

Ezequiel Martins Ferreira
(Organizador)

GÊNERO E SEXUALIDADE: Lugares, história e condições

4



Atena
Editora
Ano 2022

Ezequiel Martins Ferreira
(Organizador)

GÊNERO E SEXUALIDADE: Lugares, história e condições

4



Atena
Editora
Ano 2022

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof. Dr. Alexandre de Freitas Carneiro – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Ana Maria Aguiar Frias – Universidade de Évora

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa



Prof. Dr. Antonio Carlos da Silva – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Prof^o Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadilson Marinho da Silva – Secretaria de Educação de Pernambuco
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Prof^o Dr^a Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal do Paraná
Prof^o Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Lucicleia Barreto Queiroz – Universidade Federal do Acre
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Universidade do Estado de Minas Gerais
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^o Dr^a Marianne Sousa Barbosa – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Prof^o Dr^a Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pedro Henrique Máximo Pereira – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Prof^o Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins



Gênero e sexualidade: lugares, história e condições 4

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Ezequiel Martins Ferreira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G326 Gênero e sexualidade: lugares, história e condições 4 /
Organizador Ezequiel Martins Ferreira. – Ponta Grossa -
PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0634-1

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.341220310>

1. Identidade de gênero. 2. Sexualidade. I. Ferreira,
Ezequiel Martins (Organizador). II. Título.

CDD 306.765

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2022

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

Acoletânea Gênero e sexualidade Lugares, história e condições, reúne neste terceiro volume quatro artigos para problematizar as relações de gênero na contemporaneidade.

A partir da virada do século XIX para o XX, com o advento da Psicanálise, estudando a histeria e se questionando sobre o que quer uma mulher, e com as discussões em torno das Ciências Sociais e Humanas, que procuravam encontrar um lugar social para os homens e mulheres, e sobretudo, com o advento das pesquisas culturais e feministas, indagando sobre a participação dos grupos minoritários na sociedade, as pesquisas sobre sexualidade e gênero ganham espaço nos meios acadêmicos.

Do questionamento sobre como se constrói uma mulher, à despatologização da homossexualidade, e à luta pela igualdade de direitos, um leque infinito de possibilidades discursivas é aberto, na tentativa tanto de remediar os efeitos danosos de intolerância e tradicionalismo, quanto de construção de subjetividades impares.

Espero que pela leitura dos textos que se seguem, uma abertura crítica sobre a diversidade das possibilidades de leituras sobre a questão do gênero surja para cada leitor.

Uma boa leitura a todos!

Ezequiel Martins Ferreira

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
PULSÃO E SEXUALIDADE EM FREUD	
Ezequiel Martins Ferreira	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.3412203101	
CAPÍTULO 2	8
“DE MULHERES E POR MULHERES!”: APROXIMAÇÕES E CONVERGÊNCIAS ANALÍTICAS ENTRE TRABALHO DOMÉSTICO, MIGRAÇÃO E REDES SOCIAIS	
Guélmer Júnior Almeida de Faria	
Maria da Luz Alves Ferreira	
Andrea Maria Narciso Rocha de Paula	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.3412203102	
CAPÍTULO 3	26
INTELIGÊNCIA AO MODO MULHER: PERCEPÇÕES DE MULHERES A RESPEITO DAS MUDANÇAS SOBRE SI MESMAS	
Arlete Salanti	
Carmen Spanhol	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.3412203103	
CAPÍTULO 4	42
MULHERES-MÃES: SUAS DORES, SUAS LUTAS, SEUS AMORES	
Sandra Andrade Almeida	
Anabela Maurício de Santana	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.3412203104	
SOBRE O ORGANIZADOR	63
ÍNDICE REMISSIVO	64

MULHERES-MÃES: SUAS DORES, SUAS LUTAS, SEUS AMORES

Data de aceite: 03/10/2022

Sandra Andrade Almeida

Anabela Maurício de Santana

RESUMO: Este texto propõe-se a refletir sobre a saúde materno-infantil, tendo como componente principal a saúde da mulher e a relação com os serviços de saúde, destacando a ética como pano de fundo para a análise de problemas com os quais mulheres, crianças e profissionais de saúde deparam-se no cotidiano das instituições de saúde materno-infantil. O objetivo desta reflexão é contribuir para o fortalecimento da noção de mulher-mãe como sujeito histórico, ativo, protagonista de sua história de vida; um ser não submisso a estruturas que as determinem, oprimam e incapacitem para a transformação da realidade, visto que a ideia de maternidade, tal como hoje é concebida no contexto social brasileiro expressa, ainda, padrões que refletem moralidades tradicionais, fundamentados em valores atribuídos à mulher e naturalizados nos espaços de saúde. O percurso metodológico adotado foi a pesquisa bibliográfica onde a discussão sobre a saúde materno-infantil é abordada pelo viés da Saúde Pública e busca compreender o fenômeno saúde da mulher numa perspectiva de totalidade, evidenciando a evolução da política de saúde da mulher e a inserção do assistente social nesse cenário, na busca pela garantia de direitos sociais e consolidação do projeto ético-político do Serviço Social, assim como depoimentos colhidos ao

longo da trajetória profissional como assistente social, e representa o esforço de dar visibilidade à luta das mulheres sujeito desta narrativa, que fazem de suas histórias de vida a militância no movimento em prol da saúde pública, gratuita e de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Gênero, Saúde, Saúde da mulher, Ética.

INTRODUÇÃO

A vida humana tem em seus movimentos de início e fim os momentos de maior relevância. A condição de nascer e morrer têm sido alvo de vários estudos e discussões ao longo da história. As pesquisas mostram que aproximadamente 80% das mortes maternas poderiam ser evitadas se as mulheres tivessem acesso a serviços essenciais para a maternidade e de cuidados básicos de saúde. As mortes de recém-nascidos também têm recebido pouca atenção. De acordo com o relatório sobre a Situação Mundial da Infância 2009 – Saúde Materna e Neonatal, quase 40% dos óbitos de menores de 05 anos, segundo a Organização Mundial de Saúde, ocorrem durante os primeiros 28 dias de vida. Três quartos das mortes de recém-nascidos acontecem nos primeiros sete dias, o início do período neonatal; e a maioria dessas mortes também são evitáveis, diz o relatório.

A saúde da mãe e do recém-nascido estão intrinsecamente relacionadas e para serem tratadas de maneira eficaz e sustentável

é necessário que as intervenções sejam pensadas e implementadas em uma estrutura que fortaleça e integre programas, sistemas de saúde e um ambiente de apoio aos direitos da mulher.

Este texto propõe-se a refletir sobre a saúde materno-infantil, tendo como componente principal a saúde da mulher e a relação com os serviços de saúde, destacando a ética como pano de fundo para a análise de problemas com os quais mulheres, crianças e profissionais de saúde deparam-se no cotidiano das instituições de saúde materno-infantil.

Trata-se de uma revisão de literatura pautada na bibliografia indicada pela disciplina Projeto Ético-Político e Instrumentalidade no Debate Contemporâneo do Serviço Social, agregada de literatura específica sobre o tema, cuja ementa tem como objetivos: situar o tema no debate contemporâneo na área do Serviço Social; apresentar o projeto ético-político profissional do ponto de vista conceitual e normativo; e discutir as categorias inerentes ao debate da instrumentalidade no Serviço Social.

A discussão sobre a saúde materno-infantil é abordada pelo viés da Saúde Pública e busca compreender o fenômeno saúde da mulher em uma perspectiva de totalidade, evidenciando a evolução da política de saúde da mulher e a inserção do assistente social nesse cenário, na busca pela garantia de direitos sociais e consolidação do projeto ético-político do Serviço Social.

