



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS**  
**CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**CAMILA MARIA DA SILVA**

**A RELAÇÃO DOMINANTE DO PATRIARCADO SOBRE A SAÚDE  
REPRODUTIVA DAS MULHERES NO CENÁRIO BRASILEIRO**

**JOÃO PESSOA - PB**

**2022**

**CAMILA MARIA DA SILVA**

**A RELAÇÃO DOMINANTE DO PATRIARCADO SOBRE A SAÚDE  
REPRODUTIVA DAS MULHERES NO CENÁRIO BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado junto ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba como pré-requisito parcial necessários à obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, semestre 2022.1

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Elisângela de Oliveira Inácio

**JOÃO PESSOA - PB**

**2022**

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

S586r Silva, Camila Maria da.                    A relação  
dominante do patriarcado sobre a saúde                    reprodutiva  
das mulheres no cenário brasileiro. /                    Camila Maria  
da Silva. - João Pessoa, 2022.

49 f.

Orientadora: Elisangela de Oliveira Inácio.

TCC (Graduação) - Universidade Federal da  
Paraíba/Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes,  
2022.

1. Gênero. 2. Patriarcado. 3. Saúde da mulher. 4.

Direitos reprodutivos. I. Inacio, Elisangela de  
Oliveira. II. Título.

UFPB/CCHLA

CDU 364-055.2

CAMILA MARIA DA SILVA

**A RELAÇÃO DOMINANTE DO PATRIARCADO SOBRE A SAÚDE  
REPRODUTIVA DAS MULHERES NO CENÁRIO BRASILEIRO**

APROVADA EM: \_\_\_/\_\_\_/ 2022

NOTA: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Elisangela de Oliveira Inácio - Orientadora  
(Professora Vinculada ao Departamento de Serviço Social da UFPB)

---

Assistente Social Jailma da Costa Batista - Avaliadora Interna  
Assistente Social da Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar – RIMUSH/ HULW

---

Assistente Social Esp. Alexandre Rosas Leal de Albuquerque - Avaliador Externo  
(Assistente Social da Maternidade do Instituto Cândida Vargas – ICV)

**2022**

## **Dedicatória**

*Este trabalho é dedicado à minha Mãe, pois graças ao seu esforço, eu concluirei o meu curso. E também aos meus colegas do curso de Serviço Social, que vivenciaram as suas batalhas (assim como eu) para chegar à conclusão desse ciclo tão importante e desejado: a nossa graduação!*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Elisângela Inácio, que aceitou me acompanhar e orientar neste projeto. É com muita admiração e carinho que gostaria de expressar meu agradecimento por toda dedicação e compartilhamento de seu conhecimento e amor por essa profissão.

Seguidamente não posso esquecer de agradecer ao funcionário do Departamento do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Serviço Social (LEPS), o assistente social Márcio Braga por sua constante disponibilidade e por me atender ao longo dos períodos necessários para eu concluir o curso. Gratidão pelas vossas orientações por atender, em especial, às minhas dúvidas sobre as questões burocráticas.

A todos(as) vocês e aos demais, sou imensamente grata.

## RESUMO

O presente trabalho (TCC) versa sobre o debate acerca da atenção à saúde reprodutiva da mulher no Brasil. A nossa escolha pela temática deu-se, à priori, a partir das experiências vivenciadas no Estágio Supervisionado em Serviço Social que ocorreu no Instituto Cândida Vargas. E diante da nossa inquietação em analisar a influência do patriarcado nas relações de gênero e a construção da autonomia das mulheres. Nosso objetivo principal foi apreender os principais fatores que afetam o exercício do pleno direito das mulheres sobre o próprio corpo e no que concerne à promoção da política pública de atenção à saúde reprodutiva, em especial, a questão da centralidade do planejamento familiar na figura feminina. O percurso metodológico compreendeu a observação sobre o entendimento das mulheres sobre direitos reprodutivos. Também fundamentamos o nosso estudo através da revisão bibliográfica, leituras, fichamentos e análises sobre o tema e por entender que os profissionais de Serviço Social atuam na viabilização do acesso das mulheres aos seus direitos reprodutivos. As nossas principais categorias de estudo versaram sobre gênero, patriarcado, saúde da mulher e direitos reprodutivos. Entre os resultados alcançados nosso estudo veio reafirmar a influência patriarcal ainda predominante na implementação de programas e serviços voltados para a saúde reprodutiva da mulher e as ofensivas neoconservadoras no sentido de impedir que mulheres assumam o pleno direito sobre os seus corpos.

**Palavras-Chaves:** Gênero. Patriarcado. Saúde da Mulher. Direitos Reprodutivos.

## ABSTRACT

The present work (TCC) deals with the debate about the attention to women's reproductive health in Brazil. Our choice of theme was based, a priori, on the experiences lived in the Supervised Internship in Social Work that took place at Instituto Cândida Vargas. And in view of our concern to analyze the influence of patriarchy on gender relations and the construction of women's autonomy. Our main objective was to apprehend the main factors that affect the exercise of women's full rights over their own bodies and with regard to the promotion of public policy on reproductive health care, in particular, the issue of the centrality of family planning in the female figure. The methodological route included the observation of women's understanding of reproductive rights. We also base our study through a bibliographical review, readings, records and analyzes on the subject and by understanding that Social Service professionals work to enable women's access to their reproductive rights. Our main study categories dealt with gender, patriarchy, women's health and reproductive rights. Among the results achieved, our study reaffirmed the still predominant patriarchal influence in the implementation of programs and services aimed at women's reproductive health and the neoconservative offensives in the sense of preventing women from assuming full rights over their bodies.

Keywords: Gender. Patriarchy. Women's Health. Reproductive Rights.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABEPSS - Associação Brasileira de Estudos e Pesquisas em Serviço Social

CEDAW- Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres

CIPD - Chartered Institute of Personnel and Development

DIU- Dispositivo Intrauterino

ICV – Instituto Cândida Vargas

IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBTQIAP+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais/Transgêneros/Travestis, Queer, Intersexual, Assexual, Pansexual e +

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNE - Política Nacional de Estágio

RIMUSH – Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC- Trabalho de Conclusão de Curso

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UBS - Unidade Básica de Saúde.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<b>06</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....</b>	<b>07</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>09</b>
<b>CAPÍTULO 1 .....</b>	<b>13</b>
1- PATRIARCADO E O PROCESSO DE SOCIABILIDADE DOS INDIVÍDUOS NA CONSTRUÇÃO DAS RELAÇÕES DE GÊNERO .....	13
1.1 O Patriarcado e Suas Implicações no Cotidiano da Vida das Mulheres .....	16
1.2 A Luta das Mulheres e a Participação do Movimento Feminista Brasileiro .....	22
<b>CAPÍTULO 2 .....</b>	<b>28</b>
2 A (IN) LEGITIMIDADE DO DIREITO DA MULHER SOBRE O PRÓPRIO CORPO ..	28
2.1 Saúde Da Mulher Para Além Dos Direitos Reprodutivos .....	33
<b>CAPÍTULO 3 .....</b>	<b>36</b>
3 SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER .....	36
3.1 O Planejamento Familiar: o acesso das mulheres às estratégias de contracepção .....	38
3.2 Esterilização Cirúrgica: a igualdade na busca pelo acesso à contracepção definitiva .....	42
<b>CONSIDERAÇÃO FINAIS .....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>59</b>

## INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) teve por finalidade analisar a influência do patriarcado nas relações de gênero e no debate decisório sobre a atenção à saúde reprodutiva da mulher. O interesse em priorizar esse debate surgiu ainda durante o estágio supervisionado I realizado de forma presencial em uma instituição pública de saúde, na maternidade do Instituto Cândida Vargas.

O desenvolvimento do estágio II teve o seu início interrompido por coincidir com período de pandemia e só foi retomado após dois semestres de sua suspensão, pois de acordo com a Política Nacional de Estágio (PNE) junto a ABEPSS - Associação Brasileira de Estudos e Pesquisas em Serviço Social determinam que o estágio curricular é obrigatoriamente presencial. Mas em atendimento às recomendações da OMS - Organização Mundial de Saúde sobre o cumprimento do isolamento social, a universidade e o curso de Serviço Social deliberaram sobre a suspensão do estágio. Como a pandemia se estendia foi necessário adotar novas estratégias a partir da oferta de atividades remotas de extensão e inserir os (as) discentes que estavam em estágio para possibilitar a conclusão de todo o processo, diante das inseguranças sobre a Covid-19<sup>1</sup> e as incertezas quanto à chegada da vacina.

O próprio contexto da pandemia trouxe uma sobrecarga de atividades para as mulheres nos espaços domésticos quando comparadas aos homens, o que instigou ainda mais as indagações sobre as desigualdades de gênero, aumento do convívio em casa gerou entre algumas famílias o surgimento de gravidez não planejadas. Novamente, incitaram as questões no que diz respeito à autonomia da mulher para decidir sobre a sua saúde reprodutiva, direitos de igualdade e liberdade, e contestar a centralidade da responsabilidade sobre o planejamento familiar na figura feminina.

As nossas hipóteses iniciais de estudo apostavam que a mulher ao acessar programas e serviços voltados para a saúde reprodutiva, acabava esbarrando na restrição de alguns direitos e na fragilização da autonomia feminina, perpassa também pela forte tendência à

---

<sup>1</sup> COVID-19- É uma doença infecciosa causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 e tem como principais sintomas febre, cansaço e tosse seca. ([Folha informativa sobre COVID-19 - OPAS/OMS - PAHO](#))

culpabilização da mulher quando observadas possíveis falhas relacionadas à contracepção e a responsabilização unilateral na escolha dos métodos contraceptivos.

As nossas principais categorias de estudo versaram sobre gênero, patriarcado, saúde da mulher e direitos reprodutivos e buscou-se avaliar as principais implicações da ofensiva neoconservadora ao tentar impedir que mulheres assumam o pleno direito sobre os seus corpos.

Neste sentido, o nosso objetivo principal foi apreender os principais fatores que afetam o exercício do pleno direito das mulheres para tomar decisão sobre o próprio corpo e pensar sobre estratégias de contracepção sempre que não há o desejo da procriação. Ainda, discorrer sobre a política pública de atenção à saúde reprodutiva das mulheres, em especial, refletir acerca da questão da centralidade histórica do planejamento familiar na responsabilização da figura feminina.

Também entender o domínio que o patriarcado ainda exerce sobre as relações de gênero e na manutenção das desigualdades que se acentuam conforme a condição social de classe, raça/ etnia e orientação sexual afetando o pleno exercício das mulheres sobre os seus direitos reprodutivos.

Metodologicamente, realizamos um levantamento bibliográfico, leituras sistematizadas de artigos, livros e autores que discutem as categorias do nosso estudo. Entre eles(as): Calado, Cerqueira, Cisne, Saffioti, Matos, Vasquez, etc. Também desenvolvemos a pesquisa documental a partir da busca e análises de decretos e leis. Além da observação individual e da análise em torno do real, da própria condição de gênero feminino que moveu o debate entre discente e orientadora.

Discutir a presente temática sobre gênero e patriarcado nos remeteu à compreensão acerca das relações de poder e apreensão mesmo que de forma breve sobre a trajetória do movimento feminista. A busca por desvelar as contradições e a totalidade que perpassam esses fenômenos de forma crítica, impôs a utilização da matriz teórico-metodológica pautada no método histórico-dialético. De modo a contribuir com outros subsídios para o debate em torno das relações de gênero e da garantia da igualdade e promoção de políticas públicas para mulheres, em especial, no tocante à garantia da atenção à saúde reprodutiva e a participação da categoria profissional na viabilização do acesso do seu público usuário. E, tendo em vista a influência do conservadorismo na cultura profissional, mesmo estando a formação hoje atenta

à garantia da pluralidade, porém com a defesa hegemônica da teoria social crítica no processo de ensino, pesquisa e extensão durante a formação presencial em Serviço Social.

