...). Eis a ideia singular de que as ações de um grupo humano, de uma classe são 'naturais', que são independentes das relações sociais, que elas preexistem a qualquer história, a todas as condições concretas determinadas (Guillaumin, 2014, p. 73).

demarcação. É porque nós “pertencemos” que somos desprezadas por nossos proprietários; é porque nós somos possuídas no conjunto enquanto classe que somos “despossuídas” de nós mesmas (Guillaumin, 2014, p. 43).

Assevera que as mulheres são uma propriedade material concreta e que sobre elas (e contra elas) se desenvolve um discurso da natureza (Guillaumin, 2014). Destaca a invisibilidade³³ da apropriação das mulheres: “(...) O fato de que é sua materialidade em bloco que é adquirida, é tão profundamente aceita que não se vê” (Guillaumin, 2014, p. 51). Assim, a apropriação acontece e, sem que a percebamos, perdemos a nossa condição de sujeitos e somos, muitas vezes, silenciadas, invisibilizadas e oprimidas na sociedade vigente.

O modelo de sociedade posto opera no sentido de produzir e reproduzir violências contra as mulheres. Assim, há que se considerar que no sistema capitalista, patriarcal e racista, as mulheres estão expostas à vivência de violência doméstica e familiar. Já o sistema em questão é capaz de invisibilizar a sua existência, como uma forma de manter a lógica operante na sociedade e sua necessária reprodução social.

Consideramos a violência contra as mulheres como uma expressão da relação de classe de homens e mulheres na sociedade vigente. Partimos da compreensão de que “o sistema capitalista, patriarcal e racista é um sistema de dominação-exploração uno, indivisível e mutuamente determinado” (Cisne, 2018, p. 12).

Na totalidade deste sistema social:

A relação social é, em princípio, uma tensão que atravessa o campo social. Não é alguma coisa passível de reificação. Essa tensão produz certos fenômenos sociais e, em torno do que neles está em jogo, constituem-se grupos de interesses antagônicos. Em nosso caso, trata-se do grupo social homens e do grupo social mulheres, os quais não são em nada passíveis de serem confundidos com a dupla categorização biologizante machos-fêmeas (Kergoat, 2009, p. 51).

Ainda:

A divisão do trabalho entre os sexos está na origem e na sustentação das desigualdades entre homens e mulheres; é sobre esta divisão que se fundam a exploração, a dominação e o antagonismo nas relações sociais entre os sexos (Ferreira, 2020, p. 29).

A apropriação da classe das mulheres e a sua naturalização na sociabilidade de classes, patriarcal e racista ocorrem individual e

³³ A natureza das relações sociais tais como a sexagem ou a escravidão é, de certa forma, invisível, pois os que, em tais relações, estão na condição de dominados não se encontram num nível de realidade muito diferente daquele de um animal ou de um objeto (Guillaumin, 2014, p. 50).

coletivamente. A apropriação individual é a realizada dentro da família, por meio do casamento. A coletiva é mais profunda que a individual ou privada e é realizada, fundamentalmente, por meio das Igrejas, do Estado e das empresas (Guillaumin, 2005³⁴ *apud* Cisne, 2015, p. 144).

O patriarcado e o racismo estão contidos na própria lógica de reprodução do capitalismo, e produz desigualdades entre a classe dos homens e a das mulheres. Não podemos perder de vista que o sexismo opera na produção de violências contra as mulheres na sociedade.

Cumpre realizar aproximações sucessivas sobre a realidade das mulheres, principalmente as negras, nas suas relações sociais, a fim de desnaturalizar a lógica posta na nossa sociedade – que associa fortemente o masculino ao trabalho produtivo (remunerado e de forte valor agregado) e o feminino, em sua maioria, ao trabalho reprodutivo (no âmbito doméstico e do cuidado).

Trata-se de:

uma sociedade permeada por relações de opressão, exploração e apropriação sobre as mulheres que promove cotidianamente situações de violência permeadas e potencializadas pela desigualdade de classe, pelo sexismo e pelo racismo (Cisne, 2015, p. 138).

Nos contextos de violência contra as mulheres, a desnaturalização do racismo e do sexismo³⁵ visibiliza suas incidências na vida das mulheres. Assim:

sexismo e racismo são questões políticas [diria também, econômicas], que fazem parte da nossa vida, do dia a dia das que procuram emprego, vão a hospitais ou postos de saúde, abortam escondidas como criminosas, amam, andam pelas ruas, cuidam dos filhos (Souza-Lobo, 2021, p. 290).

São essas mesmas mulheres que nas suas relações domésticas familiares³⁶ enfrentam a problemática da violência. Isso, apesar de todas as conquistas e

³⁴ GUILLAUMIN, Colette. *Práctica del poder e idea de Naturaleza*. In: FALQUET, Jules.; CURIEL, Ochy. (org.). **El patriarcado al desnudo: tres feministas materialistas**: Colette Guillaumin-Paola Tabet-Nicole Claude Mathieu. Buenos Aires: Brecha Lésbica, 2005.

³⁵ O sexismo não é somente uma ideologia, reflete também uma estrutura de poder cuja distribuição é muito desigual, em detrimento das mulheres (...). As mulheres são "amputadas", sobretudo, do desenvolvimento, do uso da razão e do exercício do poder. Elas são socializadas para desenvolver comportamentos dóceis, cordatos, apaziguadores. Os homens, ao contrário, são estimulados a desenvolver condutas agressivas e perigosas que revelem força e coragem (Saffioti, 2015, p. 37).

³⁶ A violência doméstica apresenta pontos de sobreposição à familiar. Atinge também pessoas que, não pertencendo à família, vivem, parcial ou integralmente, no domicílio do agressor, como é o caso de agregadas(os) e empregados(as) domésticas(os). Estabelecido o domínio de um território, o chefe, via de regra um homem, passa a reinar quase incondicionalmente sobre seus demais ocupantes. O processo de territorialização, do domínio não é puramente geográfico, mas também simbólico. Assim, um elemento humano pertencente àquele território pode sofrer violência, ainda que não se encontre nele instalado. Poder-se-ia perguntar, neste momento, se a violência de gênero, em geral ou intrafamiliar, ou ainda, a doméstica especificamente, são sempre recíprocas. Mesmo

avanços, ainda é visto como uma questão do âmbito privado. Tal fato contribui fortemente para a sua naturalização e invisibilidade na sociedade.

A questão do racismo e sexismo e a necessidade de enfrentamento ficam evidentes em afirmações como: “O racismo alimenta o sexismo, tornando as mulheres brancas vítimas indiretas da opressão dirigida, em especial, às suas irmãs de outras etnias” (Davis, 2016, p. 181).

Uma das características históricas marcantes do racismo sempre foi a concepção de que homens brancos – especialmente aqueles com poder econômico – possuíam um direito incontestável de acesso ao corpo das mulheres negras (Davis, 2016, p. 180).

Uma questão central para o feminismo materialista é justamente a desnaturalização das relações sociais que submetem as mulheres, em especial as mulheres negras e periféricas, a diversas violências e desigualdades (Medeiros, 2023, p. 33).

O domínio³⁷ masculino sobre o feminino é elemento fortemente presente na sociabilidade capitalista, patriarcal e racista.

Os homens da classe dominada funcionam, pois, como mediadores no processo de marginalização das mulheres de sua mesma classe da estrutura ocupacional, facilitando a realização de interesses daqueles que na estrutura de classes ocupam uma posição oposta à sua (Saffioti, 2013, p. 123).

Os resultados empíricos das pesquisas sobre a situação social das mulheres mostram claramente que, do ponto de vista do devir da dominação de sexo, os interesses dos homens e das mulheres se opõem radicalmente. Eles lutam para preservar os benefícios obtidos com a dominação sobre as mulheres e a exploração do trabalho delas. Elas lutam para se desembaraçar dessa opressão e reduzir os efeitos dela sobre suas condições de vida, sobre sua liberdade e sobre sua integridade física (Devreux, 2005, p. 577).

Saffioti justifica a necessidade de manutenção da denominação patriarcado na sociedade vigente, pelas seguintes razões:

1) Não se trata de uma relação privada, mas civil; 2) dá direitos sexuais aos homens sobre as mulheres, praticamente sem restrição; 3) configura-se um tipo hierárquico de relação, que invade todos os espaços da sociedade; 4) tem uma base material; 5) corporifica-se; 6) por fim, representa uma estrutura de poder baseada tanto na ideologia quanto na violência (Saffioti, 2015, p. 60).

Segundo Cisne e Santos (2018, p. 68):

A violência contra a mulher é resultante de uma estruturação das relações

admitindo-se que pudesse ser sempre assim, o que não é o caso, a mulher levaria desvantagem (Saffioti, 2015, p. 76).

³⁷ Colocar o nome da dominação masculina – patriarcado – na sombra significa operar segundo a ideologia patriarcal, que torna natural essa dominação-exploração (Saffioti, 2015, p. 59).

patriarcais³⁸ da sociedade. Ao mesmo tempo, dialeticamente, essa violência estrutura o patriarcado, pois diz respeito à apropriação dos corpos e da vida das mulheres em múltiplos sentidos.

Conforme Alemany (2009, p. 271), a violência consiste em

(...) todos os atos que, por meio de ameaça, coerção ou força, lhes infligem, na vida privada ou pública, sofrimentos físicos, sexuais ou psicológicos com a finalidade de intimidá-las, puni-las, humilhá-las, atingi-las na sua integridade física e na sua subjetividade.

De acordo com Cisne (2015), as múltiplas formas de violência contra a mulher, seja ela física, psicológica, sexual, obstétrica, patrimonial ou social, não resultam das relações individuais isoladamente, mas, sobretudo, são estruturadas pelas relações de sexo, classe raça/etnia que consubstanciam a sociedade patriarcal-racista-capitalista. Para a autora, são essas relações que dão base à ideologia, naturalizando situações de violência contra as mulheres.

Segundo Saffioti, a violência doméstica apresenta características específicas. Uma das mais relevantes é a sua rotinização, o que contribui para a codependência e o estabelecimento da relação fixada.

Rigorosamente, a relação violenta se constitui em verdadeira prisão. Neste sentido, o próprio gênero acaba por se revelar uma camisa de força: o homem deve agredir, porque o macho deve dominar a qualquer custo; e a mulher deve suportar agressões de toda ordem, porque seu “destino” assim o determina (Saffioti, 2015, p. 90).

A violência doméstica contra a mulher constitui uma das formas de violação dos direitos humanos. Conforme a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, configura-se como qualquer ação ou omissão baseada no gênero³⁹ que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (Brasil, 2006).

Como consta do art. 5º da lei em questão:

I - no âmbito da unidade doméstica⁴⁰, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;

³⁹ Efetivamente, o sujeito constituído em gênero, classe e raça/etnia não apresenta homogeneidade. Dependendo das condições históricas vivenciadas, uma destas faces estará proeminente, enquanto as demais, ainda que vivas, colocam-se à sombra da primeira. Em outras circunstâncias, será outra faceta a tornar-se dominante. Esta mobilidade do sujeito múltiplo acompanha a instabilidade dos processos sociais, sempre em ebulição (Saffioti, 2015, p. 83).

⁴⁰ Ainda que não se possa negar o predomínio de atividades privadas ou íntimas na esfera da família e a prevalência de atividades públicas no espaço do trabalho, do Estado, do lazer coletivo, e, portanto, as diferenças entre o público e o privado, estão estes espaços profundamente ligados e

II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa;

III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.

Parágrafo único. As relações pessoais enunciadas neste artigo independem de orientação sexual (Brasil, 2006).

No art. 7º, são apresentadas as formas como se expressa a violência doméstica e familiar contra a mulher:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica⁴¹, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (Brasil, 2006).

parcialmente mesclados. Para fins analíticos, trata-se de esferas distintas; são, contudo, inseparáveis para a compreensão do todo social. “A liberdade civil depende do direito patriarcal” (Saffioti, 2015, p. 57).

⁴¹ As violências física, sexual e emocional não ocorrem isoladamente. Qualquer que seja a forma assumida pela agressão, a violência emocional está sempre presente. Certamente, pode-se afirmar o mesmo para a moral. O que se mostra de difícil utilização é o conceito de violência como ruptura de diferentes tipos de integridade: física, sexual, emocional e moral. Sobre tudo em se tratando de violência de gênero, e mais especificamente, intrafamiliar e doméstica, são muito tênues os limites entre quebra de integridade e obrigação de suportar o destino de gênero traçado para as mulheres: sujeição aos homens, sejam pais ou maridos. Desta maneira, cada mulher colocará o limite em um ponto distinto do *continuum* entre agressão e direito dos homens sobre as mulheres. Mais do que isto, a mera existência desta tenuidade representa violência. Com efeito, paira sobre a cabeça de todas as mulheres a ameaça de agressões masculinas, funcionando isto como mecanismo de sujeição aos homens, inscrito nas relações de gênero. Embora se trate de mecanismo de ordem social, cada mulher o interpretará singularmente. A ruptura da integridade como critério de avaliação de um ato como violento situa-se no terreno da individualidade. Isto equivale a dizer que a violência, entendida desta forma, não encontra lugar ontológico (Saffioti, 2015, p. 80).

Saffioti (2015, p. 18) discorre sobre os tipos de violência contra as mulheres:

Trata-se da violência como ruptura de qualquer forma de integridade da vítima: integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral. Observa-se que apenas a psíquica e a moral situam-se fora do palpável. Ainda assim, caso a violência psíquica enlouqueça a vítima, como pode ocorrer – e ocorre com certa frequência, como resultado da prática da tortura por razões de ordem política ou de cárcere privado, isolando-se a vítima de qualquer comunicação via rádio ou televisão e de qualquer contato humano – ela torna-se palpável.

Aqui, consideramos a importância do reconhecimento legal das formas de violência contra as mulheres, sem perder de vista que a violência contra a mulher é um fenômeno determinado/estruturado pelo capitalismo, pelo patriarcado e pelo racismo.

Não podemos esquecer que sua existência possui raízes profundas ao longo da história. Trata-se de um problema social complexo que se reproduz (de forma implícita ou explícita) a fim de manter uma lógica que contribui para a “retirada da mulher” da condição de sujeito na sociedade. Os homens assumem, cotidianamente, o lugar de superioridade e de controle nos relacionamentos com as mulheres. “Eles não aceitam que as mulheres tomem um lugar de sujeito” (Guillaumin, 2014, p. 59).

Nesta lógica, as mulheres estão vulneráveis à violência doméstica familiar – entre elas, até mesmo as mulheres em contexto gestacional. Interessa-nos, aqui, compreender a visibilidade da violência doméstica familiar contra a mulher gestante nas políticas públicas, particularmente no campo da saúde pública, questão que será aprofundada ao longo deste estudo.

2 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, POLÍTICAS PÚBLICAS, SAÚDE, NEOLIBERALISMO E CONSERVADORISMO NO PÓS-PANDEMIA

2.1 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, RESISTÊNCIA, CONQUISTAS E CONTRADIÇÕES

A violência contra a mulher é uma “violação sistemática de direitos humanos”⁴² (Táboas, 2014, p. 99). Tal concepção é fruto de lutas históricas que deram visibilidade à realidade das mulheres na sociedade.

Muito embora a igualdade de gênero tenha sido tomada como direito fundamental desde a Carta das Nações Unidas, em 1945, foram necessários muitos anos e variadas estratégias de incidência política das mulheres, junto aos governos e aos organismos internacionais, nos vários espaços de discussão da arena política local e global, até que um conjunto de mecanismos e programas de ações fosse estabelecido para a promoção de seus direitos. As questões de gênero foram, portanto, incluídas paulatinamente na agenda global de direitos humanos, segundo determinado regime de visibilidade, a partir dos contextos e da configuração de linhas de forças entre os diferentes atores políticos que dele fizeram parte e, especialmente, as próprias mulheres (Pinheiro, 2020, p. 407).

O sistema de proteção internacional de direitos humanos adota as convenções como modelo de proteção à violência contra as mulheres. Duas convenções⁴³ são consideradas destaque⁴⁴: **A Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW – sigla da**

⁴² Os direitos humanos (DH) possuem uma trajetória histórica complexa e permeada por contradições, que tanto revelam sua utilização como instrumento de dominação ideológica da burguesia, como também se constituem, por meio de determinadas lutas, em possibilidades de resistência às formas de exploração e de opressão típicas da sociedade capitalista (Santos, 2009, p. 30).

⁴³ As Convenções específicas na garantia dos direitos de igualdade das mulheres não surgem “naturalmente” no sistema de proteção internacional de direitos humanos. São impulsionadas pelos movimentos de mulheres que levaram para a pauta de discussões dos organismos internacionais a violência contra as mulheres e os mais diversos tipos de violação à sua condição humana (BRASIL, 2016, p. 15).

⁴⁴ A Convenção/CEDAW 1979 foi um avanço imenso para os direitos das mulheres, mas foi duramente criticada pelo movimento de mulheres internacional pela omissão em seu texto da questão da violência contra a mulher (...). Essa omissão somente foi sanada por intermédio da Recomendação nº 19/92, pela qual foi definida a violência contra a mulher como uma forma de discriminação, ou seja, a violência dirigida contra a mulher pelo simples fato de ser mulher, e que a afeta de forma desproporcional (ILB, 2016, p. 16). A Declaração de Viena de 1993 trouxe outros efeitos positivos à questão da violência contra as mulheres. Foi adotada a transversalidade de gênero, significando que outros órgãos da ONU, além do Comitê CEDAW, deveriam abordar regularmente os direitos humanos das mulheres (ILB, 2016, p. 17). A convenção/OEA adotou, em 1994, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará (...). Para as integrantes da comissão, a violência compreende a agressão física, sexual e também a psicológica contra as mulheres. Não se resume, apenas, ao espaço privado, da família, mas se estende a todos os setores da sociedade (BRASIL, 2016, p. 18).

Convenção em inglês), adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1979, e a **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará**, adotada pela **Organização dos Estados Americanos (OEA)**⁴⁵ em 1994 e ratificada pelo Brasil em 1995.

Segundo Cisne (2015):

Foi apenas por meio da Declaração e o Programa de Viena, em 1993, que os direitos das mulheres, no campo internacional, passaram a ser considerados direitos humanos universais. **Essa morosidade não é algo espontâneo, tão pouco natural, mas revelador da necessidade burguesa em manter o patriarcado, já que esse é funcionalmente útil para sua lógica de produção e reprodução.**

Anterior a esse reconhecimento internacional, resultante de lutas históricas do feminismo pelo combate à violência contra a mulher, já havia mecanismos de proteção aos direitos das mulheres, **com destaque especial para a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1984) e da Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1995), Convenção de Belém do Pará (...).** Não se pode negar a importância desses mecanismos voltados para o combate à violência, até porque, em grande medida, resultam da luta legítima das mulheres. **É preciso, no entanto, problematizar o terreno sócio-histórico e econômico** em que esses direitos são demandados ou mesmo formalmente legalizados, no caso, uma sociedade capitalista-patriarcal-racista (Cisne, 2015, p. 140 [grifo nosso]).

De acordo com Bandeira (2009), no Brasil as mudanças foram iniciadas no período da ditadura, na década de 1970⁴⁶, quando, no cenário das demandas pela anistia política de centenas de homens e mulheres vítimas da violência militar e

⁴⁵ Foi no contexto internacional da OEA que surgiu a Convenção Interamericana para Prevenir e Erradicar a Violência contra a Mulher – denominada Convenção de Belém do Pará. Nela, Maria da Penha Fernandes denunciou o Brasil por negligência, em razão da morosidade no julgamento de seu ex-marido que, por três vezes, tentou assassiná-la.

⁴⁶ Vale lembrar o seguinte: No Brasil Colônia vigorava o patriarcalismo brasileiro, que conferia aos homens uma posição hierárquica superior às mulheres, de domínio e poder, sob o qual os “castigos” e até o assassinato de mulheres pelos seus maridos eram autorizados pela legislação (Brasil, 2016, p. 6). O modelo de família patriarcal que legitima o homem como chefe de família e lhe delega poder disciplinar sobre os filhos e a mulher, persiste no século XIX, na época do Brasil Império, e se estende para meados do século XX. “O marido era o chefe da sociedade conjugal e a ele eram conferidos os poderes para a representação legal dos membros da família, administração dos bens, fixação de domicílio, autorização para o trabalho da mulher, entre outros”. Todas as justificativas, tanto para o tratamento desigual no campo do direito penal quanto no direito civil, vão sendo desconstruídas ao longo dos anos, a partir das “resistências” das mulheres às diversas práticas de opressão e abusos e, mais recentemente, da segunda metade do século 20 para cá, aos movimentos de mulheres e feministas que incorporaram em suas pautas a violência doméstica e o direito de as mulheres viverem sem violência onde quer que estejam, na família, nas ruas, no trabalho, nas escolas etc. (...). Os maus-tratos e castigos infligidos às mulheres, especialmente no âmbito doméstico e familiar, não eram entendidos como uma forma de violência. Esses atos passam a ser nomeados de violência no final da década de 1970, a partir da indignação do movimento de mulheres e feministas contra a absolvição dos maridos ou companheiros que assassinavam as mulheres, sob a justificativa da legítima defesa da honra (Brasil, 2016, p. 11).

segmentos do movimento feminista brasileiro se empenharam em denunciar a violência cometida contra as mulheres no próprio lar.

A resistência, naquele momento, foi fortalecida por várias estratégias de luta, entre elas a nomeação da expressão “violência contra a mulher” seguida pela demanda por políticas públicas a fim de coibi-la (Bandeira, 2009).

Houve em certa medida a “desnaturalização” da violência contra a mulher e o seu reconhecimento como um problema de caráter público e político, a exigir, portanto, o enfrentamento da problemática pelo Estado. É importante esclarecer que, antes dessa década, prevalecia o seguinte:

A preservação da esfera privada em relação à intervenção do Estado e mesmo às normas e aos valores majoritários na esfera pública significou, em larga medida, a preservação de relações de autoridade que limitaram a autonomia das mulheres. Em muitos casos, sua integridade individual esteve comprometida enquanto a entidade familiar era valorizada. Em nome da preservação da esfera privada, os direitos dos indivíduos *na família* foram menos protegidos do que em outros espaços, ainda que neles as garantias também fossem incompletas e diferenciadas de acordo com as posições sociais. A garantia de privacidade para o domínio familiar e doméstico foi vista, por isso, como uma das ferramentas para a manutenção da dominação masculina. A compreensão de que o que se passa na esfera doméstica compete apenas aos indivíduos que dela fazem parte serviu para bloquear a proteção àqueles mais vulneráveis nas relações de poder correntes. Serviu, também, para ofuscar as vinculações entre os papéis e as posições de poder na esfera privada e na esfera pública (Biroli, 2014, p. 32).

Na década de 1980, destaca-se a resistência do movimento feminista:

Inúmeras campanhas lideradas pelo movimento feminista na trouxeram ao público a trágica situação de milhares de mulheres mortas em nome da “honra”, da “submissão” e do “amor”, por seus maridos, companheiros e amantes. Desde aquela época, ficaram cunhados os *slogans* “Quem ama não mata” e “Denuncie a violência contra a mulher”, palavras de ordem das primeiras campanhas contra a violência (Bandeira, 2009, p. 412).

A visibilidade da problemática desencadeou estudos e mudanças nos processos legislativos, jurídicos e institucionais. A violência contra a mulher passou a compor a agenda dos direitos humanos no Brasil somente na década de 1980:

A Constituição Federal de 1988 é o grande marco para os direitos das mulheres, contribuindo, para tanto, os movimentos de mulheres, conhecidos no período constituinte como o *Lobby do Batom*. Dentre diversas demandas dos movimentos de mulheres incorporadas ao texto constitucional, cabe destacar os dispositivos que tratam do princípio da igualdade entre homens e mulheres (art. 5º, I), inclusive na sociedade conjugal (art. 226, § 5º) e, também, a inclusão do art. 226, § 8º, por meio do qual “o Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações” (Brasil, 2016, p. 12).

O Brasil ratificou a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher em 1984. Entretanto, até 2003 o Brasil não havia apresentado um relatório sobre seus compromissos para acabar com a discriminação e a violência contra as mulheres:

O Brasil, entre os países da América Latina, era o único que não possuía uma legislação específica sobre a violência contra as mulheres, bem como era incipiente no que diz respeito às parcas políticas públicas voltadas para a prevenção e combate à violência (Cisne, 2015, p. 149).

Em 2006 acontece uma importante mudança normativa, por meio da vigência da Lei Maria da Penha – Lei nº 11.340⁴⁷: esta lei reconhece que **a violência doméstica e familiar contra a mulher é uma das formas de violação dos direitos humanos** e define sua especificidade⁴⁸ e a possibilidade de ocorrência para além do âmbito privado. Prevê mecanismos não só de coibição, mas também de prevenção à violência doméstica familiar:

Esta lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar (Brasil, 2006).

Deve-se destacar a possibilidade de medidas de proteção para todas as mulheres independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião:

Art. 2º Toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos

⁴⁷ Recentemente, em 2015, com a Lei nº 13.104, que torna o feminicídio crime hediondo. Os casos geralmente eram julgados pela Lei nº 9.099/95, que trata de “crimes de menor potencial ofensivo”, sendo equiparados aos casos de briga entre vizinhos e de acidentes de trânsito.

⁴⁸ Em relação ao monitoramento realizado pelo Comitê CEDAW, desde o primeiro Relatório de Radhika Coomaraswamy, da Comissão de Direitos Humanos da ONU, o Brasil vem sendo compelido a criar uma legislação específica para prevenção e proteção das mulheres em situação de violência. Em 2002, analisando o relatório enviado pelo Brasil, o Comitê CEDAW avaliou que a situação de violência doméstica contra as mulheres não está sendo suficientemente enfrentada e recomendou, entre outras ações, a adoção de legislação específica para tratar do problema, bem como formas de monitoramento para a avaliação de sua efetividade. O sistema de proteção internacional gradativamente incorporou normativas de proteção aos direitos humanos das mulheres. Esses mecanismos, somados ao constante monitoramento, têm sido essenciais para a cobrança de mudança da legislação e políticas públicas de prevenção e proteção às mulheres em situação de violência, como é exemplo a criação das delegacias especiais de atendimento à mulher, Centros de Referência, Casas Abrigo e, mais tarde, a criação da Lei Maria da Penha (Brasil, 2016, p. 20).

fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social.

Art. 3º Serão asseguradas às mulheres as condições para o exercício efetivo dos direitos à vida, à segurança, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, à moradia, ao acesso à justiça, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

§ 1º O poder público desenvolverá políticas que visem garantir os direitos humanos das mulheres no âmbito das relações domésticas e familiares no sentido de resguardá-las de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, 2006).

Confere, portanto, mais visibilidade à problemática da violência contra a mulher e reforça a necessidade de seu enfrentamento por meio das políticas públicas. Entretanto, adverte Cisne (2015, p. 142): “não basta afirmar normativamente a não discriminação e a igualdade, é preciso construir uma sociedade igualitária, antirracista e antipatriarcal”.

