



Saúde da mulher: *múltiplos olhares*

V2

Organizadores

Fernanda Castro Manhães
Rosalee Santos Crespo Istoe
Ademir Hilário de Souza

encontrografia



Saúde da mulher: *múltiplos olhares*

V2

Organizadores

Fernanda Castro Manhães
Rosalee Santos Crespo Istoe
Ademir Hilário de Souza

encontrografia

Copyright © 2021 Encontrografia Editora. Todos os direitos reservados.

É proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem a expressa autorização dos autores e/ou organizadores.

Editor científico

Décio Nascimento Guimarães

Editora adjunta

Gisele Pessin

Coordenadoria técnica

Gisele Pessin

Fernanda Castro Manhães

Design

Carolina Caldas

Foto de capa: Carolina Caldas

Gestão administrativa

Ana Laura dos Santos Silva

Bibliotecária

Juliana Farias Motta – CRB 7/5880

Revisão

José Carlos Alves de Azeredo Júnior

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M277s Manhães, Fernanda Castro
Saúde da mulher: múltiplos olhares, volume 2 / Organizadores Fernanda
Castro Manhães, Rosalee Santos Crespo Istoe, Ademir Hilário de Souza. —
Campos dos Goytacazes (RJ): Encontrografia, 2021.

168 p.

ISBN: 978-65-88977-25-5

1. Mulheres – Saúde e higiene. 2. Qualidade de vida. I. Istoe, Rosalee
Santos Crespo. II. Souza, Ademir Hilário de. III. Título: múltiplos olhares

CDD 613.0424

Comitê científico/editorial

Prof. Dr. Antonio Hernández Fernández – UNIVERSIDAD DE JAÉN (ESPAÑA)

Prof. Dr. Carlos Henrique Medeiros de Souza – UENF (BRASIL)

Prof. Dr. Casimiro M. Marques Balsa – UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA (PORTUGAL)

Prof. Dr. Cássius Guimarães Chai – MPMA (BRASIL)

Prof. Dr. Daniel González – UNIVERSIDAD DE GRANADA – (ESPAÑA)

Prof. Dr. Douglas Christian Ferrari de Melo – UFES (BRASIL)

Prof. Dr. Eduardo Shimoda – UCAM (BRASIL)

Prof^a. Dr^a. Fabiana Alvarenga Rangel – UFES (BRASIL)

Prof. Dr. Fabrício Moraes de Almeida – UNIR (BRASIL)

Prof. Dr. Francisco Antonio Pereira Fialho – UFSC (BRASIL)

Prof. Dr. Francisco Elias Simão Merçon – FAFIA (BRASIL)

Prof. Dr. Iêdo de Oliveira Paes – UFRPE (BRASIL)

Prof. Dr. Javier Vergara Núñez – UNIVERSIDAD DE PLAYA ANCHA (CHILE)

Prof. Dr. José Antonio Torres González – UNIVERSIDAD DE JAÉN (ESPAÑA)

Prof. Dr. José Pereira da Silva – UERJ (BRASIL)

Prof^a. Dr^a. Magda Bahia Schlee – UERJ (BRASIL)

Prof^a. Dr^a. Margareth Vetis Zaganelli – UFES (BRASIL)

Prof^a. Dr^a. Marília Gouvea de Miranda – UFG (BRASIL)

Prof^a. Dr^a. Martha Vergara Fregoso – UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA (MÉXICO)

Prof^a. Dr^a. Patrícia Teles Alvaro – IFRJ (BRASIL)

Prof. Dr. Rogério Drago – UFES (BRASIL)

Prof^a. Dr^a. Shirlena Campos de Souza Amaral – UENF (BRASIL)

Prof. Dr. Wilson Madeira Filho – UFF (BRASIL)

Sumário

Apresentação	11
1. Violência doméstica contra mulher: uma análise histórica, seu impacto biopsicossocial e mecanismos de proteção	13
Luciana de Oliveira Fumian Brasil	
Braulio Brasil de Almeida	
Fernanda Castro Manhães	
2. Considerações sobre a violência obstétrica e a violação dos direitos humanos	31
Maria Eliza Guimarães Tavares	
Evandro Monteiro de Barros Junior	
Mariana Crespo Istoe	
3. A atividade física como medida preventiva no processo de osteopenia em mulheres pós-menopausa.	41
Heloísa Landim Gomes	
Débora de Andrade Casarsa	
Rosalee Santos Crespo Istoe	

4. Influências hormonais e moralidade Kantiana: uma leitura sobre a infidelidade feminina	54
Gustavo Santos Crespo Erika Costa Barreto Mariana Crespo Istoe	
5. O planejamento reprodutivo em uma perspectiva contemporânea e a jurisprudência da corte interamericana de direitos humanos e do Supremo Tribunal Federal sobre o aborto	67
Evandro Monteiro de Barros Junior Joelma Machado Guimarães de Azevedo Karine Ribeiro de Moraes	
6. Violência contra as mulheres e saúde mental: impactos, desafios e perspectivas	82
Vania Marcia Silva do Carmo Brito Thaís Batista de Souza Fernanda Santos Curcio	
7. Maternidade em tempos de pandemia de Covid-19	95
Fernanda Castro Manhães Rosalee Santos Crespo Istoe Ademir Hilário de Souza	
8. A qualidade de vida de mães de autistas: uma abordagem teórica	103
Cristina de Fátima de Oliveira Brum Augusto de Souza Lucas Capita Quarto Fernanda Castro Manhães	
9. Atenção à saúde da mulher grávida em tempos de pandemia: o que sabemos até agora?	113
Ademir Hilário de Souza Ana Paula Borges de Souza Rosalee Santos Crespo Istoe	

10. Serviço social na concretização da política de atenção integral à saúde da mulher: contribuições para o debate das ações profissionais no campo da saúde	123
Lidiane Silva Torres	
Vanessa do Amaral Tinoco	
Rosalee Santos Crespo Istoe	
11. Da restrição de sentido enquanto fenômeno de adoecimento ao projeto original da criação: uma reflexão bíblico teológica para a saúde mental da mulher na contemporaneidade	136
Flávio da Silva Chaves	
Crisóstomo Lima do Nascimento	
12. O corpo da mulher na mídia: o que a educação física tem a ver com isso?.....	156
Érica Pereira Neto	
Gisele Pessin	
Índice remissivo	165

Apresentação

A obra *Saúde da mulher: múltiplos olhares*, organizada em dois volumes, totalizando vinte e seis capítulos, reúne elementos teóricos e práticos sobre o papel da mulher no contexto social, midiático, educacional, familiar e da saúde nas diversas áreas do conhecimento, a partir de ações e teorias voltadas para a proteção e promoção à saúde da mulher e, sobretudo, da articulação frente aos desafios interpostos, considerando a pluralidade dos diferentes segmentos sociais do país.

O movimento de escrita foi coletivo, e cada autor(a) foi responsável por elaborar, direcionar e agrupar as informações por capítulo. Devido à amplitude relacionada à interdisciplinaridade na área da saúde, sobretudo no âmbito das patologias relacionadas à mulher e à gestante; assim como saúde mental; pandemia; estigmas; violência doméstica e obstétrica; direito a saúde; política de atenção integral; maternidade; assim como padrões de imagem corporal; atividade física e envelhecimento, a iniciativa da obra torna-se relevante à medida que viabiliza um conjunto de informes provenientes e implementados a partir de ampla pesquisa bibliográfica, contribuindo para direcionar o estudo acadêmico e profissional atualizado.

Trata-se, portanto, dos principais conceitos da temática em tela que, certamente, serão de grande valia a você e aos demais profissionais das diversas áreas que atuam como ativadores do processo educacional, social, de organização da assistência integral à saúde da mulher em suas equipes, unidades de saúde, instrumentalizados por linhas de cuidados e protocolos.

Nesse sentido, de um modo ou de outro, os pesquisadores desta obra, sob diferentes perspectivas, apontam o papel da mulher dado às diferentes dimensões

que direta e indiretamente reconhecem o direito, a educação e a saúde como estratégias na construção de um Brasil mais humano.

Cumprimentar e agradecer aos autores é o que nos resta fazer, pela iniciativa de uma abordagem tão profícua e pela publicação tão importante a todos os profissionais que atuam na área da saúde e afins, encorajando-nos a perseverar nos esforços, como uma ferramenta indispensável à construção de um futuro melhor.

Que este trabalho compartilhado possa trazer outras ideias, pesquisas e ações.

Boa leitura a todos.