Este capítulo emerge como a materialização de relatos de experiência ouvidos ao longo da trajetória profissional de assistentes sociais que atuam nesta área, e representa o esforço de dar visibilidade à luta das mulheres sujeito desta narrativa, que fazem de suas histórias de vida a militância no movimento em prol da saúde pública, gratuita e de qualidade.

A intenção desta reflexão é contribuir para o fortalecimento da noção de mulher-mãe como sujeito histórico, ativo, protagonista de sua história de vida; um ser não submisso a estruturas que as determinem, oprimam e incapacitem para a transformação da realidade. A ideia de maternidade, tal como hoje é concebida no contexto social brasileiro expressa, ainda, padrões que refletem moralidades tradicionais, fundamentados em valores atribuídos à mulher e naturalizados nos espaços de saúde.

Considerando a dinâmica contraditória e tensa dos espaços sócio-ocupacionais onde estão ancoradas as condições de produção e reprodução da vida social, e inseridas usuárias e profissionais, foi feita opção pela preservação do sigilo da identidade das mulheres que compartilharam suas vivências e impressões.

A VIDA QUE GERA VIDA: SAÚDE FEMININA

Ao longo dos séculos, construiu-se um modelo social predominante que vem impedindo a mulher de ser sujeito pleno de sua própria história. Esse modelo pré-determina formas de conhecimento e ação, na área da saúde inclusive, que evidenciam seu caráter

patriarcal. A exaltação da maternidade trouxe em seu bojo não a proteção da mulher das vulnerabilidades a que está exposta no processo de manutenção da espécie, mas a perpetuação das relações de poder entre os sexos. Tais determinantes histórico-sociais refletem, inclusive, na atuação médica nas questões relacionadas à saúde da mulher.

A mortalidade materna, no contexto mundial, é utilizada como indicador de avaliação da qualidade do serviço de saúde ofertado a uma população. Quanto menor for a razão de mortalidade materna de uma localidade, melhor a qualidade de saúde ofertada à população.

Mortalidade materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais.

No Brasil a taxa da mortalidade materna caiu, mas não atingiu a meta da ONU. Embora o processo de globalização tenha sido implantado com a promessa de um crescimento rápido, com aumento do nível de vida e novas oportunidades, o desenvolvimento entre as nações, já bastante desigual, demonstrava a profunda crise: enquanto alguns países podiam vislumbrar a prosperidade e a cooperação mundial, outros estavam em condições de pobreza extrema, em meio a conflitos e em um ambiente degradado.

Em setembro de 2000, representantes de 189 países-membros das Nações Unidas reuniram-se para refletir sobre o destino comum da humanidade e estabelecer medidas imprescindíveis para a sobrevivência imediata de parte importante dos seres humanos e para o progresso da humanidade. Os líderes mundiais concordaram que o desenvolvimento humano é fundamental para o progresso social e econômico sustentáveis em todos os países, e que, por isso, contribuem para a segurança global. Neste sentido, foi elaborado um plano para um futuro melhor: os chamados Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Por meio desse documento, dirigentes mundiais comprometeram-se de que, até 2015, o mundo faria avanços mensuráveis nas áreas mais críticas do desenvolvimento humano. Esses Objetivos estabeleceram parâmetros para medir os resultados, e não somente para os países em desenvolvimento, mas também para aqueles que aportariam recursos em programas de desenvolvimento e para instituições multilaterais, como o Banco Mundial e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que ajudariam os países a implementar tais programas.

Dentre os oito Objetivos do Milênio, três deles estão diretamente relacionados à saúde materna e da criança: ODM4 – Reduzir a mortalidade na infância; ODM5 – Melhorar a saúde materna; ODM3 – Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres.

Dados publicados pelo Jornal de Pediatria em novembro de 2016 apontam que, no tocante a mortalidade materna, infantil e neonatal o índice diminuiu substancialmente em todo o mundo, porém as ambiciosas reduções dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio não foram atingidas. Os esforços relacionados aos Objetivos do Milênio foram

associados a uma redução de 45% da mortalidade materna e mais de 50% da mortalidade neonatal e infantil. Contudo, essas reduções foram heterogêneas, com reduções menores, ou mesmo aumentos, nas populações mais vulneráveis.

A relação entre mortalidade materna e direitos humanos aponta violação dos direitos humanos das mulheres, face às omissões e silêncio do Estado.

Para compreender o poder hegemônico do Estado no processo de institucionalização da atenção à saúde, em especial da saúde da mulher, é necessário reconhecer na trajetória histórica das políticas de saúde que o controle ideológico sobre a saúde das mulheres traduziu-se em forma de controle sobre sua sexualidade como veículo da reprodução. Neste percurso, o processo de hospitalização do parto foi fator chave para o desenvolvimento do saber médico nesta área, para a hegemonia do poder médico e para a medicalização do corpo feminino.

Formular um pensamento crítico a respeito da sociedade e dos indivíduos que a compõe implica em compreender quais as relações estabelecidas entre universalidade, particularidade e singularidade. Segundo Lukács (1970), “Se não distinguirmos, pelo menos em certa medida, essas categorias, se não as delimitarmos reciprocamente e não adquirirmos certo conhecimento da mútua superação de uma na outra, ser-nos-á impossível orientarmo-nos na realidade, ser-nos-á impossível uma práxis, mesmo no sentido mais cotidiano da palavra”.

Na construção do pensamento materialista dialético, as ideias concebidas por Kant, Schelling e Hegel foram estruturantes na formação do pensamento desenvolvido por Marx. Na tentativa de compreender a relação entre universalidade e particularidade e determinar o lugar da particularidade no contexto dialético das categorias, o pensamento kantiano oscila entre o materialismo e o idealismo; entre o pensamento metafísico e o pensamento dialético. Apesar dos aspectos dialéticos de Kant, nele predomina o pensamento metafísico.

Schelling procurou compreender dialeticamente a vida, buscando desenvolver a dialética da qual Kant ficou à margem. Contudo, o idealismo objetivo e o misticismo irracionalista aproximou Schelling de um retrocesso à base da dialética universal e particular. O idealismo platonicizante de Schelling transformou a dinâmica em estática. A dialética do universal e do particular foi levada à esfera das ideias.

...tanto Kant quanto Schelling aproximaram-se dos problemas da universalidade e da particularidade quase tão somente do ponto de vista de uma compreensão filosófica do problema da vida na biologia. Escapou-lhes quase completamente que este conjunto de questões seria chamado a desempenhar um papel decisivo também nas ciências histórico-sociais, em seguida ao novo fato da Revolução Francesa. Isto ocorreu a Kant porque o seu pensamento social era determinado pelo iluminismo pré-revolucionário, cujos problemas ele traduziu em linguagem alemã idealista; a revolução se reflete certamente, do ponto de vista do conteúdo, e de múltiplos modos, em seus escritos histórico-sociais, sem contudo provocar uma reviravolta em suas concepções metodológicas. Quanto a Schelling, teve desde cedo uma

atitude bastante negativa em face da Revolução Francesa para poder utilizar as experiências dela em sua filosofia; seu pensamento, precisamente no período de máximo florescimento, orientava-se de modo tão decisivo para a filosofia da natureza que lhe faltaram todos os pressupostos para aprofundar tais questões. (LUKÁCS, 1970, p. 34)

Hegel, tentando entender filosoficamente os acontecimentos sociais de sua época, buscou estabelecer a base de uma dialética histórica nas revoluções burguesas para construir uma nova lógica, sendo a relação entre singularidade, particularidade e universalidade a questão central dessa nova lógica. Hegel deu um passo à frente da filosofia kantiana com a concretização da dialética universal e particular como uma conversão recíproca destes momentos um no outro, tendo considerado, ainda, o conteúdo histórico-social como o fator determinante para essa relação. Lukács (1970) cita como “o grande progresso que o método de Hegel trouxe para a lógica a prioridade do conteúdo com relação à forma”. Além disso, evidenciou o caráter histórico da dialética particular e universal em que ambos os conceitos estão ligados e condicionados um ao outro, as concepções convertem-se uma na outra. Logo, as relações entre universal, particular e singular são consideradas como parte relevante da dialética presente na realidade.