Deve-se sempre considerar o contexto histórico, econômico, político e social de implementação das leis e políticas públicas, a fim de apreender os avanços e retrocessos (implícitos ou explícitos) que incidem na garantia dos direitos.

Conforme Paulo Netto e Braz (2007), o que se vem conduzindo, a partir dos anos oitenta do século XX, pelo grande capital⁴⁹, sob o rótulo de reforma(s) é um gigantesco processo de contrarreforma(s), destinado à supressão ou à redução de direitos e garantias sociais.

Sabe-se que o neoliberalismo⁵⁰ está consolidado e tem mostrado, ao longo do tempo, seu potencial de precarização das políticas públicas e de responsabilização das famílias pela própria sobrevivência, sem a garantia de direitos sociais que deveriam ser de responsabilidade do Estado.

⁴⁹ O objetivo real do capital monopolista não é a “diminuição” do Estado, mas a diminuição das funções estatais coesivas, precisamente aquelas que respondem à satisfação de direitos sociais. Na verdade, ao proclamar a necessidade de um “Estado mínimo”, o que pretendem os monopólios e seus representantes nada mais é que um Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital (Paulo Netto; Braz, 2007, p. 227).

⁵⁰ O conjunto ideológico denominado neoliberalismo foi difundido e divulgado pelo grande capital, onde houve: A disseminação das teses, profundamente conservadoras, deu-se desde os anos quarenta do século XX pelo economista austríaco F. Hayek (1899-1992), que dividiu em 1974 o prêmio Nobel de Economia com Gunnar Myrdal. O que se pode denominar ideologia neoliberal compreende uma concepção de homem (considerado atomisticamente possessivo, competitivo, calculista) e uma concepção de sociedade (tomada como um agregado fortuito, meio de o indivíduo realizar seus propósitos privados) fundada na ideia da natural e necessária desigualdade entre os homens e numa noção rasteira de liberdade (vista como liberdade de mercado) (Paulo Netto; Braz, 2007, p. 226).

Segundo Harvey (2007, p. 2), o neoliberalismo é, em primeira instância, uma teoria sobre práticas de políticas econômicas que considera

que o bem-estar humano pode ser mais bem promovido por meio da maximização das liberdades empresariais dentro de um quadro institucional caracterizado por direitos de propriedade privada, liberdade individual, mercados livres e livre comércio. O papel do Estado é criar e preservar um quadro institucional apropriado a tais práticas.

Ainda:

O sistema neoliberal implicou muita destruição, não somente para as estruturas e poderes institucionais, mas também sobre as relações estruturais da força de trabalho, relações sociais, nas políticas de bem-estar social, nos arranjos tecnológicos, modos de vida, pertencimento à terra, hábitos afetivos, modos de pensar e outros mais (Harvey, 2007, p. 3).

Conforme Medeiros (2023, p. 63), o modelo neoliberal é responsável pelo acirramento do sistema de exploração e opressão próprio da dinâmica da sociedade capitalista, tendo como principal função:

operar contrariamente aos direitos sociais conquistados, à regulamentação do trabalho e na “demonização” do Estado no que se refere à atuação no campo social, tornando sua ação focalizada e seletiva aos setores mais pauperizados da sociedade, quebrando, assim, qualquer concepção universal de políticas sociais.

Nesse contexto, assegurar o que está previsto na Lei Maria da Penha – Lei nº 11.340/2006, conforme o que consta no art. 3º:

Serão asseguradas às mulheres as condições para o exercício efetivo dos direitos à vida, à segurança, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, à moradia, ao acesso à justiça, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 2006).

É, sem dúvida, um grande desafio, dadas as determinações do neoliberalismo que incidem na operacionalização das políticas públicas. Tal fato compromete, sem dúvida, a proteção das mulheres e contribui para a produção e a reprodução da violência contra a mulher.

Nesta perspectiva, precisamos problematizar os desafios das Políticas Públicas, fortemente influenciadas pela minimização do Estado, atravessado pelo patriarcado, racismo e conservadorismo, sem perder de vista as possibilidades de conquistas, por meio do necessário tensionamento político da sociedade.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Num dos documentos da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe – Cepal, denominado “A matriz da desigualdade social na América Latina” consta o seguinte:

A acumulação ou a potencialização simultânea das disparidades relacionadas com a classe social (ou nível socioeconômico) o gênero o pertencimento racial ou étnico, o território ou o ciclo da vida cria um complexo esquema de relações sociais com discriminações múltiplas que se manifestam em desigualdades de autonomia, bem-estar e empoderamento, assim como também em marcadas diferenças no exercício de direitos e de oportunidades, em capacidades e tratamentos. Essas formas e mecanismos de discriminação assentam-se também nos estereótipos – que hierarquizam e desqualificam determinados grupos sociais em razão de seu sexo, etnia, raça ou cor de pele, orientação sexual, situação socioeconômica ou outra condição – que estão presentes em diversos âmbitos da vida social e que, assim como a discriminação, permeiam as próprias instituições e são reproduzidos por elas (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, 2016, p. 20).

No Brasil, conforme Cordeiro (2023), desde a década de 80, muitos avanços foram conquistados em decorrência da atuação do movimento feminista e de mulheres: Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres (DEAMs), Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), casas-abrigo para mulheres ameaçadas de morte, Centros de Referência de Atenção às Mulheres, promulgação da Lei Maria da Penha (LMP) e da Lei do Feminicídio, entre outros.

Entretanto, mesmo com tais medidas, a realidade da violência contra a mulher continua sendo um desafio. A efetivação dos direitos das mulheres, por meio das políticas públicas existentes, ainda não se mostra efetiva no combate da problemática. Muitas mulheres vivem em contextos de violência doméstica e familiar que podem levar à morte. Ressaltamos, particularmente, a violência doméstica no ano de 2022, em tempos de pandemia de Covid-19:

Os feminicídios cresceram 6,1% em 2022, resultando em 1.437 mulheres mortas simplesmente por serem mulheres. Os homicídios dolosos de mulheres também cresceram (1,2% em relação ao ano anterior), o que impossibilita falar apenas em melhora da notificação como causa explicativa para o aumento da violência letal. Além dos crimes contra a vida, as agressões em contexto de violência doméstica tiveram aumento de 2,9%, totalizando 245.713; as ameaças cresceram 7,2%, resultando em 613.529 casos. Além disso, registro de assédio sexual cresceram 49,7% e totalizaram 6.114 casos em 2022 e o crime de importunação sexual teve crescimento de 37%, chegando ao patamar de 27.530 casos no último ano (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023, p. 136).

A mesma pesquisa mostra a desigualdade racial em relação à violência contra a mulher no Brasil:

O recorte em termos de raça/cor das mulheres vítimas de violência letal no país reafirma os elementos de racismo que perpassam todas as modalidades criminosas no país, de um jeito ou de outro. Entre as vítimas de feminicídio, tem-se que 61,1% eram negras e 38,4% brancas. Nos demais assassinatos de mulheres, o percentual de vítimas negras é ainda maior, com 68,9% dos casos para 30,4% de brancas (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023, p.142).

Há que se considerar, portanto, a “capacidade” de resposta das políticas à desigualdade social e às expressões da questão social, entre elas a violência contra as mulheres, sem perder de vista que direitos humanos e violência contra as mulheres, conforme aponta Cisne (2015, p.138), constituem “uma luta contra a sociedade patriarcal-racista-capitalista”.

As contradições, tensionamentos e desafios são aprofundados pelo contexto neoliberal/conservador, **capaz de produzir violência contra a mulher, e ao mesmo tempo, torná-la invisível, a fim da reprodução e da manutenção do modelo de sociedade vigente. Daí a importância da luta feminista.**

Eis o que dizem Ávila e Ferreira sobre o desafio do feminismo em relação à luta por direitos e à realidade atual:

Um desafio central do feminismo é pensar a relação entre a luta por direitos – que muitas vezes se materializa através das políticas públicas – e o processo de transformação social, levando em consideração a etapa histórica e do contexto social no qual nos inserimos. Por um lado, a luta por direitos exige uma reflexão ampla sobre a relação entre igualdade e capitalismo, patriarcado e racismo, pois à medida que esse sistema, imbricado nestas três dimensões, reproduz-se gerando desigualdade, é impossível, do ponto de vista teórico, político e histórico, conceber a igualdade como horizonte factível dentro da lógica capitalista, patriarcal e racista. Por outro lado, o contexto do neoliberalismo atual faz crescerem as tensões causadas pela incompatibilidade entre o grau de acumulação de riqueza e a democracia liberal (Ávila; Ferreira, 2023, p. 5).

A lógica neoliberal, a partir da década de 1990, vem atuando de forma perversa na desconstrução do público e na sociabilidade capitalista.

A implantação do neoliberalismo foi um recurso imprescindível para a perpetuação do modo de produção, estabelecendo sua própria ideologia, política econômica e racionalidade, moldadas para atender a lógica de soberania do capital. Dardot e Laval (2016, p. 14-16) apontam que o neoliberalismo gera certas relações e modos de vida, se tornando própria “razão do capitalismo contemporâneo [...] plenamente assumido como construção histórica e norma geral de vida”. Para tais autores, o neoliberalismo produz formas de vida e subjetividades que conformam normas tanto a ação dos governantes, como a conduta dos governados,

que forjam, por si mesmos, escolhas voltadas à individualidade que incorporam habilidades exigidas pela lógica empresarial de competitividade, mérito e concorrência (Keller; Keller, 2020).

Conforme Medeiros (2023, p. 63), em países como o Brasil, com larga tradição autoritária e tímida história de garantia e respeito aos direitos sociais, a retórica neoliberal encontrou terreno fértil:

A partir da concepção ideológica de que a crise ocorre pelos altos custos com os gastos em direitos sociais, os primeiros ataques foram direcionados a este âmbito, através da defesa do “enxugamento” dos gastos públicos estatais e do estímulo à compra de serviços e produto que atendem a necessidades básicas: saúde, educação, entre outros. Essa é uma das máximas retóricas do modelo neoliberal: a de estimular respostas individuais/privatistas para questões que são de ordem coletiva.

Com as demandas postas pelo neoliberalismo, é visível a minimização do Estado, e, cada vez mais, a responsabilização das famílias – centrada na mulher – pelas políticas públicas. Falquet (2008)⁵¹ *apud* Ferreira (2016, p. 7) aponta os impactos da mundialização neoliberal e os custos dos ajustes estruturais nos países pobres da América Latina sobre as mulheres:

As mulheres visibilizadas, então, como a maioria das empobrecidas, atingidas pelo desemprego, pela precarização do trabalho e com as sobrecargas no trabalho não remunerado ampliadas pela redução dos custos sociais ou mesmo, pela implementação de políticas focalizadas a baixo custo [...]. Esse processo parece indicar que o capitalismo na sua face neoliberal e globalizada promove “uma reorganização da divisão sexual do trabalho ao nível do mercado, das famílias e do Estado”.

No Brasil, segundo análise feita por Torkarski *et al.* (2023), no período de 2003 a 2020, vivenciamos avanços e retrocessos em relação às agendas das políticas públicas para as mulheres. No documento em questão, há três fases/períodos: 1) 2003 a 2014 – ocorre a consolidação de uma agenda de políticas para as mulheres em consonância com os instrumentos internacionais de direitos das mulheres, em especial a Declaração da Plataforma de Ação de Pequim. Há, portanto, a criação das bases institucionais para a transversalização da agenda de gênero; 2) 2015 a 2018 – verifica-se a estagnação desta agenda; 3) 2019 a 2020 – constata-se a deslegitimação e o desmonte das políticas.

O relatório faz uma análise da capacidade dos organismos de políticas para

⁵¹ FALQUET, Jules. Repensar as relações sociais de sexo, classe e “raça” na globalização neoliberal. **Mediações**, Londrina, v. 13, n.1-2, p. 121-142, jan/jun e jul/dez. 2008.

as mulheres realizarem a gestão da transversalidade de gênero⁵² e implementar ações:

Os indicadores levantados permitem concluir que houve, ao longo do período analisado, uma desinstitucionalização da perspectiva de gênero na estrutura governamental que se inicia com um processo de redução, paralisia e inoperância dos principais instrumentos de políticas públicas para as mulheres, o qual é seguido por um desmonte desta agenda no âmbito do Estado, pela destituição do princípio da igualdade de gênero e pela transversalidade de uma agenda conservadora de família (Tokarski *et al.*, 2023, p. 5).

A partir de 2019, as políticas para as mulheres iniciaram um momento crítico com a “gestão” de um governo de extrema direita – considerado negacionista, ultraliberal e protofascista. Vivenciamos um momento de retrocesso em relação à garantia de direitos humanos para todos(as), em particular para as mulheres usuárias de políticas públicas no nosso país, com a insuficiente capacidade de enfrentamento da violência doméstica, num contexto de

ascensão ao poder de uma nova gestão governamental pautada pela defesa de valores conservadores que propõe “a construção de uma ‘nova política para as mulheres’ baseada em uma moralidade religiosa, na centralidade da família tradicional nuclear e heteronormativa, no resgate de valores tradicionais de gênero e no embate direto com as pautas e movimentos feministas” (Ipea, 2022a)⁵³. A SPM passa então a compor a estrutura do novo Ministério das Mulheres, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), que, já em seu nome, oferece sinais dos novos rumos a serem tomados no campo das políticas de gênero e/ou para as mulheres. De fato, o fortalecimento de forças políticas neoconservadoras no Legislativo brasileiro na segunda metade do século XXI (Vaggione; Machado; Biroli, 2020) e, posteriormente, a ascensão ao Executivo federal assinalam um processo de desmobilização das capacidades até então estruturadas, indicando o aprofundamento de desmonte destas políticas. Esse terceiro período, portanto, foi aqui nomeado de deslegitimação da agenda e desmonte das políticas para as mulheres (Tokarski *et al.*, 2023, p. 7).

O impacto do período da pandemia de Covid-19 em todos os países do mundo continua, sem dúvida, a afetar o campo da economia e o acesso às políticas públicas. No Brasil, particularmente, vive-se uma instabilidade e uma crise que contribuíram para aprofundar a desigualdade social e continuam a interferir nas condições de vida das pessoas – principalmente aqueles(as) que enfrentam discriminação histórica, como é o caso das mulheres.

O Governo Federal não se comprometeu com a coordenação de respostas efetivas para a gestão da pandemia de Covid-19, comprometendo os

⁵² Ressaltamos que, nesta dissertação, não utilizamos o conceito de gênero. O termo foi citado no relatório em questão.

⁵³ IPEA. Igualdade de gênero. **Políticas sociais:** acompanhamento e análise. Brasília, n. 29, 2022.

direitos humanos da população. Os grupos que sofrem discriminação histórica foram afetados de modo desproporcional pela emergência sanitária, que agravou a crise econômica e social, tornando suas condições de vida mais precárias. O presidente Jair Bolsonaro continuou promovendo iniciativas contrárias às necessidades da maioria da população e prejudiciais ao meio ambiente e à justiça climática. Suas declarações, que muitas vezes aviltavam defensores e ativistas de direitos humanos, também minaram a Constituição e a independência do Judiciário (Anistia Internacional, 2022, p. 76).

No contexto de pandemia de Covid-19, as mulheres em situação de violência doméstica vivenciaram o isolamento social com seus agressores, com dificuldade de acesso a políticas públicas. Tal fato, sem dúvida, contribuiu para o agravamento da problemática social. A pesquisa “Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil” aponta que em comparação com as pesquisas anteriores, todas as formas de violência contra a mulher apresentaram crescimento acentuado no ano de 2022: agressões físicas, ofensas sexuais e abusos psicológicos se tornaram ainda mais frequentes na vida das brasileiras (Bueno *et al.*, 2023).

De acordo com a pesquisa, 699 mulheres foram vítimas de feminicídio em 2022, 62% das quais eram negras. Em suma, a realidade do período em questão mostra um crescimento da violência contra as mulheres, principalmente as negras, relacionado à intensidade do convívio doméstico na pandemia de Covid-19. O crescimento da violência doméstica contra a mulher, neste período, está associado também ao seguinte:

1) o desfinanciamento das políticas de enfrentamento à violência contra a mulher por parte do Governo Federal; 2) o comprometimento do atendimento nos serviços de acolhimento à Mulher vítima de violência com redução de equipes que afetaram em um grau os serviços de saúde, assistência social, segurança e acesso à justiça em todo o país. 3) a ação política de movimentos ultraconservadores que se intensificam na última década e elegeram dentro dentre outros temas, a igualdade de gênero como um tema a ser combatido (Bueno *et al.*, 2023, p. 8).

Sabe-se que em 2022 houve a menor alocação orçamentária para o enfrentamento à violência em uma década, conforme o Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc).

No ano mais grave da pandemia de Covid-19, em 2020, quando as regras para licitações e contratos foram flexibilizadas (MP 961/20 e Decreto de Calamidade), o Ministério só gastou 29,45% dos recursos autorizados. Na ocasião, as mulheres, mais do que nunca, precisavam do apoio do Estado, uma vez que as condições de vida pioraram de um modo geral e a violência doméstica aumentou, já que muitas tiveram que fazer o isolamento social com os agressores (Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2023b, p. 8).

Desde janeiro de 2023, estamos vivenciando a nova gestão do Governo do

presidente Lula Inácio da Silva, com a possibilidade de melhores condições de enfrentamento das desigualdades de gênero e violência contra a mulher no país, por meio de investimentos/iniciativas tais como: a sanção da Lei nº 14.611/2023, que prevê a garantia de salários iguais e critérios remuneratórios entre homens e mulheres no exercício da mesma função, ou que realizam trabalho de igual valor.

Vale salientar, ainda, que recentemente o Ministério das Mulheres anunciou o pacto nacional de prevenção ao feminicídio. Entretanto, não podemos perder de vista a incidência mundial do neoliberalismo/neoconservadorismo que continua operando sentido de perda/regressão dos direitos das mulheres. Enfim, questões estruturais continuam a determinar a realidade concreta das mulheres e precisam ser enfrentadas cotidianamente. Cabe ao movimento feminista e às mulheres resistir sistematicamente.

Na conjuntura atual, na qual se aprofundam a exploração-dominação capitalista, patriarcal e racista e a ofensiva contra a democracia e os direitos conquistados, a luta por sua garantia assume necessariamente um caráter antissistêmico. “Esse caráter antissistêmico se fortalece na medida em que estas lutas confrontam as estruturas e desigualdades produzidas por esse sistema” (Ávila; Ferreira, 2023, p. 25).

Os desafios mais imediatos para a garantia dos direitos humanos às mulheres compreendem, fundamentalmente, a necessidade de uma contraofensiva à ideologia conservadora, hegemônica no parlamento brasileiro, e a luta por políticas públicas e equipamentos sociais. Esses são alguns dos desafios que os movimentos sociais e as organizações de esquerda precisam enfrentar, sem, contudo, dissociá-los da necessidade de construção de um novo projeto societário (Cisne, 2015).

Todas as políticas públicas⁵⁴ precisam operar na perspectiva de defesa dos direitos das mulheres. Assim, as instituições, embora saibamos do atravessamento

⁵⁴ O Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc) analisou o Projeto de Lei Orçamentária Anual (Ploa) para 2024 e identificou um aumento de recursos em setores fundamentais para os direitos humanos. O Ministério das Mulheres terá orçamento de R\$ 89,5 milhões; o programa Igualdade de Decisão e Poder para Mulheres obteve R\$ 11,6 milhões; o combate à violência, dentro do programa Mulher Viver sem Violência, terá R\$ 67,8 milhões; o programa Autonomia Econômica das Mulheres contará com R\$ 10 milhões (Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2023a). Em 2023, o orçamento inicialmente previsto pelo governo anterior para o enfrentamento à violência contra as mulheres era de apenas R\$ 13,6 milhões, considerado o menor em anos. Esse valor subiu para R\$ 152 milhões, com uma execução financeira de R\$ 83,7 milhões e um empenho de R\$ 146,6 milhões. A criação do Ministério das Mulheres em 2023 revitalizou a política pública para as mulheres, coordenada pela ministra Aparecida Gonçalves, que conseguiu a aprovação da lei da equiparação salarial entre homens e mulheres. A Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180) em 2023 teve uma execução de

burocrático, racista e patriarcal, precisam ser agentes de proteção e de prevenção à violência contra a mulher.

Aqui, buscaremos aprofundar o conhecimento da realidade no campo da saúde pública, sem perder de vista a incidência do neoliberalismo/conservadorismo no pós-pandemia nas condições de vida das mulheres e nas práticas dos profissionais que atuam na política em questão.

2.3 A VIOLÊNCIA COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA EM TEMPOS DE NEOLIBERALISMO E PÓS-PANDEMIA

A política de saúde – componente da seguridade social brasileira – desde sempre foi tensionada por interesses distintos que comprometem a efetivação do direito à saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS)⁵⁵ é, sem dúvida, uma conquista da luta histórica do movimento da Reforma Sanitária por uma concepção ampliada de saúde que atenda às reais necessidades da coletividade.

De acordo com Cavalcante Soares (2010, p. 35), o movimento da Reforma Sanitária travou uma luta contra-hegemônica à racionalidade não só da política de saúde, mas do Estado brasileiro como um todo e do modelo de desenvolvimento capitalista.

Esse movimento não era homogêneo, sendo constituído por diversos segmentos, desde os que defendiam uma nova ordem societária fundados numa racionalidade de base emancipatória humana, até mesmo os que defendiam o melhoramento da ordem burguesa, com bandeiras de lutas da social – democracia. Porém em comum a este movimento, havia a defesa explícita da emancipação política – seja como estratégia para emancipação humana, seja no limite da ordem societária. Essa emancipação política tinha no direito à saúde um importante elemento, mas não se restringia a ele. Havia, assim, um projeto de sociedade e de Estado que fundamentavam as bandeiras de luta do movimento: uma concepção ampliada de saúde que não está restrita ao corpo e ao indivíduo, mas está centrada na coletividade, na estrutura social, nas classes sociais.

Hoje, temos um Sistema de Saúde (SUS) consolidado pela Constituição Federal de 1988, Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/1990. Nestas legislações está previsto que:

a saúde é um sistema público descentralizado, com “comando único em cada esfera de governo, uma rede regionalizada e hierarquizada de

99% do total autorizado, mas as Casas da Mulher Brasileira enfrentaram baixa execução, embora hajam empenhado 94% dos recursos (Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2023b).

⁵⁵ “O SUS foi consolidado na década de 1990 pelos artigos 196 a 200 da Constituição Federal e pelas leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990” (Correia, 2015, p. 70-71).

serviços, conforme a complexidade de atenção à saúde, de acesso universal, com integralidade da atenção, financiamento tripartite e o controle social” (Correia, 2015, p. 70-71).

A perspectiva é que o Estado, por meio da política de saúde, promova cuidado, prevenção e promoção à saúde de todos. Há uma compreensão ampliada de saúde⁵⁶, ou seja, de que a saúde não é apenas ausência de doenças, mas resultado de seus determinantes e condicionantes. Prevê a integralidade da atenção à saúde.

Nesta perspectiva de assistência integral, a rede e os profissionais devem atuar em diferentes eventos/agravos à saúde. Entre eles, a problemática da violência contra a mulher. Sabe-se que no campo da saúde pública, o tema da violência vem se introduzindo, pouco a pouco, desde os anos 1980. Mas é a partir da década de 1990 que se pode considerar a consolidação do discurso que articula violência e saúde (Minayo; Lima, 2020).

Em 1993, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) da OMS realizou uma conferência em Washington para abordar o tema da violência, apresentando importantes apontamentos: 1) o perfil de morbimortalidade das Américas evidencia a violência como problema social e um dos principais fatores de óbito e de demanda aos serviços de saúde; 2) coloca esse tema na pauta da saúde pública; 3) instiga os países latino-americanos a realizarem ações intersetoriais, visando à redução do problema em questão (Minayo; Lima, 2020, p. 45).

Neste contexto, a OPAS concluiu:

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (Minayo; Lima, 2020, p. 45).

A Organização Mundial da Saúde, na sua Assembleia Geral de 1997, apresentou o tema da violência como um dos principais problemas que afetam a saúde pública no mundo. Uma das recomendações do órgão foi que cada país produzisse seu próprio relatório com o diagnóstico da situação e propostas de ação (Minayo; Lima, 2020).

⁵⁶ Prevê o rompimento com as intervenções centradas no modelo hospitalocêntrico.

Neste contexto, foi instituído um grupo de estudo e produzido informes sobre a situação do Brasil. Posteriormente, aprovou-se a Portaria MS/GM nº 737, de 16/5/2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que é o instrumento vigente de orientação de atuação na saúde pública.

Na política em questão, há o reconhecimento de que os acidentes e as violências configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população.

É importante pontuar o seguinte:

O tema inclui-se no conceito ampliado de saúde que, segundo a Constituição Federal e a legislação dela decorrente, abrange não só as questões médicas e biomédicas, mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais nos quais a sociedade brasileira vive, trabalha, relaciona-se e projeta seu futuro (Brasil, 2001, p. 8).

A Política setorial prioriza as medidas preventivas, entendidas em seu sentido mais amplo, abrangendo desde as medidas inerentes à promoção da saúde e aquelas voltadas a evitar a ocorrência de violências e acidentes, até aquelas destinadas ao tratamento das vítimas, nesta compreendidas as ações destinadas a impedir as sequelas e as mortes devidas a estes eventos (Brasil, 2001, p. 24).

Entre as diretrizes orientadoras, destacam-se as seguintes:

1) monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; 2) assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; 3) capacitação de recursos humanos; 4) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (Brasil, 2001, p. 25).

Segundo Medeiros (2023, p. 60):

Podemos considerar que o Brasil apenas vivenciou um modelo de proteção social voltado ao atendimento e reconhecimento dos direitos sociais e humanos com a Constituição de 1988, que criou um sistema de seguridade social, cuja perspectiva de integralidade e responsabilização do Estado, no que se refere à questão social, explicita a noção de direito e cidadania. No entanto, os princípios e diretrizes da Constituição não foram implantados na sua globalidade no país, visto que anos mais tarde, o Brasil já introduzia os ideais neoliberais que vão na contramão da cidadania e da universalização dos direitos sociais, substituindo pela noção de minimização da atuação do Estado na área social e focalização/seletivização das políticas sociais.

Temos vivenciado o aprofundamento da contrarreforma do Estado⁵⁷, o

⁵⁷ No Brasil, a materialização da referida contrarreforma foi realizada no governo de Fernando Henrique Cardoso, a partir de 1995, com a criação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare), dirigido pelo então Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, o qual comandou a equipe formuladora do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE) e dos cadernos do Mare, com uma série de documentos que buscavam justificar as reformas do Estado. As funções do Estado deveriam ser

retrocesso das conquistas de 1988 e o comprometimento da política pública de saúde⁵⁸. Inegavelmente, opera-se a expansão dos setores privatistas na política em questão.

Para Cavalcante Soares (2010, p. 50), o SUS materializado se realiza de forma cada vez mais distante do SUS legalmente instituído devido às tensões do contexto.