Os organizadores

1. Violência doméstica contra mulher: uma análise histórica, seu impacto biopsicossocial e mecanismos de proteção

Luciana de Oliveira Fumian Brasil¹

Braulio Brasil de Almeida²

Fernanda Castro Manhães³

Considerações iniciais

De início, cumpre ser destacado que a violência contra as mulheres, englobada no popular conceito de violência doméstica, é fruto de um patriarcado de história milenar, cuja concepção remonta ao nascimento dos indivíduos, distinguindo-os entre meninos e meninas.

-
1. Mestrado em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá (UNESA). Especialização em Farmacologia Clínica pelo Instituto Ethos Farma - ES. Graduação em Farmácia pela Universidade Iguazu (UNIG). Docente da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC), Bom Jesus do Itabapoana, e da Universidade Iguazu (UNIG), Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: lucianafumian@gmail.com
 2. Mestre em Ciências das religiões pela Faculdade Unida de Vitória. Pós-graduado em Direito Constitucional com formação para o Magistério Superior pela Universidade Anhanguera - UNIDERP. Docente da FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: brauliobrasillalmeida@gmail.com
 3. Pós-doutora e mestra em Cognição e Linguagem, pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF), Doutora em Educação pela UAA, revalidação pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Graduada em Pedagogia e Educação Física. Avaliadora Institucional de Cursos INEP/MEC. Diretora Acadêmica da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC). E-mail: castromanhaes@gmail.com

Os estudos acerca dos povos e das culturas mais antigas demonstram que as mulheres sempre foram relegadas a um plano inferior em relação aos indivíduos do sexo masculino. Isso pode ser demonstrado, historicamente, na figura da primogenitura, que somente era concedida ao filho, do sexo masculino, mais velho. Ou seja, a figura do sexo feminino era deixada à margem das construções sociais, exercendo a condição de verdadeiras figurantes.

Tal fato, pode-se acrescentar, deve-se ainda à questão do modo de partir da referência da virilidade, na qual as vontades são impostas pela lei da força e da agressividade, sendo essa, segundo Corbin (2013), uma construção social imposta aos homens desde a tenra idade, por meio de um sistema de representações e valores que caracterizam o homem viril a partir daquele indivíduo que irradia coragem, força, controla as emoções etc., assim como governa as situações, inclusive as mulheres.

Pode-se dizer, assim, que a grandeza atrelada aos indivíduos do sexo masculino gerou uma cortina de fumaça voltada a justificar a criada dominação, contribuindo, à sua medida, para o crescimento de atos violentos voltados a confirmar essa aludida superioridade.

Como mencionado alhures, historicamente, a relação de gênero foi marcada por desigualdade de todas as espécies, isto é, sociais, políticas, econômicas e, notadamente, culturais. Vale dizer que tais desigualdades contribuíram para a supremacia do masculino sobre o feminino, desencadeando, por conseguinte, o uso da violência para manter essa construída proeminência.

Não se pode negar, ainda, que o direito foi derivado de relações privadas, decorrente de costumes enraizados nos ambientes familiares, os quais eram marcados, sobremaneira, pelas crenças religiosas. Nesse sentido, menciona Coulanges (2009), que o direito privado foi constituído antes do direito público, sendo que, nos ambientes domésticos, o posto de chefe da família era ocupado pelo pai, isto é, pelo homem, ao passo que à mulher não era dada aptidão para os atos da vida religiosa e civil, ficando, dessa forma, relegada a um plano inferior. Acrescente Coulanges (2009), também, que, nos sistemas de direito romano, grego, hindu, os quais derivam das crenças religiosas, há um consenso em considerar a mulher como menor.

Nessa toada, percebe-se que tais visões acerca da mulher continuaram vigentes com o decorrer do tempo, sendo que, em alguns momentos da história, mormente entre os séculos XII a XVII, o sistema religioso cristão atribuía a ela uma espécie de mal no mundo, ou seja, uma fonte de pecado (PRIORE, 2011).

Sendo assim, ocupando um lugar em que se considera haver uma nascente de mal, o uso da violência contra ela não foi socialmente repudiado, haja vista a premissa da necessidade de regular o comportamento, fato que se perpetuou ao longo do tempo.

Assim, percebe-se a replicação de concepções e de comportamentos no decorrer da história, pois hodiernamente esse modelo ainda possui significativa relevância. Tal fato se percebe, pode-se dizer, com a descoberta, pelos pais, do sexo do bebê. A partir daí, uma série de escolhas pelo e para o filho surgem. Ou seja, para os meninos, são realizadas pinturas azuis nos quartos. A eles, desde cedo, é ensinado que homem não é frágil, não pode ser sensível, dentre outras construções. Às meninas, por seu turno, é ensinado que mulher deve ser sensível, frágil, submissa, com direito de chorar livremente.

Verifica-se, assim, nos padrões heteronormativos, o surgimento da violência, pois a perpetuação da supervalorização do masculino sobre o feminino enseja a crença do uso da violência para a “manutenção do poder”. Entretanto os Tratados Internacionais e a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 sustentam que, mesmo sendo diferentes biologicamente, mulheres e homens são idênticos em obrigação e, certamente, em direitos. Ademais, é uníssona a afirmação, seja nas normas legais internas ou internacionais, que a violência contra a mulher é uma grave violação aos direitos humanos.

Diante desse cenário, cuja gênese remonta aos primórdios da humanidade, até hoje, quando os comportamentos agressivos e discriminatórios contra as mulheres são replicados, mostrou-se imperiosa a construção de uma rede de proteção às pessoas do sexo feminino, desde à criação de leis destinadas a reprimir comportamentos violentos, até outras que reforçam a igualdade de gênero entre os indivíduos.

Isso porque, cabe ser registrado, a violência doméstica contra a mulher deixa marcas incalculáveis, com consequências que vão de lesões físicas a abalos psicológicos que, em muitos casos, nunca serão sanados. É nesse contexto que passamos a analisar o tema, destacando algumas sequelas decorrentes do comportamento violento contra as mulheres.

Consequências da violência doméstica

Muito se tem discutido atualmente acerca da violência doméstica. Ao longo dos anos, foram criados mecanismos e todo um sistema de atendimento especializado às vítimas. Contudo, apesar do crescimento dos serviços de apoio às mulheres violentadas, a demanda por tais aparelhos não diminuiu⁴.

Verifica-se exatamente o contrário. A maioria das pessoas do sexo feminino analisada pelo Senado Federal, em 2015, acreditava que a violência tinha aumentado nos últimos anos. O percentual girava em torno de 63% das mulheres⁵.

Outro dado importante levantado pelo DataSenado – pesquisa realizada a cada dois anos, com a população feminina brasileira com acesso a telefone fixo – é que aproximadamente uma em cada cinco brasileiras já sofreu algum tipo de violência doméstica ou familiar ao longo da vida⁶.

É preciso explicitar que o fenômeno da violência doméstica é multifacetado e interfere na vida das mulheres, em diferentes esferas, como qualidade de vida, saúde psicológica, ocupação profissional e convívio social. As consequências da violência contra a mulher vão muito mais além de possíveis marcas físicas deixadas no corpo das vítimas.

De acordo com o Banco Mundial, a violência sofrida pelas mulheres, dentro de suas casas, era responsável por um em cada cinco dias de falta ao trabalho. Outros estudos mostram, ainda, que 11% das brasileiras com 15 anos ou mais já foram espancadas⁷.

-
4. SILVA, L. L. et al. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n.21, p. 93-103, jan./abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v11n21/v11n21a09.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2020.
 5. SENADO FEDERAL. Violência doméstica e familiar contra a mulher. **Secretaria de Transparência**, p. 4, ago. 2015. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/relatorios/pesquisa-datasenado-2015-relatorio-e-tabelas-descriptivas>. Acesso em: 3 jun. 2020.
 6. SENADO FEDERAL. Violência doméstica e familiar contra a mulher. **Secretaria de Transparência**, p. 5, ago. 2015. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/relatorios/pesquisa-datasenado-2015-relatorio-e-tabelas-descriptivas>. Acesso em: 3 jun. 2020.
 7. RIBEIRO, C. G.; COUTINHO, M. L. L. Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. **Psicologia e Saúde**, p. 77, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/windows/Documents/Jobs/2020/Cap%C3%ADtulo%20Livro%20Br%C3%A1ulio/arquivototal.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2020.

Ao verificar que, na América Latina, a violência doméstica acomete 25-50% das mulheres; que uma mulher que sofre violência doméstica geralmente ganha significativamente menos do que uma que não vive em situação de violência; e que o dispêndio com a violência doméstica varia entre 1,6-2% do Produto Interno Bruto (PIB) de um país, fica evidente que a violência contra a mulher foge do contexto familiar e pessoal, atingindo toda a coletividade e desestruturando a malha social⁸.