Na dialética materialista, entre a universalidade e a singularidade existe uma contínua tensão e uma contínua conversão entre universal e singular em particular e, inclusive, propicia o movimento contrário.

A dialética materialista, ao contrário, na medida em que realiza e desenvolve a aproximação à realidade objetiva conjuntamente ao caráter processual do pensamento como meio para esta aproximação, pode compreender a universalidade em uma contínua tensão com a singularidade, em uma contínua conversão em particularidade e vice-versa. (LUKÁCS, 1970, p. 96)

Na dialética universal e particular, o universal tem a função de mediar a relação entre a singularidade dos homens e a sociedade. O particular possui características específicas. Contudo, por ser uma categoria intermediária da dialética, ora é confundido com o universal, ora com o singular. Particularidade, singularidade e universalidade não são categorias fixas, imutáveis, elas oscilam em maior ou menor grau, a depender do objeto e do propósito do conhecimento que se quer estabelecer, em especial o particular.

Tendo em vista as inúmeras mudanças ocorridas na estrutura organizacional da sociedade, no pensamento dos indivíduos e nas revoluções políticas e econômicas, faz-se necessário destacar o processo de institucionalização da saúde materno infantil e a evolução dos programas de atenção à saúde da mulher como forma de analisar a natureza política da hegemonia do Estado e, conseqüentemente, das instituições sobre o corpo feminino.

BREVE RECORTE HISTÓRICO

Na história da saúde materno infantil no Brasil, esta política recebeu diferentes terminologias e teve a inserção da mulher e da criança em posições diversas da condição atual. A mudança de terminologia está relacionada ao lugar ocupado pelo sujeito e à intencionalidade da ênfase sobre o objeto da atenção. A denominação “saúde materno infantil” vem sendo substituída por expressões desdobradas como *saúde da mulher e da criança*, ou *saúde da criança e da mulher numa perspectiva interdisciplinar*, indicando não apenas uma mudança semântica, mas o reconhecimento da complexidade que guarda esta área de atenção à saúde e deixando patente situações conflituosas ocultada pela expressão *saúde materno infantil* que subverte a supremacia da proteção à criança e a submissão da mulher em razão de sua potencialidade para a maternidade.

Na organização da saúde pública brasileira, a institucionalização da proteção da saúde materno infantil tornou-se alvo de políticas governamentais na década de 1920. Com a reforma sanitária de Carlos Chagas tais políticas foram consolidadas e, posteriormente, foram efetuadas modificações em nível ministerial e, em consequência, no planejamento e na organização da assistência materno-infantil.

A inclusão das mulheres nos serviços de saúde, no início do século XX, era feita em função da oferta de ações educativas de higiene e puericultura, visando o cuidado com as crianças e a redução da mortalidade infantil. O olhar das práticas de saúde sobre as mulheres privilegiavam a concepção.

Na segunda metade do século XX, as atenções se estendem às mulheres, por meio das ações de atenção ao pré-natal, que enfocam o binômio mãe-bebê e abordam a mulher como receptáculo da futura criança. No governo de Getúlio Vargas, no período entre 1937 e 1945, no chamado Estado Novo, foi implantado o primeiro programa de defesa à saúde materno infantil do Brasil. As atividades foram realizadas inicialmente pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde da Criança que tinha como finalidade exclusiva normatizar o atendimento à mãe e ao bebê e combater a mortalidade infantil. Em 1940, Getúlio Vargas transferiu para o Departamento Nacional da Criança as responsabilidades relacionadas à saúde da mãe e da criança, tendo sido esse o primeiro órgão criado para atender exclusivamente à saúde materno infantil.

A partir dos anos 50 a perspectiva de mulher como reprodutora passa a incluir também a contracepção. Do ponto de vista das práticas de saúde o resultado é a ambígua valorização da figura da mulher-mãe ao lado da produção de discursos e tecnologias voltados para a redução do tamanho das famílias. Vale ressaltar que, nesse período, o contexto era de rápida incorporação das mulheres ao mercado formal de trabalho e da delegação do dever de ser mãe e, ao mesmo tempo, controlar o tamanho da prole, em razão do alto custo de manutenção. Acreditava-se na orientação e responsabilização exclusiva da mãe e da família em relação ao autocuidado e ao cuidado com a criança. A preocupação do

governo era a redução da mortalidade infantil como estratégia para aumentar a população. O governo incentivava a procriação em massa, mas não fornecia as condições mínimas necessárias para um bom desenvolvimento gestacional. A mulher era vista como fonte de reprodução, cuja função era a criação de braços fortes para servir à Nação, sem direitos pessoais, sociais e econômicos. É notório que a proteção à maternidade e à infância, como assunto de saúde pública, seguiu a tendência geral das políticas dessa área a partir do Estado Novo: ela esteve inserida no modelo centralizador, concentrado nas ações de puericultura, voltado para as camadas urbanas mais pobres, de modo a garantir força de trabalho para o país.

A preocupação de regular o desenvolvimento pelo controle populacional, muito mais do que pela justa distribuição das riquezas, provocou reações da sociedade civil em seus segmentos organizados, em especial, das mulheres.

As políticas públicas de saúde destinadas ao atendimento das necessidades e dos direitos da mulher e da criança definidas, até aquele momento, a partir de princípios meramente reprodutivos, voltados apenas para a concepção e anticoncepção, passaram a ter que considerar aspectos mais amplos, voltados para garantir uma melhor condição de saúde e de vida.

O compromisso de construir uma proposta de desenvolvimento sustentável para todas as populações do planeta, incluindo os países ricos e os demais, e a própria pressão dos movimentos organizados de mulheres, trazem para as agendas nacionais e internacionais de população, desenvolvimento e saúde a discussão sobre a necessidade de mudanças na visão sobre as mulheres e a sua capacidade de procriar. Reivindica-se que as mulheres deixem de ser vistas apenas como objeto reprodutor para serem consideradas como sujeitos, capazes de decidir quando, como e com quem terão filhos, entendendo que a reprodução é um fato social complexo, que envolve mulheres e homens e exige políticas mais amplas que a oferta de programas de saúde materno infantil e contracepção. (VILLELA; MONTEIRO, 2005)

É importante destacar que o feminismo dos anos 70 tomava como pressuposto que a opressão das mulheres tinha como fundamento a expropriação do controle de seus corpos e da sexualidade. Nesse sentido, houve nesse período ampla oferta de ações de saúde, acompanhadas de ações educativas de conhecimento do corpo como estratégia para facilitar às mulheres a reaproximação de seus corpos. Com o reconhecimento das mulheres como sujeito, o “dever” de reproduzir dá lugar ao direito de exercer essa potencialidade de seus corpos, e abre espaço para que a reprodução e a sexualidade também sejam entendidas como direito.

Os programas de saúde materno infantil foram amplamente utilizados nos serviços de Saúde Pública na década de 70 até meados da década de 1980, como resposta do governo a problemas sanitários entendidos como prioritários.