A tendência à privatização e mercantilização observada no âmbito na política de saúde está conectada à tendência contemporânea do capital, a fim de extrair parcela significativa do fundo público como fonte de lucratividade, tomando como estratégias a desregulamentação do trabalho e a maior extração da mais-valia, bem como a expropriação de serviços públicos de proteção social (Mota, 2018⁵⁹ *apud* Medeiros, 2023, p. 65).

Temos vivenciado a atuação de um Estado reconhecidamente neoliberal que promove, ao longo do tempo, o comprometimento dos princípios previstos na Constituição de 1988.

Assim, embora tenhamos a perspectiva de que a política de saúde promova cuidado, prevenção e promoção à saúde de todos(as) – com base em uma concepção ampliada de saúde –, o que temos visto, cotidianamente, é a dificuldade de acesso de qualidade à assistência pública “convivendo” com a busca incessante de privatização do SUS, num cenário de agravamento das necessidades de saúde da população no pós-pandemia de Covid-19.

Há uma crescente demanda por planos de saúde, repasse financeiro para organizações sociais a fim de execução de ações nos serviços públicos e, ao mesmo tempo, o interesse no sucateamento do SUS.

Neste contexto, destaca-se a precarização dos(as) trabalhadores(as), com vínculos temporários/frágeis, baixos salários, falta de insumos básicos e péssimas condições dos serviços que executam na sua prática cotidiana. Isso compromete a

coordenar e financiar as políticas públicas, e não executá-las; transferia a execução destas para o setor “público não estatal” que, na realidade, é regido pela lógica do privado. Nesse Plano Diretor, através do denominado programa de “publicização”, foi proposto o repasse de serviços, antes de responsabilidade do Estado, para “entidades de direito privado” executá-los, mediante o repasse de recursos públicos (Correia, 2015, p. 79).

⁵⁸ Outra tendência de estímulo à privatização é a utilização de repasses financeiros para as organizações e fundações sociais, a fim de executarem as ações e serviços públicos de saúde. Tal estratégia faz parte do modelo gerencial do Estado, amplamente defendido e implementado desde o governo de Fernando Henrique Cardoso, com forte orientação e apoio do Banco Mundial. Para Ximenes, Schmaller e Bezerra (2018, p. 118), as organizações sociais da saúde (OSSs) são estratégias do capital e uma tendência mundial para substituir o papel executor do Estado (Correia, 2015, p. 79).

⁵⁹ MOTA, Ana Elizabete. Expropriações contemporâneas: hipóteses e reflexões. In: BOSCHETTI, Ivanete (org.). **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2018.

saúde integral dos(as) usuários(as) do SUS.

Há que se considerar que estivemos num contexto de pós-pandemia de Covid-19, onde já estava posta a disputa de diferentes projetos de saúde⁶⁰:

A sua disputa inscreve-se no processo de desenvolvimento do próprio sistema capitalista em sua fase neoliberal, com diminuição de direitos para a classe trabalhadora e participação cada vez maior do mercado, em todos os aspectos da vida social (Bravo; Pelaez, Menezes, 2020, p. 194).

Bravo (2014)⁶¹ *apud* Cavalcante Soares (2010) faz referência à proposição “SUS possível”. Observa que este é pautado por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e pela responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de um rebaixamento da proposta inicial da reforma sanitária.

Conforme Soares; Correia; Santos (2021, p. 120):

Antes da chegada do vírus no Brasil, o contexto no país já era assolador para a maioria da população brasileira, com o aprofundamento e a aceleração da contrarreforma do Estado e suas particularidades na política de saúde nos governos Michel Temer e Jair Bolsonaro. Segundo Bravo, Pelaez e Menezes (2020), há nesses governos uma atualização do projeto privatista da saúde na configuração de um projeto que defende um Sistema Único de Saúde (SUS) completamente submetido aos interesses do mercado privado. Em meio às diversas ações de desmonte da seguridade social, a de maior magnitude em termos de devastação do sistema de proteção social brasileiro foi a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, que instituiu um novo regime fiscal que congelou os gastos primários por vinte anos, entre eles os investimentos em políticas sociais. Esse dispositivo constitucional subtraiu do SUS, nos anos de 2018 a 2020, cerca de 22,5 bilhões de reais, configurando-se, desde então, um processo de desfinanciamento da política de saúde e, consequentemente, engendrando um aprofundamento de sua precarização (CNS, 2020⁶² *apud* Soares; Correia; Santos, 2021, p. 120).

As mesmas autoras ressaltam o caráter histórico e a determinação social da

⁶⁰ Com relação aos projetos de saúde em disputa, tem-se o da reforma sanitária, construída a partir de meados dos anos 1970, com base nas lutas populares e sindicais pelo direito à saúde e nos posicionamentos críticos às limitações do modelo médico assistencial previdenciário, até então vigente no Brasil. Para este, a saúde possui um caráter universal, configurando-se como um direito social de responsabilidade do Estado. O projeto privatista tem sua lógica orientada pelas regras de mercado e pela exploração da doença como fonte de lucros. Na década de 1990, tem-se como marco a proposta dos chamados “Novos Modelos de Gestão”, em substituição à gestão estatal, que associada a subvenções e isenções fiscais, avança sobre o fundo público para a garantia de acumulação de capital. O terceiro projeto é o da reforma sanitária flexibilizada, que adquire contornos próprios em meio às contradições inerentes à implementação do SUS, no contexto da reconfiguração do Estado brasileiro e do progressivo desmonte e subfinanciamento das políticas públicas, atendendo às exigências da política macroeconômica adotada no país (Bravo; Pelaez, 2020, p. 194).

⁶¹ BRAVO, Maria Inês Souza. Prefácio. In: SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana. (org.). **Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas: Papel Social, 2014.

⁶² CNS. Petição pública: **O SUS merece mais em 2021**. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1297-peticao-publica-voce-vai-deixar-o-sus-perder-mais-r-35-bilhoes-em-2021>. Acesso em: 18 out. 2020.

pandemia, tendo em vista a racionalidade e o caráter destrutivo da sociabilidade capitalista contemporânea, inclusive na sua mediação com o meio ambiente e na configuração como a Covid-19 se espalhou mundialmente, agudizando as desigualdades sociais existentes (Soares; Correia; Santos, 2021).

A pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) colocou à prova toda a nossa capacidade de resistência como sociedade, instituições e agentes de preservação de direitos (Santos, 2021). Nesse contexto, foram evidenciadas/expostas questões estruturais dos serviços de saúde que são resultado de determinações próprias do capitalismo neoliberal incidentes no SUS, tais como: pouco investimento em recursos materiais, vínculo precário/insuficiência do número de profissionais de saúde e a denominada parceria público-privada⁶³, resultando no agravamento da dificuldade de acesso e/ou comprometimento da assistência em saúde no SUS e da vida humana.

No Brasil, a política de saúde foi fortemente afetada pelo negacionismo do presidente Jair Bolsonaro – um governo de extrema direita considerado ultraliberal e protofascista, que agravou a política financeira e contribuiu consideravelmente para o crescimento da privatização do SUS. Observou-se a ausência total de compromisso com o enfrentamento da pandemia de Covid-19 e com o dever do Estado em garantir saúde à população.

Vivenciou-se simultaneamente o isolamento social, o agravamento da pobreza, a negação da vacina de Covid-19, a dificuldade e/ou o acesso precário aos serviços de saúde, o agravamento da morbimortalidade e o alarmante número de óbitos⁶⁴. Ressalta-se o crescimento considerável da mortalidade materna e da violência contra a mulher no âmbito familiar.

O cuidado, a prevenção e a proteção foram extremamente negligenciados,

⁶³ O governo federal tem sido eficiente para garantir o fortalecimento e a estabilidade do setor privado da saúde, inclusive durante a pandemia: não houve gestão no sentido de instituir fila única (sistema público e privado) de assistência à saúde dos(as) usuários(as) com Covid-19. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), muitas vezes por ausência ou indefinição, beneficiou os planos privados de saúde, outras vezes instituiu medidas para flexibilização das normas que regulamentam os planos e seguros privados de assistência à saúde, assim como a liberação de recursos, os quais poderiam ser investidos no SUS (Correia; Alves, 2020). O processo de privatização do SUS continuou sendo ampliado durante a pandemia com o repasse da gestão de muitos hospitais de campanha para os modelos privatizantes, por meio da contratualização de Organizações Sociais (OS), especialmente. Os escândalos envolvendo o desvio de recursos públicos da saúde por meio das OS têm sido evidenciados também nesse período (Soares; Correia; Santos, 2021, p. 121).

⁶⁴ Até o fim do ano, mais de 693 mil pessoas haviam morrido de Covid-19 desde o início da pandemia (Anistia Internacional, 2023, p. 78).

afetando enormemente a vida da classe trabalhadora. Vale destacar o que diz o documento da Anistia Internacional (2024, p. 93), que busca sintetizar o contexto pós-pandemia de Covid-19 em nosso país:

O Brasil continuou a ter um dos níveis mais altos de desigualdade do mundo. O racismo sistêmico persistiu, prejudicando os direitos sociais, econômicos, culturais, políticos e civis da população negra (...). Os casos de Covid-19 continuaram altos e o excesso de mortes superou em muito as expectativas. A insegurança alimentar ainda era alarmante, e um terço da população continuou abaixo da linha de pobreza. A frequência escolar manteve-se baixa e a violência nas escolas aumentou. A violência policial continuou extremamente preocupante, resultando em homicídios ilegais e outras graves violações de direitos, com prevalência da impunidade (...). Eventos climáticos extremos causaram mortes, destruição de propriedades e deslocamentos. Os povos indígenas foram privados do pleno exercício de seus direitos e a demarcação de terras procedeu de forma lenta. A predominância da violência de gênero continuou causando preocupação e as pessoas transgênero corriam sérios riscos. O aborto permaneceu ilegal, colocando em perigo as pessoas grávidas (Anistia Internacional, 2024, p. 93).

Nesse contexto, é urgente o fortalecimento de todas as políticas públicas. Destaca-se a necessidade do acesso à saúde pública de qualidade para todos(as) – dever do estado e direito das pessoas, como previsto na legislação vigente.

Luiz Inácio Lula da Silva tomou posse como presidente em janeiro de 2023, depois de vencer as eleições pela terceira vez, em 2022. Atualmente, temos à frente da política de saúde a ministra Nisia Verônica Lima Trindade, que tem buscado enfrentar a repercussão da pós-pandemia na vida das pessoas. A ministra tem apresentando uma perspectiva de comprometimento com a saúde pública, embora haja limitações impostas pela tendência contemporânea do capital.

No balanço da gestão do Ministério da Saúde, consta o seguinte:

Foi um ano de avanço na recuperação do SUS, principal missão do Ministério da Saúde. A gestão fortaleceu programas prioritários, recuperou sua função articuladora junto a estados e municípios, retomou diálogo, representatividade e aproximação com os poderes legislativo e judiciário e, também, ao lado da sociedade civil, fortalecendo o papel do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2023a).

Há que se ter um olhar atento para as condições concretas de efetivação do direito à saúde. O orçamento para a saúde precisa sinalizar para a defesa da vida e mostrar-se compatível com o desafio que está posto para saúde pública no pós-pandemia de Covid-19.

Conforme Inesc (2023, p. 36), tem-se a seguinte perspectiva de orçamento:

Crescimento de R\$ 40,8 bilhões dos gastos de 2023 para 2024 corresponde exatamente ao cumprimento da regra de piso. É fundamental destacar que

o mero cumprimento do piso de gastos em saúde é insuficiente para garantir o direito à saúde em sua universalidade, integralidade e qualidade, previstas na Constituição. É necessário considerar o subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde (SUS) e as demandas mais agudas de recursos decorrentes do aumento da população, do envelhecimento populacional e dos novos gastos decorrentes da pandemia e das consequências das mudanças climáticas no momento de realizar a dotação orçamentária para a saúde.

No mesmo relatório, consta que gênero e raça não aparecem como prioridade⁶⁵ político-orçamentária no direito à saúde. Tal fato é preocupante, considerando que temos em vigência, desde 2004, uma Política Nacional de Saúde da Mulher sob o enfoque de gênero⁶⁶, que tem como objetivo

promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro (Inesc, 2023, p. 40).

Há, portanto, ausência de prioridade política, uma vez que não existe acesso a direitos sem orçamento assegurado.

O fortalecimento das referidas políticas nacionais também aparece em diversas das diretrizes da 17ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2023, tanto nos aspectos de economia da saúde, como decorrência da necessidade de financiamento adequado, quanto em diversos elementos fundamentais para ambas as políticas, como o combate à violência de gênero e ao racismo institucional (Inesc, 2023, p. 41).

Tal fato é visto como uma contradição que compromete a perspectiva de integralidade do cuidado à mulher no contexto da saúde pública e, sem dúvida, repercute no enfrentamento da violência contra a mulher – visto aqui como uma grave questão de saúde pública.

A seguir trataremos, particularmente, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher no contexto de neoconservadorismo e da pós-pandemia, a fim de compreendermos a realidade posta, com suas possibilidades e desafios.

⁶⁵ O Instituto de Pesquisa Aplicadas (Ipea), lançou o Prioriza SUS, que é uma proposta de aperfeiçoamento da Gestão da saúde no Brasil (no atual governo de Lula Inácio da Silva, iniciado no mês de janeiro de 2023). Neste documento, há elementos importantes para problematizar as tendências da pós-pandemia na política de saúde brasileira. É importante destacar a predominância da preocupação com as ferramentas de gestão (planejamento, monitoramento e avaliação) e uma discussão pontual sobre o teto de gastos no SUS (face mais visível da política fiscal), determinante para a implementação do direito à saúde das mulheres, conforme os princípios constitucionais (Vieira *et al.*, 2023).

⁶⁶ Ainda prevê a interseccionalidade com diretrizes específicas para a saúde da mulher negra, a saúde da mulher indígena e a saúde da mulher lésbica (Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2023a, p. 40).

2.4 ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER, GESTAÇÃO, VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA FAMILIAR E OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

As múltiplas formas de violência contra a mulher, seja ela física, seja psicológica, seja sexual, seja obstétrica, seja patrimonial, seja social não resultam das relações individuais isoladamente, mas, sobretudo, são estruturadas pelas relações sociais de sexo, classe, raça/etnia que consubstanciam a sociedade patriarcal-racista-capitalista. São essas relações sociais que dão base à ideologia, naturalizando situações de violências às mulheres. É essa sociedade permeada por relações de opressão, exploração e apropriação sobre as mulheres que promove cotidianamente situações de violência permeadas e potencializadas pela desigualdade de classe, pelo sexismo e pelo racismo, o que não apenas provoca a demanda pela luta por direitos humanos, mas a exige. Falar em direitos humanos para as mulheres é falar na necessidade de lutar por uma sociedade sem violência e sem as apropriações, explorações e opressões que dão corpo às múltiplas violências contra as mulheres (Cisne, 2015, p. 138).

A introdução da problemática social da violência contra as mulheres na saúde pública ocorreu por meio do protagonismo da luta feminista⁶⁷ no movimento de Reforma Sanitária:

A estratégia foi criar consciência de gênero nos mais diferentes ambientes e instituições, esse movimento, desde os anos 1970, passou a pressionar o setor saúde para que atuasse ativamente e oferecesse respostas concretas não apenas para o tratamento das lesões e traumas provenientes das agressões das quais a população feminina é vítima, mas para agir nas causas, por meio de uma pauta positiva de ações (Heise, 1993⁶⁸ *apud* Minayo; Lima, 2020, p. 47).

A década de 1980 foi marcada por uma efervescência no debate sobre a saúde⁶⁹. O movimento feminista promoveu inúmeros encontros sobre o tema, entre os quais se destaca o 1º Encontro Nacional de Saúde das Mulheres, realizado em 1984, em Itapeverica da Serra (SP), que resultou na Carta de

⁶⁷ Ao longo de sua organização, o movimento de mulheres aprofundou duas questões básicas, num universo temático mais amplo, e que influíram decisivamente na ênfase das políticas públicas propostas: saúde, sexualidade e violência.

⁶⁸ Heise, L. **Violence against women: the hidden health burden**. Discussion paper prepared for the World Bank. Washington: World Bank; 1993.

⁶⁹ O tema saúde foi trabalhado pelo movimento de mulheres junto com a questão da sexualidade desde a década de 70. Conhecer o próprio corpo foi o ponto de partida para ações preventivas neste campo e para a discussão da sexualidade. Com a redemocratização, a questão da saúde e, especialmente, da saúde reprodutiva mereceu maior atenção do movimento feminista e das diversas ONGs que se formaram, e que delinearão e difundiram programas específicos sobre o tema. A questão da saúde, ligada à da sexualidade, constituía um ponto-chave na reflexão sobre a identidade feminina e os esquemas de discriminação nas relações homem/mulher. Ponto básico, o direito de ter ou não ter filhos, implica o poder das mulheres de viverem com liberdade a sua sexualidade, com os contornos do que depois se classificou como saúde e direitos reprodutivos (Barsted, 1994, p. 48).

Itapecerica (1989). Vale a pena conhecer alguns trechos do documento que problematiza a realidade e o acesso das mulheres ao sistema de saúde neste período:

CARTA DE ITAPECERICA

Nós, mulheres de 19 Estados do Brasil, trabalhando na área da saúde, reunidas no 1º Encontro de Saúde da Mulher, vimos de público apresentar uma denúncia da atual crise sociopolítica econômica e de saúde, no Brasil, propostas e encaminhamentos necessários para superação dos problemas atualmente existentes na área específica de saúde da mulher (...).

É-nos imposto um sistema de saúde que privilegia ao mesmo tempo a privatização do sistema médico e a excessiva medicalização que não leva em conta o caráter preventivo-educativo que deveria ter um sistema de saúde adequado às populações de terceiro mundo (...).

No que se refere especificamente à condição da mulher, denunciamos:

- Nos postos de saúde, o atendimento ginecológico não é considerado prioritário;
- as mulheres mais carentes não têm informações sobre o corpo, sobre o uso de métodos anticoncepcionais, além do difícil acesso a ele;
- apenas 2% das mulheres são cobertas pelo exame preventivo do câncer do colo de útero, e um índice menor ainda ao de mamas;
- as maternidades são superlotadas e não têm condições de atender às demandas;
- as doenças adquiridas pelas péssimas condições de trabalho e pelos acidentes daí decorrentes não merecem qualquer atenção.

Isso implica que a mulher – que é vista como reprodutora, apenas pelo nosso sistema de saúde, uma vez que não existem programas específicos para o período da adolescência, menopausa e velhice – também não receba a devida assistência com relação a tudo o que se refira à reprodução, refletindo o caráter tecnocrático, desumanizante e machista do nosso sistema sociopolítico, econômico e de saúde (Encontro Nacional de Saúde da Mulher, 1984).

As proposições advindas desse contexto efervescente contribuíram, sem dúvida, para a definição de políticas sociais de interesse das mulheres. As mulheres organizadas reivindicaram sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida (Brasil, 2004).

Deu-se a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)⁷⁰, no ano de 1984, que resultou da convergência das propostas oriundas do movimento sanitário e do feminismo, buscando superar a perspectiva materno-

⁷⁰ O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004, p. 16).

infantil e dar respostas às pressões internacionais para que o governo brasileiro assumisse uma política de controle da fecundidade (Aquino, 1999, p. 165).

O PAISM representou um marco na história das políticas públicas dirigidas às mulheres, pois pela primeira vez:

- As ações destinaram-se, prioritamente, à promoção da saúde das mulheres e não apenas de seus filhos;
- As mulheres interferiram em seu planejamento, implantação e acompanhamento;
- Incorporou-se o direito à regulação da fertilidade como um direito social;
- Ampliou-se a visão de integralidade presente nas formulações do movimento sanitário, para incorporar a noção de mulher como sujeito, que ultrapassa sua especificidade reprodutiva, para assumir uma perspectiva holística de saúde;
- Enfatiza-se a dimensão educativa, pretendendo-se alterar valores e práticas de saúde de caráter sexista;
- Buscava-se romper com a perspectiva de programas verticais centralizados para incorporar a proposta de ações programáticas de caráter horizontal e descentralizado, advinda das proposições da Reforma Sanitária (Aquino, 1999, p. 166).

A implantação e a efetivação do PAISM (1984)⁷¹ vivenciaram as tensões do movimento da Reforma Sanitária e da implantação do SUS, num importante avanço, apesar do contexto de minimização do Estado na política de saúde.

Como expressão do neoliberalismo há um aprofundamento da segmentação da assistência à saúde que afeta os princípios da Constituição, entre eles a equidade:

As reflexões do movimento de mulheres sobre a integralidade de atenção à saúde vêm se contrapor ao modelo fragmentado de assistência por especialidades e partes do corpo, hegemônico na medicina moderna, além de enriquecer o debate sobre equidade e Direito à Saúde e as estratégias para sua obtenção (Aquino, 1999, p. 168).

No programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (1984), leva-se em conta a relevância do tema da violência contra a mulher e um tipo de olhar específico para o problema em todo o serviço público (Minayo; Lima, 2020, p. 47).

Em 2004 foi oficializada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)⁷² vigente na atualidade. Nela estão contidas as diretrizes de

⁷¹ O processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implementação do PAISM. O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas), editadas pelo Ministério da Saúde. Particularmente, com a implementação da NOB 96, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o país (Ministério da Saúde, 2004).

⁷² A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em vigor no país é responsável, ao longo de sua trajetória, por instaurar uma práxis capaz de superar as políticas que

Atenção Integral à Saúde da Mulher, entre elas:

A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher (Ministério da Saúde, 2004, p. 63).

A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade) (Ministério da Saúde, 2004, p. 64).

O SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços (Ministério da Saúde, 2004, p. 64).

A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas (Ministério da Saúde, 2004, p. 64).

Houve, portanto, uma ampliação da concepção de atenção à saúde da mulher e a possibilidade de assistência integral às mulheres em todas as fases da vida.

Uma das problemáticas apontadas na própria Política Nacional de Atenção Integral de Atenção à Saúde das Mulheres é a precariedade da atenção obstétrica (Ministério da Saúde, 2004). O Caderno de Atenção Básica (2012) e o Manual de Gestação de Alto Risco (2022) do Ministério da Saúde são instrumentos orientadores sobre a importância do pré-natal e acompanhamento das mulheres gestantes: “O pré-natal representa uma janela de oportunidade para que o sistema de saúde atue integralmente na promoção e, muitas vezes, na recuperação da saúde das mulheres” (Ministério da Saúde, 2022, p. 7).

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (Ministério da Saúde, 2012, p. 33).

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um

compreendiam a saúde da mulher exclusivamente a partir de seu papel de mãe (reprodutora e cuidadora de filhos), e que, por isso, organizavam o sistema de saúde de maneira excludente e medicalizadora. Seu caráter integral diz respeito a uma forma emancipadora de compreender as mulheres e sua saúde, um cuidar que vai além do período reprodutivo e que as compreende como cidadãs, diversas e plenas de direito. Isso demanda um sistema de saúde organizado por meio de linhas de cuidado e redes de serviços que atendam às mulheres em seus diferentes ciclos de vida, articulando-os, e que não inviabilize determinadas mulheres nem determinadas necessidades de saúde (Souto; Moreira, 2021, p. 2).

acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez (Ministério da Saúde, 2012, p. 37).

No referido caderno de Atenção ao Pré-Natal (Ministério da Saúde, 2012), **é apontado que vários estudos evidenciam que grande parte das mulheres e adolescentes grávidas sofre algum tipo de violência durante a gestação e que, além dos agravos à saúde da mulher e este é um dos fatores que contribuem para o aumento da mortalidade materna, bem como para o aumento do número de óbitos perinatais (Ministério da Saúde, 2012 [grifo nosso]).**

A violência pode ser mais comum para a gestante do que a pré-eclâmpsia, o diabetes gestacional ou a placenta prévia e, lamentavelmente, pode-se afirmar que o ciclo gravídico-puerperal não confere proteção para a mulher. No entanto, a assistência pré-natal é momento privilegiado para identificar as mulheres que sofrem violência e, muitas vezes, a única oportunidade de interromper o seu ciclo. O atendimento apropriado para grávidas que sofrem violência física, sexual ou psicológica representa apenas uma de muitas medidas que devem ser adotadas para se enfrentar o fenômeno da violência. A observação cuidadosa no pré-natal, as perguntas corretas e uma escuta qualificada podem ajudar a identificar casos de violência e trabalhar formas de enfrentamento e fortalecimento da mulher, para que ela possa reagir positivamente em sua autodefesa e na proteção do bebê (Ministério da Saúde, 2012, p. 240).

Uma pesquisa recente publicada pela revista Carta Capital⁷³ – no período da pandemia de Covid-19 e isolamento social sobre a problemática em questão – mostra o seguinte: “Mulheres grávidas ou com filhos pequenos têm maiores chances de enfrentar violência doméstica que resulta em morte” (Carta Capital, 2022).

“A gravidez e o nascimento dos filhos são fatores que agravam o risco de feminicídio porque o homem não aceita dividir essa mulher com ninguém, nem com o próprio filho”, explica a juíza Katherine Jatahy Kitsos Nygaard, do Juizado de Violência Doméstica (Carta Capital, 2022).

Aponta que as mulheres gestantes ficam mais suscetíveis à violência doméstica familiar, o que representa maior risco para suas vidas. Nesse sentido, **há que se considerar que muitas mulheres gestantes que acessam a Política de Saúde do SUS podem estar vivenciando a violência doméstica familiar num momento particular de suas vidas que exigiria mais cuidado, apoio e proteção.**

⁷³ Controle excessivo, escalada de violência e vulnerabilidade são os principais fatores que aumentam o risco de feminicídio no país. É o que aponta o Formulário Nacional de Avaliação de Risco, desenvolvido pelo Conselho Nacional de Justiça e pelo Conselho Nacional do Ministério Público (Carta Capital, 2022).

Há estudos no campo da Saúde Pública que tratam particularmente da problemática da violência contra a mulher gestante, como o artigo de Audi *et al.* (2008), onde é explicitado que:

- 1) A violência durante o período gestacional pode trazer consequências graves para a saúde da mulher, entre elas hemorragia e interrupção da gravidez. Com relação à saúde da criança, foram constatados aumentos do risco de morte perinatal e de nascidos com baixo peso e prematuridade. Estudos que venham a aprofundar o entendimento dessa questão são fundamentais para seu enfrentamento e para a definição de novas abordagens, especialmente nos serviços de saúde (Audi *et al.*, 2008, p. 878).
- 2) Por atingir a mulher em um momento de grande fragilidade física e emocional, a violência na gestação exige atenção especial dos serviços de saúde (Audi *et al.*, 2008, p. 882).
- 3) O setor saúde tem importante papel no combate a esse tipo de violência por meio do desenvolvimento de pesquisas, notificação de casos, organização de serviços de referência para as vítimas e outras propostas de intervenção (Audi *et al.*, 2008, p. 884).

A violência doméstica familiar contra a mulher gestante precisa ser enfrentada por todas as políticas públicas – sem dúvidas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher⁷⁴ –, dada a repercussão⁷⁵ da problemática na vida das usuárias do SUS.