Ao nos deparamos com a dinâmica social brasileira ainda enraizada pela herança patriarcal, machista, sexista e restrita e ao observarmos que no âmbito da gestão das políticas de saúde e de assistência à saúde da mulher, ainda há a predominância da figura masculina no centro das decisões políticas, que resiste em não reconhecer a forte desigualdade de gênero nas relações sociais e de produção engendradas no sistema capitalista e a priorizar os interesses masculinos, inclusive no sentido de fortalecer a opressão sobre as mulheres. É notório que no campo das disputas políticas imperam as relações hierárquicas que ainda delegam aos homens uma posição privilegiada em relação às mulheres.

Portanto urge fortalecer a luta feminista no sentido de romper com os ataques conservadores que não reconhecem às desigualdades nas relações de gênero e que cerceiam de forma recorrente os direitos das mulheres, principalmente em tempos de crise do capital. Neste sentido, escolher o debate sobre a temática a ser tratada neste TCC nos permite colaborar com o fortalecimento da luta das mulheres pela igualdade e liberdade.

Estruturalmente o presente TCC está organizado em (03) três capítulos, a seguir.

No **primeiro** capítulo o debate versa sobre o patriarcado e o processo de sociabilidade dos indivíduos nas relações de gênero e na reprodução da desigualdade entre homem e mulher, do racismo, do machismo, da misóginia. Também resgatando conceitos básicos como gênero, patriarcado e revisitando – de forma sucinta, a luta histórica dos movimentos feminista e de mulheres.

O **segundo** capítulo compreende uma breve discussão sobre o processo de (IN) legitimidade do direito da mulher sobre o próprio corpo e a dominação masculina também na vida reprodutiva das mulheres.

No **terceiro** capítulo ganha ênfase a discussão sobre a política nacional de planejamento Familiar e as principais formas de acesso das mulheres às estratégias de contracepção e a garantia à esterilização cirúrgica, caso seja prioridade e escolha própria. E a análise sobre a responsabilização do homem na escolha pela contracepção e a sua participação quanto ao uso de métodos contraceptivos.

Por fim, seguem as considerações finais que não se esgota com o fechamento deste trabalho uma vez que os resultados a serem apresentados poderão reafirmar as nossas hipóteses ao identificar a predominância das relações patriarcais ainda presentes nas atuais configurações familiares, conjugais e sociais.

Este trabalho se encerra com a exposição das referências bibliográficas consultadas para leitura e que permitiram o nosso aprofundamento teórico, também indicar as fontes que estarão apresentadas sob a forma de citações ao longo deste TCC.

## CAPÍTULO 1

### **1 PATRIARCADO E O PROCESSO DE SOCIABILIDADE DOS INDIVÍDUOS NA CONSTRUÇÃO DAS RELAÇÕES DE GÊNERO**

Neste capítulo versaremos sobre o debate acerca das relações desiguais entre mulheres e homens na sociedade burguesa moderna e contemporânea, sob a histórica influência do patriarcado no processo de sociabilidade que engendra as relações de gênero. Também resgataremos conceitos de gênero e patriarcado e elucidaremos brevemente o movimento feminista no Brasil e suas contribuições na luta pela igualdade de direitos das mulheres.

É importante destacar que a discussão em torno da condição social da mulher, sobretudo a partir do advento da propriedade privada e da incorporação das configurações de família patriarcal, nos exige, inicialmente, o breve entendimento sobre gênero e uma reflexão histórico-crítica sobre a imposição de papéis sociais estabelecidos para mulheres e homens desde antes o nascimento desses indivíduos e que se evidencia no cotidiano da reprodução social e na construção da educação, das relações familiares, das relações de poder no espaço público e na política, etc.

Nas relações familiares, por exemplo, Correa (1993, p. 16) destaca o retrato da família brasileira idealizado pelo patriarcalismo e influenciado pela Igreja, observamos que através dos tempos, tem servido como modelo dominante, e nos leva a ignorar a existência de outros tipos de famílias que também fizeram história. Demonstra um modelo que serve para entender a organização familiar da sociedade brasileira burguesa e suas implicações no desenvolvimento das relações de gênero ao delimitar o papel feminino e o masculino por décadas em nossa sociedade.

Com o crescimento da industrialização e da urbanização no Brasil, “Aos poucos, a mulher sai da domesticidade e integra-se finalmente na sociedade.” (Cerdeira, 2004, p.7). À medida que a mulher passa a ser mais designada pelo mercado, e a absorver novos ensinamentos para além dos ditames cristãos, desperta a necessidade de organização dando espaços para o desenvolvimento do movimento feminista e de mulheres e para o debate sobre a condição de gênero.

Reconhecemos que a Igreja Católica foi uma influência clássica do conservadorismo e alimentava a ideologia patriarcal, inclusive, colocou-se contra aquelas mulheres que iniciaram a luta a favor de mudanças e as chamava de “terríveis pecadoras” (Cerqueira, 2004, p. 7). “(...) não se conformava em ver a mulher servil, embora medíocre, sendo lentamente substituída por outro tipo de mulher.

Historicamente a conformação de as mulheres serem vistas como seres inferiores em relação à figura masculina esteve fortemente defendida pelo discurso religioso, pois as Igrejas insistem em nos manter no lugar de procriação, submissão e nos afazeres domésticos e que o papel do homem e da mulher deve ser definido pelos aspectos biológicos.

Nesse impasse, determinou-se que homens são biologicamente àqueles que nascem com pênis e equivocadamente representam socialmente a força física, a rigidez, logo devem dominar as relações através do poder masculino. E que mulheres possuem vagina e útero, e correspondem socialmente a pessoas que carregam uma suposta fragilidade simbolizada pela sensibilidade, fraqueza, pela obediência e subordinação. Todavia, apoiamo-nos na reprodução do conceito de gênero.

Por gênero compreende-se a determinação de padrões histórico, sociais e culturais impostos aos homens e mulheres e, portanto, não se restringe à compreensão biológica e a imposição de papéis do ser masculino e feminino a partir das genitálias dos corpos dos indivíduos. o gênero não é tão - somente social, dele participando também o corpo, quer como mão de obra, quer como objeto sexual, quer, ainda, como reprodutor de seres humanos, cujo destino, se fossem homens, seria participar ativamente da produção, e, quando mulheres, entrar com três funções na engrenagem descrita (Saffioti, 2004, p. 125).

Também enfrentamos um processo de reprodução social de classe transversalizada pelo gênero e pela raça/ etnia uma histórica dominação masculina sobre o gênero feminino, que se intensifica de acordo com a classe e ocupação social, pela raça e pela orientação sexual (sobretudo quando representada pela representação do feminino).

Obviamente, os homens gostam de ideologias machistas, sem sequer ter noção do que seja uma ideologia. Mas eles não estão sozinhos. Entre as mulheres, socializadas todas na ordem patriarcal de gênero, que atribui qualidades positivas aos homens e negativas, embora nem sempre, às mulheres, é pequena a proporção destas que não portam ideologias dominantes de gênero, ou seja, poucas mulheres questionam sua inferioridade social. Desta sorte, também há um número incalculável de mulheres machistas. E o sexismo não é somente uma ideologia, reflete, também, uma estrutura de poder, cuja distribuição é muito desigual, em detrimento das mulheres. (SAFIOTTI, 2011, p.34-35).

Desse modo, a desvalorização da figura feminina e a determinação de uma condição de submissão que tem sido imposta, por vezes de forma violenta e que privilegia os interesses (neo)conservadores, pautados nas relações capitalistas patriarcais capitalistas, imperam entre nós a propagação de uma cultura machista, misógina, classista, racista e desigual.

O imaginário tradicional de a mulher ser uma pessoa frágil que requer proteção masculina vem de uma construção social baseada no sistema patriarcal. O patriarcado não é recente, pois resulta de um longo processo de transformação da sociedade, que colocou o homem em uma posição social dominante e privilegiada em relação ao poder político, social e econômico perante às mulheres.

Nesse caso, o argumento de que as mulheres sempre foram e são de natureza mais frágil, recatada ou mesmo inferior ao homem possui uma natureza ideológica construída e reproduzida socialmente, ela se expressa pelos diversos complexos sociais, tais como a cultura, a religião, o trabalho e a escola, entre outros. Trata-se, portanto, de uma construção histórica, que tem perpassado gerações como uma manifestação das determinações do gênero masculino, típicas das sociedades patriarcais, tal qual é a nossa. (ALVES; BARROS, 2014, p. 25)

O conceito de patriarcado instituído historicamente no processo de sociabilidade das relações de gênero e reproduzida tradicionalmente nas relações familiares contribuem para legitimar centralidade do poder na figura masculina e enfraquecer a luta das mulheres. É um conceito perpetrado nas relações capitalistas de produção, mas que discordamos enquanto perspectiva teórica e analítica.

## 1.1 O Patriarcado e Suas Implicações no Cotidiano da Vida das Mulheres

O sistema patriarcal é baseado em uma cultura de supremacia dos homens e que promove a sua hierarquização social, onde o homem branco, cisgênero e heterossexual é o mais privilegiado. Na sociedade patriarcal, prevalecem as relações de poder e domínio dos homens sobre todos os demais indivíduos que não se encaixam no padrão considerado normal. E conseqüentemente excluindo aqueles que não se encaixam nos seus padrões como as mulheres, os LGBTQIAP+ e os negros.

CALADO (2021) em suas análises a partir dos estudos de Saffioti, ressalta que na perspectiva clássica dessa autora, ao fenômeno patriarcal, tanto a propriedade privada quanto a concomitante forma familiar patriarcal não fazem parte da essência da humanidade e estabelecem uma relação intrínseca as formas de produção específicas. E complementa o seu próprio pensamento ao elucidar que Saffioti considera que o patriarcado se configurou uma perspectiva responsável pelos muros ideológicos que se erguem historicamente contra as mulheres, sobretudo, ao instituir a base material responsável pela exclusão das mulheres dos chamados espaços de cidadania. (Calado, 2021).

O patriarcado contratual moderno tanto nega quanto pressupõe a liberdade das mulheres, e não funciona sem esse pressuposto. A recuperação da história do contrato sexual permite o acesso a essa percepção extremamente importante. [...] O debate político tem que abandonar as histórias das origens e dos contratos originais [...]. Voltar-se para um ato primitivo é obscurecer a distinção entre a liberdade e a sujeição. Há outras formas de acordo livres pelas quais as mulheres e os homens podem instituir relações políticas [...] A fim de que o domínio dos homens seja substituído pela autonomia mútua das mulheres e dos homens, a liberdade individual tem de ser limitada pela estrutura das relações sociais, às quais a liberdade é inerente (Saffioti, 2013, p. 339-340 op. cit. CALADO, 2021, p. 94).

A partir das afirmativas de VAZQUEZ (2018), a palavra patriarcado vem da combinação das palavras gregas *pater*, que significa pai, e *arkhe*, que significa origem ou comando. A palavra "patriarcado" se traduz como "comando do pai" que com as transformações sociais transfere a autoridade de decisões para homem em todos aspectos, social, familiar, político e econômico.

Ao analisar a origem semântica da palavra, Delphy destaca que patriarcado advém "[...] da combinação das palavras gregas pater (pai) e arkher (origem e comando). Portanto, patriarcado é literalmente a ‘autoridade do pai’” (DELPHY, 2009, p. 175). A autora salienta, entretanto, que o radical pater não faz referência ao conceito contemporâneo de pai, não estabelecendo, necessariamente, um vínculo biológico. Dessa maneira, patriarcado se refere à autoridade masculina, tenha ela vínculos biológicos ou não. (VAZQUEZ, 2018, p.138.)