Da mesma forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a violência doméstica como questão de saúde pública que atinge majoritariamente as mulheres, afetando sua integridade física e emocional. O ciclo vicioso em que ocorrem as agressões sobrecarrega os serviços de saúde e conseqüentemente encarece os custos nessa área⁹.

Dentre as cinco formas de violência doméstica (física, psicológica, sexual, patrimonial e moral) previstas no Artigo 7º da Lei nº 11.340 de 2006 – Lei Maria da Penha – a violência física é a mais perceptível, por deixar vestígios no corpo da vítima, sendo indispensável o exame de corpo de delito para elucidação dos crimes.

À guisa de exemplo, cumpre-nos trazer relevante dado sobre o tema coletado em cidade do interior do estado de São Paulo. Conforme pesquisa feita na Delegacia da Mulher da cidade de Araçatuba/SP, durante os meses de agosto, setembro e outubro de 2003, foram analisados inquéritos policiais relacionados aos crimes de lesão corporal e maus-tratos, praticados no contexto da violência doméstica. Tais agressões se apresentaram de diversas formas: socos, chutes, tapas, violência sexual, entre outros¹⁰.

Foi constatado que as lesões decorrentes de violência doméstica, nessa localidade, em sua maioria, deram-se na região da cabeça e do pescoço, preponderando em 30% dos casos; seguidos pelos membros superiores, em 24,4%; membros

8. FONSECA, D. H.; RIBEIRO, C. G.; LEAL, N. S. B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 307-314, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000200008. Acesso em: 2 jun. 2020.

9. FONSECA, P. M.; LUCAS, T. N. S. **Violência doméstica contra mulher e suas conseqüências psicológicas**. Salvador: 2006, p. 11. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/152.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2020.

10. GARBIN, et al. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2567-2573, dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2006.v22n12/2567-2573/pt/>. Acesso em: 02 jun. 2020.

inferiores, em 23,3%; e tronco, em 16,7%, respectivamente. O principal agente utilizado pelo agressor para atacar a vítima foi classificado como contundente. Mais precisamente, esse foi o agente causador das lesões verificado em 60,6% dos laudos médicos estudados¹¹.

Essa “preferência” do agressor em atingir o rosto da mulher pode ser explicada pela natureza simbólica da humilhação, bem como a possível intenção de tornar visível a lesão e, com isso, prejudicar um atributo muito valorizado socialmente, que é a beleza feminina. Já os dados referentes às lesões nos membros superiores, como nas mãos e braços, podem ser resultado de um comportamento defensivo da vítima, ao tentar proteger a face dos golpes sofridos¹².

No entanto, como já mencionado, a violência contra a mulher causa diversos outros prejuízos à saúde e à qualidade de vida das vítimas, trazendo sequelas que podem perdurar por anos a fio. As consequências decorrentes de tal violência põem em risco a integridade física e psicoemocional das mulheres violentadas.

No Centro de Referência e Atendimento à Mulher em Situação de Violência Doméstica (CR Mulher), no Rio de Janeiro, foi realizada uma pesquisa, em 2012, a qual consistia na entrevista individual de mulheres atendidas no CR Mulher. Da análise dos dados, surgiram quatro ideias centrais referentes aos efeitos da violência, de acordo com o relato das vítimas¹³. A primeira ideia central quanto às consequências foi:

Meu sono não é tranquilo, acordo várias vezes à noite. Sinto desgaste, estou cansada, meu corpo está dolorido. Quando ele [o companheiro] me agrediu fiquei quatro dias sem comer, e tinha que amamentar meu filho. Me sinto fraca e sem energia. Emagreci, tenho prisão de ventre e dor de barriga.

-
11. GARBIN, et al. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2571, dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2006.v22n12/2567-2573/pt/>. Acesso em: 02 jun. 2020.
 12. GARBIN, et al. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2572, dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2006.v22n12/2567-2573/pt/>. Acesso em: 02 jun. 2020.
 13. NETTO, L. A.; MOURA, M. A. V.; QUEIROZ, A. B. A.; TYRRELL, M. A. R.; PASTOR BRAVO, M. del M. Violência contra mulher e suas consequências. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n. 5, p. 458-64, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0458.pdf. Acesso em: 02 jun. 2020.

A segunda ideia consistiu em:

As agressões me deixam nervosa e como muito, estou fora do meu peso, não consigo parar de engordar. Fiquei com hematomas nos braços. Quando ele [o companheiro] tentou me enforcar fiquei com marcas no pescoço. Ele me chutou e tive marcas roxas nas costas. Ele me deixou toda ensanguentada e fiquei um tempo internada. Voltei a fumar, era uma coisa que eu não queria.

A terceira ideia central acerca das consequências:

Fui me aniquilando, me odiava. Sentia que não servia pra nada e falava pra mim mesma, 'pra quê sirvo se não consigo fazer o meu esposo gostar de mim?'. As marcas psicológicas são as piores, a gente se sente incapaz e impotente. Você não quer mostrar para os outros que está passando pela violência. A gente fica muito perturbada com as palavras ruins que o nosso companheiro diz. Sinto uma baixa autoestima.

A quarta Ideia Central em relação às consequências é assim descrita:

Quando ele [o companheiro] falava que ia fazer algum mal com os meus parentes eu ficava doida, a mim ele podia até me matar. Meu maior arrependimento foi ter parado de trabalhar. Perdi a confiança nos homens e acho que todos vão fazer a mesma coisa e me distancio. Perdi o interesse por tudo, não me cuidava e não saía de casa. Ficava trancada no meu quarto e não queria ver e nem falar com ninguém.

Na supracitada pesquisa, o comprometimento da saúde da mulher caracterizou-se por distúrbios do sono e repouso, desgaste físico, sensação constante de cansaço, alimentação inadequada, fraqueza, falta de energia e distúrbios do trato intestinal. As sintomatologias resultantes das violências foram detectadas como insônia, cefaleia, fadiga, constipação, emagrecimento, entre outros. Os efeitos ocorrem, principalmente, em razão da repetição das agressões¹⁴.

14. NETTO, L. A.; MOURA, M. A. V.; QUEIROZ, A. B. A.; TYRRELL, M. A. R.; PASTOR BRAVO, M. Del M. Violência contra mulher e suas consequências. *Acta Paul Enferm.*, v. 27, n. 5, p. 458-64, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0458.pdf. Acesso em: 2 jun. 2020.

As participantes expuseram, também, que sofreram lesões como hematomas, escoriações, luxações e lacerações. Quanto aos processos de doença, respostas inflamatórias e imunológicas, as vítimas descreveram dores pelo corpo, obesidade, síndrome do pânico, crises de gastrite e úlcera¹⁵.

Dentre os malefícios de vivência, destacaram-se: mutilações, fraturas, dificuldades ligadas à sexualidade e complicações obstétricas. A violência também leva a um aumento no risco de acidentes e ao hábito de fumar. As mulheres violentadas comumente fazem uso de medicamentos em excesso, como antibióticos e anti-inflamatórios¹⁶.

Os efeitos pessoais da violência doméstica encontrados no mesmo estudo foram sentimentos de aniquilação, tristeza, desânimo, solidão, estresse, baixa autoestima, incapacidade, impotência, ódio e inutilidade. No que diz respeito à saúde mental das vítimas, os resultados obtidos foram: irritabilidade, autoestima diminuída, insegurança profissional, tristeza, solidão, raiva, falta de motivação, dificuldades de relacionamento e desejo de sair do trabalho¹⁷.

Compulsando detidamente os resultados encontrados, resta patente o comprometimento da conservação da integridade da mulher vítima de violência doméstica. Os dados mostram diversos distúrbios físicos e psicológicos acarretados pela vivência da agressão dentro do espaço familiar e doméstico.

Para Casique e Furegato (2006), as consequências da violência doméstica contra mulheres estariam subdivididas em três grupos, a saber: físicas, sexuais e psicológicas. As consequências físicas seriam:

[...] lesões abdominais, torácicas, contusões, edemas e hematomas, síndrome de dor crônica, invalidez, fibromialgias, fraturas, distúrbios gastrointestinais, ce-

15. NETTO, L. A.; MOURA, M. A. V.; QUEIROZ, A. B. A.; TYRRELL, M. A. R.; PASTOR BRAVO, M. Del M. Violência contra mulher e suas consequências. *Acta Paul Enferm.*, v. 27, n. 5, p. 462, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0458.pdf. Acesso em: 2 jun. 2020.

16. NETTO, L. A.; MOURA, M. A. V.; QUEIROZ, A. B. A.; TYRRELL, M. A. R.; PASTOR BRAVO, M. Del M. Violência contra mulher e suas consequências. *Acta Paul Enferm.*, v. 27, n. 5, p. 462, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0458.pdf. Acesso em: 2 jun. 2020.