Há riscos físicos e psicológicos, como lesões, dores, gravidez indesejada, abortos, quadros de ansiedade, depressão, assim como transtornos alimentares e de estresse pós-traumático, além de tabagismo, consumo de drogas e álcool, entre outros, podendo resultar em suicídio, mortalidade materna e feminicídio (Scarpatti, 2022).

Assim, é de fundamental importância que sejam definidos nos protocolos de pré-natal as intervenções relacionadas à vivência da violência doméstica e familiar no período gestacional e sua relação com a saúde integral. Conforme Zuma *et al.*

⁷⁴ No documento em questão, a saúde da mulher é tratada com enfoque na discussão de gênero. Há o reconhecimento da relação das históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres e seu impacto na saúde. Com base nesta perspectiva, aponta que as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas. Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em decorrência da organização social das relações de gênero, também estão expostos(as) a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (Ministério da Saúde, 2004, p. 13).

⁷⁵ Recentemente, foi publicada uma revisão de literatura na *Research, Society and Development*, (2023) que aponta a relação entre violência doméstica e depressão pós-parto.

(2020, p. 220 [grifo nosso]): “A gravidez é vista pela sociedade como um momento sagrado e cercado de cuidados e proteções, todavia, durante esse período, é relativamente comum a experiência de violência e, em muitos casos, o aumento da intensidade”.

Prevalece na sociedade o entendimento que a mulher gestante é aquela que está prestes a procriar e, portanto, deve priorizar cuidar dos filhos independentemente das condições concretas de vida (vulnerabilidade, risco social e violência doméstica e familiar).

As mulheres que vivenciam a gestação podem apresentar maior dificuldade de reconhecer e romper com o ciclo da violência doméstica familiar, principalmente durante a gestação e no pós-parto, pelas próprias condições objetivas de vida, e por não contarem com uma rede de apoio familiar/social e proteção do Estado, através das políticas públicas.

A atenção integral à saúde da mulher gestante deve acontecer – desde o pré-natal até o pós-parto – sem perder de vista a possibilidade de vivência da violência doméstica familiar e sua relação com a saúde.

O relatório mundial da saúde afirma que, devido ao impacto, em longo prazo, da violência sobre a saúde da mulher, as mulheres que sofrem abuso têm maior probabilidade de serem usuárias dos serviços de saúde. Acrescenta, ainda, a associação entre a violência praticada por parceiros íntimos e a gravidez indesejada, morte materna e infantil (Organização Mundial da Saúde, 2002).

As mulheres que vivem com parceiros violentos passam por dificuldades para se proteger contra gravidez indesejada ou doenças. A violência pode levar diretamente à gravidez indesejada ou a infecções sexualmente transmitidas, inclusive infecção por HIV (Organização Mundial da Saúde, 2002, p. 102).

“A violência praticada por parceiros íntimos é responsável por uma grande, porém não reconhecida parcela da mortalidade materna” (Organização Mundial da Saúde, 2002, p. 103). “Evidências recentes indicam que a violência também pode afetar, direta ou indiretamente, a mortalidade infantil” (Organização Mundial da Saúde, 2002, p. 104).

Diante das questões apresentadas, precisamos atentar para o que dizem Zuma *et al.* (2020, p. 221):

A violência contra as mulheres pode ser duas vezes mais comum para as grávidas do que patologias como pré-eclâmpsia, o diabetes gestacional ou a placenta prévia. No entanto, a sua ocorrência permanece invisível para os

profissionais da saúde. A mulher que é vítima geralmente enfrenta obstáculos para ter acesso aos serviços de saúde. Mais do que isso, esses serviços frequentemente deixam de identificar situações de violência contra as mulheres, ainda que isso esteja na raiz de problemas que elas apresentam.

Deve-se considerar a perspectiva de atenção integral, sem perder de vista que um dos objetivos da própria PAISM **é promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual** (Ministério da Saúde, 2004, p. 70, grifo nosso).

Destacamos a importância da formação dos profissionais de saúde sobre a problemática em questão, conforme a Política Nacional de Saúde – Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004⁷⁶ –, a fim de contribuir com a identificação, notificação e articulação multiprofissional/intersectorial dos contextos de violência doméstica familiar das mulheres gestantes atendidas no SUS, assim contribuindo para uma maior visibilidade⁷⁷ da violência doméstica/familiar contra mulheres gestantes na saúde pública.

Tal visibilidade está relacionada à notificação da violência, registro no prontuário e articulação multiprofissional/intersectorial, atentando para o sigilo, a autonomia e a liberdade das mulheres. Consideramos a importância da dimensão pedagógica nas práticas de saúde, que através de orientações pertinentes sobre a violência doméstica familiar podem contribuir com a prevenção e a proteção à mulher vítima de violência.

Cumpramos não perder de vista o que é apontado por Cisne (2018, p. 69 [grifo nosso]): **“é indispensável dar visibilidade aos sujeitos que estabelecem relações de antagonismo e conflitos nas relações patriarcais, no caso, centralmente, o homem em relação à mulher”**.

Os serviços que operacionalizam a PAISM, em articulação com a rede de enfrentamento à violência, podem intervir na prevenção e proteção à mulher gestante vítima de violência doméstica e familiar. Cumpramos observar as determinações de uma sociedade de classe, patriarcal e racista em tempos de neoliberalismo/neoconservadorismo e pós-pandemia de Covid-19.

O boletim epidemiológico “Saúde da mulher brasileira: uma perspectiva

⁷⁶ Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências (Ministério da Saúde, 2004).

integrada entre vigilância e atenção à saúde” apresenta informações relevantes sobre a realidade das mulheres que utilizam a política de saúde. Em relação à morte por causas evitáveis – comparativo entre 2012 e 2021, período crítico da pandemia – afirma o seguinte:

Entre mulheres em idade fértil, ou seja, na faixa etária de 10 a 49 anos, observou-se aumento na participação das causas evitáveis nos óbitos, passando de 69,7% para 77,6% no período em estudo. Em 2021, 75.682 mulheres em idade fértil morreram por causas evitáveis, a maioria delas por causas reduzíveis por imunização (37,9%). Esse grupo constituiu a principal causa de morte evitável nessa faixa etária em 2021, seguida pelas causas relacionadas às DCNT (33,7%) e às causas externas, isto é, acidentes e violências (14,8%). A Covid-19 foi responsável por 28.597 de óbitos, correspondendo sozinha por 37,8% das mortes evitáveis de mulheres em idade fértil. Destaca-se também o aumento na contribuição das causas de morte materna, reduzíveis por ações adequadas de prevenção, controle e atenção à saúde. Essas causas passaram de 3,5% para 4,2% no mesmo período, sendo responsável por 3.215 mortes em 2021 (Ministério da Saúde, 2023b, p. 24).

De acordo com o mesmo relatório (dados base do SUS), a violência contra a mulher, apesar de afetar todos os grupos sociais, distribui-se desigualmente na população, afetando em maior grau as mulheres jovens, com baixa escolaridade e renda, com transtornos mentais e transtornos por abuso de álcool e outras drogas.

A resposta à violência sofrida, incluindo a busca por ajuda, pode variar em função das condições das vítimas, de modo que, apesar da existência de leis e mecanismos protetivos, alguns fatores constituem-se barreiras para um acesso igualitário à rede de proteção, tais como: baixa escolaridade e renda, isolamento social, desinformação, dependência do parceiro, baixa disponibilidade de serviços formais de apoio e proteção na localidade de residência da vítima ou de transporte até esses serviços (Ministério da Saúde, 2023b, p. 44).

Ainda:

Os resultados também evidenciam desigualdades na busca por atenção em saúde após a violência. Destacam-se as mulheres pretas e com renda inferior a um (1) salário mínimo, apresentando maiores prevalências de violências e menor prevalência de busca por atendimento. Vulnerabilidades sociais como baixa renda e escolaridade são barreiras reconhecidas na literatura para a busca por ajuda entre vítimas de violência (Ministério da Saúde, 2023b, p. 44).

A pandemia de Covid-19 evidenciou o subfinanciamento do Sistema Público de Saúde e o repasse de recursos do fundo público para o mercado de saúde. Para Santos; Guimarães (2020, p. 84):

Com a pandemia, o SUS veio ao centro da vida nacional, tornando-se um fato político potencialmente desestabilizador do *ethos* neoliberal. A expansão da sua legitimação no plano dos valores públicos assenta na compreensão de que, sem o SUS, não superamos essa pandemia.

Sem dúvida, permanecem as marcas de um período crítico na pós-pandemia, expressas na dificuldade de resposta às demandas acumuladas após um longo isolamento social, violento, com muitas perdas, e devastador para a saúde pública mundial.

No caso brasileiro, isso foi agravado pelo desgoverno do presidente Jair Messias Bolsonaro. Durante seu mandato, por várias vezes, explicitou posicionamentos contrários às conquistas históricas das mulheres. Foi responsável por reduzir consideravelmente o orçamento público relativo à garantia dos direitos das mulheres. Isso contribuiu para o crescimento expressivo da violência contra a mulher, o que pode ser visto nos dados de violência doméstica e familiar contra a mulher durante a pandemia de Covid-19, em particular no ano de 2022.

Deve-se ressaltar que muitas mulheres vivenciaram o isolamento social do período pandêmico em ambientes violentos e com dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde e proteção à violência contra a mulher. Nesse contexto, muitas mulheres foram e são “silenciadas” pela expressiva ideologia neoconservadora, que se utiliza, constantemente, do discurso de “defesa da família” para oprimir e inviabilizar o sexo feminino nas relações sociais de sexo.

O que em outros tempos foi cumprido pela franca dominação dos homens no âmbito familiar é hoje realizado pelas ações casadas do capitalismo neoliberal – que restringe a responsabilidade pública por tarefas que são alocadas para as mulheres, dos padrões correntes das relações de trabalho – que implicam menor rendimento para elas e exigências incompatíveis com as responsabilidades que lhe são atribuídas no cotidiano doméstico – e, por fim (mas não menos importante), do “familismo”, ideologias que transforma núcleos privados em sujeitos de responsabilidade, reforçando a divisão convencional das tarefas, o exercício da autoridade paterna e as desigualdades entre as famílias. A alocação das responsabilidades pelo trabalho e, especificamente, pelo cuidado é institucionalizada, permeia as relações cotidianas domésticas, mas não depende do exercício aberto de autoridade por parte do pai nem do marido ou do companheiro (Biroli; Miguel, 2018, p. 65).

Conforme Vaggione, Machado e Biroli (2020, p. 24), a ideologia e iniciativas conservadoras tendem a aparecer quando segmentos sociais minoritários que desafiam a ordem estabelecida se fortalecem a ponto de ameaçar os fundamentos ideais e materiais das instituições.

Cooper (2017) diz que um dos aspectos mais importantes da aliança entre neoliberais e conservadores, que engendra o neoconservadorismo, é que eles convergem numa narrativa da crise que tem como lócus a família.

Enquanto os neoliberais pediam uma redução contínua nas alocações orçamentárias dedicadas ao bem-estar [...] os neoconservadores endossaram um papel cada vez maior do Estado na regulação da sexualidade. Apesar de suas diferenças, entretanto, neoliberais e neoconservadores convergiram na necessidade de reinstalar a família como fundamento de ordem social e econômica (Cooper, 2017, p. 49 [tradução]).

Em face desta realidade, a narrativa tem sido a de conservação da família e seus princípios. Seu foco é a figura feminina, que precisa cumprir o papel de reprodução, cuidado e manutenção dos valores esperados na sociedade. Assim, sabe-se que em relação à mulher gestante – mesmo em contexto de sofrimento e violência doméstica familiar –, o que se espera em todos os âmbitos da sociedade é, antes de tudo, o “cumprimento” do ideal de maternidade “preconizado” pelo patriarcado e devidamente reforçado pelo neoconservadorismo.

Nesse contexto de forte incidência do neoconservadorismo:

Há problemas tanto para aqueles que recusaram o conceito de gênero como para aqueles que hoje mobilizam a noção de “ideologia de gênero” nas disputas públicas. Autonomia reprodutiva e direitos sexuais deslocam sentidos e hierarquias que organizam a ordem patriarcal na modernidade, como a santificação da maternidade e a definição da reprodução como fim único da união conjugal entre dois adultos, formando a família como célula básica da sociedade (Vaggione; Machado; Biroli, 2020, p. 20).

A Organização Pan-Americana da Saúde lançou recentemente (2023) um documento sobre abordagem à violência contra as mulheres nas políticas e protocolos de saúde na região das Américas. Além de mostrar a gravidade do fenômeno da violência, reafirma o papel fundamental do sistema de saúde:

Em colaboração com outros setores, os profissionais de saúde podem garantir uma inclusão adequada de mensagens de prevenção com base na igualdade de gênero e direitos humanos em suas atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. O sistema de saúde geralmente tem acesso a informações cruciais, como a prevalência e as consequências para a saúde de violência, bem como o uso de serviços pelos sobreviventes, o que pode ajudar a informar políticas e ações (Organização Pan-Americana da Saúde, 2023, p. 7).

Concordamos com a perspectiva acima, apresentada pela Organização Pan-Americana da Saúde, mas ao mesmo tempo, questionamos: quais as reais condições de enfrentamento à violência contra a mulher nos serviços que operacionalizam a política de saúde, considerando o acirramento da reprodução da lógica neoliberal que convive com o conservadorismo na pós-pandemia?

A PAISM é influenciada pela totalidade da realidade concreta e compromete a visibilidade da violência doméstica familiar contra a mulher gestante nos serviços de

saúde.

No próximo capítulo, abordaremos a realidade de um serviço de saúde pública que compõe a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a fim de maior aprofundamento da problemática em questão.

3 A (IN)VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA FAMILIAR CONTRA A MULHER GESTANTE NA POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A violência contra a mulher é uma problemática histórica, complexa, contraditória e, sem dúvida, influenciada por determinações próprias da estrutura e organização da sociedade vigente.

A compreensão acima é ancorada na nossa vinculação ao materialismo histórico e dialético como método de investigação. Tal perspectiva fundamenta a análise da realidade social durante todo o percurso deste estudo.

Ferreira (2020, p. 69) faz importante pontuação sobre o método dialético:

Compreendo que o objeto concreto não existe sem “duas determinações opostas e necessárias” (Lefebvre, 1974, p. 15), ou seja, não existe ser sem contradição (Belvedere, 2014, p. 339). Esta premissa remete ao caráter concreto, imanente, das contradições, de onde seu estatuto de categoria ontológica. Segundo Marx e Engels (2009, p. 32), “as contradições na consciência e no pensamento objetivo dos homens têm uma base objetiva real”. Elas não são construtos do pensamento, mas o resultado do seu percurso em busca da apreensão da realidade concreta. Em Marx, a realidade é contraditória. E desta afirmação desdobra-se toda a riqueza do método dialético. E toda a sua dificuldade. Apreender as contradições que dinamizam os processos sociais é o esforço do movimento vivo do método.

Assim, recorremos a conceitos e categorias pertinentes à compreensão do objeto de estudo: **totalidade, contradição e mediação**. É importante destacar que:

Tais relações (que ocorrem no interior das totalidades e entre as várias totalidades) nunca são diretas; elas são mediadas, não apenas pelos distintos níveis de complexidade, mas, sobretudo, pela estrutura peculiar de cada totalidade. Sem os sistemas de mediações (internas e externas) que articulam tais totalidades, a totalidade concreta que é a sociedade burguesa seria uma totalidade indiferenciada – e a indiferenciação cancelaria o caráter do concreto, já determinado como “unidade do diverso” (Paulo Netto 2011, p. 57-58).

Buscamos apreender as contradições postas no movimento concreto da totalidade – sendo subsidiados, desde o início, por referências teóricas do feminismo materialista que explicitam uma compreensão crítica sobre a exploração, a apropriação e a opressão das mulheres na sociedade capitalista, patriarcal e racista.

Construímos os seguintes procedimentos metodológicos: 1) Apreensão de referências bibliográficas pertinentes ao aprofundamento teórico-metodológico do

objeto de estudo; 2) Sistematização e análise do *corpus* documental (legislações, políticas, programas, portarias, normas técnicas e outros) que norteiam a discussão das políticas públicas, particularmente a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde; 3) Pesquisa documental em cem prontuários a fim de analisar registros⁷⁸ relacionados à violência doméstica e familiar contra mulheres que acessaram o Centro Obstétrico HC/UFPE no ano de 2022; 4) Realização de entrevistas semiestruturadas junto à equipe multiprofissional do serviço.

Optamos pelo enfoque qualitativo, considerando o seguinte:

Os estudos qualitativos são uma base importante para uma abordagem dialética da realidade, como um caminho que permite conhecer as percepções dos sujeitos e as condições materiais e, a partir daí, poder analisá-las levando em consideração as tensões que constituem as relações sociais (Ávila, 2009⁷⁹ *apud* Ferreira, 2017, p. 53).

O contexto de pesquisa de campo foi o Centro Obstétrico do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE- EBSERH), campo corriqueiro de atendimento a mulheres gestantes. Esta instituição é um órgão suplementar da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) que atua na assistência, ensino, pesquisa, inovação e extensão, desde o ano de 1979⁸⁰, sendo parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). É tido como uma referência⁸¹ da média e alta complexidade para o atendimento à população do Estado de Pernambuco.

Seu público usuário apresenta o seguinte perfil, conforme documento recente:

65,35% do sexo feminino e 34,65% do sexo masculino, distribuídos nas faixas etárias crianças e jovens (0-19 anos) representando 17%, adulta (20-59 anos) 53% e idosa (acima de 60 anos) de 30%. A maior parte dos pacientes são residentes da região metropolitana do Recife (68%), seguido da zona da mata (14%), do agreste (12%) e do sertão (6%) pernambucano. (Universidade Federal de Pernambuco, 2024, p. 9).

A Urgência Obstétrica é um dos serviços de saúde que integram a assistência do Hospital das Clínicas HC/UFPE. O acesso das gestantes acontece da

⁷⁹ ÁVILA, Maria Betânia. **O tempo do trabalho das empregadas domésticas: tensões entre dominação/exploração e resistência**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2009.

⁸⁰ A partir do ano de 2013, passou a integrar a Rede de Hospitais Universitários administrados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserrh). Considerado como estratégia de contrarreforma do Estado por alguns pesquisadores da crise do capital na contemporaneidade, o que pode ser visto em Correia e Santos (2015).

⁸¹ Conforme o plano diretor estratégico vigente (2024-2027, p. 9), possui diferentes especialidades e está contratualizado com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) desde 2004, na condição de Atenção Especializada do SUS, com 32 habilitações.

seguinte forma:

Preferencialmente, via central Estadual de leitos, com vagas reguladas. Não é um serviço porta-aberta, para demandas espontâneas, mas acolhe pacientes do ambulatório de alto risco da instituição e, eventualmente, demandas espontâneas em período expulso, que impossibilitem redirecionamento para outras unidades. Em todos os casos, elas são recepcionadas no Núcleo de Apoio Administrativo (NAA) da Triagem Obstétrica, onde é realizado preenchimento de ficha de atendimento, após, passar pelo serviço de acolhimento com classificação de risco realizado por um(a) enfermeiro(a) e, em seguida, passam pela triagem clínica realizada por um profissional médico obstetra. Após a triagem clínica, a gestante poderá ficar internada, ser transferida para outra unidade de saúde caso não se enquadre no perfil assistencial da instituição (gestação de alto risco), ficar em observação (até 12 horas) ou receber liberação médica com orientações (Farias, 2023, p. 32).

No serviço público de atenção à saúde das mulheres gestantes, realizamos um movimento de aproximações sucessivas para a compreensão da (in)visibilidade da violência doméstica/familiar, considerando as determinações do capitalismo, patriarcado e racismo, bem como a incidência do neoliberalismo e do neoconservadorismo no pós-pandemia num serviço de urgência da saúde pública.

O projeto de pesquisa do mestrado⁸² foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)⁸³ do HC/UFPE, sendo aprovado mediante o parecer 6.613.011/2024. Após aprovação, iniciamos a pesquisa de campo, sem perder de vista o compromisso com o projeto ético-político do Serviço Social, quando defende: “opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária sem dominação, exploração de classes, etnia e gênero” (Brasil, 2012, p. 13).

Conforme previsto no projeto, o primeiro momento da pesquisa de campo foi a realização de pesquisa documental nos prontuários das mulheres que acessaram o Centro Obstétrico do Hospital das Clínicas HC/ UFPE no ano de 2022. Para isso, foram realizadas 12 visitas ao setor⁸⁴ responsável pelos prontuários do Hospital – Central de Documentação Clínica (CDC) –, sendo realizada a leitura de cem prontuários para a identificação de registros relacionados à violência doméstica e familiar contra a mulher gestante.

Na ocasião, utilizamos o que denominamos de “questões preestabelecidas”

⁸² Submetido também à rede de pesquisa Ebserh.

⁸³ Considerando o que está previsto na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dita as regras para a submissão ao comitê de ética de pesquisas.

⁸⁴ Autorizado pela carta de anuência Central da Documentação Clínica (CDC), de 1º novembro de 2023.

como critério de observação nos prontuários, a saber: notificação de violência doméstica e familiar contra a mulher; tipo de violência doméstica e familiar contra a mulher; articulação multiprofissional e intersetorial com a Rede de Proteção à Mulher vítima de violência doméstica e familiar e/ou outros serviços. As informações coletadas foram registradas em quadro temático e analisadas integralmente, sem perder de vista as categorias definidas anteriormente para a compreensão do objeto de estudo.

Posteriormente, iniciamos o segundo momento da pesquisa de campo, quando realizamos nove entrevistas⁸⁵ com os(as) trabalhadores(as) do serviço de atenção obstétrica do HC/UFPE, sendo eles: um assistente social, dois enfermeiros, dois médicos, um nutricionista, um psicólogo e dois técnicos de enfermagem. Em relação aos participantes da pesquisa, cinco se autodeclararam brancos, três pardos, e um preto; sete dos profissionais entrevistados são empregados públicos EBSEH e dois são servidores públicos estatutários. Em relação à formação dos participantes, apenas um dos nove entrevistados não apresenta pós-graduação em saúde da mulher. O tempo de atuação dos trabalhadores varia entre dois e 29 anos de atuação no serviço, conforme informado na pesquisa.

As entrevistas aconteceram no próprio contexto de atuação dos profissionais, no Centro Obstétrico HC/ UFPE. Como previsto, utilizamos roteiro preestabelecido (Apêndice A) a fim de nortear a sua condução. Antecedendo a realização das entrevistas a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (Anexo A) e do termo de autorização de uso de imagem e depoimento (Anexo B) por todos(as) os(as) participantes.

As entrevistas foram gravadas tendo um tempo de duração entre 33 minutos (mínimo) e uma hora e 15 minutos (máximo). Consideramos que o maior obstáculo encontrado ao longo de sua execução foi a dificuldade para os profissionais participarem da pesquisa no horário de trabalho, devido à própria dinâmica de um serviço de emergencial. Posteriormente, as entrevistas semiestruturadas concedidas pelos profissionais à pesquisa foram integralmente transcritas, sendo construído um

⁸⁵ As entrevistas foram guiadas por um protocolo de entrevista que foi revisado a fim de alteração somente na ordem dos questionamentos pertinentes ao estudo (em anexo). Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo uma das entrevistas descartada devido à qualidade do áudio. Todos(as) os(as) participantes da pesquisa foram nomeados(as) como sujeito de pesquisa (spq) e numerados conforme a ordem de realização da entrevista. Todos(as) os(as) participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e o termo de autorização de imagem e depoimento, conforme a orientação prevista pelo Comitê de Ética.

quadro temático com a sistematização das informações coletadas. Por fim, recorreremos a orientações de análise. Neste estudo, a apreensão do real tem por base o materialismo dialético. Sair da aparência exige um movimento contínuo de compreensão da totalidade concreta.

A seguir, por meio da análise de toda a pesquisa de campo, buscaremos apreender a (in)visibilidade da violência doméstica e familiar contra a mulher gestante, em suas configurações e contradições, sem perder de vista as contradições que são próprias das determinações da sociedade contemporânea e sua incidência na realidade concreta.

3.2 REDE MATERNO-INFANTIL, CRISE SANITÁRIA E O PÓS-PANDEMIA DE COVID-19

Recentemente, vivenciamos a pandemia de Covid-19 – período extenso de crise sanitária e acirramento das expressões da questão social⁸⁶. Neste contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentou o alastramento de um grave problema de saúde pública sob o comando de um governo federal descomprometido com as políticas sociais.

O contexto em questão foi exposto por Vieira e Soares (2021, p. 37):

As medidas incipientes em relação à Covid-19 convivem também com outras medidas relacionadas à saúde, que desmontam os avanços duramente conquistados com o SUS, retroagindo no direito à saúde em atendimento a interesses empresariais na área, como no caso da abertura a organizações privadas para assumir o controle das unidades básicas de saúde; o retorno de manicômios; o internamento compulsório e o fortalecimento de comunidades terapêuticas para o tratamento de pessoas que sofrem com abuso de álcool e outras drogas; e o avanço do conservadorismo expresso pelo governo federal e seus laços com correntes evangélicas que defendem o fim do aborto legal e criticam os direitos sexuais reprodutivos. Convivem com o avanço do ultraneoliberalismo e a transformação da saúde em mercadoria, gerando lucros para o setor privado ou possibilitando o acesso à gestão de unidades públicas por instituições caracterizadas como organizações sociais sem fins lucrativos, viabilizando o uso do fundo público por interesses privatistas.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi fortemente impactada pelo referido contexto, incluindo a Rede Materno-Infantil.

⁸⁶ A questão social é tida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto, a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (Iamamoto, 2008).

Conforme o Plano Estadual de Saúde de Pernambuco (2024-2027),

a Rede Materno Infantil/Rede Cegonha⁸⁷ consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (Pernambuco, 2023, p. 200).

De acordo com o plano de saúde vigente, os serviços de referência para o alto risco concentram-se prioritariamente na capital do Estado, em Vitória de Santo Antão (I Macrorregional), Caruaru (II Macrorregional) e Petrolina (IV Macrorregional). Verifica-se, portanto, o comprometimento do princípio da regionalização do SUS e dos direitos das mulheres.

Faz-se necessária uma ação enérgica da Secretária de Saúde estadual para a assistência às mulheres no Estado de Pernambuco em seus territórios de origem. “Em relação aos leitos de alto risco, pode-se dizer que o Estado dispõe de 408 leitos de alto risco, com 306 destes custeados pelo Ministério da Saúde e 102 pela Secretaria de Saúde Estadual” (Pernambuco, 2023, p. 205).

No quadro abaixo, é possível visualizar os leitos disponíveis nos serviços da Rede Materno-Infantil por Macrorregião do Estado de Pernambuco:

⁸⁷ A Rede Cegonha (RC) é uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) lançada pelo Governo Federal em 2011 com o objetivo de proporcionar melhor atenção e qualidade de saúde para mulheres e crianças. A RC incentiva a inovação e a excelência na atenção pré-natal, assistência ao parto e ao pós-parto, bem como nas ações em torno do desenvolvimento da criança durante os primeiros dois anos de vida. Mobiliza gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços, especialmente as mulheres e crianças como beneficiários diretos. Investe num conjunto de recursos e estratégias de parcerias para um trabalho interfederativo. (Ministério da Saúde, 2017, p. 7).