Nas relações sociais estabelecidas pela sociedade patriarcal, os homens desfrutam de vários privilégios e poder econômico, político e social conforme já sinalizamos. Poder esse que é exercido de forma opressora, desqualificando e dominando os demais grupos.

O feminismo atual relata que a experiência masculina é privilegiada historicamente, enquanto a feminina é desvalorizada; assim como os detentores do poder seguem sendo os homens, com a naturalidade de domínio sob as mulheres, inclusive, sob seus corpos. A primeira problemática é o patriarcado, sistema de dominação masculina. O patriarcado é aqui entendido como um sistema de opressão e exploração sobre as mulheres; mas também diz respeito a uma forma de poder político. O sistema patriarcal se alimenta de do domínio masculino no ambiente privado e na organização das instituições políticas – a partir de um modelo de dominação. (DELAJUSTINE, 2018, p. 2)

A dominação das mulheres pelo patriarcado nos acompanha ainda na atualidade, uma vez que a ideologia patriarcal foi cristalizada em instituições sociais, como a igreja, a família, o Estado que assumem forte poder e controle social. A Igreja faz parte De um dos principais alicerces da sociedade e traz em seu discurso determinantes de comportamento social que impõe a submissão para as mulheres e a obediência ao homem. A religião coloca a mulher como o segundo sexo, sem autonomia e liberdade, conforme já o fazia historicamente.

Segundo Gebara (1992), a igreja católica visualiza o patriarcado como uma revelação de Deus demonstrando um equívoco ou mesmo uma imposição de costumes e valores que menosprezam a condição de direitos da mulher na sociedade e busca silenciá-la, inclusive em situações que configuraram violência doméstica contra a mulher nas relações familiares e conjugais. Durante décadas, a Igreja mantém a sua fundação em uma estrutura androcêntrica e reproduz valores conservadores e que legitimam as relações de desigualdade entre os gêneros.

Na tradição bíblica e religiosa propagada pelos homens, a figura de Deus tem características masculinas. Para os cristãos, o homem foi criado por Deus a sua imagem e semelhança, sendo considerado como o primeiro sexo.

Deus (homem) criou o mundo sozinho em sete dias e depois, ao olhar sua criação, sentiu falta de algo especial; sendo assim, criou o homem à sua imagem e semelhança, e lhe deu tudo aquilo que havia criado: natureza, fauna, água e os animais, todos alocado no paraíso, esse denominado Jardim do Éden. (DE MORAES SILVA, 2010, p. 3)

A dominação exercida pelo patriarcado sobre as mulheres através dos dogmas da igreja assume o discurso de submissão da mulher ao homem, anulando suas vontades e decisões sobre o próprio corpo e sua sexualidade. Seguindo a lógica patriarcal e o controle exercido pela religião, as relações sexuais devem apenas atender às necessidades de procriação, ou seja, para gerar uma família. E no processo de formação religiosa que tende a influenciar os indivíduos, em sua maior parte embasados pelo cristianismo ou o protestantismo é comum a transmissão de valores morais e ditames comportamentais nas relações familiares e sociais apoiadas no pensamento bíblico tradicional que reforça essa condição de submissão da mulher.

É comum nos templos religiosos, a oratória de representantes masculinos que em seus sermões retratam principalmente os versículos bíblicos que contém textos que reforçam a mulher como sendo frágil e que deve obediência ao seu marido e ainda com um viés tendencioso e equivocado de naturalização da violência contra a mulher. Desse modo, a mulher religiosa contemporânea ainda tem a sua autonomia ceifada pelos padrões sociais.

Nas relações familiares, sobretudo em lares que se afirmam conservadores e cujo convívio é limitado aos preceitos religiosos, é comum a defesa na família da subserviência da mulher e a reprodução de valores, costumes e comportamentos que desqualificam a mulher na sociedade e que priorizam o feminino nas relações domésticas reafirmando uma condição de submissão e a naturalização do poder masculino ao enaltecer o mando do homem sobre as mulheres da casa.

Nesta lógica nos deparamos com mulheres que são silenciadas em suas casas, que são exploradas nos afazeres domésticos e recai para elas, a responsabilidade da procriação/ ou contracepção, e sobretudo, da maternidade. Empiricamente, inúmeras mulheres ainda são

obrigadas a abandonarem os espaços públicos, a escola, a universidade, o trabalho, a vida social para cuidarem sozinhas de seus filhos. E quando contamos com uma rede de apoio, comumente essa rede é constituída apenas por mulheres (a mãe, a avó, a irmã, a sobrinha, a amiga, a cuidadora, a empregada, a vizinha).

Essa mesma direção ideológica e cultural de subordinação e silenciamento das mulheres encontramos em outras instituições sociais, além das Igrejas e da família, mas também na escola e em instituições representadas pelo Estado ou de filantropia. Embora o Estado se intitula laico, empiricamente, tem se revelado como uma instituição ‘masculina’, machista, conservadora que reproduz e impõe a defesa da religião nos espaços de trabalho, a desigualdade de gênero, cor e classe. Inclusive é comum em instituições públicas nos depararmos com símbolos e práticas religiosas impregnadas pelo cristianismo ou protestantismo nas relações de trabalho e práticas de trabalho que desvalidam o empoderamento feminino, de negros e negras, e de LBGQTQIAP+.

Isto é, deparamo-nos cotidianamente nos espaços públicos com práticas de gestores e/ou dirigentes, parlamentares políticos e mesmo trabalhadores que impõem seus discursos religiosos, de opressão e repressão, discriminação e desrespeito à igualdade de gênero e sexualidade, de assédio e de poder. Insistem em naturalizar as desigualdades e banalizar ou descriminalizar e discriminar a luta por liberdade e pela defesa da democracia.

A historiografia brasileira sobre a condição feminina na sociedade nos revela uma condição desigual de luta travada pelas mulheres na busca pelo reconhecimento de direitos de igualdade e para que possamos ocupar espaços que antes não nos era permitido ou que por décadas estiveram restritos a figura masculina.

Enfrentamos árduas disputas por direitos civis, trabalhistas e outras lutas que se estendem ao nosso cotidiano. Entre elas, o direito de inserção da mulher no mercado de trabalho, nas universidades, na política e em tantos outros espaços de modo a exercer a sua cidadania e não se limitar apenas à reprodução das atividades domésticas.

Inclusive, segundo MELO (2013):

[...] O dia 8 de março é um marco na luta pelos direitos das mulheres ao redor do mundo. Se fosse possível retroceder no tempo e contar para um cidadão do começo do século XX que as mulheres, hoje, votam, têm média de escolaridade maior que a dos homens, governa países e estão inseridas amplamente no mercado de trabalho, talvez o sujeito não acreditasse no relato. (MELO, 2013, p. 4)

No Brasil, parcelas das conquistas femininas devem-se ao processo de luta liderado pelos movimentos feministas e de mulheres que também foram ganhando espaços na mídia e o reconhecimento da sociedade e adesão de mais mulheres. A luta pela igualdade de gênero foi um dos ganhos assegurada com a promulgação da Constituição Federal Brasileira (1988). Todavia, as mulheres ainda vivem a sombra de velhos “hábitos e tradições” herdadas através dessa sociedade machista e que são reproduzidos e normalizados por instituições sociais e alguns segmentos.

Além do poder da religião e do seu peso ideológico para manter a desigualdade, o controle sobre a mulher e o seu próprio corpo, na sociedade contemporânea ainda contamos com a mídia, a cultura, a escola e a própria família, entre outros. Tais complexos sociais também reforçam em seus espaços de atuação a determinação de papéis de gênero, estabelecendo o que compete ao masculino e ao feminino. [...] (ALVES; BARROS, 2014, p. 30)

Por décadas, as mulheres buscam autonomia e a conquista de novos espaços e derrubar o patriarcado cristalizado na sociedade, visto que se trata de um sistema instaurado com o advento do capitalismo e com o surgimento do modelo de família tradicional<sup>2</sup> e monogâmica<sup>3</sup>.

O modelo de família tradicional e monogâmica difere das primeiras formas de sociedade que viviam em um sistema comunitário, onde todos os membros executavam os mesmos trabalhos para garantir a sobrevivência do grupo e, na época, não era despertado entre os membros, a diferença de gênero.

---

<sup>2</sup> Família Tradicional – É um modelo de família que diz que a família é composta por um pai, uma mãe e os filhos. O pai tem a maior hierarquia na família, a mãe e os filhos são submissos ao pai. (Dicionário informal, 2018)

<sup>3</sup> Família Monogâmica - “[A família monogâmica] foi a primeira forma de família que não se baseava em condições naturais, mas econômicas, e concretamente no triunfo da propriedade privada sobre a propriedade comum primitiva, originada espontaneamente. (ENGELS, 1984, P. 70)”

Há evidências etnográficas que várias sociedades tinham uma forma de organização onde as relações entre os sexos se davam de forma igualitária. Já havia, em algumas, a divisão sexual do trabalho, porém, não se tinha a concepção de superioridade do masculino sobre o feminino que se tem no atual modo de produção. (COSTA, 2020, p.14)

No atual cenário social da mulher reflete os problemas estruturais históricos que se misturam com os novas expressões e desafios que esse século nos traz e que tem impossibilitado a igualdade social em sua plenitude. Mesmo com a pulverização do debate sobre igualdade de gênero, a luta dos movimentos feministas no combate ao machismo é árdua e diária.

Romper com todos os resquícios imperantes da dominação patriarcal não é tarefa fácil, sobretudo, quando não há apoio do Estado, das instituições sociais e da população em geral. A nossa realidade empírica nos revela histórias dolorosas de mulheres ao lutar contra a submissão e contra o fenômeno da violência que vivenciam cotidianamente. Lamentavelmente nem todas conseguem se livrar dessas amarras e para algumas o destino tem resultado no feminicídio que cresce no Brasil, sobretudo com a pandemia que tem obrigado mulheres a permanecerem sob o mesmo teto de seus agressores.

A morte de mulheres por sua condição de gênero constitui um problema de ordem global (ONU MULHERES, 2016). De acordo com Mereles (2018) entre as 25 nações com altas taxas de morte de mulheres por pertencer ao sexo feminino, 14 são da América Latina. Dados da ONU/BRASIL (2018) revelam que “Ao menos 2.795 mulheres foram assassinadas em 2017 por razões de gênero em 23 países da América Latina e do Caribe”. O Brasil é o que apresenta a maior taxa de crimes dessa natureza, somando em 2017 um montante de 1.133 vítimas. O feminicídio tornou-se em pouco tempo, um dos maiores problemas no tocante aos casos de saúde pública do Brasil, sobretudo, porque o lar é o território das ações violentas, devido à complexidade e a trama que envolve as famílias, estendendo aos membros que convivem com a vítima e presenciam os atos bárbaros. Os atos de violência que iniciam no contexto do lar, transformam-se em um ciclo de sofrimento por parte de vítimas e familiares, e podem culminar no estágio máximo, o feminicídio ou femicídio. [...] (SOARES; CHARLES; CERQUEIRA, 2019, p. 10)

Essa desigualdade ainda latente e diante de indivíduos que buscam legitimar um discurso que naturaliza a subordinação da mulher e reafirma que a sua função social está restrita à procriação precisa ser transformada na sua totalidade.

Nessa direção a luta do movimento feminista e de mulheres não se esgota, ao contrário, busca se fortalecer através do chamamento e da inserção de novas mulheres para somar em suas mais diversas formas de organização e na luta pelo reconhecimento da capacidade feminina, da sua autonomia e liberdade, de que a mulher acumula diversos papéis na sociedade burguesa e segue sobrecarregada e requer a valorização da sua utilidade política, social e econômica exercida nos diferentes espaços.