O Programa Materno Infantil (PMI), 1975, foi criado numa conjuntura política do regime militar e implantado no conjunto das políticas de extensão de cobertura. Ele continha

delineamentos gerais sobre proteção, e assistência materno infantil e busca englobar cuidados ao período pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério. O programa tinha forte ação de organismos internacionais controlistas e, assim como todo programa vertical, fragmentado, reducionista e desarticulado de outras ações e propostas mais amplas, apresentou baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher. (PENHA; MARQUES, 2015).

Num cenário nacional de luta pela redemocratização do país, a partir de meados dos anos 80, os movimentos sociais que ocorreram na sociedade brasileira, principalmente o movimento feminista, favoreceram a construção de novas políticas públicas. Os programas iniciais destinados à saúde da mulher foram duramente criticados, uma vez que as mulheres ficavam sem assistência na maior parte de sua vida, pois o acesso aos cuidados de saúde dava-se no ciclo gravídico-puerperal. O movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional questões até então relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas.

Em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), discutido e implantado no período da transição democrática, foi produto de luta e negociação com o movimento de mulheres. O PAISM significou uma conquista ao colocar em destaque que a saúde da mulher precisava ser abordada em todos os ciclos da vida e não apenas no período da gravidez. A proposta do programa considerava a necessidade de articulação das ações de pré-natal, assistência ao parto e puerpério, prevenção do câncer e de doenças sexualmente transmissíveis, assistência à adolescente, à menopausa e à anticoncepção.

O PAISM marcou o início de uma série de mudanças expressivas que ocorreram na reorientação do modelo assistencial médico-privatista vigente. Contudo, diferentes avaliações atestam que o Programa não conseguiu romper com a focalização em ações relacionadas à reprodução. As ações de saúde ainda eram elementares devido à lógica de financiamento do sistema voltada apenas à produtividade dos serviços.

Nos anos 90, emerge o conceito de saúde reprodutiva e a incorporação da perspectiva dos direitos humanos às ações de saúde. O termo “saúde reprodutiva” aparece inicialmente no discurso do movimento feminista internacional, mas logo é incorporado ao discurso da Organização Mundial de Saúde. Nesse período começa a aparecer, em textos nacionais e internacionais, a expressão “Direitos Reprodutivos”.

Com o slogan “nosso corpo nos pertence” e a ampliação da ideia de Direitos Humanos, a proposição feminista do direito ao próprio corpo incorpora a luta pelo aborto e pelo acesso legal à contracepção. Paralelamente, aprofunda o debate sobre medicalização do corpo feminino e o uso abusivo de tecnologia, a partir da premissa do respeito à integridade corporal das mulheres.

A década de 1990 iniciou-se com o desafio da estruturação do Sistema Único de Saúde, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que reconhece o direito de acesso universal à saúde de toda a população, por meio de um sistema único, e das Leis nº

8.080 e nº 8.142, que instituiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamenta os serviços, a participação da sociedade e as bases de funcionamento do Sistema Único de Saúde. De início, a proposta de acesso universal à saúde prevista no SUS enfrenta o desafio de compatibilizar a demanda com a infraestrutura disponível. Como consequência do aumento quantitativo e qualitativo da demanda sem a infraestrutura adequada, houve a desarticulação do que havia sido implementado no PAISM em nível local.

Entre 1995 e 2000, teve início no Brasil a implantação do Programa Saúde da Família, estratégia de organização da atenção básica de saúde adotada pelo Ministério da Saúde.

No ano 2000 foi implantado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), com o principal objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país. As características principais do programa são a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais, reorganizando a assistência, ampliando o acesso aos serviços de saúde e garantindo qualidade da atenção com o mínimo de intervenção. Entre os princípios e diretrizes do PHPN estão o direito ao acesso e atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; o direito ao acompanhamento pré-natal adequado; o direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; o direito à assistência ao parto e ao puerpério, e que esta assistência seja realizada de forma humanizada e segura; o direito de todo recém-nascido ter uma assistência neonatal adequada; e a responsabilização das autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal na promoção e garantia dos direitos enunciados.

Este programa vem sendo descrito por gestores de saúde, profissionais de saúde e feministas, como um programa estratégico que pode influenciar na redução das taxas de mortalidade materna. Apesar de ser uma política importante, a PHPN não tem sido eficaz para a redução da mortalidade materna, em parte porque não está focalizado na eficácia e segurança dos procedimentos no parto. Além disso, o programa não teve o alcance esperado, pois apresentou dificuldades no acesso aos serviços de saúde, falta de leitos, deficiência de recursos humanos, financeiros e materiais e lenta adesão dos municípios. Mulheres ainda relataram a incerteza de vagas nos hospitais e a peregrinação entre os serviços hospitalares.

Em maio de 2004, cedendo às reivindicações e pressão de diversos segmentos sociais, e tomando como base dados epidemiológicos, o Ministério da Saúde apresentou os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e propôs diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento. Este fato, embora considerado inicialmente um salto de importância, por haver passado de programa a política nacional e orientar as diretrizes para a condução das ações de saúde da mulher no país, foi alvo de críticas por haver retornado a extrema valorização da mulher no período gravídico-puerperal.

Na busca pela melhoria da assistência materno infantil, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o Programa Rede Cegonha. A Rede Cegonha é uma “estruturação estratégica para implementar uma rede de cuidados com a finalidade de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis”. (BRASIL, 2011). Com esta iniciativa, o Ministério da Saúde retornou à valorização da política de saúde materno infantil, que é tema central da política, negligenciando a atenção integral, para além da fase reprodutiva da mulher. Há que se considerar que nem todas as mulheres querem ter filhos.

Em parceria com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadores rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional, em 2011, o Ministério da Saúde elaborou e publicou uma reimpressão dessa política, apresentando diretrizes e objetivos gerais e específicos, tais como: promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2011).

O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO DO PARTO E A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO FEMININO

A historicidade da assistência ao parto tem início a partir do momento em que as próprias mulheres se auxiliam e iniciam um processo de acumulação de saber sobre a parturição. Assim, é agregado valores ao conhecimento sobre o nascimento pelas próprias mulheres. Uma mulher que a comunidade julgasse mais experiente no assunto, mesmo sem qualquer saber científico, capaz de vivenciar com a mulher o evento do nascimento, era reconhecida como parteira. Essa parteira se traduz na figura da mulher que atende partos domiciliares e cujos conhecimentos são embasados na prática e na acumulação de saberes passados, tradicionalmente, de geração a geração.

Até o início do século XX, o parto, considerado evento natural, fisiológico, era realizado no domicílio da parturiente ou de pessoa de sua relação, assistidos em sua maioria por parteira leiga. Até aquela data, apenas as gestantes indigentes e desclassificadas socialmente recorriam aos hospitais. Dar à luz fora de casa era uma situação anormal, considerada apavorante e tida como alternativa apenas em casos extremos, e por pobres, indigentes, prostitutas e mães solteiras, que recorriam às Santas Casas, mantidas por

caridade religiosa e benemerência.

O parto, um ritual de mulheres, não era considerado um ato médico. A especialidade da obstetrícia surgiu no século XIX, nas faculdades europeias de medicina, e para isso foi necessário que a mulher se tornasse alvo do interesse médico e que a estrutura tripartite da medicina (físicos, cirurgiões e boticários) estivesse superada, já que a obstetrícia não pode prescindir da associação entre a clínica e a cirurgia.

Após o Renascimento, a medicina dedicou-se intensamente à construção de um discurso científico acerca da mulher e sua natureza, o qual tinha como principal motivação justificar as desigualdades da nova ordem social.