Quadro 1 – Leitos de Saúde Materno-Infantil por Macrorregião em Pernambuco

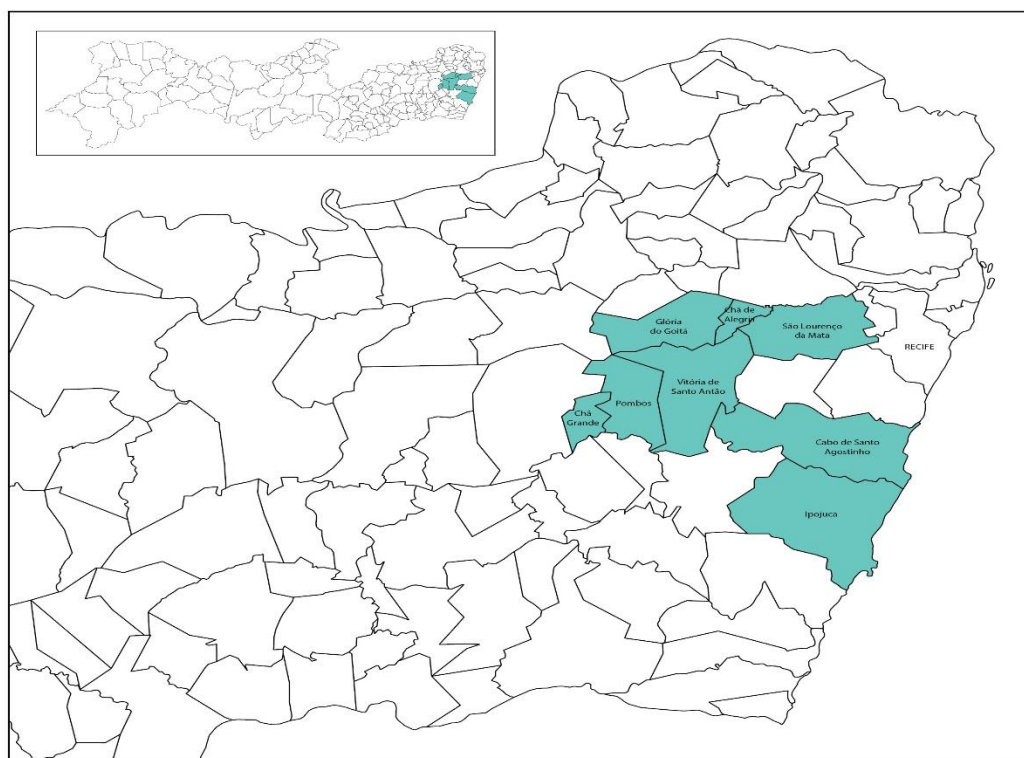
Macrorregião de Saúde/ Maternidades	Leitos Existentes				
	GAR	UTI Neonatal	UCI Neonatal	Canguru	AC
Macrorregião I - Metropolitana					
Hospital Barão de Lucena	61	18	16	10	28
Hospital Agamenon Magalhães	72	15	15	8	25
IMIP	73	18	56	-	21
Hospital das Clínicas	30	10	5	-	-
Hospital Memorial Guararapes	-	30	-	-	5
Hospital da Mulher do Recife	18	10	15	12	42
Hospital Regional de Palmares	-	5	-	-	-
CISAM	52	12	15	7	7
Casa de Saúde Santa Helena	-	-	-	-	2
Maternidade Padre Geraldo	-	-	-	-	10
Hospital Tricentenário	-	-	-	-	5
Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora de Fátima	-	-	-	-	7
Hospital Santa Rosa	-	-	-	-	3
CHS Nossa Senhora das Graças	-	-	-	-	4
Hospital João Murilo	10	10	-	-	10
TOTAL	316	128	122	37	169
Macrorregião II - Agreste					
Hospital Jesus Nazareno	34	-	16	8	33
Macrorregião III - Sertão					
Hospital Regional Inácio de Sá	10	-	5	-	10
Hospital Regional Rui de Barros Correia	-	-	-	-	8
Hospital São Vicente	-	-	-	-	6
HOMUPE	-	-	-	-	2
Hospital Geral Maria Rafael de Siqueira	-	-	-	-	8
Hospital Professor Agamenon Magalhães	-	-	-	-	3
TOTAL	10	-	5	-	37
Macrorregião IV - Vale do São Francisco					
Hospital Dom Malan	25	6	27	8	-
Hospital Regional Fernando Bezerra	-	-	-	-	5
Hospital Regional Inácio de Sá	10	-	5	-	8
Casa de Saúde São José	-	-	-	-	4
TOTAL	35	6	32	8	17
TOTAL GERAL	395	134	175	53	56

Fonte: Pernambuco (2023).

Como visto, o Hospital das Clínicas HC/UFPE compõe a Rede Estadual de Atenção Materno-Infantil. A Instituição possui 45 leitos cadastrados, ou seja, disponíveis ao atendimento de gestação e parto de alto risco, bem como para a atenção infantil na Unidade Neonatal e alojamento conjunto do referido serviço.

No mapa abaixo, é possível visualizar os municípios do Estado de Pernambuco em que o Hospital das Clínicas HC/UFPE – localizado em Recife – é referência, de acordo com o Plano Estadual de Saúde (2024-2027):

Figura 1 – Municípios com atendimento referenciado para o HC



Fonte: Elaborado pela autora, baseado em Pernambuco (2023).

É considerado, portanto, referência para oito municípios da I Macrorregional: Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Pombos, Vitória de Santo Antão, São Lourenço, Cabo e Ipojuca. Entretanto, observamos cotidianamente a presença significativa de mulheres com história de gestação de alto risco de outros municípios/regiões do Estado de Pernambuco, o que pode ser visto na tabela abaixo, onde consta o número de nascidos vivos do HC/UFPE no ano 2022, segundo regional de saúde de residência da mãe, conforme o boletim epidemiológico⁸⁸ da Instituição em questão.

⁸⁸ O Informe Epidemiológico 2022, elaborado pela Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Hospital das Clínicas, apresenta informações básicas da situação epidemiológica do hospital, com três enfoques: doenças e agravos de notificação compulsória, mortalidade e nascimentos vivos. A fonte de dados utilizada foi oriunda dos Sistemas de Informações Epidemiológicas (SIM, Sinan, Sinasc) da Secretaria de Saúde de Pernambuco.

Tabela 1 – Número de nascidos vivos no HC segundo regional de saúde da mãe, em 2022

Regional de Saúde	Nascimentos	
	N	%
I Regional	1175	53,2
II Regional	245	11,1
III Regional	163	7,4
IV Regional	259	11,7
V Regional	112	5,1
VI regional	91	4,1
IX regional	2	0,1
X Regional	15	0,7
XI Regional	31	1,4
XII Regional	108	4,9
Outros Estados	7	0,3
Total	2208	100,0

Fonte: Juliano (2022).

A tabela mostra que mulheres gestantes com história de gestação de alto risco de diferentes regionais⁸⁹ do Estado de Pernambuco tiveram acesso ao parto na urgência obstétrica do Hospital das Clínicas HC/UFPE. Não se pode perder de vista que no ano de 2022 ainda estávamos vivenciando a crise sanitária – as mulheres gestantes eram consideradas um grupo de risco para a Covid-19⁹⁰. Nesse contexto, muitas mulheres precisaram percorrer longas distâncias em busca de Atenção à Saúde Materno-Infantil.

Há que se considerar que principalmente no contexto de pandemia de Covid-19⁹¹, a atenção à saúde das mulheres gestantes foi comprometida pela dificuldade de acesso e assistência na rede de saúde pública.

⁸⁹ O Estado de Pernambuco, a partir da Resolução CIB-PE nº 1.734, de 17/9/2011, que aprova o Plano Diretor de Regionalização, definiu no referido documento que a conformação territorial da saúde no estado seria organizada em quatro Macrorregiões, 12 Regiões e 11 Microrregiões de Saúde. Em 2021, devido às ações relacionadas ao Planejamento Regional Integrado, foi necessário ratificar o desenho político-administrativo e sanitário da saúde pernambucana, através da Resolução CIB-PE nº 5.813, de 8/11/2021 (Pernambuco, 2023, p. 142).

⁹⁰ Em setembro de 2020, foram feitas novas descobertas, a partir de uma revisão sistemática e meta-análise de dados globais. Os estudos sugeriram que a gravidez é um fator de risco significativo para hospitalização e evolução mais grave da doença, com maior chance para admissão em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e uso de ventilação invasiva (Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, 2021).

⁹¹ Os trabalhadores de saúde do SUS vivenciaram um período de crise sanitária fortemente agravado por um orçamento que já era insuficiente, condições de trabalho precárias, negacionismo, e, sem dúvida, com dificuldade de responder a reais necessidades sociais da população usuária da política em questão.

Isso pode ser observado nos relatos dos profissionais que atuam no serviço de atenção obstétrica do Hospital das Clínicas HC/UFPE, entre eles destacamos:

“Era uma situação de emergência epidemiológica, né? E aí a gente percebe que, infelizmente, foi mais uma possibilidade de marcar a grande desigualdade no Brasil, né? Porque o país ficou com essa marca de ser um dos países onde mais mulheres morreram no período da pandemia. Mais mulheres grávidas, mais puérperas, exatamente porque a desigualdade ficou completamente evidenciada naquele período. E foi um momento de grande tensão para todo mundo, né? Para os serviços, às vezes não faltou equipamento, a gente não teve falta de EPI, mas a gente sabia que precisava usar racionalmente. E aí era toda uma questão da gente ter menos possibilidades de encontro” (spq5).

“Foi uma estrutura de guerra! Vamos fazer o que a gente puder, vamos salvar o que a gente puder salvar (...). E a gente meio que desesperado por vários aspectos. Desesperado muitas vezes por vaga, desesperado por uma doença que você não tinha total controle sobre... E foi uma situação que foi muito estressante. Eu peguei Covid umas seis vezes” (spq6).

A dificuldade de assistência e acesso à Rede Materno-Infantil, neste período, é esclarecida também pelo seguinte relato:

“Era bem ruim. A questão de todo mundo estar com medo de tudo. Até a importância de vir para o pré-natal. Algumas não vinham. Então, quando chegava aqui já era um evento catastrófico. De uma hipertensão, um descolamento de placenta. A gente já pegava as complicações de uma não assistência. E na época, a gente vinculou muito ao medo de sair de casa, ao medo de ir para consulta do pré-natal. Então, as próprias pacientes diminuíram a frequência de atendimento e quando chegavam já era para parir. Eu acho que foi uma das piores épocas de prestar assistência. Porque, de fato, a gente só pegava coisa ruim acontecendo. Assim, por falta de assistência, por falta de pré-natal, por falta de tudo! E eu entendo a mulher que estava com medo de sair, com medo de pegar Covid na rua. A gente sem vacina na época. Então, de fato, foi muito ruim” (spq10).

Após um longo período de enfrentamentos cotidianos, conforme apontado nos relatos, obteve-se o acesso à vacina Covid-19 e deu-se o encerramento da crise sanitária. Atualmente, há um novo governo no país, e a expectativa de que o Ministério da Saúde restabeleça a normalidade na saúde pública.

A Rede Materno-Infantil de Pernambuco apresenta desafios⁹² – aqui visto como expressões de um modelo de sociedade capitalista neoliberal – que repercutem nas condições concretas de trabalho dos profissionais que atuam na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher. A insuficiência de recursos e a dificuldade de funcionamento da Rede Materno-Infantil são mencionadas no Plano Estadual de Saúde vigente:

⁹² Visto no número insuficiente de serviços para atendimento à gestação de alto risco (centralizados em determinadas regiões). Há a superlotação e a precarização dos serviços de saúde materno-infantil. Nesse contexto, muitas mulheres recorrem à assistência na rede privada de saúde.

Os recursos financeiros estaduais e municipais hoje são insuficientes para cobrir os custos da rede materno-infantil e só com uma política de financiamento otimizada, mais estruturada e com valores atualizados às necessidades da linha do cuidado, desde o planejamento reprodutivo até o puerpério, incluindo os cuidados aos recém-nascidos, é que possibilitará o funcionamento da rede materno-infantil de forma eficiente, adequada e dentro dos padrões de humanização desejada (Pernambuco, 2023, p. 206).

O contexto da Rede Materno-Infantil em Pernambuco precisa ser cotidianamente problematizado neste pós-pandemia. Alguns relatos dos profissionais de saúde que atuam na atenção obstétrica do Hospital das Clínicas do HC/UFPE-EBSERH expressam a premente necessidade de que as mulheres tenham acesso à saúde perto de casa (em tempo oportuno e com qualidade).

Destacamos o seguinte relato:

“A gente pega mulher desse estado todo, e às vezes de fora do estado. Eu fico pensando numa mulher, meu Deus, que veio simhora de Petrolina, de Agrestina, de Orobó... Meu Deus do céu! A gente não tem a referência de cuidado, como deveria ter, como está no papel do SUS. Então, essa mulher já é violentada nessa dificuldade de estar tão longe de casa. A gente fala da importância da rede de apoio, mas numa hora dessa, a gente vê que essa família não tem como vir, porque é muito longe... A impressão que a gente tem é que a gente está falhando muito nas regionais de saúde, e aí a gente vai falhando ao longo de Pernambuco e essa mulher vem parar aqui” (spq5).

É importante atentar para a Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. No art. 2º são estabelecidos os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação da Política de Atenção Obstétrica e Neonatal:

I - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; II - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria; III - toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; IV - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que essa seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria; V - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura; VI - toda mulher e recém-nascido em situação de intercorrência obstétrica e neonatal têm direito a atendimento adequado e seguro de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria; VII - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nos incisos acima; VIII - toda gestante tem o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato de acordo com a Lei nº 11.108/05 (Brasil, 2005).

Nessa perspectiva, o direito à saúde das mulheres que acessam o Sistema Único de Saúde precisa ser defendido cotidianamente pelos gestores, profissionais e usuários da saúde, com especial atenção para o que está garantido na Constituição de 1988 e o que prevê a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Ministério da Saúde, 2004).

3.3 PERSPECTIVAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

“O que fica marcado para mim é que, como toda política, ela é fruto de muito trabalho, e aí ela não nasceu do nada, ela nasceu fruto do trabalho de mulheres, das feministas, que sempre batalharam, porque historicamente a gente tinha sempre uma questão de cuidado ao binômio, então era muito mais um cuidado em relação à criança do que à mulher. E aí é o trabalho das feministas e o trabalho mesmo das mulheres da saúde pública que construíram esse olhar e uma política voltada para a atenção integral à saúde da mulher, para além da saúde da criança, porque além dela ser mãe, ela é mulher antes de qualquer coisa, e a gente sabe que historicamente o cuidado era para a mãe e o bebê (...). Então, o grande marco para mim é esse: como ela foi construída e ao que ela se propõe” (spq5).

O depoimento acima demonstra a compreensão sobre a conquista histórica da PNAISM, tendo em vista a perspectiva de ultrapassar a concepção da mulher apenas como reprodutora, mas sim como sujeito que precisa de atenção integral. Conforme visto no capítulo anterior, desde 2004 consta da PNAISM que “a atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde” (Ministério da Saúde, 2004, p. 64).

Dos nove profissionais de saúde que atuam na atenção obstétrica do HC/UFPE, sete informam conhecer a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde. Sobre isso, destacamos os seguintes relatos:

“A PNAISM é a política vigente de atenção integral à saúde da mulher que busca garantir atenção em todo ciclo de vida da mulher. Não só a atenção sexual e reprodutiva, mas em todos os aspectos da vida dela” (spq9).

(...) “Ela tem direito a ser atendida integralmente, universalmente e tratada como ser humano. E de forma humanizada” (spq8).

“A política tem várias frentes de trabalho, vários campos de atuação em relação à mulher de uma forma integral, né? Entre eles, a questão do período gravídico-puerperal (...). Eu acho que a gente está trabalhando assim dentro da política nessa parte de atenção à mulher, já nesse período da gravidez e nesse puerpério imediato, né?” (spq1).

Os relatos acima condizem com a perspectiva da política em questão, que aponta a necessidade “de ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher” (Ministério da Saúde, 2004, p. 63).

Considerando particularmente o depoimento acima, de spq1, que a concepção de atenção Integral à saúde da mulher deverá nortear as práticas profissionais em todas as complexidades do Sistema Único de Saúde (SUS):

A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas (Ministério da Saúde, 2004, p. 64).

Sobre a compreensão de Atenção Integral à Saúde da Mulher, destacamos os seguintes relatos:

“Então, a gente acaba que não cuida só da doença, não é só pressão alta, é tentar entender o contexto social, o contexto da doença e, assim, juntar isso tudo. Não é só uma hipertensa, é uma mulher que tem uma história anterior que também tem uma doença” (spq10).

“(...) Pensar nessa mulher com suas diferentes necessidades. Não necessariamente algo que envolva a maternidade. E a gente tá aqui em uma maternidade, e isso vai vir muito à tona, mas a integralidade é pensar nisso” (spq1).

Os depoimentos revelam uma compreensão ampliada de saúde, que considera o contexto de vida da mulher que busca o serviço de saúde pública. É importante considerar que na atenção obstétrica, por exemplo, podemos atender mulheres com história de gestação de alto risco e dificuldade de acesso ao pré-natal por vários motivos – entre eles, ser vítima de violência doméstica e familiar.

Há que se considerar, portanto, o que afirma a própria PNAISM:

A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher (Ministério da Saúde, 2004, p. 63).

Embora os profissionais considerem a perspectiva de atenção integral à saúde da mulher em suas práticas, foi visto que a maior parte dos profissionais de saúde entrevistados (cinco deles) expressa centralidade no cuidado materno-infantil, entre eles destacamos:

“O meu foco é no sentido de todo o desfecho de saúde materno-fetal (...)”

que o binômio materno-fetal, a mãe e o bebê, eles construam um relacionamento que seja duradouro. É criar um elo de afinidade forte e humanizado entre a mãe e o bebê. E, sobretudo, investir o máximo para que não se tenham perdas” (spq6).

“O meu cuidado é direto à gestante e ao recém-nascido, quando ele nasce e fica aqui com a gente. É a gestante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato. Algumas vezes no pós-parto tardio, quando ela precisa ficar internada aqui por falta de vaga, mas é mais centrado na gestante e no trabalho de parto” (spq9).

Tal fato pode ser visto, ainda, nos prontuários analisados nesta pesquisa, onde verificamos a predominância de registros direcionados à perspectiva de saúde materno-infantil, tais como: 1) Vigilância materno-fetal; 2) Mãe sem queixas no pós-parto; 3) Adaptação ao nascimento do filho; 4) Boas condições materna e neonatal; 5) Boa relação afetiva com seu filho e abertura aos primeiros cuidados da maternidade.

Há que se considerar que os profissionais de saúde trabalham em um serviço de urgência obstétrica – onde se busca o cuidado imediato para gravidez, parto e pós-parto a fim de proteger a vida da criança e da mãe. Assim, aparentemente, a “finalidade” do serviço faz prevalecer, em alguma medida, a sobreposição do sujeito mãe em relação à mulher em sua integralidade.

Não podemos perder de vista a incidência da ideologia patriarcal numa sociedade de classe e racista, porquanto se sabe da “busca” pelo lugar reprodutivo das mulheres na sociedade vigente. Os serviços de atenção à saúde, embora considerem a perspectiva de integralidade no cuidado à mulher, tendem à manutenção do enfoque reprodutivo na atenção à saúde das mulheres.

3.4 ATENÇÃO OBSTÉTRICA, URGÊNCIA E CONDIÇÕES DE TRABALHO

“A gente tem que ser flexível e tentar trabalhar com aquela mulher num contexto, muitas vezes, de superlotação. Num quarto com outras mulheres. Então, às vezes, essa mulher não pode se deslocar para a nossa sala; a gente tem que fazer uma escuta ali, né? (...). Muitas vezes, é bem caótico. Então, acho que devido à dificuldade, tem a questão da brevidade. Porque essa mulher tem um curto tempo aqui no centro obstétrico. Com outras intercorrências, né? Então, às vezes, aquela mulher tem uma urgência clínica e se precisa interromper o atendimento. É prioridade. Então, ela precisa se ausentar. A gente precisa interromper aquele atendimento ou a gente é interrompido por outros profissionais. E, também, a complexidade dos casos, né? O cenário de urgência já é bem desafiador, né? A gente tem que dar conta dos imprevistos e das coisas que acontecem, que podem acabar atrapalhando, dando uma descontinuidade do atendimento. Quando ela vai para outras enfermarias, a gente tenta dar continuidade com os

profissionais” (spq1).

O depoimento acima (spq1) mostra as condições da assistência à mulher em um serviço de atenção obstétrica na saúde pública. Foram vistos, por meio do relato de todos os participantes do estudo, aspectos importantes sobre as condições de trabalho no serviço de saúde, entre eles destacamos os relatos de spq4, spq7, spq5:

“A demanda e a superlotação. São poucos profissionais, às vezes, para atender a essa demanda toda do nosso estado” (spq4).

“Aqui, eu falo muito, que é um lugar já improvisado por vida, né? É muito improvisado! Eu atendo paciente em maca baixa no chão. Tem aquelas macas que são de ambulância, que você tem que se abaixar pra verificar pressão e dar assistência no geral” (spq7).

“Olha, se você me perguntar agora quantos leitos a gente tem no centro obstétrico, que é a porta de entrada da urgência e da emergência, eu não sei dizer pra você. Porque, como ele vive superlotado, realmente eu não sei. A gente tá sempre num número muito maior. Tá tudo muito extrapolado. Essa mulher que vem pra cá é outra violência” (spq5).

Através da análise da compreensão dos profissionais, identificamos as seguintes questões relacionadas às condições de trabalho no serviço de atenção à mulher: superlotação; número de profissionais insuficiente; espaço físico inadequado; comprometimento da privacidade; dificuldade na administração do tempo de trabalho.

Constata-se a interferência das condições de trabalho na assistência e no cuidado às mulheres. Tal fato pode ser visto também por meio da análise dos prontuários das mulheres gestantes que acessaram o serviço de atenção obstétrica (ano 2022), onde encontramos registros dos profissionais de saúde sobre as condições de trabalho e limites relacionados à assistência à saúde das mulheres, conforme descrito abaixo:

“Plantão superlotado com 34 pacientes internadas. Paciente internada em maca baixa no corredor” (registro profissional de saúde);

“Encontro paciente em maca no corredor, evolui bem. Refere boa movimentação fetal e contrações breves e espaçadas. Evolui parto vaginal (registro profissional de saúde);

“O plantão encontra-se lotado, com dificuldade de vigilância devido a pacientes com urgências e trabalhos de parto” (registro profissional de saúde).

Os registros acima reafirmam a questão da interferência das condições de trabalho na qualidade da assistência à mulher gestante que acessa o serviço em

questão. Tal fato pode ser visto, ainda, nos relatos de spq8 e spq10:

“Então, o cuidado, ele fica comprometido, porque cada funcionário fica sobrecarregado. A quantidade de camas não é suficiente. Eu acho que aqui, pelo que a gente tem de estrutura, deveria ser entre 16 e vinte pacientes. Facilmente a gente chega a trinta, né?” (spq8).

“Porque eu acho que as condutas precisam ser tomadas mais brevemente. Então, a gente está sempre superlotado, atendimento na maca, no corredor, não tem muita privacidade. Então, às vezes, de fato, algumas conversas são mais encurtadas pelo cenário mesmo” (spq10).

3.5 APROXIMAÇÕES SOBRE A REALIDADE DAS MULHERES NA SOCIEDADE DE CLASSE, PATRIARCAL E RACISTA

Dos nove entrevistados, apenas três depoimentos expressam a determinação de classe, patriarcado e racismo na desigualdade entre homens e mulheres, quando questionamos a realidade das mulheres na sociedade contemporânea.

Destacamos os seguintes relatos:

“Quando a gente fala de mulher, a gente precisa falar de mulheres, né? Porque é uma categoria que é atravessada por questões de classe, de gênero, de raça. Aí são essas múltiplas mulheres. É uma situação de violência para a condição da mulher... Mas umas mais que outras, né? A gente nitidamente percebe, inclusive nos atendimentos no setor, em relação à escolaridade, em relação aos vínculos ou não de trabalho, de acesso às políticas públicas, a condição da mulher negra numa situação muito mais fragilizada do que a da mulher branca, por exemplo” (spq5).

“Avançou muito em algumas discussões, mas ainda vivemos em uma sociedade machista, patriarcal onde as mulheres, infelizmente, ainda são esmagadas, né? Por essa questão de não ter voz na sociedade. A gente tem de lutar duas vezes para poder obter o que a gente quer, né? Então, a gente está ali sobrecarregada com tantas atribuições e inúmeros papéis. A gente tem parece que, enfim, ter uma energia dobrada para poder caminhar dois passos que o homem dá em um, né? Então é um desafio, principalmente em relação àquelas mulheres que talvez não tiveram mais oportunidade. Fico assim pensando que ser mulher pobre, talvez, preta, é mais difícil, né? Acho que nossa realidade ainda tem muito tempo a caminhar, né? É uma realidade de muita opressão, de muita violência. A mulher ainda é muito objetificada” (spq1).

As concepções apresentadas nos relatos – fragilidade”, “esmagadas”, “não ter voz” e “sobrecarregadas” – denotam que para spq1 e spq5 as mulheres convivem com a exploração e a opressão na sociedade contemporânea. Sobre isto, é importante resgatar o que diz (Cisne; Santos, 2018, p. 12) no primeiro capítulo, desta dissertação:

As relações sociais de sexo são relações de exploração, opressão e apropriação que têm uma base material – a divisão sexual do trabalho e o controle sobre a sexualidade e a reprodução das mulheres a ele associado –, forjadas pelo sistema patriarcal, capitalista e racista, com seus contornos particulares na formação sócio-histórica brasileira.

Três dos entrevistados apresentam em seus relatos expressões do modelo de sociedade vigente e sua incidência nas condições concretas de vida das mulheres, quando dizem:

“Ainda vejo a mulher como um ser inferior ao homem. Perante a sociedade, em termos de trabalho e em termos de autonomia mesmo. E acaba ela sendo submissa ao companheiro ou muito dependente dele. Ainda acho ela muito em desvantagem, porque carrega aquele papel de ser a mãe, a esposa, a dona de casa, a profissional, né? Então, é uma sobrecarga muito grande pra ela” (spq3).

“A única coisa que eu acho ruim pra mulher hoje em dia é justamente que ela tem de trabalhar, chegar em casa e ainda ter os filhos pra cuidar, né? Ainda não são divididas as tarefas. Acredito que essa geração que está vindo agora vai melhorar um pouquinho essa questão de ter a responsabilidade dos filhos, da casa, e não ser só da mulher” (spq7).