17. NETTO, L. A.; MOURA, M. A. V.; QUEIROZ, A. B. A.; TYRRELL, M. A. R.; PASTOR BRAVO, M. Del M. Violência contra mulher e suas consequências. *Acta Paul Enferm.*, v. 27, n. 5, p. 462-463, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0458.pdf. Acesso em: 2 jun. 2020.

faléias, dor abdominal, síndrome do intestino irritável, queimaduras, lacerações e escoriações, dano ocular, funcionamento físico reduzido, fadiga crônica, mudanças bruscas de peso.

Já as consequências sexuais e/ou reprodutivas resultantes da situação de violência seriam:

[...] distúrbios ginecológicos, fluxo vaginal persistente, sangramento genital, infertilidade, doença inflamatória pélvica crônica, complicações na gravidez, aborto espontâneo, disfunção sexual, doenças sexualmente transmissíveis, inclusive HIV/AIDS, aborto sem segurança, gravidez indesejada, retardo no desenvolvimento intra-uterino, morte fetal e materna.

Quanto às sequelas psicológicas e comportamentais da violência doméstica, foram elencadas as seguintes:

[...] abuso de álcool e drogas, depressão, ansiedade, distúrbios da alimentação e do sono, sentimentos de vergonha e culpa, fobias e síndrome de pânico, inatividade física, baixa auto-estima, distúrbios de estresse pós-traumático, tabagismo, comportamentos suicidas e autoflagelo, comportamento sexual inseguro.

É preciso enfatizar, por necessário, que a violência sofrida pelas mulheres, dentro do ambiente familiar, não somente as atinge. A situação de abuso gera riscos a toda a família, como aos filhos. Ao presenciar violência dentro da própria casa, aumenta-se a possibilidade de as crianças desenvolverem algum distúrbio, como depressão, ansiedade e transtornos de conduta. Sem contar os atrasos cognitivos no desenvolvimento dos infantes. Outro risco comum é a grande probabilidade de as crianças que presenciam tal violação se tornarem vítimas ou agressores no futuro. E, desse modo, o ciclo de violências perpetua-se¹⁸.

Cabe ser trazida mais uma questão importante sobre o tema, isto é, manifestação e percepção da mulher em relação ao agressor. Um estudo realizado em 2010, na Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher da cidade de João

18. CASIQUE L. C., FUREGATO A. R. F. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Rev. Latino-am. de Enfermagem**, São Paulo, USP, v. 14, n. 6, nov./dez. 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421865018.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2020.

Pessoa/PB, analisou, entre outros aspectos, como a vítima percebia seu agressor de formas contraditórias, haja vista que, na maioria dos casos, tratava-se de seu companheiro íntimo. Algumas o descreviam como “covarde”, “canalha” e “doente”, contudo o que se destaca aqui é que muitas descreveram os agressores como “pessoa boa”, “pessoa ótima”, “pessoa muito simpática, alegre, extrovertida”¹⁹.

Essa visão um tanto confusa sobre seus agressores pode ser a explicação para o ciclo violento perdurar por tanto tempo. Até que a vítima perceba efetivamente a situação degradante em que vive, ela mantém-se num estado de negação da realidade.

Tal observação pode ser demonstrada pela pesquisa anteriormente citada, realizada pelo Senado Federal. Conforme analisado, a proporção de mulheres que declararam já ter sofrido agressão é de 18%. Porém o percentual de mulheres que afirmaram conhecer alguma mulher que já tenha sofrido agressão, em 2015, é de 56%²⁰.

Ora, se 56% das brasileiras conhecem outra mulher que sofreu algum tipo de violência doméstica, o percentual de mulheres que declararam já ter sofrido do mesmo problema deveria estar mais próximo daquele e não se limitar aos 18%. Esses dados demonstram que a vítima tem dificuldade de identificar a situação em que vive como violência familiar.

A negação do problema pelas vítimas pode ser atribuída à repressão, bem como pode ocorrer devido às experiências traumáticas causadas pelo terrorismo sexista e pela violência física e psicológica sofrida por elas. Dada a relutância em reconhecer o parceiro como agressor, o ciclo violento mantém-se dentro do lar²¹.

No contexto da violência doméstica e familiar, a pior das consequências é o feminicídio. É notório que tão grave agressão não se dá repentinamente. Vê-se,

19. FONSECA, D. H.; RIBEIRO, C. G.; LEAL, N. S. B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 307-314, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000200008. Acesso em: 2 jun. 2020.

20. SENADO FEDERAL. Violência doméstica e familiar contra a mulher. **Secretaria de Transparência**, p. 5, agosto de 2015. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/relatorios/pesquisa-datasenado-2015-relatorio-e-tabelas-descritivas>. Acesso em: 3 jun. 2020.

21. SILVA, L. M. **Feminicídio no código penal brasileiro**: consequências da violência doméstica e familiar e o direito de punir estatal. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – UniEvangélica, Anápolis, 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/8623/1/TCC%20VERS%C3%83O%20FINAL.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2020.

no entanto, uma cumulação de todas as demais formas de violência contra mulher ao longo do tempo, chegando a tal fatalidade.

O feminicídio em si é conceituado como a morte de mulheres pelo simples fato de serem mulheres. Cabe ser ressaltado que nem todo feminicídio decorre de uma relação doméstico-familiar, mas sim de conflito de gênero²².

Essa conceituação de feminicídio abrange as mortes de mulheres provocadas por mutilação, estupro, espancamento, bem como as que decorrem de contextos culturais, haja vista a perseguição e a morte das bruxas na Europa e as imolações de noivas e viúvas na Índia, por exemplo²³.

Porém se deve destacar que o assassinato intencional de mulheres se dá, em sua grande maioria, dentro do contexto familiar. Portanto a expressão máxima da violência doméstica contra a mulher é o óbito, eis que esses crimes são geralmente praticados por maridos, companheiros, pais ou padrastos²⁴.

Diante desse contexto, necessária e forçosa foi a construção de mecanismos de protetivos às pessoas do sexo feminino. Assim, muitos movimentos foram cruciais para a construção de um arcabouço normativo de proteção às mulheres, dentre os quais se pode destacar o movimento feminista, cuja significação foi marcada pelo intuito de reprimir práticas sociais discriminatórias que debelavam as mulheres, tolhendo-lhes direitos e impedindo-lhes de exercer diversos papéis na sociedade (STF, 2019).

Evolução legislativa de proteção à mulher no Brasil

É inegável a transformação experimentada por todos os setores da sociedade ao longo do tempo, razão pela qual, com o fito de acompanhar essas mudanças,

22. SILVA, L. M. **Feminicídio no código penal brasileiro**: consequências da violência doméstica e familiar e o direito de punir estatal. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – UniEvangélica, Anápolis, 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/8623/1/TCC%20VERS%C3%83O%20FINAL.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2020.

23. SILVA, L. M. **Feminicídio no código penal brasileiro**: consequências da violência doméstica e familiar e o direito de punir estatal. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – UniEvangélica, Anápolis, 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/8623/1/TCC%20VERS%C3%83O%20FINAL.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2020.

24. SILVA, L. M. **Feminicídio no código penal brasileiro**: consequências da violência doméstica e familiar e o direito de punir estatal. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – UniEvangélica, Anápolis, 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/8623/1/TCC%20VERS%C3%83O%20FINAL.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2020.

o Direito precisou se adaptar aos novos tipos de relações para responder à altura às novas demandas surgidas no seio das comunidades. Nessa trilha, os crescentes conflitos decorrentes de agressões a mulheres devem ser respondidos com severidade pelo Poder Judiciário.

Cabe registrar, ainda, o inolvidável caráter transformador que o movimento feminista exerceu sobre as instituições sociais, estabelecendo, em sua conotação, um novo paradigma cultural, marcado pela afirmação e pelo reconhecimento em favor das mulheres, garantindo-lhes a detenção de básicos direitos repousados sobre a essencial igualdade de gênero²⁵.

Em que pese haver ocorrido significativa evolução legislativa no tocante à proteção às mulheres, insta ser registrado que muitas normas jurídicas que foram editadas não mostravam eficácia quanto ao seu objeto, eis que muitas delas se voltaram a reforçar um lugar subalterno das mulheres em relação aos homens. Pasinato, acerca do tema, menciona que: “Fatores históricos e culturais que consideram a violência um assunto privado, naturalizam suas práticas e responsabilizam as mulheres tanto pelas causas da violência quanto pelas consequências de suas denúncias”²⁶.