Se antes do advento da obstetrícia foi possível manter uma divisão do trabalho entre médicos e parteiras, na qual partos naturais eram objeto da atenção da parteira enquanto o médico era chamado a agir nos casos de complicações, com a consolidação da presença do médico na cena do parto, a medicina iluminista selou aliança com o Estado na perseguição às parteiras. A criação de instrumental próprio e a adoção de práticas médicas cada vez mais intervencionistas buscavam construir uma imagem de conhecimento científico, competência e superioridade dos médicos em relação às parteiras, que usavam apenas as mãos em suas manobras e diagnósticos. Nessa aliança selada entre a medicina iluminista e o Estado, difundiu-se uma associação entre parteiras e sujeira. A perseguição às parteiras, sua desqualificação e banimento fizeram desaparecer um conjunto significativo de conhecimentos das próprias mulheres sobre seus corpos, suas dinâmicas e seus produtos.

Ao longo dos últimos séculos, o evento do parto e nascimento tornou-se um assunto médico e hospitalar, separado da vida familiar e comunitária. De evento fisiológico, familiar e social, o parto e nascimento transformaram-se em ato médico, no qual o risco de patologias e complicações tornou-se a regra e não a exceção. Tem origem aí o modelo médico tecnocrático de assistência; é a organização da assistência à gestante baseada no modelo de produção fabril.

O modelo tecnocrático de assistência hospitalar ao parto coloca o corpo da mulher como máquina, o principal objeto do obstetra passa a ser o útero e seu produto. Com isso, a mulher deixa de existir como sujeito do parto e este lugar é assumido pelo médico, cabendo a ele a condução ativa do parto. Nos termos do modelo tecnocrático, o parto é um processo puramente fisiológico. Assim sendo, fatores emocionais, sociais, culturais, deixam de ser reconhecidos como facilitadores ou dificultadores do processo.

“Depois de ficar dois dias naquele pré-parto sozinha, com medo porque era o meu primeiro filho, só ouvindo mulher gritar, sem poder comer nada, sem beber água e deitada naquela maca que nem me cabia direito, ela (a obstetra) ainda queria, que eu fizesse força. Mulher, eu não tinha condição! Eu deitada ali, com as pernas dormentes de tanto ficarem penduradas naquele gancho, eu não conseguia nem falar de tanto cansaço e tanta dor. Mas quando ela disse ‘Bora minha filha, se você não fizer força você vai matar o seu bebê. É isso que você quer, matar o seu filho?’. Naquela hora pedi a Deus que me desse força, nem que fosse a última vez. Depois disso, não lembro de mais nada. Sei que

meu bebê foi pra U.T.I. e acho que foi por culpa minha. (Depoimento de uma adolescente cujo bebê estava em assistência na UTI Neonatal).

O depoimento acima, em que a parturiente relata, dentre outras coisas, dormência nas pernas em razão de estar deitada na maca, com as pernas penduras no gancho, demonstra que o sujeito do parto é o médico, e não a mulher. A posição deitada e a proibição de deambular e movimentar-se livremente impede a mulher de participar ativamente do próprio parto.

Sob a regência da medicina moderna e com os avanços das técnicas de reposição sanguínea, anestesia, antibióticos e medicamentos intravenosos, a obstetrícia tem na cesariana sua maior conquista.

O acesso à cesariana é fundamental para a redução da mortalidade materna e neonatal. Contudo ela se tornou quase uma unanimidade no Brasil a partir dos anos 80, quando os avanços científicos permitiram que a cirurgia se tornasse segura e indolor. Estudos sugerem que, no Brasil, a escolha pela cesariana é uma demanda das mulheres por dignidade, já que o modelo de parto normal está associado a intervenções desnecessárias, ações dolorosas e um longo processo solitário, onde não são garantidos acesso a métodos não farmacológicos de alívio de dor nem o direito a acompanhante. Na contramão de um modelo de parto excessivamente medicalizado, e procedimentos cuja eficácia não está baseada em evidências, surgiu o modelo humanizado de assistência ao parto e puerpério.

Na humanização da assistência obstétrica, o conceito de atenção humanizada adotado pelo Ministério da Saúde estabelece que “O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia”.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, de acordo com as normas do Ministério da Saúde, tem como objetivo principal reorganizar a assistência, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres e garantindo a qualidade da assistência obstétrica com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos. Esse Programa apresenta duas características marcantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais.

A ASSISTÊNCIA À MULHER PRÉ-PARTO, PARTO E PUERPÉRIO

Uma questão que ainda carece de aprofundamento é se os elevados índices de mortalidade materna estariam relacionados à qualidade da assistência, uma vez que o índice de acompanhamento pré-natal tem aumentado significativamente, o parto tornou-se

eminentemente hospitalar, realizado por profissionais habilitados, e a assistência à mulher no parto tem sido objeto de intensa medicalização.

Vale lembrar que a intensa medicalização do corpo feminino está diretamente relacionada com a perda de autonomia da mulher no parto. Esta questão também necessita estar vinculada à assistência, pois estaria se repetindo no momento do parto a exclusão já sofrida pela mulher em relação à sua própria autonomia. A falta de autonomia da mulher no parto é um dos fatores que resulta no uso excessivo de cesarianas. Na relação médico-paciente assimétrica, as mulheres têm dificuldade em participar da decisão do tipo de parto, sentindo-se menos capacitadas para questionar os médicos sobre as questões técnicas que envolvem o parto e fazer valer seus desejos e escolhas.

O número de cesarianas e de intervenções realizadas nas parturientes e recém-nascidos tem provocado inúmeros questionamentos sobre a condição de nascer no Brasil. Em 2011/2012 foi realizado no país o primeiro inquérito nacional sobre parto e nascimento – Nascer no Brasil, e a expectativa desse estudo foi fornecer evidências científicas sobre as atuais condições de nascimento, com vistas a estabelecer um pacto para melhoria da qualidade da atenção e redução de intervenções desnecessárias.

No Brasil, o índice de cesarianas chega a 52%, quando a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é para que esse procedimento não exceda 15% do total de partos, uma vez que os estudos internacionais vêm demonstrando os riscos das elevadas taxas de cesariana tanto para a saúde da mãe quanto a do bebê.

A pesquisa Nascer no Brasil indicou que, assim como outros procedimentos de alguma complexidade, a cesariana segue o padrão de desigualdade na atenção à saúde. No setor privado, a proporção de cesarianas chega a 88% dos nascimentos, enquanto o setor público atinge 46% dos partos.

A reprodução afeta a mulher em todas as suas atividades: educação, trabalho, saúde, sexualidade, participação política e social, etc. Deixar de romantizar a relação entre a mulher e a maternidade é fundamental para reconhecer o poder repressivo sobre as mulheres que é estabelecido a partir da conexão da mulher com a maternidade. A visão reprodutiva das mulheres é determinada pela organização social e cultural que busca cercear os esforços femininos na busca por espaço de controle de suas próprias vidas e de seus corpos para expressar livremente sua sexualidade, muito mais do que qualquer conexão biológica que possa existir.

“Da descoberta até o dia do nascimento, as 39 semanas se passaram com a ficha em suspenso. Os enjoos iniciais, o choro, o sono e a fome constantes iam me familiarizando com aquele indivíduo que se desenvolvia a partir dos meus nutrientes. Acabo de perceber que a fase tornou-se uma constante, pois o choro, o sono e a fome seguem comigo firmes e fortes! Não estou dizendo que isso seja ruim, mas que é o início de estudos sobre instintos: uma das primeiras lições da maternidade. Não aquele dito materno, que já nasce com a criança, mas os nossos, mesmo! Meu caderno da gestante registrava todas as curvas de crescimento do feto, cada centímetro de progresso. ‘Seu bebê

está ótimo!, era tudo, e em nenhum momento fui perguntada sobre como eu me sentia. Parecia até errado querer falar sobre mim, já que nas entrelinhas eu não via alternativas e a única opção era estar feliz com a bênção de gerar um filho, amém! As pessoas ao redor insistem em florear a gestação falando em enxoval, chá de fraldas e decoração do quarto do bebê, o qual varia um pouco de acordo com a realidade de cada um, já os palpitesiros de plantão estão para todos, indistintamente!” (Depoimento de uma gestante).