A conquista de direitos humanos das mulheres foi marcada por diversas e constantes lutas reconhecidas por movimentos sociais e pelo feminismo ao longo da história, em prol de dignidade e cidadania plena para as mulheres. No processo de ampliação de direitos e da democracia, as mulheres não foram favorecidas da mesma maneira que os homens, tendo em vista os interesses políticos, sociais e econômicos predominantemente masculinos. (DELAJUSTINE, 2018, p. 1)

Inclusive é fundamental destacar alguns ganhos históricos advindos desse processo de luta e de participação do movimento feministas e da organização das mulheres no Brasil que resgataremos e apresentaremos a seguir.

## **1.2 A Luta das Mulheres e a Participação do Movimento Feminista Brasileiro**

A história da mulher na sociedade patriarcal como já foi abordada, independentemente de sua realidade social, é de sempre ser colocada sobre um controle e uma posição de inferioridade em relação ao homem.

Ser mulher em tempos de crise do capital somada a crise política que atinge a sociedade contemporânea nos aponta desafios diários e nos exige superar dificuldades, que muitas vezes não são compreendidas e são estereotipadas pelo discurso machista como sendo “frescura” “mimimi”.

No Brasil, apesar das mulheres serem a maioria do contingente populacional, pois segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2019), as mulheres são 51,8% da população brasileira, mas elas ainda encontram um cenário de desigualdade nos espaços sociais que participam.

Comumente, as mulheres têm assumido jornadas triplas, se dividem entre o trabalho fora do espaço doméstico do lar (durante dois turnos) e voltar para casa assumem a terceira jornada ao concentrarem na figura feminina os principais afazeres domésticos e o cuidado com a família. Essa realidade de desigualdade em direitos e deveres entre mulheres e homens é recorrente, o Brasil ainda é um país que não alcançou uma igualdade plena de direitos dos indivíduos, principalmente quando analisadas as desigualdades de gênero e a violência herdadas de uma estrutura do poder patriarcal.

Embora não atingimos ainda uma realidade de igualdades desejada, não podemos negar algumas conquistas alcançadas ao longo do tempo no campo dos direitos das mulheres e que resultam da mobilização e lutas feministas no cenário mundial e no Brasil. O movimento feminista teve origem internacional e se desenvolveu nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos apresentando características bem singulares ou regionais, acompanhando o processo histórico de cada país.

Nos Estados Unidos, a origem dos estudos feministas, juntamente com a dos estudos raciais encontram-se nos movimentos de protesto ocorridos nas universidades americanas ao longo da década de sessenta. Este movimento inspira o questionamento da visão e prática despolitizada do establishment profissional e acadêmico das ciências sociais. As feministas estarão à frente da crítica à organização científica e profissional dominante, suas divisões disciplinares, seus critérios de autoridade científica (HEILBORN E SORH, 1999, p.2).

Entre algumas conquistas sociais femininas históricas, a partir da revisão de literatura, apreendemos que tivemos o direito ao acesso à escola primária para as meninas através da Lei de 15 de outubro de 1827 e o direito a ingressar na universidade só no ano de 1879.

Art. 11º Haverá escolas de meninas nas cidades e vilas mais populosas, em que os Presidentes em Conselho, julgarem necessário este estabelecimento. (BRASIL, Lei aprovada em 15 de outubro de 1827).

O movimento feminista brasileiro apesar de ter tido pouco visibilidade em sua fase inicial e ter optado uma postura mais passiva, o que ia de contrário ao contexto mundial do movimento feminista norte americano e europeu. Mas mesmo assim as mulheres organizadas e o movimento feminista brasileiro contribuíram de maneira significativa na mudança social no País e na busca da reversão das desigualdades de gênero.

Segundo Almeida (2000, p.6): “as feministas inglesas e norte-americanas promoveram verdadeiras batalhas urbanas pela conquista do voto. O mesmo não ocorreu, por exemplo, com as portuguesas e brasileiras que adotariam um discurso emancipatório ameno [...]”.

No Brasil, ao contrário do movimento feminista americano e europeu não se teve aqui uma inspiração radical, mas posicionamentos moderados e adquirindo – de fato – uma maior visibilidade, em 1975, quando também ativistas se inserem nas universidades.

O movimento feminista brasileiro também veio despertar o debate acerca dos direitos de igualdade, direitos reprodutivos e sobre o direito da mulher sobre o próprio corpo, no sentido de encorajar mulheres a buscarem sua liberdade sexual e política, representatividade social, independência econômica, e romper com toda situação de opressão, violência ou silenciamento. É necessário assegurar o acesso das mulheres à educação, ao mercado de trabalho com condições dignas e salário e cargos de forma equânime e a divisão sexual igualitária quanto às responsabilidades domésticas e sociais.

[...] o movimento feminista encorajou as mulheres a denunciar a sujeição em que eram mantidas e que se manifestava em todas as esferas da vida: familiar, social, jurídica, política, econômica, educacional etc. (BORIS, CESÍDO, 2007, p. 459)

Embora a participação das mulheres e a luta liderada pelos movimentos feministas não tenham recebido o destaque merecido na história da sociedade, muitos nomes podem ser citados quando reconhecidas algumas protagonistas na luta contra a desigualdade de gênero.

A exemplo de Nísia Floresta (1810-1876), que foi a primeira mulher a defender publicamente a emancipação feminina e na luta pela educação das meninas, fundou uma escola inovadora na cidade do Rio de Janeiro. Uma militante pelos direitos femininos que compreendia que gênero a diferença de entre gêneros e a suposta superioridade masculina, era uma construção social.

[...] Nísia Floresta já considerava a ideia de superioridade masculina possuía um vínculo com a educação e as conjunturas da vida. Compreendia também que as diferenças entre sexos são construções sociais e que não justifica a desigualdade. Para as feministas brasileiras, tanto quanto para as europeias e norte americanas, a educação era forma de conscientizar as mulheres da subjugação masculina. [...]. (GARCIA, 2015, p. 4)

Mulheres artistas como Chiquinha Gonzaga, que embora pertencia a uma família tradicional e militar, lutou contra a escravidão no país, participando de eventos abolicionistas e usou sua música para defender a causa. As mulheres também estiveram na luta inseridas nos espaços da imprensa alternativa na metade do século XIX, e através dela conseguiram contribuir para a mobilização e informação de outras mulheres. Garcia (2015) assinala que, mesmo que os jornais feministas datem na metade do século XIX a primeira metade do século XX, eles tinham uma característica impar dos demais. Os jornais feministas brasileiros eram editados e em sua maioria de propriedade das próprias mulheres e já demonstravam compromisso no processo de politização das mulheres através das publicações de informativos e manifestos. No Brasil, destacaram-se figuras femininas no lançamento e edição de jornais feministas, como “O Jornal das Senhoras” (1852), “O Bello Sexo” (1862), “O Sexo Feminino” (1873), entre outros.

O movimento feminista foi atravessando e acompanhando as mudanças sociopolíticas mundiais e nacionais e coloca vez e outra o papel da mulher na sociedade em xeque. O feminismo brasileiro ao passar a ser influenciado pelo ideário norte-americano, incorpora mulheres elitizadas e universitárias que contribuem também para a dinamicidade da luta pelo reconhecimento da igualdade entre gêneros. A luta estabelecida pelos movimentos feministas e de mulheres é permanente pois mesmo conseguindo tantos direitos ainda vivemos em uma sociedade arraigada em um sistema social patriarcal e racista, onde a cada dia novas expressões das questões sociais que perpassam o gênero são reconfiguradas e despertam novos desafios.

No decorrer dos anos 1970, o contexto mundial das lutas sociais e dos movimentos feministas também no Brasil passaram a ganhar forças na luta contra a desigualdade, discriminação e violências sofridas pelas mulheres no País. O sulfragismo foi registrado como a primeira organização das mulheres em busca de direitos. A luta pelo voto teve como representante Bertha Lutz, fundadora da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, em 1922.

O direito ao voto foi conquistado no ano de 1932 com o primeiro Código Eleitoral brasileiro. E somente em 1934, com o desenvolvimento da industrialização do país e a elaboração da Constituição Federal brasileira de 1934, que as mulheres passaram – de fato – a ter os seus primeiros direitos trabalhistas assegurados.

Muitos são os fatores que contribuíram para o aparecimento do feminismo brasileiro na década de 1970. Em 1975 a ONU – Organização das Nações Unidas – declarou o Ano Internacional da Mulher que veio sendo trazido pelo cenário norte-americano e europeu. O feminismo brasileiro começa a dar as caras durante o período da ditadura, no qual vozes foram silenciadas e o movimento surge como símbolo de resistência. O reconhecimento da ONU abre espaço para movimentos sociais feministas. (DELAJUSTINE, 2018, p. 7)

Com a promulgação da Constituição Cidadã brasileira em 1988, os direitos individuais, políticos, sociais e civis das mulheres foram amparados juridicamente. Destacando-se a igualdade formal entre homens e mulheres, a proibição da discriminação das mulheres no mercado de trabalho e o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos. Grosso modo, os direitos políticos e trabalhista quando incorporados no século XX também reconhecem a participação das mulheres no mundo do trabalho, embora enfrentamos ainda desigualdades salariais e de ocupação de cargos.

Ao acompanhar a mobilização social e o desenvolvimento das diversas formas organizativas das mulheres, destacamos que no campo legislativo, algumas leis sociais voltadas para a proteção das mulheres foram aprovadas, como a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) que representa um dos maiores progressos na luta feminina contra a violência doméstica.

No campo da atenção à saúde da mulher mais avanços foram demarcados, embora ainda seja um espaço mais árduo uma vez que culturalmente e mediante a influência do patriarcado, o corpo da mulher ainda tende a ser propagado como uma propriedade do homem. E seguimos nos equilibrando entre conquistas e retrocessos

Começa assim um novo pensar sobre o sexo feminino, abrindo caminho tão pouco antes refletido. Toma assim um novo rumo para tais questões, assegurando assim direitos que outrora não se tinha. Na saúde a mulher fica assegurada pela lei, em duas situações: a lei penal que permite o aborto: para salvar a vida da mulher (art. 128, I); e quando a gravidez é resultante de violência sexual (art. 128, II). Em relação a violência física foram criadas duas novas leis: Lei Federal 10.778, de 15/4/2003, estabelece a notificação compulsória dos casos de violência atendidas em serviços públicos ou privados de saúde, e a aprovação da Lei Maria da Penha, Lei Federal 11.340, de 7/8/2006, que criou estruturas para coibir a agressão doméstica e familiar contra a mulher. Surgem assim mais segurança e reconhecimento da gravidade do problema. [...] (MARTINI; SOUZA, 2015, p.3).

Nessa trajetória de lutas e conquistas, no campo do Estado democrático, surgiram leis de proteção às mulheres e as transformações societárias atingem também o trabalho feminino e as formas de ingresso no mercado de trabalho, a oferta de vagas de ocupação e a abertura para funções antes restritas aos homens, além das ocupações com o cuidado da casa e família. Todavia, a predominância do patriarcado e do machismo no Brasil ainda afeta a realidade da mulher e há pessoas, parlamentares e governantes que ainda buscam coibir as leis existentes de proteção à mulher e de enfrentamento a violência, por exemplo.

Os meios de comunicações, diariamente trazem relatos de mulheres sendo submetidas a vários tipos de torturas: assédios sexuais, violência física, violência moral, violência verbal, pressão psicológica e muitas delas assassinadas por colocar um fim no relacionamento não aceito pelo parceiro (...). Compreende-se que, muitas delas ainda estão acalentadas em seus lares, submissas ao machismo impregnado na sociedade patriarcal, sendo assim ainda vista como o sexo frágil. (MARTINI; SOUZA, 2015, p. 4)

Portanto, assevera-se que no Brasil, a participação histórica das mulheres é registrada entre os principais movimentos sociais e de luta contra a ditadura; contra a falta dos direitos civis e políticos, portanto, na luta pelo direito ao voto; pela emancipação da mulher; por segurança; pela oferta de políticas públicas de saúde; pela valorização do trabalho feminino na divisão sexual do trabalho; pela igualdade política e social e pela liberdade, entre outros.