A desigualdade sociocultural, assim como a histórica, entre mulheres e homens, podem ser caracterizadas como um dos motivos para a violência, em face do sexo feminino. Sendo assim, há a necessidade de intervenção do poder público, por meio de políticas judiciais e públicas, a fim de conter a citada violência e, ainda, de responsabilizar os seus autores. Ou seja, os Estados devem construir leis que assegurem direitos aos seus indivíduos, independentemente do gênero, além de criar mecanismos que possibilitem aos seus cidadãos exercerem referidos direitos, bem como acionar o sistema jurídico para protegê-los.

A evolução tecnológica e a elevada globalização, dentre outros fatores, fizeram com que o tema ganhasse cada vez mais espaço na esfera pública, dando visibilidade à coletividade do que, na maioria dos casos, ocorria em oculto. Esses fatos demandaram uma intervenção estatal voltada a coibir esses crimes, assim como à assimetria de gênero, mesmo de forma deficitária.

25. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Proteção da mulher**: jurisprudência do STF e bibliografia temática. Brasília: STF, 2019. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/publicacaoPublicacaoTematica/anexo/Protecao_da_Mulher.pdf. Acesso em: 04 jun. 2020.

26. PASINATO, Wânia. Acesso à justiça e violência doméstica e familiar contra as mulheres: as percepções dos operadores jurídicos e os limites para a aplicação da Lei Maria da Penha. **Revista Direito GV**, v. 11, n. 2, São Paulo, p. 407-428, 2015.

No tocante à construção de legislações marcada pela desigualdade de gênero, cumpre ser trazido à baila o Código Penal de 1890, no qual havia isenção de pena aos homens que assassinavam suas mulheres e justificavam o nefasto ato por estarem em circunstância de perturbação da mente no momento do cometimento do delito, levando a serem tratados como inimputáveis. A paixão, como conhecida, era uma dessas causas de perturbação da mente, o que legitimava os chamados crimes passionais. O mesmo tratamento não era dado às mulheres, denotando, claramente, a discriminação.

Consoante mencionado alhures, voltado a combater disparidades legislativas como a acima descrita, o movimento feminista da década de 1970 pode ser caracterizado como um dos marcos na luta pela igualdade de gênero. Aliado a isso, pode ser destacado o processo de redemocratização do Brasil na década de 80, acentuando, assim, a mobilização e a participação da sociedade civil no debate sobre a proteção dos direitos humanos²⁷.

Na mesma trilha, em 1985 foi criado o Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNDM), tendo significativo papel no ano de 1987, durante a constituinte, com o conhecido *lobby* do batom, o qual foi fundamental para sensibilizar os parlamentares na inclusão de normas voltadas à dignidade da mulher, dentre as quais se destaca o Artigo 5º, caput, da CRFB/1988, que assegura serem iguais, perante a lei, homens e mulheres.

Entretanto, até a Lei nº 11.340/2009, não existia, no Brasil, norma específica sobre a violência doméstica. A tais casos, eram aplicadas as disposições da Lei nº 9.099/95, Lei dos Juizados Especiais Criminais, tratando os casos de violência conjugal como delitos de menor potencial ofensivo. Pode-se dizer que a Lei dos Juizados Especiais não atendia às demandas das mulheres que eram violentadas, eis que aplicava aos delitos medidas despenalizadoras, não punindo, dessa forma, os agressores.

Sedimentando o tema, em 2006, foi promulgada a Lei nº 11.340, a qual disciplina especificamente sobre crimes de violência doméstica contra as mulheres. A Lei é conhecida como Lei Maria da Penha, em homenagem a Maria da Penha Maia Fernandes, que sofrera duas tentativas de homicídio por seu então marido.

27. CHAVES, Elisiane Medeiros. “[...] **eu quebrei a pau, chutei, arrosei os dois olhos, eu gostava tanto dela, não era pra ter feito aquilo comigo**”: narrativas de réus julgados por violência doméstica na comarca de Pelotas-RS (2011-2018). Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2018, p. 75.

A referida norma é um marco no enfrentamento à violência praticada em face da mulher no ambiente doméstico-familiar, eis que proíbe a aplicação de medidas despenalizadoras em crimes praticados em razão do gênero, estabelece medidas protetivas em favor das agredidas e, ainda, prevê prisão em caso de descumprimento destas pelos agressores²⁸.

Percebe-se, dessa feita, que a novel legislação possibilitou e ainda possibilita o desaparecimento, mesmo que de maneira gradual, da diferenciação de gênero impregnada no seio da sociedade brasileira, haja vista ter dado visibilidade e publicidade à violência perpetrada pelos agressores do sexo masculino em face das mulheres.

Chaves (2018), discorrendo sobre a Lei nº 11.340/2006, menciona que:

Sua elaboração foi feita com base em princípios constitucionais e tratados internacionais, conforme é possível observar na leitura do seu artigo 1º, o qual estabelece que a sua finalidade é criar mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do parágrafo oitavo da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil.

É inegável que a Lei nº 11.340/2006 possui falhas e lacunas, as quais, ao longo do tempo, vêm sendo corrigidas e aprimoradas. Entretanto, mais uma vez, é necessário destacar o marco por ela causado em nossa história recente, delimitando o avanço na luta pela igualdade de direitos.

Os mecanismos de proteção tutelados pela Lei Maria da Penha visam não só a coibir os casos de violência doméstica, que, a nosso sentir, seria o objetivo primário da norma, mas também a minorar as consequências das agressões que não puderam ser evitadas, seja pelas medidas protetivas a serem aplicadas em favor da ofendida até aos acompanhamentos psicossociais existentes.

28. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm. Acesso em: 05 jun. 2020.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico baseado na análise de dados secundários acerca da violência doméstica contra a mulher, por meio de uma análise histórica, evidenciando seu impacto biopsicossocial nessas vítimas, bem como a legislação existente, que serve como mecanismo de proteção. Esta pesquisa se baseia no acervo bibliográfico para o qual será utilizada a temática abordada tendo, como fontes, os periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), bases referenciais de domínio público, sítios eletrônicos do Governo Federal, busca textual e comunidades acadêmicas, visando uma vasta gama de informações que atendam os objetivos propostos. Como critério de inclusão, foram analisados apenas os dados referentes à violência praticada em âmbito doméstico-familiar, em território nacional.

Tal critério de inclusão está baseado não apenas no objetivo de avaliar os problemas inerentes à agressão doméstica no Brasil, mas, também, na correlação dessa com o prejuízo experimentado pelas ofendidas.

Considerações finais

No tocante à trajetória histórica da violência doméstica praticada contra o sexo feminino, observa-se um fluxo marcado pela sociedade patriarcal, machista, que acredita no pilar masculino como detentor de toda e qualquer forma de autoridade, utilizando-se, para isso, em muitos casos, de atos agressivos.

Nesse espeque, é possível perceber que a mulher sempre foi relegada a um plano inferior na sociedade, eis que, desde os primórdios das civilizações, ela não ocupava lugar na esfera sociocultural. Muitas vezes, o próprio arquétipo da sociedade, construído a partir de costumes e crenças religiosas, utilizava os fundamentos dogmáticos para legitimar o comportamento segregacionista.

Diante dessa afirmação de inferioridade do sexo feminino e de comportamentos agressivos, pautados na suposta preservação da virilidade, construiu-se um cenário de legitimidade do uso da força pelos homens, fazendo com que as mulheres sempre fossem alvo de atos hostis, passando pelos físicos, psicoemocionais e sexuais.

Em decorrência das agressões praticadas, observa-se consequências extremamente nefastas às mulheres, as quais passam pelo campo físico, emocional e psicológico. Consequentemente, as vítimas tornam-se pessoas com complexos,

baixa autoestima, medo excessivo, baixa capacidade de rendimento, tornando-as ainda mais excluídas da própria estrutura social.

Com o fito de buscar a igualdade de gênero e lutar pela liberdade da mulher frente à cultura machista impregnada na sociedade brasileira, muitos movimentos foram fundamentais para a conquista de direitos, como o feminismo dos anos 1970. A partir daí, passou-se a dar publicidade às injustas agressões sofridas pelas mulheres, bem como mostrou-se necessária a informação acerca das políticas discriminatórias existentes em desfavor das pessoas do sexo feminino.

Assim, na própria Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, houve a garantia, como direito fundamental, da igualdade entre homens e mulheres perante a lei e em relação aos direitos. Além disso, no ano de 2006, ocorreu a promulgação da Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, sendo essa um marco específico na proteção das mulheres, frente à violência praticada no âmbito doméstico-familiar.

A novel legislação trouxe mecanismos de proteção, a exemplo das medidas protetivas, bem como medidas repressivas, dentre as quais se destaca a possibilidade de prisão dos agressores que desrespeitem as determinações judiciais de proteção.