“A mulher acabou acumulando mais funções, uma carga maior de algumas obrigações. Porque antes a mulher meio que cuidava da casa. O homem era, assim, o provedor. E hoje, na verdade, a mulher é tanto a cuidadora quanto a provedora financeira da casa. Então, somou trabalhos, com certeza” (spq10).

Os depoimentos expressam a dificuldade das mulheres para conciliar trabalho doméstico, cuidar dos filhos e trabalhar fora de casa. As mulheres têm assumido a responsabilidade com os filhos – com pouca ou nenhuma participação paterna – ou seja, o papel reprodutivo e do cuidado acaba centrado principalmente na mulher.

A ocupação e a renda das mulheres influenciam diretamente nas condições de vida de suas famílias. O percentual de domicílios sob a responsabilidade de mulheres cresceu de forma importante na última década, passando de 36% em 2012 para 48% em 2021. Neste último ano, esse percentual manteve-se superior a 45% em todas as regiões do País, chegando a 50% no Nordeste e a 48% nas regiões Sudeste e Centro-Oeste (...). Entre os domicílios sob a responsabilidade de mulheres, a maioria (65,4%) é classificada como unidade doméstica nuclear composta por um casal com filho/enteado ou uma pessoa (homem ou mulher) com filho/enteado. Além disso, um de cada cinco domicílios chefiados por mulheres (20,1%) classifica-se como uma unidade “estendida”, constituída somente pela mulher e com pelo menos um parente (Ministério da Saúde, 2023b, p. 7).

Os depoimentos dos nove entrevistados revelam o reconhecimento das conquistas e os desafios enfrentados pelas mulheres ao longo do tempo. Entretanto, não desvelam a incidência do neoconservadorismo na sociedade contemporânea. Apenas um depoimento faz menção à sua existência, quando se refere ao

retrocesso político nos tempos atuais, e destaca a defesa da vida e a autonomia das mulheres:

“Agora, tem os políticos que fazem umas leis que são retrocessos. Então, essa questão do aborto mesmo que está aí, uma gritaria, eu acho que é o pensamento do retrocesso. Coisa que é do centrão da direita. Porque o estupro é uma violação do direito da mulher. Ela precisa estar viva e ter vontade própria” (spq8).

A existência de apenas um relato pode evidenciar a importância de uma maior discussão dos profissionais de saúde sobre o impacto do neoconservadorismo na vida das mulheres (que acessam ou deixam de acessar os serviços públicos de saúde), a fim de buscar estratégias coletivas de resistência à negação dos direitos das mulheres.

3.6 A MULHER GESTANTE QUE ACESSA O SERVIÇO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA: DE QUAIS MULHERES ESTAMOS FALANDO?

Quando indagamos sobre a realidade das mulheres gestantes que acessam, particularmente, o serviço de atenção obstétrica do Hospital das Clínicas HC/UFPE, todos os depoimentos revelam aspectos importantes. Destacamos um deles, que aponta elementos para a compreensão da determinação de classe, patriarcado e racismo na concretude da vida das mulheres gestantes:

“Nosso público é um público de extrema vulnerabilidade, principalmente social, né? E econômica. Acaba que as demandas giram muitas vezes em torno disso. Elas vêm de uma realidade social muito complexa. Então, acho que a maioria aqui também, se for pensar no recorte de raça e cor, são mulheres negras, pretas e pardas. Mulheres do interior do estado que têm uma renda muito baixa; algumas nem renda têm, vivem de auxílio, enfim, de auxílios sociais. Eu acho que é o perfil que a gente atende. E a faixa etária acaba sendo bem diversa, mas a gente tanto atende mulheres de uma faixa etária muito precoce (meninas, adolescentes) como pessoas mais velhas também. Mulheres, em geral, com um baixo suporte social. Assim, têm uma rede familiar, mas com baixo suporte familiar, muitas vezes. Ou redes fragilizadas. Muitas que não possuem um parceiro dando suporte. Muitas em geral são mães solo, né?” (spq1).

A realidade apresentada por spq1 evidencia que os profissionais de saúde atendem mulheres que apresentam diferentes contextos de vida, complexidades e vulnerabilidades sociais. As mulheres, em particular, são extremamente afetadas pela crise do capital na contemporaneidade, como observado abaixo:

A crise do capital afeta, principalmente, os países de capitalismo periférico e determinados segmentos da classe trabalhadora, como é **o caso das**

mulheres, cuja condição de exploração se forja na histórica e estrutural articulação entre dominação patriarcal e desenvolvimento do capital (Ferreira, 2016, p. 1 [grifo nosso]).

Assim, principalmente as mulheres, carregam o peso da desigualdade, expresso nas precárias condições de vida e, muitas vezes, ainda são vítimas de violência doméstica familiar.

Dos nove entrevistados, apenas dois apontam a incidência de cor/raça na realidade das mulheres que acessam o serviço de atenção obstétrica. São eles spq1, que relatou: (...) “Então, acho que a maioria aqui também, se for pensar no recorte de raça e cor, são mulheres negras, pretas e pardas”; e spq5: “A gente nitidamente percebe (...) a condição da mulher negra numa situação muito mais fragilizada do que a da mulher branca, por exemplo”.

Tal fato aponta para a necessidade de maior discussão, considerando que a maioria das mulheres que acessa o serviço público de saúde⁹³/SUS são as mulheres negras. Isso pode ser visto no próprio perfil raça/cor das mulheres/mães de nascidos vivos que acessaram o serviço de atenção obstétrica do HC/UFPE no ano 2022, segundo o DATASUS/Sinasc:

Tabela 2 – Raça/cor de mães que acessaram o serviço obstétrico do HC em 2022

BRANCA	PRETA	AMARELA	PARDA	INDÍGENA
386	230	6	1.564	9

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, [s.d.].

Conforme boletim epidemiológico (2023), cerca de 60% dos nascidos vivos com baixo peso, nos anos de 2014 e 2021, eram filhos de mães pardas e pretas. O mesmo documento aponta que as mulheres pretas e pardas, em sua maioria, realizam um pré-natal inadequado:

Entre as mulheres com pré-natal inadequado, observa-se maior proporção daquelas que se autodeclararam pardas, correspondendo a cerca de 60% do total nos anos de 2014 e 2021. Juntas, as mulheres de raça/cor parda e preta totalizaram 70% dos casos de pré-natal inadequado, o que equivale a

⁹³ Conforme aponta estudo preliminar *Nascer no Brasil II*, pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023, são descritas e reconhecidas as desigualdades socioeconômicas e as particularidades históricas e culturais da população negra no Brasil. Na atenção à saúde, essa população é majoritariamente atendida no Sistema Único de Saúde (SUS) (Leal *et al.*, 2023).

três vezes o percentual observado nas brancas (Ministério da Saúde, 2023b, p. 9).

Conforme a Política Nacional de Atenção Integral: “O recorte racial/étnico é fundamental para a análise dos indicadores de saúde e para o planejamento das ações” (Ministério da Saúde, 2004, p. 51). Portanto, precisa ser sempre considerado por gestores e profissionais que atuam na saúde pública.

Em relação à rede de apoio familiar/social das mulheres gestantes que acessam o serviço de atenção obstétrica, um dos entrevistados (spq5) refere aspectos importantes sobre a realidade posta:

“São mulheres cuidando de mulheres. A grande maioria delas são as mães, que vêm como esse suporte, com esse apoio, e às vezes são as vizinhas, são as comadres. Então a grande maioria da rede de apoio de uma mulher são as mulheres. Dificilmente vêm os companheiros, alguns poucos, de fato, com essa disposição do cuidado. Alguns, infelizmente, não têm clareza do que é esse cuidado, especialmente numa unidade hospitalar, para uma mulher gestante ou uma mulher puérpera, que requer, de fato, muita atenção, muito cuidado, e às vezes uns poucos que vêm não têm essa disposição do cuidado, não” (spq5).

O relato de spq5 elucida a predominância feminina no acompanhamento das mulheres no serviço de saúde. Nesse sentido, o que temos é que a rede de apoio familiar/social acaba sendo, muitas vezes, naturalmente associada ao sexo feminino, e isso precisa ser questionado.

As mulheres enfrentam, cotidianamente, dificuldades de acesso e suporte das políticas públicas. A entrevistada spq7 discorre sobre isso:

“Sempre contando com família, né? Com a mãe, com a sogra. Quando eu converso, eu sempre pergunto: “E aí, quem vai ajudar?” (se você vai trabalhar). “Não, não, eu trabalho em casa, eu consigo cuidar. Deixo com a sogra, vou deixar com a mãe’. Nunca diz “Vou deixar na creche”. A vaga na creche, ou no município, não tem. (spq7).

A ausência ou o pouco suporte das políticas públicas contribui para a permanência da mulher no espaço doméstico, bem como a apropriação do tempo do trabalho das mulheres pelo Estado capitalista e patriarcal, de acordo com Ferreira (2020), em estudo realizado no campo das políticas de saúde.

3.7 PARTICULARIDADES RELACIONADAS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER GESTANTE

As mulheres gestantes foram consideradas grupo de risco para a Covid-19, sendo o isolamento social a principal recomendação dos serviços de saúde pública.

Neste contexto, o isolamento social contribuiu fortemente para o crescimento da violência doméstica familiar contra as mulheres no nosso país. A recomendação dos serviços de saúde era ficar em casa, entretanto, o espaço doméstico que deveria ser de proteção, contraditoriamente,

(...) destaca-se como um lugar perigoso e de ocorrência de múltiplas violências direcionadas às mulheres; com a prescrição de permanência no ambiente domiciliar, a ocorrência dessas violências aumentou e tornou-se complexificada já que a rede sanitária e socioassistencial teve atuação reduzida e focalizada, justificada pela necessidade de prevenção e controle da disseminação do coronavírus (Bueno *et al.*, 2023, p. 115).

Em 2022, 43.752 mulheres foram vítimas de violência doméstica e familiar no Estado (23.230 no interior, 11.246 na região Metropolitana e 9.276 na cidade do Recife) (Pernambuco, 2023). Houve um considerável crescimento do número de mulheres vítimas de violência no período em questão⁹⁴, segundo a pesquisa *Visível e Invisível: a Vitimização de Mulheres no Brasil* (Bueno *et al.*, 2023).

Vários fatores estão relacionados ao agravamento da violência contra as mulheres, sendo destacados os seguintes:

O desfinanciamento das políticas de enfrentamento à violência contra a mulher por parte do governo federal; o comprometimento do funcionamento de serviços de acolhimento às mulheres em situação de violência em tempos de pandemia de Covid-19 e a ação política de movimentos ultraconservadores que se intensificaram na última década e elegeram, entre outros temas, a igualdade de gênero como um tema a ser combatido (Bueno *et al.*, 2023, p. 8).

De acordo com a Lei Maria da Penha (2006), art. 9º, a assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada em caráter prioritário:

No Sistema Único de Saúde (SUS) e no Sistema Único de Segurança Pública (Susp), de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social), e em outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente, quando for o caso (Brasil, 2006).

⁹⁴ Não se pode deixar de considerar que o isolamento social também pode ter contribuído para a invisibilidade da violência doméstica familiar contra a mulher.

As políticas públicas devem envidar esforços em relação à problemática da violência doméstica familiar. Entre elas, consideramos ao longo deste estudo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com enfoque na questão de gênero. Um dos seus objetivos específicos é promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual (Ministério da Saúde, 2004, p. 70).

Nesta perspectiva, analisamos os prontuários de mulheres gestantes que acessaram o serviço de atenção obstétrica do Hospital das Clínicas HC/UFPE no ano de 2022 – período de pandemia de Covid-19. Realizamos entrevistas com os profissionais da equipe multiprofissional a fim de apreender a (in)visibilidade da problemática da violência doméstica e familiar contra a mulher gestante, sem perder de vista os desafios postos na saúde pública no pós-pandemia.

Como expressa spq5:

“A gente vê que quem mais maltrata a mulher são os homens de casa, aquelas pessoas que deveriam ser de uma relação de proximidade, mútuo apoio, mútuo cuidado (...). Então essa violência é perpetrada pelos pais, pelos namorados, pelos companheiros. Infelizmente é uma realidade que a gente percebe. A lei tipifica isso, a lei Maria da Penha (...). A gente tem clareza que a casa pode ser um lugar seguro, mas na realidade do trabalho da gente, a gente vê que na grande maioria das vezes é um lugar de falta de cuidado, não só em relação à violência física, à violência sexual, mas até na divisão do trabalho. Então há um descuido porque a carga do trabalho da casa, na sua grande maioria, é toda da mulher. Então a casa não é um lugar seguro para as mulheres, infelizmente” (spq5).

O relato acima (spq5) expressa a contradição que existe no modelo de sociedade capitalista, patriarcal e racista, onde o espaço doméstico e de cuidado com os filhos é também considerado o lugar onde há mais ocorrências da violência contra a mulher.

Os nove entrevistados consideram que há uma relação entre violência doméstica e familiar contra a mulher. É exposto por spq1 o seguinte:

“A violência tanto pode interferir no desenvolvimento digamos, físico dessa mulher, né? Então, assim, numa gravidez essa mulher vai desenvolver algum tipo de comorbidade e está atravessado por alguma questão da violência, né? Talvez a dificuldade que ela tem para encontrar assistência. Por exemplo, a gente já atendeu paciente que estava quase em cárcere privado, né? Então, ela não tinha como recorrer ao pré-natal para ter assistência que pudesse talvez identificar alguma comorbidade (...). Porque todas que estão aqui têm algum tipo de comorbidade, né? Então, até que ponto aquela hipertensão ou uma pré-eclâmpsia ou uma diabetes está também atrelada também à situação de violência, né? (...). Algumas situações de violência podem desenvolver estresse pós-traumático. Interfere também muito na vinculação que ela vai ter com o bebê, que pode ser prejudicada na situação de violência. E os desfechos negativos para a

criança, né? Tem o risco de parto prematuro se a mulher viver uma situação de violência. Talvez até um desfecho de morte, né? Como a gente vê, muitas vezes a quantidade de abortos está associada à situação de violência. Eu acho que é isso, físico e emocional, né? Também acho que a saúde da criança, se ela continuar no contexto de violência, vai ser prejudicada” (spq1).

A compreensão de spq1 apresenta consonância com estudos da saúde pública e com o que afirmam Zuma *et al.*: “A mulher que é vítima geralmente enfrenta obstáculos para ter acesso aos serviços de saúde” (Zuma *et al.*, 2020, p. 221). Assim, há que se atentar para as diferentes expressões da violência doméstica familiar na vida das mulheres gestantes nos atendimentos de saúde.

Dos nove entrevistados, três mencionam a existência de relação entre a questão do quesito raça/cor e a problemática da violência doméstica e familiar contra a mulher, sendo um deles o seguinte:

“A gente precisa pensar na classe social dessa mulher, na raça e cor dessa mulher, nos espaços que essa mulher ocupa, e nas oportunidades que ela teve. Então, nitidamente, eu percebo que inclusive as mulheres que a gente atende aqui no SUS, em sua maior parte, são mulheres negras, são pretas ou pardas, ou seja, a questão do próprio serviço de urgência do SUS já dá esse recorte de mais mulheres pretas, e também em relação à questão da violência (...). A gente percebe, especialmente em relação à escolaridade, as mais baixas estão relacionadas às mulheres pretas e pardas, às questões do vínculo empregatício, à informalidade, ao trabalho doméstico, tudo isso majoritariamente em relação à mulher preta e pobre. Essa de fato é quem mais sofre na sociedade” (spq5).

É importante destacar:

Em relação ao perfil étnico-racial, mulheres negras (45%) apresentam prevalência superior de vitimização do que as mulheres brancas (36,9%), mas a comparação entre mulheres pretas (48%) e pardas (43,8%) indica que as pretas são as mais vulneráveis. Chama a atenção que a vitimização por violência sexual seja similar entre todos os grupos, mas quando a questão trata de violência física, entre negras a prevalência é oito pontos superior à encontrada entre mulheres brancas (Bueno *et al.*, 2023, p. 19).

O depoimento de spq5 problematiza a desigualdade social observada no cotidiano da saúde pública – que pode ser expresso na dificuldade ou na falta de acesso à educação, trabalho e renda.

Abaixo, pesquisa mostra a relação entre renda e violência contra a mulher:

Em relação à renda, os dados revelam que à medida que aumenta a renda familiar mensal, diminui a prevalência de violência, embora mesmo entre as mulheres com mais de dez salários mínimos de renda os níveis sejam elevados. 31,2% das mulheres cuja renda familiar mensal é de até dois salários mínimos sofreram violência no último ano, 28,4% entre as que ganham entre dois e cinco salários mínimos, 27,4% entre as que têm rendimento entre cinco e dez salários mínimos, e 22,6% entre as que têm

mais de dez salários mínimos. Destaca-se que agressões físicas (13,8%) e espancamentos (7,7%) são muito mais frequentes entre mulheres com renda de até dois salários mínimos (Bueno *et al.*, 2023, p. 26).

Os nove entrevistados explicitam a relação existente entre a violência doméstica familiar contra a mulher gestante e as seguintes questões: machismo, poder, dependência econômica e submissão da mulher ao homem. Entre eles, destacamos os depoimentos de spq6, spq3 e spq7:

“É a questão de como você vê a mulher desde pequenininho, desde a educação da criança, na escola, na sociedade. Você criar um conceito de que o homem é maior do que a mulher ou que é mais forte do que a mulher, isso é um contexto errado, isso abre um espaço para você não respeitar a mulher” (spq6).

“A questão da cultura social, que ainda é muito forte. Que o homem é o homem. Ele que tem que mandar, ele que tem que ordenar... Que ele é sempre o superior. Então eu acho que a violência vem daí... de achar que ele que é o dono da mulher. Que a mulher não pode fazer certas coisas... que só o homem pode” (spq3).

“Existe o machismo, né? Devido ao machismo, muitas mulheres vivem dependendo dos homens e não trabalham. Aí chegam os filhos, aí termina tendo que ficar em casa, cuidando desses filhos. A questão social também. Se bem que a violência está em toda a classe social, né? Só que na classe mais pobre aparece mais a questão da violência” (spq7).

Esses depoimentos destacam as expressões do patriarcado na vida das mulheres. Faz-se importante resgatar a concepção das autoras Cisne⁹⁵ e Santos (2018, p. 43) sobre a reprodução do patriarcado na sociedade vigente:

O patriarcado, embora atinja de forma estrutural a sociedade, dirige suas implicações centralmente às mulheres [...]. Assim, ainda que atinja outros sujeitos, a lógica que estrutura o patriarcado é de privilégio e de dominação masculinos relacionados à subalternização e a invisibilização das mulheres e do que é associado ou considerado e identificado como feminino [...]. Logo, ainda que o exercício do poder patriarcal não se restrinja ao sexo biológico da mulher, permeia a construção social do sexo feminino, que se associa ao frágil, ao desvalorizado, ao subalterno e ao subserviente, enquanto o “modelo” patriarcal do homem é o da força, virilidade, poder e dominação.

Dos nove entrevistados, cinco informam identificar, frequentemente, violência doméstica contra a mulher gestante no cotidiano de trabalho. Porém, destacam que a natureza de um serviço de urgência dificulta a intervenção sobre a problemática, em questão. Tal fato é explicado por spq4 e spq1:

⁹⁵ De acordo com (Cisne, 2015, p. 138), o que temos é: “uma sociedade permeada por relações de opressão, exploração e apropriação sobre as mulheres que promove cotidianamente situações de violência permeadas e potencializadas pela desigualdade de classe, pelo sexismo e pelo racismo”.

“Aqui é diferente de uma clínica em que a gente chega de manhã e nós conseguimos conversar um pouco. Nosso atendimento está aqui, e de repente nasceu um. Então a gente tem que parar o que está fazendo (...). Outro dia tinha uma que disse: ‘Eu quero falar com a assistente social’. Aí eu disse: ‘Você quer adiantar?’ ‘Eu não quero que meu marido saiba que eu estou aqui’. Eu já sei que tem uma coisa social a resolver, mas eu não podia adentrar mais, então chamei o serviço social” (spq4).

“É, algo que a gente pensa pouco e fala pouco, mas acaba se tornando um fator de risco, né? (...). Assim, eu acho, no geral, conhecendo os profissionais, isso deve ser um assunto pouco discutido e pouco explorado. Porque ela chega com uma demanda muito física. Então, os atendimentos são muito voltados pra isso. Nós, que trabalhamos com esses aspectos mais subjetivos, familiar e social, a gente acaba conseguindo ter uma escuta mais qualificada e tenta identificar, né?” (spq1).

O serviço atende mulheres num ciclo gravídico puerperal que requer atendimento imediato⁹⁶ a uma situação de urgência. Tal fato, sem dúvida, pode repercutir na apreensão do contexto social das mulheres e na intervenção sobre a problemática em questão.

Diante deste contexto, é apontado por spq4 e spq1 que as demandas são compartilhadas com a equipe multiprofissional do serviço de saúde, sendo uma delas a problemática da violência doméstica e familiar contra a mulher, que segundo a Lei Maria da Penha (11.340/2006), em seu art. 5º: “configura qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (Brasil, 2016). Nesta lei são apresentados os tipos de violência doméstica e familiar contra a mulher: física, patrimonial, sexual, moral e psicológica⁹⁷.

Conforme os nove entrevistados, a violência psicológica é frequentemente identificada nos atendimentos, entretanto o relato de spq5, abaixo, aponta que a problemática é pouco reconhecida pela mulher gestante que acessa o serviço de saúde:

“A violência física geralmente é só a ponta do *iceberg*. Ela já passou pelas outras. Agora, o que eu percebo, quando eu tenho oportunidade de uma aproximação maior com elas, é que psicológica é a menos evidente para

⁹⁶ Vale ler o texto *Equidade, Ética e Direito à Saúde coletiva na mundialização*, de Virgínia Fontes (Fontes, 2007).

⁹⁷ A violência psicológica é definida da seguinte forma:

Art. 7º II - A violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação (Brasil, 2016).

elas. A mais evidente é a física. Mas a psicológica, às vezes, ela nem percebe, porque quando você diz que uma mulher está feia, uma mulher está gorda, para onde você vai com essa roupa?, você não sabe fazer nada direito! (...), ela, às vezes, não se dá conta de que ela já vem sofrendo esse tipo de violência verbal e que mina a autoestima dela. Eu percebo como sendo a mais invisibilizada. É a que mais existe. É porque, na verdade, eu acho que as mulheres se expõem a ela por muito mais tempo. Ela é a mais invisibilizada, eu percebo isso quando a gente tem a oportunidade de fazer aquele termômetro da violência” (spq5).

Com base no relato de spq5, entende-se que para além da identificação, é necessário buscar intervenções que possam contribuir com a realidade apresentada – entre elas a orientação sobre prevenção e proteção à violência doméstica e familiar contra a mulher gestante.

A violência ainda pode impactar de maneira drástica a vida social dessa mulher. Como consequência da violência, pode passar a fazer uso ou abuso de substâncias como drogas e álcool, pode ver diminuir sua produtividade no trabalho ou nos estudos, o que, de alguma forma, afeta a sua capacidade de ser economicamente independente. Esse desdobramento específico pode representar ainda mais dificuldade em se desvencilhar da relação violenta, uma vez que a autonomia financeira é uma porta de saída importante (Bueno *et al.*, 2023, p. 43).

Dos nove entrevistados, cinco informam que a violência doméstica familiar é expressa abertamente durante os atendimentos à mulher gestante. Os relatos abaixo revelam respostas dos profissionais sobre a dificuldade de as mulheres gestantes expressarem a vivência de violência nos atendimentos:

Compreensão, naturalização e reprodução da violência doméstica familiar:

“Identifico pouco referida por ela (...). Justamente pelo que ela entende como violência e como ela associa o que ela está passando com violência. Enfim é o entendimento, a interpretação dela do que é violência e do que ela vive. Muitas vezes tenta amenizar, acha que é assim mesmo, que a mãe passou por isso, que a sociedade é assim, que precisa se calar para o casamento durar” (spq9).

Repressão e medo da violência doméstica familiar:

“Só se elas disserem mesmo, né? Porque, na maioria das vezes, escondem. A gente só percebe com a conversa (...). Eu acredito que elas têm medo de repressão deles. De agressão e violência” (spq4).

Inferioridade, vergonha e violência doméstica familiar:

“Acredito que vergonha, né? Acho que devido à vergonha e a sentir inferior e de se sentir humilhada, né?” (spq7).

Vinculação e violência doméstica familiar:

“Eu acho que é a falta de vinculação. A gente faz um trabalho muito estanque, muito rápido, entendeu?” (spq8).

Casa, privacidade, ameaça e violência doméstica familiar:

“Porque elas são ameaçadas, têm medo de voltar pra casa e o bicho pegar, né?” (spq6).

Dos nove entrevistados, cinco consideram que é mais difícil identificar a violência doméstica e familiar contra a mulher no contexto gestacional.

Destacamos, abaixo, os seguintes relatos:

“Acaba, muitas vezes, passando batido, porque o que está mais em evidência ali não é mais só a mulher, né? Ali é um bebezinho que está se formando. Então, assim, acho que os olhares ficam muito voltados para o corpo dessa mulher, né? Que não é mais só dela, né? Assim, está sendo compartilhado com outro ser. Então, as atenções ficam muito em torno disso, na assistência ao binômio: mãe e bebê. E acho que se perde um pouquinho, assim, dos outros elementos, né? Então, às vezes, até a própria mulher está muito voltada para a questão da maternidade e acaba, talvez, ficando submissa em algumas situações de violência, ou ela não encontra força pra buscar ajuda” (spq1).

“É mais difícil identificar porque ela tem medo do que vai acontecer com esse bebê. Ela está vulnerável, ela não está podendo arrumar emprego nessa hora, ela não está podendo voltar para a casa da família. Geralmente a família já é sobrecarregada e não tem condições de botar mais um bebê e mais uma mulher em casa. Às vezes ela já tem outros os filhos... Então ela cala” (spq8).

A compreensão de (spq1) é que a mulher gestante e os profissionais de saúde ficam mais voltados para a questão materno-infantil. Assim, a violência doméstica familiar acaba não sendo identificada nos atendimentos. Já o relato de spq8 indica que as condições concretas de vida das mulheres contribuem para sua submissão à violência doméstica familiar e, portanto, há a dificuldade de identificação nos atendimentos.

3.8 A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER GESTANTE NA SAÚDE PÚBLICA: AFINAL, QUAIS AS POSSIBILIDADES E DESAFIOS?

“Ele pegou todos os documentos dela. Ela disse: ‘Doutora, eu vim, mas não tenho cartão de passagem, identidade, nem cartão do pré-natal... não tenho mais nada. Porque ele queimou tudo’ (...). Eu achei bem, assim, como se, realmente, demonstrasse ter posse sobre ela. Assim, você é minha. Foi bem marcante” (spq10).

“Às vezes a gente precisa internar e não pode internar, não pode cumprir as determinações médicas, e os motivos são vários: desde a condição socioeconômica até a imposição do marido, do cônjuge, do meio em que ela vive... ameaças, essas coisas, isso acontece” (spq6).