Para a efetivação plena da igualdade entre gênero é necessário incentivo à educação da população sobre a condição de desigualdade vivida pelas mulheres e as diversas formas de violação de direitos sofridas nos espaços públicos e de sociabilidade, além do combate à violência contra a mulher e o fim do feminicídio no Brasil.

## CAPITULO 2

### 2 A (IN) LEGITIMIDADE DO DIREITO DA MULHER SOBRE O PRÓPRIO CORPO

O segundo capítulo desse TCC trará o debate sobre a (In) legitimidade do direito da mulher sobre o próprio corpo e a interferência da sociedade embasada pelos valores patriarcais no poder de decisão sobre os corpos femininos e os ataques aos direitos de igualdade das mulheres no Brasil, principalmente, sobre os seus direitos reprodutivos.

Falar sobre o corpo feminino ainda continua sendo um tabu, mesmo diante do avanço da luta pela equidade de gênero e o reconhecimento de que existe uma desigualdade histórica entre mulheres e homens, sobretudo, no tocante ao direito sobre os próprios corpos.

Isto decorre da forte influência do sistema patriarcal nas relações de sociabilidade dos indivíduos, dado ao fato de que os espaços de decisão e de poder são ocupados mais por homens, que se apropriam do argumento da força física e intelectual baseados nas diferenças biológicas e assumindo uma posição tradicional de superioridade

Oliveira (2018) retrata que o sistema patriarcal é legitimado e naturalizado às ações de desigualdade entre mulheres e homens, dentro do âmbito familiar e político. E essa naturalização se reflete no controle dos corpos femininos, nas diversas formas de violência.

A imposição e o domínio da cultura patriarcal estrutural que atinge negativamente às mulheres, corroboram para a perda da autonomia sobre a própria vida e dos seus próprios corpos. As mulheres sofrem a violência patriarcal de que seus corpos são vistos ainda como propriedade e domínio da vontade masculina.

A sociedade passa a abordar mais sobre o tema gênero, com os movimentos feministas. o sexo feminino passa ser visto com outro olhar, a mulher passa ser tratada com mais respeito, mas, no meio em que elas estão inseridas é bem difícil pensar em respeito, dignidade, liberdade e igualdade. em todos os cargos que elas assumem, nas mais diferentes profissões, a relatos de discriminação, tanto no salário quanto no trabalho por elas exercidas. (MARTINI, SOUZA, 2015, p.4)

Ao resgatar uma compreensão crítica sobre a sociedade patriarcal do século XIX, evidenciamos que a representação da mulher era de servir ao seu lar e sua família, em princípio sobre os comandos do seu pai e depois sob o mando do marido, vivendo sob os interesses masculinos.

Na família, cada integrante assume o seu papel, e ao homem era comum designar o papel de provedor tornando-o o principal responsável pelo sustento da família, e à mulher cabia a centralidade do cuidado de todos. Embora, na atualidade, a mulher também tem assumido o papel de provedora e em alguns lares tem sido a única, sobretudo, quando se trata de mães solas.

Um das formas de compreender as mudanças culturais subsequentes é entender que, na sociedade patriarcal, gerada no período colonial, o homem tinha o direito de controlar a vida da mulher como se ela fosse sua propriedade, determinando os papéis a serem desempenhados por ela, com rígidas diferenças em relação ao gênero masculino. O homem tinha o dever de trabalhar para dar sustento a sua família, enquanto a mulher tinha diversas funções: de reprodutora, de dona-de-casa, de administradora das tarefas dos escravos, de educadora dos filhos do casal e de prestadora de serviços sexuais ao seu marido [...] (BORIS, CESÍDO, 2007, p. 456)

Segundo a visão de Boris e Cesído (2007), o patriarca apenas perde um pouca da sua autoridade devido a interferência exercida pela igreja e pelo médico. Já que o padre escuta a confissões e perdoa os pecados e enquanto o médico trata e cura as doenças.

Sobre o patriarcado, Safiotti (2004) defende o uso do conceito para representar as relações sociais que existem a presença de hierarquia de poder. Essa hierarquia coloca a mulher em lugar de exploração e opressão feita pelos homens tanto no espaço público como o privado. A exclusão feminina é explicada através das suas diferenças físicas, sexuais e biológicas, que através de uma construção social define a mulher como personagem passivo e submisso, que por tais característica é colocada como inferior ao homem.

O patriarcado tem por base ideológica a violência, concede o direito sexual ao homem sobre as mulheres, onde o seu corpo não a pertence.

Historicamente, a mulher sofre o controle de outros alicerces da sociedade, a exemplo do Estado, da Igreja e da medicina, que determinam regras e costumam demonizar

comportamentos, pensamento e necessidades femininas, limitando o corpo da mulher à gestação, ao ato de parir uma nova vida.

A religião é um forte mecanismo de controle sobre a sociedade, principalmente, sobre as mulheres. A sexualidade sem intenção da procriação para religião é considerada um pecado, mesmo após a revolução sexual, o surgimento dos movimentos feministas e a defesa liberdade sexual das mulheres.

A família e o casamento monogâmico e patriarcal são também uma ferramenta de controle social sobre a mulher. Onde sua construção baseasse numa dinâmica em que o homem mais velho tem a subordinação dos jovens e das mulheres. Mantendo a supremacia masculina legitimando a valorização das ações masculinas e exercendo o controle dos corpos e da sexualidade feminina através de papéis sexuais e sociais criados por eles, interferindo na autonomia da mulher.

Na busca do homem pelo controle e poder se estende até sobre a procriação, o homem patriarcal passa usar a monogamia como instrumento para controlar a mulher e sua sexualidade.

Por sua vez, a ideologia patriarcal, atrelada ao intuito de manter controle, seja patrimônio ou da mulher, carrega consigo a monogamia, sendo essa uma ferramenta. Em outras palavras, a monogamia é um meio pelo qual se concretiza o controle. (LARA, 2015.)

O Estado também exerce o papel de poder e de controle sobre os corpos femininos, bem como de coerção sobre as necessidades de reprodução social feminina e de domínio nas relações sociais das mulheres restringindo a representatividade feminina nos diversos espaços da sociedade. Na medicina, por exemplo, no tocante a atenção à saúde da mulher, o médico da família nos anos de 1930, assumia o papel de disciplinador da sociedade.

A medicina apareceu como alicerce ideológico à cristalização dessas relações de poder, contribuindo para as principais decisões políticas obtivessem sucesso ancoradas nas diferenças entre homens e mulheres, e oferecendo a estas um espaço social delimitado, restrito, utilitarista [...]. (MATOS, 2003, p. 244)

O discurso médico privilegia a atenção sobre a castidade, o pudor e os estudos conservadores sobre as doenças femininas reforçando a reprovação do prazer sexual ou de satanizar o desejo feminino associando aos transtornos mentais e/ou legitimando uma condição pecaminosa diante da desaprovação histórica pela igreja.

[...] os médicos sanitaristas se colocaram no direito de disciplinar a sociedade, ordenando a sexualidade e os prazeres. Às mulheres ficaria ao cuidado com a saúde e o bem estar da família, condenando-se o trabalho extra doméstico e as práticas abortiva. Os médicos destacavam a conexão entre o útero e o sistema nervoso central, de modo que as atividades intelectuais femininas poderiam gerar crianças doentes e malformadas. (MATOS, 2003, p.222)

Nas relações familiares patriarcais homens e mulheres recebem formas de criação distintas, desiguais determinadas pela condição de gênero. Enquanto a mulher é treinada/ ensinada a oprimir os próprios sentimentos e desejos, a se comportarem atendendo às normas determinadas pelo patriarcado, os homens são reconhecidos como indivíduos livres. Desde a infância, as meninas são ensinadas como anda, falar e o que vestir, numa tentativa de não atrair os olhares masculinos e provoca-los.

Quando adultas, as mulheres passam por outro tipo de adaptação, seus corpos passam ser avaliados por um padrão social que exige um estereótipo de beleza que a cada segundo a mídia expõem e exige que seja seguido, gerando uma ansiedade na busca de conquistar e participarem do padrão imposto e vendido como o certo.

[...] Contudo, estas mesmas meninas estão diante de uma cultura que lhes apresentam um modelo estético de mulher, que para ser bela é preciso ter um corpo magro, curvilíneo, que tenham seios definidos, bumbum avantajado, barriga lisa (atualmente considerada barriga negativa), pernas longas e definidas. Os padrões de corpos apresentados são constantemente mostrados pela mídia através das novelas, campanhas publicitárias, mídia impressa e são consideradas como modelo de saúde. Padrões considerados inalcançáveis pela maioria das mulheres, o que as coloca em constante insatisfação como seu próprio corpo. [...] (OLIVEIRA, 2018. p. 504)

Compartilhamos de uma realidade em que a maior parte das mulheres ainda não têm autonomia sobre o seu corpo feminino, que segue sendo julgado no decorrer da história e

colocado numa condição de propriedade e consumo. Pois depende de um processo de construção social multifatorial, como a economia, a cultura, a política, a educação, a religião, o jurídico (aprovação de leis), etc. O corpo feminino é uma construção da historicidade.

Ao reafirmar que a mulher não possui direito sobre o próprio corpo, nos reportamos às situações de abuso, violência, estupro, aborto, exploração, escravidão e submissão de mulheres às condições desumanas, tornando-as ainda mais vulneráveis.

Diversas representações artísticas são retratações do corpo humano, em especial, do corpo feminino e sofre o julgamento social. A arte representada por mulheres ou pelos corpos femininos são comumente consideradas vulgar e obscena. Entre os espaços sociais em que se apresenta, nas artes o corpo feminino é reconhecido como objeto de olhar e do desejo [...]. (Matos, 2003, p. 222). Em tempos atuais, bem da verdade, existe um falso ideário de igualdade entre gêneros, posto que a sexualidade feminina e a relação de intimidade da mulher com o seu corpo ainda é fortemente marginalizada.

Com a chegada do novo milênio muitos avanços, transformações e conquistas, assumem papéis que outrora não lhes pertencia [...]. Uma minoria usufruiu dessa transformação como forma de libertação e anseio por igualdade de direitos, direitos esses de cidadã, imposto por elas mesmas. (MARTINI, SOUZA, 2015, p.4)

Embora na contemporaneidade, deparamo-nos com um cenário em que a atuação da mulher na sociedade é bastante ativa. A mulher trabalha fora de casa, vota, dirige e ainda têm as atividades domésticas e os cuidados com a família centralizados na sua figura feminina. E ocupamos os espaços públicos, o mercado de trabalho, a maternidade e os desafios cotidianos da vida moderna, mas, ainda predominam condições desiguais de reprodução social e de decisão e responsabilidades nas relações afetivas, conjugais e familiares.

## 2.1 Atenção à Saúde da Mulher para Além dos Direitos Reprodutivos

No Brasil, a política de saúde da mulher, através da ênfase à saúde reprodutiva foi incorporada à Política Nacional de Saúde pública nas primeiras décadas do século XX, todavia ainda limitada às questões relacionadas à gravidez e ao parto. Por considerar que os primeiros programas materno-infantis, elaborados entre as décadas de 1930 a 1970, traduziam uma visão restrita burguesa que se tinha sobre a especificidade biológica do ser mulher centrada numa dimensão social voltada para a procriação e no seu papel social de mãe, do lar, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

[...] A mudança da terminologia ‘saúde da mulher’ para a de ‘conceito de direitos reprodutivos’ passou a ser empregada sistematicamente no início dos anos 1980, quando havia participação ativa de um grupo de feministas brasileiras no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, em Amsterdã. Porém, esse termo só foi consagrado na década de 1990 quando a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou reuniões temáticas internacionais, nas quais questões relativas ao gênero, saúde, equidade, autonomia, direitos humanos, dentre outras, foram reafirmadas e reforçadas mutuamente. (LEMOS, 2014, p. 245).