“Muitos não se dão ao trabalho de saber sequer o significado do puerpério, mas dão “aula” sobre como suas avós criaram 20 filhos sem reclamar! No pós-parto eu entendi o que uma amiga chama de ‘crueldade feminina’ e vi que ela se disfarça até de apoio. Pode ser a vovó ou a titia tão preocupadas com a fome do bebê que ignoram sua mama ferida e o tacom no seu peito, porque é assim mesmo que a criança precisa ser alimentada, ainda que você esteja num hospital que está dando todo o suporte necessário para que ele não morra, inclusive de fome! ‘Ele tem que mamar, blá, blá, blá...’ Leite com lágrimas alimenta e faz crescer, a mãe e o bebê!” (Depoimento de uma puérpera).

A violência obstétrica é uma grave violação aos direitos mais básicos da mulher parturiente. Relatos de mulheres vítima de violência obstétrica indicam que essas mulheres lembrarão da experiência negativa no parto por aproximadamente 40 anos: ‘... a dor da violência é uma dor que nunca passa, você acostuma a sentir essa dor’.

“Depois de um bom tempo me sentindo invisível, alguém me enxergou e me disse que eu precisava dormir para produzir leite. Isso soou para mim como um ‘Eu te amo!’ Eram os nossos primeiros passeios e em meio ao caos interno, meu filho aprendia a se alimentar e eu tomava mingau com as meninas, dava risada devagarinho e voltava mais confiante pra casa. Sobrevivemos! Meus sinceros agradecimentos às profissionais do Banco de Leite Humano”. (Depoimento de uma puérpera).

Depois de 31 anos após a sua primeira edição em 1986, aconteceu em Brasília a 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres. Com os lemas **#Nemumaameno**s e **#NemumDireitoaMenos**, discutiram o combate às violências e a afirmação de identidades. Cerca de 1.800 delegadas debateram sobre a legalização do aborto, o desmonte da saúde pública, todas as formas de opressão, assédio e violência contra as mulheres e o feminicídio (crime que ceifa a vida de uma mulher a cada duas horas, no Brasil). Também condenaram a misoginia, a opressão de gênero e o ataque a direitos, como a saúde, assegurados pela Constituição de 1988.

Em entrevista à Revista RADIS, a coordenadora da 2ª Conferência de Saúde das Mulheres, enfermeira sanitária Carmen Lucia Luiz, afirma que “a violência impacta a saúde das mulheres de muitas formas e em todas as fases da vida”.

...a violência é estruturante da vida e do cotidiano das mulheres e se apresenta, inclusive, pelo silenciamento. As mulheres são silenciadas da sintomatologia da opressão, do machismo, da misoginia. 80% da medicação psiquiátrica dispensada na atenção básica é destinada às mulheres” (RADIS, 2017).

“Eu me lembro muito bem quando chegaram com aquele papel e disseram pra eu assinar autorizando o aborto. Eu só tinha feito uma ultrassonografia e tinha

visto a minha filha, mas o médico olhou o exame e me disse pra ir à maternidade porque tinha que esvaziar. A médica da maternidade foi que disse que antes ia fazer outro exame. Esperei que ela dissesse alguma coisa. Depois de um tempo, ela disse que ia ter que colocar o remédio, mesmo... (muitas lágrimas), mas eu não queria ter assinado aquele papel, eu não queria!” (Depoimento de uma mulher afastada das atividades laborativas em razão de sofrimento psíquico, após ser submetida a resolução de gestação molar).

SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: TRABALHO COLETIVO E A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

Matos (2009) apresenta os antecedentes históricos da atual forma de assistência à saúde mostrando que a atuação profissional nos serviços de saúde não se dá na atualidade de maneira isolada. Refere que há um trabalho coletivo, que é permeado por tensões e características próprias da área de saúde, mas, contudo, influenciadas pela forma como o trabalho vem sendo desenvolvido na sociedade capitalista.

Segundo Matos (2009), na área da saúde é comum buscar os fundamentos históricos na Grécia Antiga. Ele destaca que é a partir desse momento da história que a maioria da bibliografia disponível vai buscar as origens da constituição do que mais tarde seria a profissão médica.

Durante a idade média a atenção à saúde era prestada por religiosos e havia um cunho sacerdotal do exercício dessa atenção, havendo por parte da igreja uma tentativa de controle da sua não mercantilização. Com a constituição das cidades medievais começa a se constituir um corpo de profissionais leigos, não religiosos, que passam a trabalhar nessa área. A prática da medicina será dividida em duas perspectivas, pois vai se constituir um profissional clínico e outro cirurgião, que vão competir entre si. O clínico desenvolve um papel intelectual, como aquele com estudos na área e sem ação prática sobre o corpo. O cirurgião será, nesse período, um trabalhador de status inferior ao clínico, marcado pela ação no corpo. Até o século XVIII, a prática da medicina europeia teve uma estrutura tripartite e hierárquica: os físicos, os cirurgiões e os boticários, que fabricavam e comercializavam remédios.

O fim da cisão entre os dois tipos de prática médica (físico e cirurgião) se deu com a dissolução de suas respectivas corporações e a configuração de um novo local de exercício da profissão: o hospital. Nesse estágio, segundo Matos (2009) o exercício da medicina passa a ser marcado pela prática liberal. O exercício liberal da medicina nos consultórios e no hospital, são típicos do capitalismo: transforma a atenção em saúde como uma prática de venda de serviços e fragmenta o exercício profissional, ao mesmo tempo em que institui uma gerência de controle da força de trabalho.

Com a concentração das atividades de assistência em saúde em um mesmo lugar, há a equiparação, em termos de status, entre o físico e o cirurgião. Emerge daí

uma cooperação horizontal entre os médicos. Com isso tem início a especialização da medicina, da divisão do trabalho com profissionais não médicos e o surgimento da chamada cooperação vertical, quando o médico delega partes do que outrora era por si desenvolvido, tarefas mais manuais, para outros profissionais, mas busca manter o controle e a supervisão destas.

Na sociedade urbana, com o fim da era da prática liberal da medicina e a emersão do assalariamento desse profissional em virtude da configuração do trabalho em saúde, há a substituição da contratação dos serviços médicos diretamente por parte dos usuários e essa passa a ser desenvolvida pelo Estado ou pelo setor privado.

Matos (2009) aponta que com o hospital estão dadas as bases de que até hoje se conhece sobre as práticas em saúde nos serviços: adoção de um conhecimento absoluto, formal e abstrato detido pelo saber do médico; o hospital quase como referência exclusiva para a assistência à saúde; a parcialização do trabalho em saúde, sob a gerência do médico; a medicalização excessiva para a assistência em saúde; e um modelo biologizante de atenção à saúde.

No Brasil, o trabalho coletivo na saúde consolida-se na década de 1940, quando os hospitais, na maioria construídos pelos Institutos de Aposentadoria de Pensões passa a suceder as Caixas de Aposentadorias e Pensões, vinculando a assistência ao trabalho. As origens da associação dos serviços de saúde com a previdência social vigorou no Brasil até os anos de 1980.