Os relatos de sq10 e spq6, acima, expõem a relação entre violência doméstica e familiar contra a mulher e a questão do comprometimento do acesso e assistência à saúde da mulher no contexto gestacional.

Dos nove entrevistados, três informaram que realizam orientações diante das situações de violência doméstica familiar contra a mulher gestante nos atendimentos. Em relação à questão da orientação sobre a violência doméstica e familiar nos atendimentos dos profissionais de atenção obstétrica, destacamos os seguintes relatos:

“Eu acho assim, que não costuma ser nossa prática fazer um atendimento de repassar as orientações (...). Mas é algo a se repensar, né?” (spq1).

“Pouco, por causa da incidência de denúncias” (spq9).

“A gente precisa dar visibilidade nesses encontros. Existe uma ideologia, o machismo é bem grande, ele é enorme, mas a gente também pode. E a gente também é forte. Então, é nesse sentido de dar acesso a um direito e tentar, pelo menos, sensibilizar em relação ao tema, para que ela saia daqui com uma pulga atrás da orelha. Ou com encaminhamento para esses serviços que são mais longitudinais; que ela possa, de fato, quebrar essas situações de dor, sofrimento e violência” (spq5).

De acordo com spq9, a orientação depende da denúncia da situação da violência doméstica familiar. O relato de spq1, embora revele não ser uma prática nos atendimentos, coloca a possibilidade de repensar a questão. Já o relato de spq5 ressalta a importância da visibilidade e do enfrentamento.

Os nove entrevistados informaram que quando da identificação da violência doméstica familiar contra a mulher gestante, realizam articulação com a equipe multiprofissional do setor de atenção obstétrica.

Eis, a seguir, os relatos de spq4, spq3 e spq9:

“Na maioria das vezes, a gente não consegue fazer nem sequer o que a gente gostaria. Então, pedi o apoio do serviço social e da psicologia. Eu sempre pergunto. ‘Tem serviço social hoje? Tem psicólogo?’” (spq4).

“As nossas intervenções encaminham para o serviço social. Temos uma equipe multidisciplinar para aconselhar até com relação à conduta. Também a gente busca a psicologia para tentar resgatar alguma coisa através das falas dela, dos sentimentos dela. E ali, na equipe, tentar intervir de alguma forma, né? Buscar uma conduta que possa melhorar o sentimento daquela paciente. Que a gente possa ajudar de alguma forma” (spq3).

“Porque eu entendo que, sozinho, eu não consigo dar o apoio que ela precisa, até pelas limitações da profissão. A gente sabe que existem profissões que se complementam nesse caso e precisam ser acionadas” (spq9).

Os relatos acima evidenciam que a articulação multiprofissional é uma possibilidade, diante da limitação de tempo e do pouco conhecimento sobre a abordagem da violência doméstica e familiar.

A maioria dos entrevistados mostra desconhecer a Rede de Proteção à Mulher Vítima de Violência Doméstica e Familiar. Tal fato pode ser visto nos seguintes relatos:

“Eu nem conheço a rede” (spq3).

“Não sei se é pelo fato de no nosso setor a gente estar sempre superlotado. Não temos esse tempo para tanta coisa (...). Então, eu acho que o serviço social e a psicologia é a ponte” (spq4).

A articulação com a Rede⁹⁸ de Proteção à Mulher Vítima de Violência é uma providência necessária à prevenção e proteção e, portanto, ao enfrentamento da problemática⁹⁹.

Deve-se considerar a importância dos registros em prontuários e a notificação da violência doméstica e familiar contra a mulher. Segundo a portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011, “a notificação de violências interpessoais e autoprovocadas se tornou compulsória para todos os profissionais de saúde que atuam na saúde” (Brasil, 2011).

A notificação de violência possibilita a definição de políticas públicas, a fim de dar visibilidade a problemática.

Consta da nota técnica nº 62 do Ministério da Saúde:

A vigilância de violências e acidentes (VIVA) objetiva sistematizar, coletar e disseminar dados que permitem conhecer a magnitude e a gravidade das violências e acidentes no Brasil, bem como fornecer subsídios para definição de políticas públicas, estratégias e ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção às pessoas em situação de violência (Brasil, 2022, p. 1).

De acordo com o Boletim epidemiológico HC/UFPE (Juliano, 2022), apenas 2,5% das doenças/agravos de notificação compulsória foram relacionados à violência interpessoal/autoprovocada na instituição no referido ano.

Na análise dos cem prontuários de mulheres gestantes que acessaram o serviço de atenção obstétrica no ano de 2022, identificamos 13 prontuários com registros e notificações de violência doméstica e familiar.

Dos registros encontrados, um deles diz respeito à violência psicológica e moral que é tipificada no artº 7º da Lei Maria da Penha (11.340/2006). No registro,

⁹⁸ Na página da Internet da Secretaria Estadual da Mulher de Pernambuco, é possível obter informações sobre a Rede de Proteção à Mulher. Disponível em: <http://www2.secmulher.pe.gov.br/web/secretaria-da-mulher/rede>

⁹⁹ Serviços da Rede de Saúde, Assistência Social, Centros Especializados de Atendimento à Mulher e as delegacias (de preferência, especializadas) distribuídas no Estado de Pernambuco.

em questão, consta orientação sobre violência doméstica e familiar, bem como encaminhamentos, entre eles para o Serviço de Atendimento Especializado à Mulher Vítima de Violência Doméstica e Familiar, como pode ser visto abaixo:

“Paciente admitida em trabalho de parto prematuro refere que frequentemente sofre violência moral e psicológica. No atendimento, informo sobre escala de violência e culminância de feminicídio (via violentômetro) e encaminhamento ao Creas, USF e Centro Especializado de Atendimento à Mulher. No pós-alta vai para casa da mãe em Pontas de Pedras/Goiana/PE” (Profissional de saúde, 2022).

Dos prontuários com registros de violência doméstica e familiar, 12 apresentam notificações relacionadas à violência sexual – como se sabe, tipificada no artigo 7º da Lei Maria da Penha (11.340/2006). Dos registros relacionados à violência sexual apontados acima, um deles diz respeito à mulher gestante (maior de 18 anos) com histórico de deficiência mental, enquanto 11 dizem respeito a menores de 14 anos – estupro de vulnerável. Conforme a Lei nº 12.015/2009, art. 217: “crime de estupro de vulnerável é toda conjunção carnal ou outro ato libidinoso praticado com menor de 14 anos” (Brasil, 2009).

Abaixo, destacamos os seguintes relatos:

“Paciente de 13 anos no curso de 40s e 4d de gestação. Foi transferida devido a alteração pressórica (...). Risco social (mãe adolescente). Feita notificação e orientada pelo Serviço Social. Mantém acompanhamento pelo Serviço Social” (Profissional de saúde, ano 2022).

“Proveniente da Zona Rural; pré-natal realizado tardiamente na Unidade de Saúde da Família do município de origem; sem acesso a Programa Social; necessidade de maior aprofundamento sobre vínculo familiar/social. Genitora ciente de que o caso será notificado, considerando que se trata de gestação de menor de 14 anos. Realizada orientação sobre planejamento reprodutivo e responsabilidade dos genitores conforme o Estatuto da Criança ECA/1990. Por fim, o caso será encaminhado ao conselho tutelar e compartilhado com a psicologia, a fim de acompanhamento da adolescente em questão” (Profissional de saúde, 2022).

Nos registros dos profissionais de saúde, acima, constam relato de articulação multiprofissional, notificação, orientação e articulação com a rede de proteção à vítima de violência.

Sobre isso, destacamos o seguinte relato:

“Então, primeiro é pra dar visibilidade interna, institucional, pra que a gente encontre a equipe de saúde e perceba que isso é um problema. A gente pega muito profissional, especialmente de outras áreas, que fazem; eu não sei conduzir. Mas se ao menos ele falar, numa perspectiva de que não sabe, mas procura ajuda de outro profissional, já tá valendo, né? Então, primeiro pra dar visibilidade interna, e quando a gente notifica, é pra aquilo dali virar um dado epidemiológico, pra poder dar visibilidade àquilo nos números do Ministério da Saúde, enfim, um dado epidemiológico” (spq5).

O relato de spq5 mostra a importância da visibilidade da problemática, por meio de intervenções que podem ser realizadas pelos profissionais de saúde.

Dos 13 registros relacionados à violência doméstica e familiar contra a mulher, identificados na análise dos prontuários, 12 dizem respeito a estupros de vulneráveis. Tal fato indica a visibilidade da violência doméstica e familiar contra a mulher no serviço, quando diz respeito à violência presumida¹⁰⁰.

É importante compreender os desafios e as possibilidades de intervenção dos profissionais da atenção obstétrica em relação à problemática da violência doméstica e familiar contra a mulher gestante.

Em relação aos desafios, os relatos dos profissionais evidenciam dificuldades relacionadas à natureza do serviço de urgência e às condições concretas de trabalho: estrutura física, superlotação, exposição das mulheres e sobrecarga de trabalho no serviço.

Nos relatos abaixo, spq3, spq7 e spq1 expressam o seguinte:

“Eu acho que o maior desafio mesmo é o tempo. Que é pequeno, né? Acho também que a superlotação faz com que a gente não tenha o tempo propício para fazer um atendimento com mais qualidade. Com mais atenção. Com mais observação” (spq3).

“Acredito que o espaço físico para acolher essa mulher, né? Que sofreu essa violência ali, de não ter privacidade. Então, não vai ter privacidade. A gente só tem uma sala aqui que tem isolamento, que não pode colocar a mulher lá, porque o caso dela mesmo não é de isolamento. Então, é a questão do espaço e da privacidade” (spq7).

“Algumas coisas acabam ficando em segundo plano, né? (...). Acho que também tem a ver com as condições de trabalho. Se formos pensar na superlotação, como é que eu vou prestar uma assistência adequada, uma escuta qualificada, quando, por exemplo, tem várias pacientes na maca no corredor, né? Qual é o espaço de privacidade que aquela mulher vai ter? Então, acho que a superlotação com certeza é um grande nó na assistência. Acho que condições técnicas nós temos, mas talvez as questões sejam mais estruturais, né? Assim, realmente acho que podem ser um empecilho. Às vezes a gente está sobrecarregada com outras demandas. A gente não consegue ter aquele tempo de qualidade pra identificar. Talvez alguma situação de violência que passa batido, né?” (spq1).

Para além da natureza do serviço de urgência, os relatos apontam para dificuldades relacionadas às condições concretas de trabalho. A nosso ver, como

¹⁰⁰ No caso de estupro, a violência é presumida quando a vítima é menor de 14 anos, apresenta enfermidade ou deficiência mental, ou seja, não tem o discernimento para prática do ato, ou que por qualquer outra causa (embriaguez, por exemplo) não pode oferecer resistência. Nesses casos, a vítima é considerada pessoa incapaz de manifestar sua vontade, de modo que, ainda que haja um suposto consentimento, este é considerado inválido.

expressão de contrarreforma na política de saúde e suas expressões na particularidade da PAISM. Tal fato, sem dúvida, reflete na qualidade da assistência à saúde das mulheres.

Consta em estudo realizado por Assunção, Soares e Serrano (2014, p. 31) sobre a superlotação das maternidades em Pernambuco o seguinte:

A lógica predominante nesses serviços que sofrem intensamente a problemática da superlotação é a da contrarreforma e dos projetos privatistas e SUS possível, em que se precarizam as condições em que em prestada a assistência, ao sobrecarregarem os profissionais de saúde, impactando nas práticas de forma a torná-las tendência ao imediatismo e ao pragmatismo.

Os profissionais entrevistados indicam possibilidades relacionadas à qualificação da assistência às mulheres gestantes vítimas de violência: necessidade de maior orçamento; redimensionamento de pessoal; importância de abordagens durante o pré-natal; maior disseminação de informações; qualificação continuada dos profissionais de saúde.

Sobre as questões apontadas, destacamos os seguintes relatos:

“(...) É tomar cuidado com o volume, **fazer um dimensionamento real**, justo, humano, para o profissional, para que ele **possa ter condições de atender**, rever a questão dos estudantes, certo? **Treinar esse profissional** para que ele seja mais acolhedor, porque tem lugares que, assim, ah, é parto, parto... Parto é uma das situações em que mais você precisa de acolhimento, né?” (spq8 [grifos nossos]).

“Porque eu acho que ali é o melhor momento pra abordar, pra conversar, pra, enfim, alguma proposta de mudança do ambiente. É, com certeza, **o melhor momento, o pré-natal**” (spq10 [grifo nosso]).

“(...) O SUS também precisa de **mais orçamento**, precisa de muita coisa, mas é fantástico” (spq5 [grifo nosso]).

“Eu tenho clareza que, pelo tempo que a gente tem, pelo local que a gente tá no cuidado da mulher, é **a informação**” (spq5 [grifo nosso]).

“A **formação permanente** dos profissionais para lembrar a importância desse combate à violência, a importância da equipe multiprofissional, de olhar a mulher de uma forma mais integral e intervir no que é possível para a gente, em uma urgência, e **vincular os profissionais e as atenções de urgência, atenção básica**. Enfim, o que for preciso” (spq9 [grifos nossos]).

As possibilidades apresentadas acima desvelam a necessidade de tensionamento cotidiano por parte da classe trabalhadora, para que haja investimentos públicos condizentes com a complexidade das demandas, capazes de responder às reais necessidades das mulheres. Em suma, um orçamento que contemple a estruturação e o fortalecimento da rede materno-infantil, com

profissionais suficientes e com formação continuada sobre temáticas referentes à atenção integral da mulher, sendo uma delas a violência doméstica familiar.

Dos nove entrevistados, apenas dois informam ter participado de formação sobre violência doméstica e familiar contra a mulher desde a vinculação com o serviço de atenção obstétrica.

Conforme spq5:

“Eu lembro que foi no movimento do Dia das Mulheres. No mês de Conscientização da Mulher, a gente já tratou sobre questão de violência. A gente já trouxe facilitadoras do Serviço de Referência do Hospital Agamenon Magalhães e outro serviço, SOS Corpo. Então, na verdade, esse grupo de trabalho que trata do mês de Conscientização da Mulher é um grupo de mulheres, e aí a gente, de vez em quando, vai lá e puxa esse tema pra dar visibilidade internamente pra ele” (spq5).

Conforme o setor de Educação Permanente do Hospital das Clínicas HC/UFPE¹⁰¹, entre 2019 e 2023 houve sete encontros formativos relacionados à questão da mulher na instituição, três deles direcionados à questão da violência doméstica familiar contra a mulher. Cabe ressaltar a necessidade de ampliar as possibilidades de educação permanente, particularmente dos profissionais que estão vinculados aos setores que têm como público-alvo as mulheres.

Nove entrevistados consideram importante a participação em formações sobre a temática da violência doméstica familiar contra a mulher.

Destacamos, abaixo, os seguintes depoimentos:

“Para nos qualificar melhor na abordagem com essas mulheres e melhorar o nosso atendimento e ajudá-las, né? Porque o foco é melhorando os profissionais, há ajuda para elas, né?” (spq4).

“Pra gente poder identificar, enfim, a gente ficar com o radar mais atento a uma possível vítima. E acaba que, talvez, por não ter formação ou por não ter experiência, alguma coisa que poderia ter identificado como um gatilho, alguma coisa para uma violência, de fato, pode ter passado despercebida por não ter experiência” (spq10).

“Então, quando você participa é uma forma também de você provocar, de você **dar visibilidade ao que você vê na ponta, e aí de poder incrementar, porque a gente sabe que é o crescente, né?**” (spq5 [grifo nosso]).

Os relatos revelam a necessidade de que a instituição ofereça formações relacionadas à problemática, a fim de favorecer a identificação, a notificação, a

¹⁰¹ Realizamos solicitação de informações através do sistema SEI HC/UFPE – Ebserh, sobre informações relacionadas à temática da violência doméstica familiar contra a mulher entre 2014 e 2024. A referida instituição informou que entre 2014 a 2018 não houve registro de formações sobre a questão da violência doméstica familiar contra a mulher devido a uma deficiência no sistema.

orientação e a articulação multiprofissional e intersetorial com a rede de proteção à mulher vítima de violência doméstica e familiar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sair da aparência é uma tarefa árdua e, ao mesmo tempo, instigante. Requer, sem dúvida, um movimento de aproximações sucessivas com a totalidade concreta – idas e vindas que são próprios do processo investigativo. “A captura do próprio objeto implica o pressuposto de que ele não se resume aos elementos empíricos, mas também, e principalmente, àqueles que constituem a sua essência” (Tonet, 2013, p. 14).

Ao longo deste estudo, tivemos o aporte do materialismo histórico-dialético. Mediante ele, buscamos a apropriação do processo histórico, conceitos, categorias e referenciais teóricos do feminismo crítico, bem como de legislações, portarias e políticas públicas, a fim de uma maior aproximação com a totalidade:

(...) não é sinônimo de tudo, mas significa um conjunto de partes, articuladas entre si, com uma determinada ordem e hierarquia, permeadas por contradições e mediações e em constante processo de efetivação. Sua importância metodológica está fundada exatamente no fato de ser uma categoria que caracteriza a realidade em si mesma (Tonet, 2013, p. 115).

Em nossas aproximações com a realidade, encontramos indícios de exploração e opressão das mulheres no contexto de transição para o capitalismo, consubstanciados nas relações sociais da sociedade de classe, patriarcal e racista. “São essas relações sociais que dão a base à ideologia, naturalizando situações de violência contra as mulheres” (Cisne, 2015, p. 138).

A compreensão do sistema neoliberal (e suas incidências na realidade concreta)

(...) implicou destruição, não somente para as estruturas e poderes institucionais, mas também sobre as relações estruturais da força de trabalho, relações sociais, nas políticas de bem-estar social, nos arranjos tecnológicos, modos de vida, pertencimento à terra, hábitos afetivos, modos de pensar e outros mais (Harvey, 2007, p. 3).

Vimos que nos tempos atuais, a opressão das mulheres é reforçada pelo neoconservadorismo, que busca¹⁰² cotidianamente o retrocesso das conquistas, direitos e políticas públicas para mulheres. O campo da saúde pública é um deles.

Assim, realizamos um movimento de aproximações sucessivas com o objetivo de analisar a (in)visibilidade da violência doméstica e familiar contra a

¹⁰² A exemplo do recente Projeto de Lei nº 1.904/24, que equipara o aborto realizado após 22 semanas de gestação ao crime de homicídio simples, inclusive no caso de gravidez resultante de estupro.

mulher gestante na saúde pública. Este objeto constitui uma questão estrutural e que expressa de múltiplas formas, em diferentes contextos, a vida de todas as mulheres.

Analizamos a (in)visibilidade da violência doméstica/familiar contra a mulher gestante, suas configurações e contradições, considerando a realidade concreta de um serviço emergencial da rede Pública de Pernambuco – o Centro Obstétrico do Hospital das Clínicas HC/UFPE-EBSERH, conforme previsto nos procedimentos metodológicos deste estudo.

Por meio da análise dos prontuários de mulheres gestantes (ano 2022) e dos relatos dos profissionais de saúde que atuam no referido Centro Obstétrico, apreendemos configurações que apontam para a (in)visibilidade da violência doméstica e familiar contra a mulher gestante na saúde pública, quando:

- Há o “reconhecimento” da determinação de classe, patriarcado e racismo nas condições concretas de vida das mulheres, particularmente das mulheres em contexto de gestação que acessam o serviço de atenção obstétrica. Deve-se ressaltar que embora seja considerada a relação entre racismo e violência doméstica e familiar contra a mulher, esta aparece de forma pouco expressiva nos depoimentos dos(as) profissionais entrevistados(as). As mulheres negras são as maiores vítimas de violência no nosso país. Tal fato pode ser um elemento que sugere a (in)visibilidade da violência doméstica e familiar contra as mulheres negras no serviço em questão;

- Houve um expressivo destaque da complexidade do contexto de vida das mulheres que acessam o serviço de atenção obstétrica HC/ UFPE. Emerge dos relatos a compreensão de que as condições concretas vida das mulheres, principalmente no contexto de gestação, limitam a identificação e/ou a intervenção na problemática da violência doméstica e familiar na prática dos profissionais de saúde;

- Reconheceu-se a importância da perspectiva da atenção integral às mulheres, conforme previsto pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Ministério da Saúde, 2004). Entretanto, ao mesmo tempo, entende-se, pelos relatos dos profissionais dos registros de prontuários, que há uma sobreposição da assistência materno-infantil em relação à atenção integral à saúde das mulheres. Isso evidencia uma tendência à (in)visibilidade da violência doméstica e familiar contra a mulher gestante nas práticas de atendimento à saúde, embora todos(as)

os(as) profissionais compreendam a relação entre violência doméstica e familiar contra a mulher e a saúde materno-infantil;

– Evidencia-se, na análise dos prontuários, a predominância de registros sobre violência presumida que dizem respeito a estupros de vulneráveis (vítimas menores de 14 anos), a revelar que a violência contra crianças e adolescentes já é visibilizada no serviço, o que caracteriza uma conquista. Por outro lado, a violência contra mulheres adultas ainda parece invisibilizada nos registros dos prontuários, ainda que seja visível para alguns profissionais entrevistados. Tal fato pode ser tido como uma expressão das condições concretas de trabalho, ou mesmo de que existe a compreensão que as mulheres devem romper por conta própria com a violência doméstica e familiar. Desse modo, mostra-se como tendência à (in)visibilidade da demanda de violência doméstica e familiar contra as mulheres no serviço de saúde.

– Destaca-se, em toda a análise, o impacto da pandemia de Covid-19 na atenção à saúde das mulheres, a repercussão da configuração da rede de saúde materno-infantil, poucos serviços de referência na atenção à gestação de alto risco e o comprometimento da operacionalização de práticas nos serviços de saúde, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Ministério da Saúde, 2004). Compreende-se, portanto, a particularidade de um serviço de natureza emergencial e a repercussão da superlotação na privacidade, acolhimento e orientação das mulheres que acessam o serviço de saúde em questão, bem como sua implicação nas práticas de registros, notificação, compartilhamentos multiprofissionais e intersetoriais no que diz respeito à problemática da violência doméstica e familiar contra a mulher. Entende-se que a equipe de saúde possui em suas práticas elementos importantes para visibilizar e enfrentar a violência doméstica e familiar contra a mulher, entretanto, as condições concretas de trabalho incidem de forma a limitar as intervenções conforme a PNAISM. Tal contexto é revelador da tendência de (in)visibilidade da violência doméstica e familiar contra a mulher gestante na saúde pública.

Apreendem-se, por toda a análise realizada, as seguintes contradições: 1) Embora a violência doméstica e familiar contra a mulher seja considerada uma questão de saúde pública, as determinações macroestruturais tendem a (in)visibilizar a problemática no cotidiano das práticas de saúde; 2) Embora exista na política de saúde pública a perspectiva de enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher, coexiste na realidade concreta da saúde pública a (in)visibilidade da

problemática e o comprometimento do seu enfrentamento.

Diante do contexto apresentado, consideramos que os desafios foram expressos nas próprias questões que operam para a (in)visibilidade da violência doméstica e familiar contra a mulher gestante na saúde pública, embora conste de forma pouco expressiva nos relatos dos profissionais a questão do neoconservadorismo nos tempos atuais. Tal fato pode ser revelador da necessidade de uma maior compreensão sobre sua incidência nos serviços de atenção à saúde da mulher.

Os profissionais de saúde apontam possibilidades relacionadas a questões macroestruturais que devem repercutir na descentralização da rede de saúde materno-infantil, possibilitando melhores condições de trabalho, acesso e assistência às mulheres na saúde pública. Daí a necessidade de fortalecimento da assistência às mulheres nos territórios, mediante a atuação da Atenção Primária à Saúde.

Deve-se considerar, ainda, a importância da proposição de um protocolo operacional padrão (POP) que possa nortear as práticas profissionais em relação à prevenção e à proteção à mulher vítima de violência doméstica e familiar, de fundamental importância para todas as complexidades da Atenção à Saúde. Este deve ser transversal a toda a instituição e amplamente discutido com as equipes multiprofissionais e todos os envolvidos em sua operacionalização no serviço de saúde.

A qualificação sobre violência doméstica e familiar contra a mulher deve se dar de forma permanente nos serviços de saúde pública, sobretudo nos hospitais universitários, que contribuem cotidianamente com a formação dos estudantes.

Acreditamos na possibilidade de maior visibilidade e enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher gestante na saúde pública, entretanto, cumpre observar as condições objetivas dos trabalhadores que operacionalizam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a serem fortalecidas com o orçamento público, levando em conta as reais necessidades das mulheres e dos serviços de saúde.

Por fim, embora saibamos dos limites e contradições postos na totalidade concreta, há que se ter o tensionamento necessário – ou seja, lutas coletivas (junto à histórica resistência feminista) que defendam os direitos das mulheres e vislumbrem a sua emancipação, quando então estarão livres da violência doméstica familiar.

REFERÊNCIAS

- ALEMANY, Carme. Violências. *In*: Hirata, Helena *et al.* (org.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Unesp, 2009. p. 271-276.
- ANISTIA INTERNACIONAL. **Informe 2021/22**: o estudo dos Direitos Humanos no Mundo. Londres: Anistia Internacional, 2022.
- ANISTIA INTERNACIONAL. **Informe 2022/23**: o Estado dos Direitos Humanos no Mundo. Londres: Anistia Internacional, 2023.
- ANISTIA INTERNACIONAL. **O Estado dos Direitos Humanos no mundo**: abril de 2024. Londres: Anistia Internacional, 2024.
- AQUINO, Estela M. L. A questão de gênero em políticas públicas de saúde: situação atual e perspectivas. *In*: SILVA, Alcione Leite da; LAGO, Mara Coelho de Souza; RAMOS, Tania Regina Oliveira (org.). **Falas de gênero, teorias, análises e leituras**. Florianópolis: Mulheres, 1999.
- ASSUNÇÃO, Marina Figueirêdo; SOARES, Raquel Cavalcante; SERRANO, Isadora. A superlotação das maternidades em Pernambuco no contexto atual da política de Saúde. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 16, n. 2, p. 5-35, jan./jun. 2014.
- AUDI, Celene Aparecida Ferrari *et al.* Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde Pública** [Online], São Paulo, v. 42, n. 5, p.877-885, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/QvwTF5QSg4JGJmwL9T8rZbL/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 12 out. 2024.
- ÁVILA, Maria Betânia. As mulheres no mundo do trabalho e a relação corpo e sujeito. **Cadernos de Crítica Feminista**, Recife, ano V, n. 4, p. 48-71, dez. 2011.
- ÁVILA, Maria Betânia; FERREIRA, Verônica. Luta por direitos em perspectiva anti-sistêmica: reflexões a partir da práxis do movimento feminista. *In*: CORDEIRO, Natália (org.). **Crítica feminista alargando a democracia**. Recife: SOS Corpo, 2023. p. 12-33.
- ÁVILA, Maria Betânia. Nas veredas do feminismo materialista. *In*: ÁVILA, Maria Betânia; FERREIRA, Verônica (org.). **Teoria em movimento**: reflexões feministas na articulação feminista Mercosul. Recife: SOS Corpo, 2019.
- ÁVILA, Maria Betânia; FERREIRA, Verônica (org.). **Teoria em movimento**: reflexões feministas na articulação feminista Mercosul. Recife: SOS Corpo, 2019.
- BANDEIRA, Lourdes. Três décadas de resistência feminista contra o sexismo e a violência feminina no Brasil: 1976 a 2006. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 401-438, mai./ago. 2009.
- BARSTED, Leila de Andrade Linhares. Em busca do tempo perdido: mulher e políticas públicas no Brasil 1983-1993. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis,

ano 2, p. 38-54, 1994.