Os direitos reprodutivos são considerados integrantes aos direitos humanos das mulheres e homens. E assim como os demais direitos, o direito reprodutivo assume uma importância nas necessidades básicas humanas e tem como objetivo possibilitar que qualquer pessoa possa viver a sua sexualidade e reprodução, de forma livre e segura.

Os Direitos Reprodutivos são constituídos por princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana. É, portanto, o direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos, e ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza (VENTURA, 2009, p. 21)

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), e estabeleceu uma ruptura conceitual inicial com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984). 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 posteriori, a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse novo programa 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, IST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

O governo brasileiro ratificou os ordenamentos do sistema jurídico nacional ao incorporar diversos pactos, convenções, tratados e outros acordos internacionais que visam garantir a proteção aos direitos humanos, inclusive, a partir das iniciativas da ONU ao exigir a incorporação dos países, a exemplo do Brasil, para a aprovação dos pactos voltados para promoção dos direitos reprodutivos, a partir de documentos, como:

- a) Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 21 de dezembro de 1965 e ratificada pelo Brasil em 27 de março de 1968;
- b) a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW), adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 18 de dezembro de 1979, e ratificada pelo Brasil em 1º de fevereiro de 1984;
- c) Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos Cruéis, Desumanos e Degradantes, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1984, e ratificada pelo Brasil em 28 de setembro de 1989;
- d) Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 20 de novembro de 1989, e ratificada pelo Brasil em 20 de setembro de 1990;
- e) Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966, e ratificado pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992;
- f) Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966, e ratificado pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992;
- g) Convenções da Organização Internacional do Trabalho, com destaque para as Convenções nos 183 e 184, de 2000, que tratam da proteção à maternidade;
- h) Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, e seu Protocolo Adicional, adotados pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 13 de dezembro de 2006, e ratificados pelo Brasil em 01 de agosto de 2008.

As leis internacionais e as nacionais são comumente aprovadas para assegurar a base de garantia de acesso aos direitos, entre eles, o reprodutivo, e possibilitar por meio das políticas públicas de saúde, educação, segurança, uma forma de atender as demandas e suas clientelas, que não se restringe ao gênero feminino em idade fértil, pois reafirma o acesso das pessoas jovens, idosas, com deficiência, LGBTQIAP+.

No Plano de Ação (2004-2007) da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) objetivava:

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. Ministério da Saúde. PAISM: plano de ação 2004-2007)

E só é possível a efetivação do direito reprodutivo quando existe condições para que os indivíduos possam acessar as políticas sociais e públicas e seus demais direitos, assim permitindo viver sua sexualidade garantida pelos seus direitos reprodutivos.

Neste sentido, a atual concepção dos Direitos Reprodutivos não se limita à simples proteção da procriação humana, como preservação da espécie, mas envolve a realização conjunta dos direitos individuais e sociais referidos, por meio de leis e políticas públicas que estabeleçam a equidade nas relações pessoais e sociais neste âmbito. (VENTURA, 2009, p. 22)

Compreendemos que a política de saúde é a política pública que tem a maior atuação no que se diz respeito à promoção dos direitos reprodutivos. E com a conquista da Constituição Federal brasileira de 1988, a saúde antes limitada à uma assistência curativa e contributiva, com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) passou a se tornar direito de cidadania.

Com o SUS, a população passou a ter acesso às ações de prevenção e educação, aos serviços de saúde, aos procedimentos médicos, aos insumos, e atendido a partir de uma rede hierarquizada entre as três esferas governamentais (federal, estado e município).

## CAPÍTULO 3

### 3 SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER

Este capítulo versará em torno do debate sobre a saúde da mulher, direitos reprodutivos, a política nacional de planejamento familiar e contracepção. O debate sobre a saúde reprodutiva da mulher ainda é significativamente influenciado pelo patriarcado, ao legitimar o poder dos homens ao decidir sobre o corpo da mulher a partir dos interesses masculinos. O que explica, empiricamente, a legitimidade de poder herdada pelos nossos governantes quando são indicados para decidir, votar e aprovar ou impedir avanços no campo das políticas públicas para as mulheres no Brasil, entre elas, a ampliação dos direitos reprodutivos femininos.

A partir do patriarcado enquanto cultura dominante que move as relações de sociabilidade dos indivíduos e as relações conjugais, sexuais, de gênero e familiares, comumente se estabelece que os homens podem iniciar a vida sexual quando bem entenderem e, muitas vezes são influenciados pelos próprios pais a buscarem o acesso à vida sexual independente de conhecimento e maturidade. Já as mulheres ainda se deparam com o impedimento cultural e punitivo sobre o início da sua vida sexual, também enraizado em valores religiosos que impedem uma educação sexual de forma mais inclusiva e segura e que cuja sociedade patriarcal insiste em associar a sexualidade feminina com o mito do amor romântico.

Essa contradição histórica presente nas relações de gênero instituída pelo poder desigual entre o homem e a mulher, e movida pelo pensamento social conservador atinge ainda uma maior complexidade quando considerada as desigualdades de classe e de etnia. Essa desigualdade de gênero também é:

Fruto da relação patriarcal em que o homem surge como o principal provedor, a mulher uma trabalhadora complementar e a família como lócus principal dessa esfera reprodutiva. Entretanto, com o advento do capitalismo, essa relação de poder e a conseqüente desigualdade sexual se tornam ainda mais intensas. Isto porque, os mecanismos internos de funcionamento do sistema capitalista de produção passam a se voltar contra a mulher. E a opressão, antes restrita a família, multiplica-se no mesmo ritmo em que aumentam as esferas de significação da vida social. (PENA, 181, apud. NUNES, 2006, p. 24)

A desigualdade de gênero permeada pela discriminação sexual sofrida pela mulher, inclusive, com relação ao direito e poder de decisão sobre o seu próprio corpo e sobre a necessidade cotidiana de reafirmar a sua liberdade sexual ainda é vista como tabu, e juridicamente os avanços ainda são pontuais em se tratando dos direitos sexuais assegurados aos homens e às mulheres.

Desconsiderar o direito de sexualidade das mulheres tem reincidido – de forma equivocada, na oferta de uma política de saúde limitada aos aspectos biológicos e a anatomia do corpo feminino. O que exige do Estado, o cumprimento das suas responsabilidades em assegurar a oferta de programas de educação sexual e a ampla informação sobre a Política de Planejamento Familiar. Importante reforçar o ideário de que a saúde da mulher não se reduz a sua saúde reprodutiva, nem tampouco à sua capacidade de reprodução biológica e condição materna.

A saúde reprodutiva compreende que “a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, e a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes fazê-la”, conforme estabelecido na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas (CIPD, 1994).

A Organização Mundial de Saúde – OMS define saúde reprodutiva como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos.

Portanto, atentam para a prerrogativa de que é um direito igualitário do homem e da mulher serem informados sobre o planejamento reprodutivo e familiar, e de ter acesso aos métodos considerados necessários para a contracepção e que a escolha pelo controle da fecundidade não contrarie à lei.

Também compete ao Estado brasileiro assegurar às mulheres condições dignas de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio” (item 7.2, Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas, setembro de 1994).

O acesso a saúde reprodutiva se dará através do conhecimento sobre os métodos, técnicas, serviços que serão disponibilizados na rede organizada pelo Estado. Importante falar

que os profissionais e serviços participantes da rede de saúde reprodutiva devem seguir uma conduta não discriminatória, resolutive e sigilosa.

Existe uma concentração de políticas, programas e ações direcionadas na área de saúde da mulher, com prioridade na atenção básica, por meio das estratégias de promoção da saúde da família, saúde de adolescentes, saúde da mulher e outras políticas. Mas ainda não possui uma área ou programa específico responsável especificamente pela atenção às questões de saúde sexual e reprodutiva e construir a interface com a política de educação. Os principais temas abordados pela saúde reprodutiva versam sobre: planejamento familiar, violência sexual, aborto voluntário, mortalidade materna, as Infecções Sexualmente Transmissíveis, o HIV- Aids, etc.

Para a construção desse TCC, a revisão bibliográfica deu ênfase ao estudo sobre o direito e acesso das mulheres ao planejamento familiar, e os determinantes estruturais que corroboram para a histórica centralidade da contracepção na figura feminina.

### **3.1 O Planejamento Familiar: o acesso das mulheres às estratégias e meios de contracepção**

A historiografia clássica revela que um dos primeiros estudiosos a pensar sobre o controle populacional foi o conservador Thomas Malthus. Em 1798, através do princípio malthusiano, surgia a defesa de que a população tenderia sempre a crescer mais que os meios de subsistência e que esse fenômeno provocaria o crescimento da fome e da miséria. (Alves, 2007)

Na verdade, Malthus era contra a “Lei do Pobre” e para refutá-la ele criou a chamada Lei de Bronze dos rendimentos dos trabalhadores, que tinha uma lógica da oferta de um salário de subsistência como sendo suficiente, sobretudo, capaz de garantir o equilíbrio populacional. Visto que Malthus se opunha a todo tipo de controle da natalidade. (ib)

No Brasil, a introdução das técnicas contraceptivas deu-se apenas a partir da década de 1960, e veio configurar uma política demográfica dos países industrializados imposta aos países de economia periférica, apoiada na premissa de que era necessário assegurar a proposição de um “bem-estar da família ao tamanho da sua prole”, sobretudo nas famílias

pobres. Desse modo o conceito de planejamento familiar difundiu-se associado à regulação da fertilidade humana, ou seja, entendido como anticoncepção.

Houve uma difusão de novas práticas conceptivas. Este processo começou primeiro nos países desenvolvidos, de maior renda per capita, países do Norte, para depois cair também nos países subdesenvolvidos, de baixa renda, países do Sul. Nestes últimos, ao contrário dos primeiros, a transição demográfica ainda não se completou. (ALVES, 2007, p. 10).

O planejamento familiar deve consistir em um ato consciente. O planejamento familiar é um programa que permite ao indivíduo decidir de forma livre e responsável se quer ou não ter filhos, quando deseja engravidar e como ter filhos que seu cuidado inicia desde a prevenção e planejamento até o acompanhamento do pré-natal, assistência ao parto puerpério e neonato. Em geral, o planejamento familiar é uma estratégia adotada nas relações entre casais, a exemplo da relação conjugal que orienta o casal quanto ao momento oportuno para a procriação, quanto a quantidade de filhos. Também possibilita a mulher decidir sobre o tempo de intervalo de uma gestação para outra e, sobretudo, o direito de querer ou não ter filhos. Condiz, portanto, aos direitos reprodutivos.

Em 1996, um projeto de lei aprovado pelo Congresso Nacional (Lei n. 9.263), sancionado pela Presidência da República, regulamentou o planejamento familiar. Corroborando para a democratização do acesso aos meios contraceptivos nos serviços públicos de saúde e na rede privada, sob controle do SUS (BRASIL, 2002).

A oferta de métodos contraceptivos aliada ao acompanhamento médico com garantia de escolha informada no contexto maior da saúde reprodutiva foi contemplado pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, pelo Ministério da Saúde (OSIS, 2006).

A busca pelo planejamento familiar está relacionada a essas escolhas que, por sua vez, perpassam pelas condições socioeconômicas, escolaridade, condições de reprodução social, autonomia e liberdade, e as forma concretas de acesso às informações e ao uso por métodos contraceptivos.

O planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. (BRASIL, CF, parágrafo 7º, Art. 226, 1988).