É sabido que, ao longo dos anos, com a inserção da mulher no mercado de trabalho e com suas lutas e conquistas em prol de uma sociedade mais igualitária, com maior independência tanto emocional, quanto financeira, esse cenário vem mudando, mas o número de violência sofrido por essas vítimas ainda é alarmante.

Muito homens não conseguem lidar com esse bem-estar feminino, com o empoderamento e com essa busca incansável pelo destaque do papel da figura feminina na sociedade, e, acabam, de alguma forma, até mesmo através da brutalidade, do uso da força física, tentando abafar essas guerreiras.

Desse modo, o impacto dessa violência é devastador não apenas para as agredidas, mas, também, para todo o contexto familiar. Absenteísmo, baixa produtividade laboral e transtornos psicológicos são alguns dos inúmeros distúrbios psíquicos e comportamentais desenvolvidos pelas vítimas e que impactam diretamente na vida de seus filhos.

Assim, torna-se imprescindível a adoção de políticas públicas que contemplem a real necessidade de proteção dessas mulheres, visto que as medidas existentes ainda são falhas e não garantem a totalidade da reabilitação e da retomada do curso natural da sua vida.

Referências

- CASIQUE, L. C.; FUREGATO, A. R. F. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Rev. Latino-am. de Enfermagem**, São Paulo, USP, v. 14, n. 6, nov./dez. 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421865018.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2020.
- CHAVES, Elisiane Medeiros. “[...] **eu quebrei a pau, chutei, arroxeei os dois olhos, eu gostava tanto dela, não era pra ter feito aquilo comigo**”: narrativas de réus julgados por violência doméstica na comarca de Pelotas-RS (2011-2018). Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2018.
- CORBIN, Alain. **História da virilidade. 2. O triunfo da virilidade: o século XIX**. Petrópolis: Vozes, 2013.
- CORBIN, Alain. **História da virilidade. 3. A virilidade em crise? Séculos XX - XXI**. Petrópolis: Vozes, 2013.
- COULANGES, Fustel de. **A cidade antiga**. São Paulo: Martin Claret, 2009.
- FONSECA, D. H.; RIBEIRO, C. G.; LEAL, N. S. B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 307-314, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000200008. Acesso em: 2 jun. 2020.
- FONSECA, P. M.; LUCAS, T. N. S. **Violência doméstica contra mulher e suas consequências psicológicas**. Salvador, 2006. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/152.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2020.
- GARBIN, *et al.* Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2567-2573, dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2006.v22n12/2567-2573/pt/>. Acesso em: 2 jun. 2020.
- BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, [2006]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 28 jan. 2021.
- NETTO, L. A.; MOURA, M. A. V.; QUEIROZ, A. B. A.; TYRRELL, M. A. R.; PASTOR BRAVO, M. del M. Violência contra mulher e suas consequências. **Acta Paul. Enferm.**, v. 27, n. 5, p. 458-464, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0458.pdf. Acesso em: 02 jun. 2020.
- PASINATO, Wânia. Acesso à justiça e violência doméstica e familiar contra as mulheres: as percepções dos operadores jurídicos e os limites para a aplicação da Lei Maria da Penha. **Revista Direito FGV**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 407-428, 2015.

- PRIORI, Mary Del. **Histórias íntimas**: sexualidade e erotismo na história do Brasil. São Paulo: Planeta do Brasil, 2011.
- SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Proteção da mulher**: jurisprudência do STF e bibliografia temática. Brasília: STF, 2019. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/publicacaoPublicacaoTematica/anexo/Protecao_da_Mulher.pdf. Acesso em: 28 jan. 2021.
- RIBEIRO, C. G.; COUTINHO, M. L. L. Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. **Psicologia e Saúde**, p. 77, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/windows/Documents/2020/Cap%C3%ADtulo%20Livro%20Br%C3%A1ulio/arquivototal.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2020.
- SENADO FEDERAL. Violência doméstica e familiar contra a mulher. **Secretaria de Transparência**, p. 5, agosto de 2015. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/relatorios/pesquisa-datasenado-2015-relatorio-e-tabelas-descritivas>. Acesso em: 3 jun. 2020.
- SILVA, L. L. *et al.* Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n. 21, p. 93-103, jan./abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v11n21/v11n21a09.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2020.
- SILVA, L. M. **Feminicídio no código penal brasileiro**: consequências da violência doméstica e familiar e o direito de punir estatal. Trabalho de Conclusão de Curso – UniEvangélica, Anápolis, 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/8623/1/TCC%20VERS%C3%83O%20FINAL.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2020.

2. Considerações sobre a violência obstétrica e a violação dos direitos humanos

Maria Eliza Guimarães Tavares¹
Evandro Monteiro de Barros Junior²
Mariana Crespo Istoe³

-
1. Pós-graduação em Cirurgia Plena Pélvica (CPP) – Instituto Crispi – Juiz de Fora/MG (atuando). Graduada em Medicina, pela Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes, RJ. Ginecologista/Obstetra da Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes e médica do Hospital Sociedade Portuguesa Beneficência de Campos.
 2. Advogado, professor de Direito e Filosofia. Conciliador e Mediador de Conflitos, no Instituto de Mediação e Arbitragem do Estado do Rio de Janeiro (IMARJ). Mestre em Cognição e Linguagem (Ciências Humanas, Artes e Filosofia), pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF/RJ); especialista em Direito Tributário, pela Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (UNIDERP); especializando em Direito Civil e Processual Civil, pela Faculdade Legale; especializando em Monarquia e Geopolítica, pela The Sovereign Imperial and Royal House of Ghassan. Coordenador do Grupo de Pesquisa Questões de Estado, Direito e outras ciências – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). Membro do Grupo de Pesquisa Interinstitucional de Desenvolvimento Municipal/Regional (GPIDMR) – UENF/Centro Universitário Fluminense (UNIFLU)/CNPQ.
 3. Graduanda em Medicina, no 12º período, pela Universidade Estácio de Sá/RJ; formação em Socorrista, pela Cruz Vermelha Brasileira, Rio de Janeiro/RJ; estagiária em Clínica Médica, desde 2018, no Hospital Municipal Doutor Luiz Palmier, no município de São Gonçalo/RJ, e no Hospital Municipal da Mulher, no município de Cabo Frio/RJ, ano de 2019/2020. E-mail: marianaistoe@gmail.com

Considerações iniciais

Embora seja sabido que o desrespeito feminino ocorra há décadas, no âmbito hospitalar, ocorre em tão igual período. As mulheres buscam amparo e atendimento quanto à sua saúde sexual e reprodutiva, porém o que se observa é que, com o passar do tempo, apesar das informações prestadas e do acesso fornecido, ainda há muito o que ser feito.

A terminologia *violência obstétrica (VO)* é relativamente recente. Pode-se considerar que tal fato ocorre com qualquer ato de violência direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera ou ao seu bebê, praticado durante a assistência profissional, que signifique desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências.

Ao longo dos tópicos, trataremos especificamente sobre Direitos Humanos frequentemente violados em casos que englobam o tema violência obstétrica, tais como: direito à vida, à segurança e à integridade física, bem como liberdade de expressão, de opinião, de pensamento e de direito à informação adequada.

Materiais e métodos

O presente trabalho trata de uma revisão sistemática da literatura e contou com a seleção de trabalhos publicados, em sua maioria, nos últimos 10 anos, sobre o tema abordado e de pesquisas sobre Direitos Humanos, bem como do Supremo Tribunal Federal, no que diz respeito ao referido tema.

Violência obstétrica

Com o intuito de entender com afinco o tema, faz-se necessário desmembrar e conceituar suas palavras-chaves. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) declara, o termo *violência* refere-se ao uso intencional de força física ou de poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.

O termo *disrespect and abuse during childbirth* tem sido internacionalmente utilizado para designar o que, no Brasil, conhecemos como violência obstétrica, violência no parto, violência institucional ou estrutural na atenção ao parto (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002).

Embora o desrespeito recorrente às mulheres que procuram atendimento quanto à sua saúde sexual e reprodutiva venha acontecendo ao longo de décadas, a terminologia *violência obstétrica (VO)* é relativamente recente. De forma clara e simples, tal fato ocorre a qualquer incômoda sofrida pela paciente durante seu atendimento de pré-natal, parto ou até puerpério.

Tesser *et al.* (2015) traz a ideia de que VO é a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, do uso abusivo e sem indicação de medicações artificiais que aceleram o trabalho de parto, interferindo no processo natural. Isso resulta em perda de autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre o próprio corpo e sobre sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (TESSER *et al.*, 2015, p. 30).