BIROLI, Flávia. **Gênero e desigualdades**: limites da democracia no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2018.

BIROLI, Flávia. O público e o privado. *In*: MIGUEL, Luis Felipe.; BIROLI, Flávia. (org.). **Feminismo e política**. Brasília: Boitempo, 2014. p. 31-47.

BIROLI; Flávia; MIGUEL, Luis Felipe. Cuidado e responsabilidades. *In*: BIROLI, Flávia. **Gênero e desigualdades**: os limites da democracia no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2018.

BRASIL. **Apostila dialogando sobre a Lei Maria da Penha**. Brasília: Instituto Legislativo Brasileiro e Senado Federal, 2016.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 151, p. 1-4, ago. 2006.

BRASIL. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei n. 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei n. 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 62/2022 CGDANT/DAENT/SVS/MS**. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. **Diário Oficial da União**: Seção 1E, Brasília, n. 96, DF, 18 maio 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências (Ministério da Saúde, 2004). **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p.37-41, 16 fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.067, de 04 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, 6 jul. 2005.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. *SER Social*, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza. Prefácio. *In*: SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana. (org.). **Serviço social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social, 2014. p. 7-9.

BUENO, Samira. *et al.* **Visível e invisível**: a vitimização de mulheres no Brasil: sumário executivo. 4. ed. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/03/visiveleinvisivel-2023-relatorio.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2023.

CARTA CAPITAL. **Chance de feminicídio cresce entre mulheres grávidas ou com filhos pequenos, aponta relatório**, 2022. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/chance-de-feminicidio-cresce-entre-mulheres-gravidas-ou-com-filhos-pequenos-aponta-relatorio/>. Acesso em: 12 out. 2024.

CAVALCANTE SOARES, Raquel. **A contrarreforma da política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao Serviço Social. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, 2010. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9499/1/arquivo6539_1.pdf. Acesso em: 6 mar. 2024.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. **I Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Desarrollo Social de América Latina y el Caribe**. Santo Domingo: CEPAL, 2016.

CISNE, Mirla. Direitos humanos e violência contra as mulheres: uma luta contra a sociedade patriarcal-racista-capitalista. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 18, n. 1, p. 138-154, jul./dez. 2015.

CISNE, Mirla. **Feminismo e consciência de classe no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

CISNE, Mirla; SANTOS, Silvana Mara Moraes dos. **Feminismo, diversidade cultural e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2018.

COOPER, Melinda. **Family values**: between neoliberalism and the new social conservatism. New York: Zone Books, 2017.

CORDEIRO, Natália. **Violência contra as mulheres**: (re)produção de desigualdades nas políticas públicas. Recife: SOS Corpo, 2023.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Entre a reforma sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. *In*: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (org). **Reforma sanitária e contrarreforma na saúde**: interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2015.

CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos; SILVA, Clara Morgana T. Rocha da. A privatização do fundo público da saúde: a

complementariedade invertida do SUS. *In*: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (org). **Reforma sanitária e contrarreforma na saúde**: interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2015.

CORREIA, Maria Valéria Costa.; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza. *et al.*(org.). **A mercantilização da saúde em debate**: as organizações sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ; Rede Sirius, 2015. p. 33-40.

CURIEL, Ochy; Jules, FALQUET, J. Introdução. *In*: FERREIRA, Verônica. *et. al.* **O patriarcado desvendado**: teoria de três feministas materialistas. Recife: SOS Corpo, 2014.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DELPHY, Christine. Patriarcado (teorias do). *In*: HIRATA, Helena *et al.* **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: UNESP, 2009. p. 173-178.

DEVREUX, Anne-Marie. A teoria das relações sociais de sexo: um quadro de análise sobre a dominação masculina. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 561-584, set./dez. 2005.

ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER. **Carta de Itapecerica**. Itapecerica da Serra: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 1984. p.1-7. Disponível em: <https://redesaude.org.br/wp-content/uploads/2021/09/Carta-de-Itapecerica-1984.pdf>. Acesso em: 31 maio 2024.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1985.

FALQUET, Jules. A combinatória straight. Raça, classe, sexo e economia política: análises materialistas e decoloniais. **Crítica Marxista**, Campinas, v. 26, n. 48, p. 127–145, 2019.

FALQUET, Jules. O capitalismo financeiro não liberta as mulheres: análises feministas materialistas e imbricacionistas. **Revista Crítica Marxista**, Campinas, v. 20, n. 36, p. 9-25, 2013.

FALQUET, Jules. Materialismo feminista, crise do trabalho assalariado e imbricação das relações sociais estruturais: entrevista com Jules Falquet. **Cadernos Cemarx**, Campinas, SP, n. 10, p. 243–265, 2017. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/cemarx/article/view/10930>. Acesso em: 17 jul. 2023.

FARIAS, Gabriella Maria de Brito. **Carta de Serviços ao usuário HC-UFPE/EBSERH**. Recife: Hospital das Clínicas de Pernambuco, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hc-ufpe/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/CartadeServiosaoUsurio2023.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2024.

FEDERICI, Silvia. **O calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. 2 ed. São Paulo: Elefante, 2023.

FERREIRA, Verônica Maria. **Apropriação do tempo de trabalho das mulheres nas políticas de saúde e reprodução social**: uma análise de suas tendências. 2017. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

FERREIRA, Verônica Maria. **Apropriação do tempo de trabalho das mulheres nas políticas de saúde e reprodução social**: uma análise de suas tendências. Recife: Editora UFPE, 2020.

FERREIRA, Verônica Maria. Crise capitalista e superexploração do trabalho das mulheres: contribuições teórico-políticas a partir da teoria feminista materialista. *In*: 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 2016, Olinda. **Anais [...]**. Olinda: Abepss, CFESS, ENESSO, CRESS-PE, 2016.

FERREIRA, Verônica Maria *et al.* (org.). **O patriarcado desvendado**: teorias de três feministas materialistas: Colette Guillaumin, Paola Tebet e Nicole-Claude Mathieu. Recife: SOS Corpo, 2014.

FONTES, Virgínia. Equidade, ética e direito à saúde: desafios à saúde coletiva na mundialização. *In*: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). **Estudos de politécnica e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. p. 299-307.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/items/6b3e3a1b-3bd2-40f7-b280-7419c8eb3b39>. Acesso em: 23 abr. 2024.

GONÇALVES, Renata. Apresentação. *In*: SAFFIOTI, Heleieth. **A mulher na sociedade de classes**: mito e realidade 3. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013. p. 11-21.

GONZALEZ, Lelia. **Por um feminismo afro-latino-americano**. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.

GUILLAUMIN, Colette. Prática do poder e ideia de natureza. *In*: FERREIRA, Verônica *et al.* (org.). **O patriarcado desvendado**: teorias de três feministas materialistas. Colette Guillaumin, Paola Tabet, Nicole-Claude Mathieu. Recife: SOS Corpo, 2014. p. 27-99.

HARVEY, David. Neoliberalismo como destruição criativa. **Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 1-30, ago. 2007.

IAMAMOTO, Maria Vilela. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 15 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Balanço do orçamento da União 2023**. Brasília: INESC, 2023a.

INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Nota técnica: análise do orçamento de políticas de enfrentamento à violência contra as mulheres (de 2019 a 2023)**. Brasília: INESC, 2023b.

JULIANO, Maria do Carmo (coord.). **Informe epidemiológico 2022**. Recife: Hospital das Clínicas/UFPE, 2022.

KELLER, Suéllen Bezerra Alves; KELLER, René José. Capitalismo, crise e ideologia: a supressão de direitos no livro. *In*: MAURIEL, Ana Paula Ornellas *et al.* (org.). **Crise, ultraneoliberalismo e desestruturação de direitos**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. p. 45-69.

KERGOAT, Danièle. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. **Novos estudos CEBRAP**, v. 86, p. 93-103, mar. 2010.

KERGOAT, Danièle. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. *In*: HIRATA, Helena *et al.* (org.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Unesp, 2009. p. 67-75.

KERGOAT, Danièle. **Lutar dizem elas...** Recife: SOS Corpo, 2018.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* **Características sociodemográficas e obstétricas da população negra usuária do SUS no Brasil**. 2023. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2024.

LERNER, Gerda. **A criação do patriarcado: história da opressão das mulheres pelos homens**. São Paulo: Cultrix, 2019.

MEDEIROS, Jayce Mayara Mendes. **Contradições do direito ao aborto no Brasil: desafios contemporâneos no contexto de agudização da crise do capital e neoconservadorismo**. 2023. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; LIMA, Cláudia Araújo de. Processo de formulação e ética de ação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *In*: NJAINE, Kathie; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patricia. **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. p. 43-56.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 12 out. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Balanco 2023**, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/balanco-2023>. Acesso em: 11 dez. 2024. inesc

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gravidez**, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gravidez>. Acesso em: 5 mai. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf. Acesso em: 12 out. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em 10 dez. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da mulher brasileira**: uma perspectiva integrada entre vigilância e atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b.

MORAES, Maria Lygia Quartim. A importância do feminismo marxista no enfrentamento do neoliberalismo. **Revista Cult**, São Paulo, v. 282, ano 25, p. 20-22, jun. 2022.

NOGUEIRA, Claudia Mazzei. Divisão homossexual do trabalho: a esfera da produção e reprodução. **Revista Cult**, São Paulo, v. 282, ano 25, jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

OSTROWER, Fayga. **Criatividade e processos de criação**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1977.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Abordar la violencia contra las mujeres en las políticas y los protocolos de salud de la región de las Américas**: un informe de la situación regional. Washington: OPS, 2023.

PAULO NETTO, José; BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2007.

PAULO NETTO, José. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PERNAMBUCO. **Plano estadual de saúde 2024-2027**. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.lai.pe.gov.br/ses/wp->

content/uploads/sites/95/2024/02/PLANO_ESTADUAL_DE_SAUDE___PES_2024_2027-3.pdf. Acesso em: 5 maio 2024.

PINHEIRO, Ana Laura Lobato. Direitos humanos das mulheres. *In*: FONTOURA, natália; REZENDE, Marcela; QUERINO, Ana Carolina. **Beijing +20: avanços e desafios no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2020. p. 407-415.

PORTAL DE BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **As gestantes foram mais afetadas pela segunda onda da pandemia?**, 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/as-gestantes-foram-mais-afetadas-pela-segunda-onda-da-pandemia/>. Acesso em: 7 jul. 2024.

SAFFIOTI, Heleieth. **A mulher na sociedade de classes**: mito e realidade. São Paulo: Expressão popular, 2013.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado e violência**. 2 ed. São Paulo: Expressão Popular e Fundação Perseu Abramo, 2015.

SAFFIOTI, Heleieth. Gênero, patriarcado e violência. *In*: CASTILLO-MÁRTIN, Márcia; OLIVEIRA, Suely de (orgs). **Marcadas a ferro**: violência contra a mulher. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. p. 35-76.

SANTOS, Luciene Maria Silva dos. Os desafios na garantia de atenção integral à saúde para meninas e mulheres em situação de violência sexual em tempos da pandemia de Covid-19. *In*: BARWINSKI, Sandra Lia Leda Bazzo; CRUZ, Rubia Abs da; BELTRAME, Priscila Akemi (coord.). **Experiências, dificuldades e desafios: retratos dos serviços de aborto legal no Brasil em tempos de Covid-19**. Curitiba: Livros Legais, 2021. p. 15-40.

SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos. Direitos humanos, dominação ideológica e resistência. **Revista Inscrita**, Brasília, v. 11, n. 12, p. 30-36, maio 2009.

SANTOS, Ronaldo Teodoro; GUIMARÃES, Juarez Rocha. Democracia sem sentimento de república: o SUS nos tempos da Covid-19. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 4, p. 773-87, dez. 2020.

SCARPATI, Arielle Sagrillo. Violência de gênero como uma forma de trauma: reflexões para o acolhimento e cuidado das vítimas. *In*: LAGRECA, Ana Laura et. al. **Ministério Público estratégico: violência de Gênero**. Indaiatuba: Editora Foco, 2022. p. 127-142.

SOARES, Raquel Cavalcante; CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Serviço social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da Covid-19. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2021.

SOUTO, Kátia; MOREIRA, Marcelo Rasga. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, Rio

de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 832-846, jul./set. 2021.

SOUZA-LOBO, Elisabeth. **A classe operária tem dois sexos**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo e Editora Expressão Popular, 2021.

TÁBOAS, Isis Dantas Menezes Zornoff. **Viver sem violência doméstica e familiar: a práxis feminista do movimento de mulheres camponesas**. 2014. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) – Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

TONET, Ivo. Expressões socioculturais da crise capitalista na atualidade. In: TONET, Ivo. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), 2009.

TONET, Ivo. **Método científico: uma abordagem ontológica**. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

TOKARSKI, Carolina Pereira *et al.* **De política pública à ideologia de gênero: o processo de (des)institucionalização das políticas para as mulheres de 2003 a 2020**. Rio de Janeiro: IPEA, 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Plano Diretor Estratégico 2024-2028**. Recife: Hospital das Clínicas/UFPE, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hc-ufpe/governanca/gestao-estrategica/plano-diretor-estrategico-pde>. Acesso em: 12 nov. 2024.

VAGGIONE, Juan Marco; MACHADO, Maria das Dores Campos; BIROLI, Flávia. Introdução às matrizes do neoconservadorismo religioso na América Latina. In: BIROLI, Flávia; VAGGIONE, Juan Marco; MACHADO, Maria das Dores Campos. **Gênero, neoconservadorismo e democracia: disputas e retrocessos na América Latina**. São Paulo: Boitempo, 2020.

VIEIRA, Ana Cristina de Souza; SOARES, Raquel. **Política de saúde e enfrentamento à Covid-19 no Brasil**. In: SOARES, Raquel Cavalcante; MELO, Delaine Cavalcanti Santana de; VIEIRA, Ana Cristina de Souza. **Serviço social no enfrentamento à Covid-19**. Recife: UFPE, 2021.

VIEIRA, Fabiola Sulpino *et al.* **Prioriza SUS: proposta para o aperfeiçoamento da gestão do SUS por meio do planejamento, do monitoramento e da avaliação da ação governamental**. Rio de Janeiro: Ipea, 2023.

XIMENES, Assuero Fonseca, SCHMALLER, Valdilene Pereira Viana, BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. Alocação de recursos do fundo público para organizações sociais da saúde. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 24, n. 3, p. 113-128, 2018.

ZUMA, Carlos Eduardo *et al.* Violência de gênero na vida adulta. In: NJAINE, Kathie; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patrícia (org.). **Impactos da**

violência na saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. p. 205-240.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Participante da pesquisa Nº:

Raça/cor : () branca () parda () preta () indígena () amarela () ignorado

Idade:

Profissão/ cargo:

Vínculo: () Servidor estatutário () Empregado público/EBSERH

Tempo de atuação no Centro Obstétrico (COB)/HC-UFPE:

Formação na área de Saúde da Mulher:

1. Qual sua compreensão sobre a realidade das mulheres na sociedade em que vivemos?

2. Em relação à situação socioeconômica, qual é a realidade das mulheres gestantes que são atendidas no COB?

3. Em relação à maternidade/rede de apoio familiar, qual é a realidade das mulheres gestantes que são atendidas no COB?

4. Quais os desafios encontrados no atendimento à mulher gestante em um serviço de urgência?

5. Quais as possibilidades encontradas no atendimento à mulher gestante em um serviço de urgência?

6. No atendimento obstétrico (pré-parto, parto e pós-parto imediato), qual é a centralidade do seu cuidado com a mulher?

7. Conhece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004)?
() sim () não

8. Se conhece a PNAISM (2004), quais conteúdos poderia destacar?

9. O que entende por atenção integral à saúde da mulher?

10. O que entende por violência doméstica/familiar contra a mulher?

11. Por qual motivo existe violência doméstica/familiar na sociedade em que vivemos?

12. Existe um perfil de mulher/raça mais vulnerável à violência doméstica/familiar?
() sim () não

12.1. Se existe um perfil mulher/raça mais vulnerável à violência doméstica/familiar, justifique:

13. Existe um perfil de mulher/classe mais vulnerável à violência doméstica/familiar?
() sim () não

13.1. Se existe um perfil mulher/classe mais vulnerável à violência doméstica/familiar, justifique:

14. Identifica violência doméstica/familiar contra a mulher gestante durante os atendimentos?
() pouco () frequentemente () nunca

14.1. Sobre a identificação de violência doméstica/familiar contra a mulher gestante durante os atendimentos, justifique sua resposta:

15. Se identifica, qual(ais) tipos de violência doméstica/familiar contra a mulher gestante são detectados no cotidiano de trabalho do COB?
() física () psicológica () patrimonial () moral () sexual () outros: quais?

16. As mulheres gestantes costumam expressar abertamente a vivência de violência doméstica/familiar durante os atendimentos no COB?
() pouco () frequentemente () nunca

16.1. Por qual o motivo as mulheres gestantes expressam abertamente ou não a vivência de violência doméstica/familiar durante os atendimentos no COB?

17. É mais difícil identificar a violência doméstica/familiar contra a mulher gestante?
() sim () não

17.1. Sobre se é mais difícil ou não identificar a violência doméstica/familiar contra a mulher gestante, justifique sua resposta.

18. Já fez alguma intervenção diante de uma situação de violência doméstica/familiar contra uma mulher gestante atendida no COB?
() sim () não

18.1. Por qual motivo fez a intervenção diante de uma situação de violência doméstica/familiar contra a mulher gestante atendida no COB?

19. Lembra de algum caso que atendeu no COB?
() sim () não

19.1. Caso lembre, o que destaca?

19.2. Caso lembre, como conduziu?

20. Registra em prontuário a violência doméstica/familiar contra a mulher gestante?

() pouco () frequentemente () nunca

20.1. Por qual motivo registra ou não em prontuário?

21. Notifica a violência doméstica/familiar contra a mulher gestante?

() pouco () frequentemente () nunca

21.1. Justifique sua resposta quanto à notificação ou não da violência doméstica/familiar contra a mulher gestante.

22. Orienta as mulheres gestantes sobre a violência doméstica/familiar nos atendimentos?

() pouco () frequentemente () nunca

22.1. Justifique sua resposta referente à orientação ou não das mulheres gestantes sobre a violência doméstica/familiar:

23. Articula/discute com a equipe multiprofissional as situações de violência doméstica/familiar contra a mulher gestante?

() pouco () frequentemente () nunca

23.1. Justifique por qual motivo articula/discute ou não as situações de violência doméstica/familiar com a equipe multiprofissional.

24. Com quais categorias da equipe multiprofissional são articuladas/discutidas as situações de violência doméstica/familiar?

() Serviço Social () Psicologia () Fisioterapia () Terapia Ocupacional
() Medicina () Enfermagem () Outra. Qual?

25. Articula as situações de violência doméstica/familiar contra a mulher gestante com a rede de proteção?

() sim () não

25.1. Por qual razão articula ou não as situações de violência doméstica/familiar contra a mulher gestante com a rede de proteção?

26. Visualiza alguma relação entre violência doméstica/familiar contra a mulher e saúde materno infantil?

() sim () não

26.1. Caso identifique relação entre violência doméstica/familiar contra a mulher e saúde materno infantil, justifique.

27. Quais os desafios na abordagem a violência doméstica/familiar contra a mulher gestante em um serviço de urgência?

28. Quais as possibilidades na abordagem a violência doméstica/familiar contra a mulher gestante em um serviço de urgência?

29. Acredita que a violência doméstica/familiar contra a mulher gestante é vista durante o pré-natal ?

() sim () não

29.1. Por qual motivo a violência doméstica/familiar contra a mulher gestante é vista ou não durante o pré-natal? Justifique:

30. Considera importante que a violência doméstica/familiar contra a mulher seja vista durante o atendimento no pré-natal?

() sim () não

30.1. Por qual razão considera importante ou não que a violência doméstica/familiar contra a mulher seja vista durante o atendimento no pré-natal? Justifique:

31. Conhece alguma portaria, manual, legislação ou outro documento que trate sobre a violência doméstica/familiar contra a mulher?

() sim () não

31.1. Caso conheça, indique algum(as):

32. Participou de alguma formação sobre violência doméstica/familiar contra a mulher depois da sua vinculação com o COB?

() sim () não

33. Alguma formação sobre violência doméstica/familiar contra a mulher promovida pelo HC-UFPE/EBSERH?

() sim () não

34. Caso tenha sido promovida formação sobre violência doméstica/familiar contra a mulher, indique quais:

35. Considera importante a oferta e a participação em formações sobre violência doméstica/familiar contra a mulher?

() sim () não

36. Justifique por que acha importante ou não a oferta e participação em formações sobre violência doméstica/familiar contra a mulher.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO



**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA
DE SERVIÇOS HOSPITALARES**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o(a) Sr.(a.) para participar como voluntário(a) da pesquisa **A (IN)VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER NA SAÚDE PÚBLICA**, que está sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) **IZABEL LEITE DE SOUZA**, Avenida Professor Moraes do Rego, 1235, Cidade Universitária, Recife/ PE, CEP 50670-901 – izabel.leites@gmail.com.br, e está sob a orientação de: **RAQUEL CAVALCANTE SOARES**, e-mail: raquel.soares@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Descrição da pesquisa: A problemática da violência doméstica e familiar, especificamente contra a mulher gestante, carece de maior visibilidade como uma importante questão de saúde pública -considerando o risco de morbimortalidade materna e neonatal- que exige cuidado/intervenção de toda equipe multiprofissional na rede de atenção à saúde. Este estudo apresenta como objetivo analisar a (in)visibilidade da violência doméstica/ familiar contra mulheres gestantes em serviço emergencial de referência da rede pública do estado de Pernambuco. Para tanto, optamos pelo método histórico crítico dialético que será subsidiado por referências do feminismo marxista/materialista ao longo da pesquisa. Nessa perspectiva, realizaremos coleta de dados qualitativos a fim de realizar aproximação com a realidade posta no campo da Saúde Pública.

Esclarecimento do período de participação do voluntário na pesquisa, início, término e número de visitas para a pesquisa. A coleta de dados qualitativos acontecerá, através de entrevistas aos profissionais da Triagem Obstétrica e Centro Obstétrico, após emissão de parecer do Comitê de ética - previsão mês de dezembro/2023 - conforme cronograma do projeto de pesquisa. Há previsão de que sejam realizadas aproximadamente 08 (oito) visitas ao serviço a fim de finalizar a coleta de dados. A estimativa é que cada entrevista tenha duração de 1 (uma) hora em local/espço seguro e preferencialmente gravada, quando não houver objeção pelo participante da pesquisa sobre a utilização do recurso proposto, a fim de facilitar a condução da abordagem/intervenção e preservar a fidedignidade dos relatos. Em caso de recusa do participante utilizaremos, somente, o registro manual dos dados coletados. Os participantes serão assegurados que os procedimentos da pesquisa prezam por confidencialidade, privacidade e sigilo. Nessa perspectiva, faremos uso de termo de autorização de imagem e depoimento disponibilizado aos participantes após leitura e esclarecimento sobre sua pertinência.

RISCOS diretos Em alguma medida, poderá representar risco na comunicação do entrevistador e/ou entrevistado em relação ao entendimento das questões e respostas da entrevista. Para além disso, risco de confidencialidade e privacidade, tais como: receio de ser identificado e exposição de suas respostas/ posicionamentos. Nesse sentido, utilizaremos medidas para amenizar os riscos, sendo assegurado ao participante da pesquisa o seguinte: sinalizar necessidade de intervalo/ pausa, a qualquer momento durante a realização da entrevista; solicitar repetição e esclarecimento dos questionamentos. Por fim, os dados coletados serão anonimizados (codificados) e não serão compartilhados com pessoas externas à pesquisa. Prezaremos, portanto, pela autonomia, respeito e sigilo na perspectiva de evitar qualquer constrangimento e consequentemente a necessidade de ressarcimento de despesas em caso de dano ao participante do estudo.

BENEFÍCIOS diretos e indiretos: A pesquisa poderá esclarecer as determinações que incidem na (in) visibilidade da violência doméstica e familiar contra a mulher gestantes em serviço de urgência pública. Para além disso, indicar as possibilidades e desafios que precisam ser enfrentados na operacionalização da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher a fim de cuidar, prevenir e proteger as mulheres vítimas de violência doméstica/ familiar que acessam o Sistema único de Saúde (SUS).

SOBRE ARMAZENAMENTO E UTILIZAÇÃO DE DADOS COLETADOS: Para além disso, salientamos que todo o material da pesquisa coletado(protocolo/ guia de entrevistas, diário de campo, TCLE, dados coletados, e outros) serão armazenados pelo período de 5(cinco) anos em computador e pastas de uso particular do pesquisador responsável, Izabel Leite de Souza, a fim de garantir proteção e o sigilo dos dados.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa através de gravações e entrevistas, ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal sob a responsabilidade do pesquisador responsável, Izabel Leite de Souza, em sua residência localizada no endereço Rua Almir Azevedo, 26, Edifício Praça das Nogueiras, Aptº 1603 CEP: 50740610, várzea Recife/ PE pelo período de 5 anos (cinco) anos.

O Sr./Sra. poderá solicitar, se assim quiser, ao pesquisador responsável, o relatório final desta pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).



**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA
DE SERVIÇOS HOSPITALARES**



Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do HC/UFPE/Ebserh no endereço: **Avenida Prof. Moraes Rego, 1235, Bloco C - 3º Andar- Cidade Universitária, Recife-PE, Brasil CEP: 50670-901, Tel.: (81) 2126.3743 – e-mail: cepsh.hc-ufpe@ebserh.gov.br.**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **A (IN)VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER NA SAÚDE PÚBLICA**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Impressão
digital
(opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____	Nome: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____

OBS: A folha com as assinaturas não pode estar em folha separada do texto do TCLE.

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO

Eu _____, CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores Izabel Leite de Souza e Raquel Cavalcante Soares do projeto de pesquisa intitulado “A(IN)VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER NA SAÚDE PÚBLICA” a realizar as fotos/filmagem que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos/imagens (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto N.º 3.298/1999, alterado pelo Decreto N.º 5.296/2004).

_____, em ____/____/____.

Entrevistado

Responsável Legal CPF e IDT (Caso o entrevistado seja menor - incapaz)

Pesquisador responsável pela entrevista