Pela Constituição Federal brasileira (1988), o Estado tem o dever de promover o acesso da população aos serviços, métodos e às técnicas de concepção e contracepção validadas cientificamente, que não coloquem em risco a vida. Portanto, o SUS é o responsável pela execução e a oferta à assistência através do planejamento familiar e reprodutivo, e pela garantia do acesso aos serviços ofertados pela política de saúde.

O acesso aos serviços de saúde integral e às ações de planejamento familiar constitui um aspecto central e indispensável para a melhoria da qualidade da saúde sexual e reprodutiva das pessoas, em especial, das mulheres, considerando que pode reduzir as mortes maternas, os agravos resultantes dos abortos inseguros, a gravidez indesejada, as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV, e proporcionar orientação adequada sobre a sexualidade e reprodução humana (VENTURA, 2009, p.90)

“Entende-se planejamento familiar como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (BRASIL, Art. 2º da Lei n. 9.263/ 1996)

Em 2001, a última Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-2001) do Ministério da Saúde colocou a assistência em planejamento familiar entre as ações mínimas que devem ser implementadas em todos os municípios (MS, 2002).

Todavia, foram observadas algumas contradições existentes entre o ordenamento jurídico que delibera como direito civil o ato de planejar a família, ao reconhecer a liberdade da mulher na escolha de uso de um método contraceptivo, desde que legitimado no campo da legalidade. Porém, no campo empírico, o Estado não oferece e nem garante recursos suficientes para a efetivação dessa lei na sua integralidade e reflete uma condição ainda embrionária no campo da prevenção e do planejamento familiar na sociedade.

O conjunto de ações que enumerou em seu art. 3.º inclui a assistência à contracepção e à concepção. Isso implica na obrigação estatal de disponibilizar no SUS os insumos e procedimentos contraceptivos, e também os necessários para tratamento da infertilidade, inclusive o acesso às técnicas de reprodução humana assistida. A lei reitera o direito de assistência ao pré-natal, parto, puerpério, nascimento e ao neonato. (VENTURA, 2009, p.93).

A escolha por um ou mais método contraceptivo dependerá diretamente do acesso e domínio da informação precisa de como operá-los, e também do incentivo da gestão municipal no que confere à provisão dos recursos destinados aos Programas de Planejamento Familiar. Pode, principalmente a mulher, optar pelo uso do DIU, da pílula hormonal, da injeção; ou ainda, da camisinha masculina pelo homem, mas que na maioria das vezes ainda prescinde de negociação com o parceiro. (Moreira e Araújo, 2004).

Com a finalidade de diminuir os índices de gestação não planejadas e fortalecer as ações de sexualidade responsável e o acesso ao planejamento familiar por parte dos brasileiros, são disponibilizados diversos tipos de métodos contraceptivos: pílula hormonal combinada, mini pílula, anticoncepcional injetável mensal e trimestral, diafragma e dispositivo intrauterino de cobre. Esses métodos são ofertados gratuitamente na Atenção Primária do SUS, através da unidade básica de saúde (UBS).

O uso do DIU é mais uma forma de se preservar e prevenir uma gravidez. O DIU de cobre é disponibilizado gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde - SUS - possuindo sua oferta à população ampliada através da Portaria nº 3.265/17 e também deve ser garantida pelos planos de saúde. Porém a garantia desse direito para as mulheres através de planos privados esbarrava em barreiras posto que para a mulher se submeter ao procedimento era exigido o consentimento do cônjuge (marido da usuária). Para exigir a assinatura do cônjuge, as seguradoras amparavam-se na Lei 9.263/96 que discorre sobre o planejamento familiar no sentido de realizar apenas mediante o consentimento de ambas partes (do homem e da mulher). Porém, diversos estados aprovaram Leis proibindo essa prática.

Na Paraíba, a Lei 12.364/2022, sancionada em 8 de julho de 2022, proíbe, no âmbito do Estado, a exigência, por planos e seguros privados de saúde suplementar, do consentimento do companheiro para a inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) e Sistema Intrauterino (SIU) em mulheres casadas, em união estável ou em relacionamento de qualquer natureza.

Há, também, a esterilização cirúrgica (feminina ou masculina) que é a alternativa que garante maior segurança quanto à contracepção definitiva.

### 3.2 Esterilização Cirúrgica: a igualdade na busca pelo acesso à contracepção definitiva

Entre os métodos contraceptivos disponíveis pelo planejamento familiar ofertado pelo sistema único de saúde (SUS), teremos a esterilização cirúrgica, que pode tanto ser realizado pela mulher ao optar pela laqueadura tubária; e pelo homem ao submeter-se à vasectomia.

A inclusão da esterilização cirúrgica como o método de contracepção foi um processo lento e árduo devido a influência do patriarcado e religiosa sobre o domínio da sexualidade e dos corpos, principalmente, das mulheres.

Pois, conforme assinala Moreira e Araújo (2004), as mudanças no comportamento reprodutivo - a despeito das tentativas conservadoras de regulação, sobretudo por parte das Igrejas, ocorreram sempre à revelia de políticas de planejamento.

Para assegurar a oferta da esterilização cirúrgica na Lei Federal do Planejamento Familiar (Lei n. 9.263, de 1996) foram instituídos alguns critérios para o acesso:

- ter capacidade civil plena e pelo menos dois filhos vivos, ou ser pessoa capaz, maior de 25 anos de idade, com ou sem filhos vivos;
  - a realização da operação deve observar o prazo mínimo de 60 dias a partir da manifestação da vontade - período em que deve haver uma intervenção educativa por meio de equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce e informar a respeito dos riscos da cirurgia, dos possíveis efeitos colaterais, das dificuldades de reversão e das opções de contracepção reversíveis existentes;
  - o consentimento da pessoa deve ser expresso por escrito com anuência do cônjuge, no caso das casadas;
  - não pode ser realizada durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade de saúde ou sucessivas cesarianas.
- (BRASIL, Lei n. 9.263, Art. 10, 1996)

Porém, quando a referida lei foi aprovada, ficou determinado que para submeter-se à esterilização cirúrgica, a mulher obrigatoriamente deveria ter a idade mínima de 25 anos, e/ou uma quantidade de dois filhos. Bem como contar com o consentimento do seu cônjuge (parceiro) para a realização do procedimento. Tal determinação reafirma a herança patriarcal na construção de políticas de saúde para as mulheres à medida que demonstra a interferência do Estado na autonomia da pessoa e nas escolhas individuais.

A imposição legal realizada pelos critérios estabelecidos para acessar o método de esterilização cirúrgica, acaba ferindo a autodeterminação individual da mulher sobre o seu corpo. Pois, veio reforçar a visão sexista dos papéis sociais de gênero ao reservar à mulher uma “condição de subordinação e de autonomia restrita”. (Moreira e Araújo, 2004, p. 362).

Enquanto a alteração não chegava só era possível contornar a Lei n.º 9.263/1996, nos casos de disparidade de opiniões sobre o método contraceptivo cirúrgico em que a mulher desejasse realizar o procedimento, poderia acionar a justiça e reivindicar os seus direitos individuais em relação ao seu corpo. O procedimento judicial possibilitava a “concessão de um alvará autorizando o procedimento sem anuência do outro cônjuge, e também, a construção de jurisprudência favorável à inconstitucionalidade do dispositivo legal impugnado”. (VENTURA, 2009).

Sob o recorte da desigualdade de gênero, se por um lado, o planejamento familiar pode garantir a autonomia da mulher; por outro, também reafirma a centralidade do encargo da contracepção nas mulheres.

Se a opção de limitar o número de filhos é do casal, ela seria anterior à escolha do método contraceptivo. De fato, várias mulheres se declararam responsáveis pela decisão, com o acordo do companheiro, devido principalmente à falta de condições econômicas e sociais para criar os filhos dignamente. Nesse caso, a contracepção seria mais uma contingência do que propriamente uma opção, que reverbera no universo íntimo e nos projetos de vida do casal. (MOREIRA e ARAÚJO, 2004, p. 396)

Portanto, além do poder do homem sobre o corpo feminino, ainda impera a condição de submissão da mulher à obrigatoriedade do procedimento diante da recusa do homem em se submeter à esterilização através da realização da vasectomia e desse modo transferir a contracepção unicamente para mulher. Sem falar nos casos onde homens se eximem da paternidade responsável e não assume o filho ao engravidar uma mulher.

A luta feminina é diária e ininterrupta, à medida que a mulher ganhou espaços no mercado de trabalho, e alcançou direitos que também decorreram das conquistas dos movimentos feministas, a escolha pela não fecundidade tem se espalhado entre as mulheres nas suas escolhas.

Recentemente houve novos avanços, visto que em 02 de setembro de 2022, foi sancionada a Lei n. 14.443 que alterando a Lei n. 9.263 de 1996. Conforme essa nova lei, quanto ao direito à esterilização cirúrgica ficou reduzido de 25 para 21 anos a idade mínima de mulheres e homens para realizarem o procedimento. Também não deverá ser mais exigida a autorização do cônjuge para que a mulher realize a sua laqueadura tubária.

Com essa mudança na lei da esterilização, a mulher passa ter mais autonomia sobre o seu corpo. Essa medida também terá um forte impacto nas condições de saúde, já que a mulher não precisará passar por vários procedimentos cirúrgicos.

Já com relação ao direito de interrupção da gravidez, o debate sobre a legalidade ao aborto ainda consiste em uma forte polêmica, a qual optou-se por não abordar neste trabalho. Embora haja reconhecimento sobre a importância do Estado com a sociedade e os profissionais em fomentarem essa discussão enquanto política pública de saúde.

Recentemente deparamo-nos com mais uma ameaça de retrocesso referente ao Projeto de Lei (PL N. 478/2007 que dispõe sobre o Estatuto do Nascituro e dá outras providências e volta a transitar na plenária da Câmara dos Deputados em Brasília. O referido projeto pretende instituir os direitos da vida desde a concepção e conceder às mulheres e meninas, vítimas de violência sexual, o que alguns parlamentares denominam de “bolsa estupro” que visa obrigar meninas e mulheres a levar adiante a gravidez, mesmo nos casos de abuso sexual e estupro.

Nesta perspectiva, fica mais uma vez evidente a supremacia do poder masculino, que conta com apoio de líderes religiosos e de representantes da chamada “família tradicional-patriarcal” ao prevalecer a defesa de os homens decidirem sobre os corpos femininos, a saúde reprodutiva e a vida das mulheres no Brasil.

E sobre essa tendência, nos requer atenção especial de profissionais de Serviço Social, sobretudo por ser em sua maioria mulheres, e que herda o conservadorismo visivelmente presente entre profissionais e que se acentuou nesses últimos anos face a retomada de um governo que se utilizou do forte discurso conservador, religioso e que reproduziu práticas machistas, opressoras, inclusive impôs o retraimento das políticas para mulheres e o ataque aos direitos antes garantido na atenção à saúde reprodutiva.

Pensar, portanto, a relação gênero e Serviço Social implica em problematizar a “feminização” da profissão, a concepção de gênero das(os) assistentes sociais e sua relação com a profissão. Trata-se de perceber como os sujeitos profissionais atribuem significados às relações de gênero e de que maneira dão sentido à sua prática profissional, tentando perceber a dimensão política dada à profissão. (CISNE, 2004, p. 20)

Compreender o debate sobre planejamento familiar e exigir o exercício da responsabilidade masculina (inclusive através da paternidade responsável), além da participação feminina com relação à maternidade ou à contracepção, bem como à prevenção das IST, a igualdade e a liberdade sexual, exige-nos enquanto sujeitos históricos e profissionais de Serviço Social, pensar acerca do lugar político e socioafetivo que historicamente a mulher e o homem ocupam nas relações afetivas, conjugais, sociais e sexuais, e avaliar como vem se dando a participação masculina nos processos decisórios quanto à contracepção, em geral.