O início da intervenção do Estado na saúde na década de 1930 marcou a formulação da política de saúde, que teve caráter nacional e foi organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. A saúde pública foi predominante até meados dos anos 60 e teve como características gerais a racionalização administrativa e a atribuição de maior sofisticação às campanhas sanitárias. A medicina previdenciária só vai sobrepujar a saúde pública a partir de 1966.

O Serviço Social é uma profissão que se particulariza na divisão social e técnica do trabalho pelo seu trato com a questão social, expressão da desigualdade do modo de acumulação capitalista. A institucionalização da profissão, especificamente nos países industrializados, está associada à progressiva intervenção do Estado nos processos de regulação social.

As particularidades desse processo no Brasil evidenciam que o Serviço Social se institucionaliza e legitima profissionalmente como um dos recursos mobilizados pelo Estado e pelo empresariado, com o suporte da Igreja Católica, na perspectiva do enfrentamento e regulação da Questão Social, a partir dos anos 30, quando a intensidade e extensão das suas manifestações no cotidiano da vida social adquirem expressão política. (YAZBEK, 2009).

Na área da saúde, o Serviço Social surge nos hospitais com a demanda de construir um elo da instituição com a família e com o doente, visando garantir o seu tratamento

após a alta e dar suporte à família para que o afastamento do chefe do núcleo familiar não ocasionasse carência material. Até os anos 1980 a profissão encontrou-se desarticulada da discussão coletiva progressista na área da saúde. A partir dos anos 90 é que há uma incorporação pelos assistentes sociais dos princípios da Reforma Sanitária que, em sua maioria, constituem-se dos princípios do Sistema Único de Saúde.

A ÉTICA COMO POSSIBILIDADE DE CONSTRUÇÃO DE NOVOS CAMINHOS: O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL E O PROJETO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

O cotidiano do exercício profissional do Serviço Social na saúde materno infantil impõe ao assistente social, em sua maioria mulher, o desafio de romper com paradigmas criados com base em princípios patriarcais e fundados numa ética privada, amplamente reproduzida no âmbito institucional pelos profissionais de saúde. Refletir sobre um possível antagonismo moral dos dilemas que envolvem a saúde materno-infantil, especificamente a saúde da mulher, a exemplo da autonomia *versus* proteção, é vislumbrar o desafio ético a que estão postos os profissionais de saúde no cotidiano dos espaços institucionais, em especial o assistente social.

No campo da saúde pública, o assistente social atua no contexto de relações que se contrapõem e tem sido convocado a dar respostas às necessidades sociais decorrentes das expressões da Questão Social. O seu conjunto de atribuições e competências é estabelecido pela sociedade capitalista em seu estágio monopolista, que atribui à profissão uma funcionalidade. Segundo Iamamoto (2004), pensar o exercício profissional é focar o trabalho profissional como partícipe de processos de trabalho que se organizam conforme as exigências econômicas e sociopolíticas do processo de acumulação, moldando-se em função das condições e relações sociais específicas em que se realiza.

O exercício profissional dos assistentes sociais nos serviços de saúde aponta para uma ação pouco crítica e distante do projeto ético-político da profissão, afirma Matos (2009). Apresentando pesquisa realizada por Vasconcelos, no período 2001/2002, ressalta que o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro, apesar de hegemônico no seio da categoria, não é homogêneo, o que implica no fato de que a não adesão de seus princípios por parte dos profissionais compromete, em parte, a sua materialização no cotidiano profissional.

Ao considerar sua prática profissional e histórica chancelada pelo inexorável, ao atribuir às teorias uma autonomia absoluta frente à prática, os agentes profissionais perdem de vista a sua particularidade enquanto ser social, particularidade esta localizada nas faculdades subjetivas de que dispõe para a superação da facticidade fenomênica posta nas/pelas suas relações sociais. A sua intervenção na realidade aparece cerceada por fatores internos e externos que, por serem alheios à vontade dos profissionais, acreditam que não lhes cabe responsabilidade alguma. De outro modo, ao se descuidar

da causalidade, das determinações universais do movimento histórico, da autonomia relativa da teoria frente à prática, as ações profissionais adquirem um caráter volitivo. Se a adoção de posições que privilegiam os extremos, que anulam as particularidades, que dissolvem as mediações, não é uma forma exclusiva de pensar e agir do Serviço Social, mas resultado das bases materiais sob as quais a ordem burguesa se produz e reproduz, somente a concepção da práxis enquanto materialização da razão e esta constituída, constituinte e constitutiva do processo histórico pode balizar adequadamente a relação materialidade/idealidade, teoria/prática e a racionalidade que daí deriva. (GUERRA, 1995).

Um projeto profissional radicalmente crítico, substantivamente democrático, concretamente humanista e orientado para um horizonte histórico do que Marx qualificava como emancipação humana, requer uma formulação ética compatível. Barroco (2001) conceitua ética como uma capacidade humana posta pela atividade vital do ser social, a capacidade de agir conscientemente com base em escolhas de valor, projetando finalidades e objetivando-as concretamente na vida social através de projetos individuais, coletivos e societários. A ética profissional é um modo particular de objetivação da ética, e é permeada por conflitos e contradições, e suas determinações fundantes extrapolam a profissão, remetendo às condições mais gerais da vida social. Para Barroco (2001), a ética profissional tem a ver não só com a ideia de normatização, mas com a escolha consciente da categoria profissional sobre seus valores e os objetivos destes.

Matos (2009) ressalta alerta que o projeto ético-político do Serviço Social, ao negar o histórico conservadorismo da profissão, aponta para a construção de um exercício profissional comprometido com a justiça social e a liberdade. Para tanto, não basta imaginar que se possa ter um tipo de valores para a vida privada e outros para a vida profissional. Isto não seria apenas um equívoco teórico, mas também prático, uma vez que é ontologicamente impossível.

Tendo como horizonte a emancipação humana e a formação do sujeito político faz-se necessário reconhecer o trabalho como categoria central e a liberdade como valor nuclear da ética. Para Marx, o trabalho é fundamento ontológico do ser social. O trabalho é a atividade fundante da liberação do homem; a liberdade é uma capacidade inseparável da atividade que a objetiva. Como atividade potencialmente livre, o trabalho põe as condições para a liberdade na medida em que permite o domínio do homem sobre a natureza, o desenvolvimento multilateral de suas forças produtivas. Segundo Barroco (2001), a liberdade é a superação de entraves históricos às objetivações essenciais do ser social. Para Barroco (2001), a verdadeira liberdade é feita no enfrentamento dos conflitos, pois quando idealizada como absoluta para cada indivíduo trata-se de uma liberdade individualista, em que o outro não pode compartilhar da minha liberdade.

Na saúde, dois projetos permanecem em disputa: o projeto da Reforma Sanitária versus o projeto privatista. O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a defesa incessante dos princípios do projeto da Reforma Sanitária, articulando-se

com outros segmentos para a defesa do aprofundamento do Sistema Único de Saúde.

O projeto ético-político do Serviço Social e o de Reforma Sanitária, embora sejam distintos, por tratar-se de projeto de uma corporação profissional e um projeto de política social, ambos têm clara concepção de mundo e de homem com uma nítida vinculação a um projeto societário não capitalista, apontando para o socialismo como alternativa. Destacam-se como pontos em comum, dentre outros: a defesa dos direitos inalienáveis do homem, defesa do público, do Estado laico e democrático.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Direcionar o olhar sobre o feminino e questionar estruturas pautadas na desigualdade construída a partir das diferenças biológicas é arriscar-se a ser taxada como feminista “mal amada”. Contudo, não vislumbrar as necessidades singulares da mulher na gestação, parto e puerpério é perpetuar uma invisibilidade social que não favorece a produção de saúde, a garantia de direitos, nem transforma relações sociais.