Ainda no intuito de esclarecer a abrangência do tema, o relatório final da comissão de inquérito da violência contra mulheres, elaborado pelo Senado Federal (2013), ressalta que os mesmos profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, que deveriam agir em prol da saúde física e mental das pacientes, muitas vezes, são negligentes. Dessa forma, durante o período de vulnerabilidade da gestante, a VO é praticada verbalmente e fisicamente, por meio da não utilização da analgesia necessária ou realizando procedimentos desnecessários.

Pesquisas apontam que aproximadamente 25% das mulheres que são mães já sofreram algum tipo de violência obstétrica. É sabido, também, que se expressa de forma explícita, porém em grande número, de forma velada, o que, por conseguinte, é capaz de gerar traumas emocionais, não somente marcas físicas. Em suas formas mais comuns, estão a coação, a humilhação da paciente, a ofensa e piadas em relação à mulher e à sua situação familiar, bem como às suas características físicas sociais e/ou raça.

Coadunando com esse pensamento, Souza (2014) considera a VO como violência institucional, cuja conexão provém de relações sociais marcadas pelo des-caso com os aspectos humanos do cuidado, da rigidez hierárquica nas relações dos profissionais de saúde com os pacientes, das falhas no processo de comunicação, da mecanização do cuidado, do uso inadequado da tecnologia e do não compromisso dos profissionais com o processo de cuidar.

Ademais, a não permissão para que a mulher decida sua via de parto é, também, considerada uma violência obstétrica. Uma visão cultural é a de que o parto normal é a melhor escolha para mãe e filho. Entretanto, em sua maioria, não

existe um momento de preparação e de informação no que tange cada método – suas vantagens e desvantagens para que a escolha seja feita pela paciente.

De acordo com Silva (2015), o protagonismo do parto é da mulher então, para isso, deve-se ser estimulada a sua autonomia para que ela possa dar continuidade a seu evento que, para muitas, é sublime.

A falta de informação é um forte descritor desse cenário. Muitas pacientes, por desconhecerem o funcionamento do seu corpo, bem como seus direitos como mãe, mulher, ser humano, descrevem como normal as situações a que são expostas.

É sabido que o acesso à informação é uma das vias mais coerentes no que tange a prevenção da VO. Uma estratégia que produz bons resultados é a realização de atendimento humanizado, que possa fortalecer a paciente e seu companheiro para assegurar o direito de escolha, haja vista a posição do Ministério da Saúde (MS), que defende a incorporação de condutas acolhedoras e favoráveis ao protagonismo feminino, em especial no transcurso do parto (BRASIL, 2012).

Conforme Falkenberg *et al.* (2014), as ações educativas em saúde envolvem três aspectos principais: profissionais que buscam a prevenção e a promoção da saúde, uma população com escassez de conhecimento e necessidade de aumentar sua autonomia nos cuidados individuais e coletivos e gestores que auxiliem e incentivem esses profissionais

A ginecologista e obstetra Ione Rodrigues, vice-presidente da Comissão de parto, abortamento e puerpério da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) aponta que os riscos de uma cesárea são muito maiores do que o parto normal.

A ausência de acompanhantes, durante o parto, corrobora a solidão da mulher e pode causar interferência na fisiologia do trabalho de parto, aumentando o seu desconforto. Acredita-se que o aumento do número de cesarianas, no Brasil, esteja relacionado ao controle profissional e institucional da via de interrupção da gestação. Dessa forma, a cesariana, na visão feminina, tornou-se uma possibilidade de fuga à violência e maus tratos (LANSKY *et al.*, 2018).

O Brasil é recordista mundial, com 52% dos partos na modalidade cesariana. Na rede particular, local em que a paciente já é induzida a marcar o parto, sem a possibilidade da decisão entre os modelos que julga ser o ideal, esse índice sobe para 83%, às vezes 90%, em determinadas maternidades.

Em consonância com tal opinião, apesar de a OMS expor que algumas condutas as quais ocorrem durante a cesariana seriam prejudiciais à saúde da mãe e/ou do bebê, entre elas, “empurrar a criança, subir na barriga para o bebê nascer, amarrarem a paciente”, tais práticas ainda podem ser vivenciadas no Brasil.

Por conseguinte, durante publicação de Bruna Stuppiello, afirma Vera Iacognelli que os sintomas apresentados, após uma situação de violência, podem ser vários, desde não conseguir mais ter relações com o companheiro até a ocorrência de depressão pós-parto e pesadelos (STUPPIELLO, 2015). Essa marca de violência deixada nas mulheres pode ser ainda mais profunda, visto que algumas chegam a óbito.

Violação dos direitos humanos em procedimentos obstétricos

A título de explicação, podemos conceituar violência obstétrica como a prática de procedimentos e condutas em desrespeito e em agressão à mulher durante a gestação, na hora do parto, no nascimento e após o parto.

Recentemente um levantamento feito pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 34 países, identificou os sete tipos de violência obstétrica e, inclusive, maus-tratos possíveis durante o parto, sendo esses: 1 – abuso físico (bater ou beliscar, por exemplo); 2 – abuso sexual; 3 – abuso verbal (linguagem rude ou dura); 4 – discriminação com base em idade, etnia, classe social ou condições médicas; 5 – não cumprimento dos padrões profissionais de cuidado (por exemplo, negligência durante o parto); 6 – mau relacionamento entre a gestante e a equipe (falta de comunicação, falta de cuidado e retirada da autonomia); e 7 – más condições do sistema de saúde, ou seja, falta de recursos (OMS, 2020).

Em casos em que a mulher se identifique como vítima, ela pode realizar denúncias no Ministério Público Federal (MPF) pela internet, podendo denunciar tanto o hospital ou instituição, como o profissional que a violentou.

Diante do exposto, cabe-nos alistar quais são os direitos humanos infringidos com os procedimentos obstétricos abusivos e invasivos (MPF, 2020).

Começaremos a dissertar sobre procedimentos desnecessários e, na maioria das vezes, sem embasamento científico, que violam os direitos da mulher, principalmente os sexuais e reprodutivos, expondo a parturiente ao risco de morte. É que, por acreditarem na real necessidade, mulheres submetem-se a tais procedimentos invasivos com base na confiança nos médicos e nos demais profissionais

da saúde, pensando estarem agindo em proteção à sua saúde e à saúde do bebê (SOLTO; ABUQUERQUE, 2018).

As estatísticas comprovam que, no Brasil, os índices de morbidade materna e neonatal são elevados, tendo, como causas mais frequentes, situações consideradas como evitáveis, em 92% dos casos, uma vez que os profissionais envolvidos poderiam ou até mesmo deveriam se abster de realizar tais condutas (BRASIL, 2007).

Violações de direitos à vida, à segurança e à integridade física

No panorama nacional e internacional, o direito à vida, embora não absoluto, está no topo da lista de proteção de Direitos Humanos, justamente pelo fato de ser responsável pela fruição dos demais direitos. Nesse aspecto, há obrigação estatal de se abster de realizar qualquer interferência, assim como o dever de prover condições para uma vida digna.

Para explicarmos como as obrigações estatais devem ser postas em prática, no intuito de proporcionar condições de promoção da vida, utilizar-nos-emos de alguns exemplos da doutrina. Em primeiro lugar, há o dever estatal de abstenção de suprimir a vida de qualquer ser humano (mesmo que esse dever também não seja absoluto). Em segundo lugar, deve o Estado investigar e punir as causas de óbitos de acordo com os instrumentos jurídicos internos e, em terceiro plano, fala-se em dever de prevenir a morte evitável por meio de medidas estatais (ALBUQUERQUE, 2016).

Embora haja críticas plausíveis à expressão *direito à saúde*, perfeitamente apresentadas pelo filósofo brasileiro, escritor e professor Olavo de Carvalho, em suas aulas no Seminário de Filosofia (CARVALHO, 2020), consta, em nosso ordenamento jurídico, principalmente na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu Artigo 196, que: a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2020).

Sendo assim, o *direito à saúde* deve ser interpretado como forma de manutenção do direito à vida, uma vez que o Estado o deve ofertar aos cidadãos negativamente (sem interferir) e, também, positivamente (por intermédio de políticas públicas e fornecendo serviços públicos de qualidade na esfera da saúde), visando, assim, salvaguardar a vida.

Segundo pesquisas, infelizmente ainda é constatável que, no Brasil, ocorrem mortes maternas e neonatais por fatores considerado evitáveis, e isso está inti-

mamente relacionado à violência obstétrica no tocante à prestação de serviços públicos (BRASIL, 2007).

Dito isso, no que tange os direitos durante a gestação, deve-se ter prioridade em dois casos: direito à assistência emergencial e eficaz e direito à segurança da paciente (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018).