Pois, observamos que:

O fracasso das políticas públicas voltadas para a saúde reprodutiva, em geral, e para a anticoncepção em particular, (...) não pode ser obscurecido, pois as brasileiras ainda continuam lidando com a reprodução em um cenário caracterizado (...) pelo uso irregular e desprovido de assistência adequada de anticoncepcionais orais, pelo recurso exagerado à esterilização e ao aborto clandestino, pela baixa disponibilidade de métodos anticoncepcionais nos serviços públicos, ao lado das taxas de mortalidade materna. (Citeli, 1996, apud. Moreira e Araújo, 2004, p. 397)

Por fim, nos leva a refletir sobre os limites ou mesmo à inoperância do poder estatal público na oferta, monitoramento e avaliação dos programas de planejamento familiar no Brasil, a promoção da educação sexual nas escolas, uma vez que a gravidez na adolescência e o aumento de ISTS em crianças e adolescentes, abuso sexual, o estupro, são expressões da questão social que demandam responsabilidades do Estado, das famílias, dos profissionais e dos indivíduos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto é possível concluir que a sociedade em que vivemos ainda é fortemente caracterizada pelo conservadorismo e por ideias patriarcais, inclusive ao prevalecer no processo de sociabilidade dos indivíduos na construção das relações de gênero, as desigualdades entre o homem e mulher no contexto brasileiro.

Ao resgatar os conceitos sobre gênero, patriarcado destacamos a condição histórica de subalternidade em ser mulher e cuja reflexão crítica reflete a imposição de papéis distintos para mulheres e homens (desde o nascimento) e que não se esgota aqui. Concomitante ao fomento sobre gênero avaliamos ser fundamental também se garantir a discussão acerca da sexualidade, apontar as estratégias de contracepção e informar sobre a questão da violência contra a mulher através de um processo educativo que precisa ser incentivado e realizado dentro das escolas.

Comprovamos neste trabalho as nossas hipóteses iniciais ao constatarmos que permanece uma predominância do patriarcado ditando as formas de relações entre os gêneros e na formação da sociabilidade dos indivíduos. Logo, ressaltamos que se faz necessário garantir o protagonismo feminino na condução dos debates em torno da saúde reprodutiva das mulheres. Bem como entender a importância do Estado em garantir a autonomia feminina nas decisões políticas sobre a implantação de políticas públicas através de iniciativas individuais e coletivas e assegurar às mulheres o direito delas sobre o próprio corpo, a sua sexualidade, a sua liberdade e promover o combate a todas as formas de violência que afetam o gênero feminino.

Através da revisão bibliográfica e documental foi possível alcançar os objetivos inicialmente pensados para a construção deste trabalho, apesar dos percalços enfrentados no decorrer desse processo de finalização do TCC. Principalmente com a chegada de uma pandemia causada pelo novo coronavírus que gerou certo adoecimento e atingiu de forma estrutural e subjetiva a dinamicidade da vida acadêmica, familiar e social. Inclusive estabeleceu o impedimento da finalização do estágio 2 de forma presencial e, sem sobras de dúvida, afetou a qualidade do processo formativo justamente por retirar o discente do contato direto com o trabalho profissional. Embora a decisão prevalecida assegurou o salvamento de vidas.

Doravante, também por ocupar um lugar sem privilégios econômicos e assumir uma posição social feminina, uma condição de estudante trabalhadora que estuda no turno noturno

e que vivencia e parte as formas de exploração da reprodução social nas relações capitalistas e por enfrentar outros desafios cotidianos que se desdobraram e durante toda a construção deste TCC nos levou a refletir sobre a própria desigualdade de gênero ao se reconhecer mulher.

Como se não bastasse as dificuldades se acentuaram diante de um contexto de crise política que o Brasil ainda vivencia e diante de um tenso processo eleitoral que passamos, onde o projeto neoconservador aflorou ao passo de tentar sub julgar a capacidade intelectual e organizacional das mulheres que lutam pela igualdade de gênero e pelo fim do patriarcado.

O debate perpassou também sobre a saúde da mulher, a saúde reprodutiva e a defesa da autonomia quanto aos direitos reprodutivos femininos, elucidando alguns avanços e retrocessos deliberados através da política ultraliberal que afeta a oferta dos programas de planejamento familiar, e interfere sobre a liberdade das mulheres em decidir e escolher as estratégias mais viáveis para garantir a contracepção.

Enfim, analisar as questões de gênero e romper com o senso comum ao trazer um breve ensaio bibliográfico sobre o debate da saúde reprodutiva mulher e análises acerca das desigualdades histórica determinadas para a maternidade e a paternidade enquanto refrações históricas e contraditórias da questão social compreendeu um desafio nesse momento de fechamento do curso e ao pensar sobre o próprio Serviço Social. Pois, nos exigiu o amplo conhecimento teórico-metodológico e um posicionamento ideo-político rebuscado e em defesa de um projeto societário progressista e democrático e de compromisso ético e profissional.

Parafraseando Cisne (2004), a marca da feminização no Serviço Social acompanha a profissão desde a sua gênese, portanto, nos exige priorizar o debate sobre gênero, mulheres e políticas públicas para mulheres.

Viver em um país em que a mulher ainda é condicionada a ser materna, priorizar a sua vida em função do cuidado a família, aos filhos e às responsabilidades domésticas, de forma reflexiva sobre a história de opressão das mulheres não é tarefa fácil. Também constatar que não temos autonomia garantida sobre nossos corpos e tampouco respeito sobre a nossa vida e sexualidade – certo modo, nos adocece, sem, portanto, nos retirar da luta coletiva.

Ainda há muito a avançarmos no campo da oferta de políticas públicas de saúde para as mulheres, na promoção de políticas de proteção social, trabalho, renda e segurança. Não há espaços para seguir de forma passiva aos ataques e possíveis retrocessos que nos cercam, inclusive, quanto à necessidade de se manter direitos já adquiridos de modo a permitir que

nós, mulheres, possamos exercer a nossa cidadania de forma plena e ter – de fato - os nossos direitos assegurados juridicamente, politicamente e socialmente respeitados.

Por tratar-se de uma discussão ampla e inacabada, portanto, tendo em vista que a construção do conhecimento não se encerra em uma única análise ou nesse trabalho, esperamos que novos estudos possam dar prosseguimento a discussão sobre gênero, feminismo, saúde reprodutiva. Contudo, não há como negar que finalizar esse TCC também ressignifica a minha condição feminina articulada à vida universitária, e me possibilita contribuir com a profissão através da apresentação final deste trabalho.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, B. G. BARROS, A. **Os fundamentos da opressão a mulher e atuação do assistente social em defesa dos direitos reprodutivos das mulheres.** Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/1317>. Acesso em: 02 nov 2021.
- ALVES, José Eustáquio Diniz. **Mitos e Realidade da Dinâmica Populacional.** Universidade Federal de Ouro Preto-MG. 2007.
- BORIS, Georges Daniel Janja Bloc; CESIDIO, Mirella de Holanda. **Mulher, corpo e subjetividade:** uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. Rev. Mal-Estar Subj., Fortaleza. v.7, n. 2, p. 451-478, set. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>. Acessos em: 08 dez. 2022.
- CALADO, Joana das Neves. **Classe e sexo** [recurso eletrônico]: crítica da ordem patriarcal de gênero de Heleieth Saffioti / Joana das Neves Calado. – Florianópolis, Editoria Em Debate/UFSC, 2021. 322 p (E-Book)
- CISNE, Mirla. **SERVIÇO SOCIAL:** uma profissão de mulheres para mulheres. Uma análise crítica da categoria gênero na histórica “feminização” da profissão. Recife -PE. 2004
- CORREA, Mariza. Repensando a Família Patriarcal Brasileira: Notas para estudo das formas de organização familiar do Brasil. São Paulo, UNICAMP, 1993.
- COSTA, I. S. C. **Meu corpo e suas regras:** análise sobre direito reprodutivo. 2020. 56f. Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020.
- DELAJUSTINE, A. C. **O feminismo como enfretamento do biopoder em sua sociedade patriarcal.** Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/>. Acesso em: 7 mar 2022.
- DE MORAES SILVA, Maria Aparecida. Mulheres trabalhadoras rurais: trajetórias e memórias. Revista do Centro de Estudos Rurais-UNICAMP, v. 4, n. 2, 2010.
- ENGLES, F. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado.** Cortez, editora. SP, 1884.
- GARCIA, C. C. **Breve histórico do movimento feminista no Brasil.** Disponível em: <https://flacso.org.ar/wp-content/uploads/2015/08/Capitulo-brasil-historia-do-feminismo.pdf>> Acesso em: 23 ago 2022.
- GEBARA, IVONE. Patriarcalismo, Igreja e Mulher. 1992.
- LARA, L. A. **Patriarcalismo e monogamia:** a desproteção das famílias paralelas como consequência do modelo patriarcal de família. Disponível em: <  
<https://ibdfam.org.br/artigos/1663/Patriarcalismo+e+monogamia%3A+a+desprote%C3%A7%C3%A3o+das+fam%C3%ADlias+paralelas+como+consequ%C3%Aancia+do+modelo+patriarcal+de+fam%C3%ADlia>>. Acesso em: 12 mar de 2022.

LEMOS, A. **Direitos sexuais e reprodutivos:** percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140022>. Acesso em: 7 set 2022.

MARTINI, M. T. Souza, F. **Mulher do século XXI:** conquistas e desafios do lar ao lar. 2016. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Mary-Terezinha-Martini.pdf>>. Acesso em: 12 out 2021.

MATOS, Maria Izilda S. de; SOIHET, Rachel (Orgs.) **Uma breve história das representações do corpo feminino na sociedade:** o corpo feminino em debate. São Paulo: Ed. da UNESP, 2003. 222 p

MELO, A. **Os fatos históricos que marcaram as conquistas das mulheres.** Revista Nova Escola. 2013. Disponível em: < [revistaescola.abril.com.br/.../fatos-historicos-conquistas-da-mulher-7](http://revistaescola.abril.com.br/.../fatos-historicos-conquistas-da-mulher-7). Acesso em: 04 out 2021.

MOREIRA, M<sup>a</sup> Helena Camargos e ARAÚJO, José Newton Garcia de. **PLANEJAMENTO FAMILIAR:** autonomia ou encargo feminino? In Psicologia em Estudo, Maringá, v. 9, n. 3, p. 389-398, set./dez. 2004.

OLIVEIRA, R.S. **O CORPO FEMININO:** erotização e objetificação. Revista Serviço Social em Perspectiva. Montes Claros, Edição Especial, março de 2018. Disponível em: [www.periodicos.unimontes.br/sesoperspectiva](http://www.periodicos.unimontes.br/sesoperspectiva). Anais do I Encontro Norte Mineiro de Serviço Social. Acesso em: 23 ago 2022.

PATEMAN, C. **O contrato sexual.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993. PERROT, M. Minha história das mulheres. São Paulo: Contexto, 1995

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado e violência.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI, H. **O estatuto teórico da violência de gênero.** 1999.

SAFFIOTI, H. **Violência de gênero:** o lugar da práxis na construção da subjetividade. São Paulo: Xamã/Lutas Sociais, 1997.

SCOTT, J. **Gênero:** uma categoria útil para análise histórica, Recife: SOS Corpo, 1989.

SOARES, D.Z; CHARLES, C.J; CERQUEIRA, C.C.A.X. **FEMINICÍDIO NO BRASIL: GÊNERO DE QUEM MATA E DE QUEM MORRE.** São Paulo, 2019, XIII ENANPEGE.

VAZQUEZ, A. C. B. **A classe nos une, o gênero nos divide: imbricações entre patriarcado e capitalismo.** Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19507>. Acesso em: 2 nov. de 2021.

VENTURA, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil.** 3 Edição. 2009