A reflexão sobre a saúde materno-infantil, tendo como componente principal a saúde da mulher e a relação com os serviços de saúde, destacando a ética como pano de fundo para a análise de problemas com os quais mulheres, crianças e profissionais de saúde deparam-se no cotidiano das instituições de saúde materno-infantil demonstrou que a mudança nos padrões de comportamento e na prática profissional extrapolam o âmbito da regulamentação normativa.

A mudança de paradigma passa pela incorporação de uma ética voltada à construção do humano genérico. Pensar-se como gênero humano é compreender que nada me é estranho, e isto só se dá pelo conhecimento. Desvelar a realidade em sua essência, através das mediações, permite que o sujeito exercite a vontade orientada para uma racionalidade, através de projetos individuais e/ou coletivos.

A despeito de todos os avanços conquistados pela mulher através de lutas individuais ou via movimentos sociais, as instituições ligadas à saúde compõem o aparelho estatal e reproduzem regras do poder dominante na sociedade. Apesar da hospitalização contribuir significativamente para a redução dos índices de mortalidade materna e neonatal, o modelo de atenção à saúde permanece organizado como linha de produção e a mulher, uma vez hospitalizada, torna-se propriedade institucional: cumpre o ritual de internação; é afastada da família; tem roupas e objetos pessoais removidos; passa a ser identificada pela nome da enfermaria e número do leito; é objeto de cuidado da criança, tornando-se invisível enquanto pessoa singular e sujeito de sua própria história.

Diante de tal situação de fragilidade, muitas vezes o assistente social é convocado a intervir junto à equipe de saúde ou à instituição para dar voz a essas mulheres, singularizando suas histórias, contextualizando os aspectos sociais envolvidos na situação e estimulando o protagonismo e empoderamento dessas mulheres.

Embora as políticas voltadas à atenção da mulher tenham incorporado em sua construção teórica a noção de gênero e ações de humanização, as estratégias utilizadas nos serviços de saúde intervêm sobre os corpos das mulheres-mães de forma a assegurar o bem-estar da criança, garantindo, desta forma, as condições de reprodução social. Contudo, o preço da melhoria das condições do cuidado prestado à mulher não pode estar atrelado ao domínio e alienação desta, nem deve reforçar práticas que caracterizem situações de violência, ainda que sob a justificativa do cuidado com a criança.

REFERÊNCIAS

BARBASTEFANO, P. S.; VARGENS, O. M. da C. Prevenção da mortalidade materna: desafio para o enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, no. 2, p. 278-282, mar/abr 2009. www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a17v62n2.pdf (acesso em 04/01/2018)

BARROCO, M. L. S. Ética e serviço social. Fundamentos ontológicos. São Paulo: Cortez, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. SUS: a saúde do Brasil, Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2011. bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf (acesso em 08/01/2018)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília/DF, FEBRASGO, ABENFO, 2001. bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf (acesso em 18/12/2017)

CARLO, W. A.; TRAVERS, C. P. Mortalidade Materna e Neonatal: hora de agir. *Jornal de Pediatria (Rio J.)*, vol. 92, no. 6, Porto Alegre, Nov./Dez 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.08.001> (acesso em 04/01/2018)

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno-infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v.65, n. 2, p. 227-244, abr./jun. 2014. <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499> (acesso em 04/01/2018)

_____. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres.** *Revista RADIS*, nº 181, ENSP/FIOCRUZ, out./2017

GUERRA, Y. Instrumentalidade do serviço social. São Paulo: Cortez, 1995.

IAMAMOTO, M. V. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo, Cortez, 7ª edição, 2004.

LUKÁCS, G. Sobre a particularidade como categoria da estética. Introdução a uma estética marxista. *Coleção Perspectiva do Homem*, v. 33, série Estética, Civilização Brasileira, 2ª edição, 1970.

MATOS, M. C. Cotidiano, ética e saúde. O serviço social frente à reforma de estado e à criminalização do aborto. Tese. Doutorado em Serviço Social. PUCSP, 2009. Disponível em <https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/18000/1/Maurilio%20Castro%20de%20Matos.pdf>

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3):651-657, 2005. www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v10n3/a21v10n3.pdf (acesso em 03/01/2018)

NETO, T. dos S. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde e Sociedade*, vol. 17, no. 2, São Paulo, Abril/Junho 2008. [www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&HYPERLINK "http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011"](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&HYPERLINK=http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011) (acesso em 28/12/2017)

PENHA, C.; MARQUES, C. (Org.). *Redes de Atenção à Saúde: a Rede Cegonha*. Universidade Federal do Maranhão/UFMA/UMA-SUS, São Luís, 2015.

PORTO, Dora. O significado da maternidade na construção do feminino: uma crítica bioética à desigualdade de gênero. *Revista Redbioética/UNESCO*, Ano 2, 1(3), 55-66, Janeiro-Junho 2011. ISSN 2077-9445. www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/revista_3/Porto.pdf (acesso em 03/01/2018)

UNICEF. Situação Mundial da Infância 2009: Saúde Materna e Neonatal. www.unicef.org/brazil/pt/br_sowc2009_pt.pdf (acesso em 04/01/2018)

VILELLA, W.; MONTEIRO, S. Atenção à Saúde das Mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão*. São Paulo, ABRASCO; UNFPA, 2005.

YAZBEC, M. C. O significado sócio-histórico da profissão. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

SOBRE O ORGANIZADOR

EZEQUIEL MARTINS FERREIRA - Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2011), graduação em Pedagogia pela Faculdade de Ciências de Wenceslau Braz (2016) e graduação em Artes Cênicas pela Universidade Federal de Goiás (2019). Especializou-se em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Brasileira de Educação e Cultura (2012), História e narrativas Audiovisuais pela Universidade Federal de Goiás (2016), Psicopedagogia e Educação Especial, Arteterapia, Psicanálise pela Faculdade de Tecnologia e Ciências de Alto Paranaíba (2020). Possui mestrado em Educação pela Universidade Federal de Goiás (2015). É doutorando em Performances Culturais pela Universidade Federal de Goiás. Atualmente é professor na FacUnicamps, pesquisador da Universidade Federal de Goiás e psicólogo clínico - ênfase na Clínica Psicanalítica. Pesquisa nas áreas de psicologia, educação e teatro e nas interfaces fronteiriças entre essas áreas. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicanálise, atuando principalmente nos seguintes temas: inconsciente, arte, teatro, arteterapia e desenvolvimento humano.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Autoconhecimento 26, 32, 33, 34, 35, 39

Autoestima 26, 35, 39

C

Cuidados 8, 9, 10, 14, 21, 25, 42, 49, 51

E

Estereótipos 26, 29, 32, 34, 35, 39

Ética 30, 42, 43, 58, 59, 60, 61, 62

G

Gênero 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 28, 42, 55, 60, 61, 62

I

Inteligência ao modo mulher 26, 27, 28, 30, 31, 33, 38, 39

M

Migração 8, 9, 10, 11, 16, 17, 19, 20, 21, 22

Mudança de atitude 26, 34, 39

P

Psicanálise 1, 5, 6, 7, 63

Pulsão 1, 2, 3, 4, 5, 6, 29

R

Redes sociais 8, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 32

S

Saúde 31, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62

Saúde da mulher 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 58, 60, 61

Sexualidade 1, 2, 3, 4, 6, 7, 45, 48, 54

T

Trabalho doméstico remunerado 8, 9, 12, 13, 22, 23

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

@atenaeditora 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

GÊNERO E SEXUALIDADE: Lugares, história e condições

4




Ano 2022

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

GÊNERO E SEXUALIDADE: Lugares, história e condições

4