Noutro giro, o direito à segurança deve ser visa à diminuição das taxas de mortalidade materna no Brasil, por meio de políticas públicas, estando intimamente relacionado ao direito à vida, pois permite ao paciente que não se exponha a riscos desnecessários que comprometam sua vida.

Nesse campo, o direito à segurança engloba o acompanhamento seguro para seu estado de saúde; o direito de questionar sobre a higienização do profissional de saúde; o direito de ter acompanhante que possa garantir a certificação dos procedimentos aplicados, bem como o direito de informação a respeito dos cuidados aos quais estão sujeitas as paciências, entre outros (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018).

O direito à integridade física está abarcado pelo disposto alhures, e não nos devemos olvidar de que, em 1995, o Brasil ratificou a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção Belém do Pará), que enfatiza a violência contra a mulher como grave violação aos Direitos Humanos. Há, na Convenção em comento, uma série de direitos a serem assegurados às mulheres (CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, 2020). No mesmo sentido, asseverou Flávia Piovesan que a referida Convenção objetiva garantir às mulheres a vida livre de violência em âmbitos público e privado e consagra o dever do Estado brasileiro; e adotar políticas públicas para prevenir, punir e erradicar tais violências (PIOVESAN, 2020).

Violações do direito à liberdade de expressão, de opinião, de pensamento e direito à informação adequada

A Declaração Universal de Direitos Humanos apresenta o direito de informação em seu Artigo 19, aduzindo que todo indivíduo tem direito à liberdade de opinião e de expressão. Isso quer dizer que todo indivíduo possui o direito de não ser inquietado por suas opiniões, entre outros direitos, como o direito de procurar, de difundir e de receber informações sem fronteiras, por qualquer meio de expressão (DUDH, 2020). Ocorre que pesquisas apontam que, em muitos casos,

as parturientes não são consultadas a respeito de tomada de decisões sobre os procedimentos realizados no parto e, raramente, sabem sequer o nome do médico e dos membros da equipe (BRASIL, 2012).

Como último tópico do presente escrito, trataremos do direito à informação adequada, que se constitui de consultas desde o pré-natal, englobando a orientação para o plano de parto pautado nas Boas Práticas de Atenção ao Parto, bem como de constante atualização e de aprimoramento dos profissionais de saúde consoantes às evidências científicas, a exemplo do disposto no Artigo 5º da Lei Municipal de São Paulo nº 15.894/13 e da Lei de Acesso à Informação nº 12.527/2011, Artigo 8º, que determina, como dever dos órgãos públicos e entidades, promover e divulgar, em lugar de fácil acesso, as “[...] informações de interesse coletivo ou geral por eles produzidas e custodiadas” (NASCIMENTO, 2020).

Com o intuito de proteger o planejamento familiar, a individualidade, a autonomia e, ainda, os valores éticos da parturiente, bem como a autonomia sobre seu corpo, fala-se em direito à informação para a tomada de decisão no que tange o pleno controle da quantidade, a oportunidade de ter filhos e, até mesmo, do espaçamento entre uma e outra gravidez. Nesse ínterim, a disponibilidade de acesso à informação deve respeitar o nível de entendimento de cada indivíduo. Dessa forma, é dever do profissional de saúde transmitir as informações técnicas em linguagem acessível à paciente, de acordo com seu nível educacional, cultural e etário.

Por fim, apresentamos a legislação infraconstitucional e fontes referentes ao tema em estudo, para que os interessados possam consultar: Código Civil – indenizações; Código de Ética Médica – responsabilidade administrativa; Legislações Federal, Estadual e Municipal – critérios gerais e específicos de atendimento à saúde; Portarias do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – Resolução RDC 36 – Anvisa.

Considerações finais

Diante do exposto, resta demonstrado que o acesso à informação é uma das vias mais coerentes no que tange a prevenção da VO. Esse deve ser associado à realização de um atendimento cada vez mais humanizado, que seja capaz de traduzir um parto e um puerpério dignos, sem traumas, e de assegurar o direito de escolha.

Por conseguinte, visa-se minimizar as sérias repercussões para a sua saúde sexual e reprodutiva dessa parturiente, visto que a violência obstétrica sofrida pelas mulheres também se pode dar por meio de serviços oferecidos em condições inadequadas, podendo implicar danos físicos e psicológicos, causando, até mesmo, depressão pós-parto. Dessa forma, o que mais se prioriza, nesse momento de fragilidade, são humanização e acolhimento adequado.

Por fim, apresentamos tópicos detalhados sobre violação dos direitos humanos em procedimentos obstétricos, concluindo que as principais violações ocorrem em relação aos direitos à vida, à segurança e à integridade física, bem como liberdade de expressão, de opinião, de pensamento e direito à informação adequada.

Referências

- ALBUQUERQUE, Aline. **Direitos humanos dos pacientes**. Curitiba: Juruá, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Definições*. [Morte materna]. **IDB**, 2010. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- BRASIL. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3. ed. Brasília: MS, 2007. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf. Acesso em: 30 abr. 2020.
- BRASIL. Senado Federal. **Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres: violência obstétrica “Parirás com dor”**. Brasília: Senado, 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SS-CEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2020.
- CARVALHO, Olavo. Curso Online de Filosofia. Seminário de Filosofia. Disponível em: <https://www.seminariodefilosofia.org/o-curso-online-de-filosofia/>. Acesso em: 30 de abr. 2020.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988**. Brasília: Presidência da República, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 abr. 2020.
- CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. Convenção Belém do Pará. Belém, 9 de junho de 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm. Acesso em: 30 abr. 2020.
- DECLARAÇÃO UNIVERSAL DE DIREITOS HUMANOS. 2020. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>. Acesso em: 30 abr. 2020.

- D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, C. S. G.; SCHRAIBER, L. B. **Violence against women in health-care institutions: an emerging problem.** *Lancet*, 2002.
- FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000300847. Acesso em: 05 jun. 2020.
- LANSKY, Sônia *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência e Saúde coletiva**, p. 2813, 11 fev. 2018.
- MPF. Ministério Público Federal. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- NASCIMENTO, A. **Os direitos da mulher no parto.** Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temasdeatuacao/mulher/sauredasmulheres/enfrentamento-a-mortalidade-materna-menu/os-direitos-da-mulher-no-parto-ana-previtali>. Acesso em: 30 abr. 2020.
- OLIVEIRA, L.; ALBUQUERQUE, A. Violência Obstétrica e Direitos Humanos dos Pacientes. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XXII, n. 75, p. 36-50, maio/ago. 2018.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Genebra: OMS, 2014. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statementchildbirth/pt/. Acesso em: 05 jun. 2020.
- PIOVESAN, Flavia. Violência contra a Mulher. **O Globo**, 7 de dezembro de 2015. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2015-dez-07/mp-debate-estado-dever-dever-prevenir-punir-violencia-obstetrica>. Acesso em: 30 abr. 2020.
- BRASIL. **Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência Contra as Mulheres.** Brasília: Senado, 2013. <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=130748&>. Acesso em: 5 jun. 2020.
- SILVA, A. L. S.; NASCIMENTO, E. R.; COELHO, E. A. C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Esc. Ann. Ner. Rev. Enfer.**, v. 3, n. 19, p. 424-431, 2015.
- SOUZA, K. J. **Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para a depressão pós-parto.** Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17225/1/2014_KarinaJunqueiraSouza.pdf. Acesso em: 05 jun. 2020.
- STUPPIELLO, Bruna. Hora do parto: o que é considerado violência obstétrica. **Bebê.com.br**, abr. 2015.
- TESSER, C. D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p.1-12, 2015.

3. A atividade física como medida preventiva no processo de osteopenia em mulheres pós-menopausa

Heloísa Landim Gomes¹
Débora de Andrade Casarsa²
Rosalee Santos Crespo Istoe³

Considerações iniciais

Este artigo aborda a relevância da atividade física sistemática para a prevenção de osteopenia em mulheres, pós-menopausa, tendo, como objetivo, ressaltar a importância da prática de atividade física durante o processo de envelhecimento humano, partindo da premissa de que, essa, aplicada de forma sistematizada, é

-
1. Mestranda em Cognição e Linguagem, pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF); especialista em Gerontologia, pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI); graduada em Licenciatura Plena em Educação Física, pela Universidade Estácio de Sá (UNESA). E-mail: landim.hl08@gmail.com
 2. Pós-Graduada em Geriatria e Gerontologia, pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Graduada em Medicina, pela Faculdade Medicina de Campos (FMC). E-mail: deborahcasarsa@gmail.com
 3. Doutora em Saúde da Criança e da Mulher, pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); mestre em Psicologia, pela Universidade Metodista de São Paulo (UMESP); graduada em Psicologia, pela UMESSP. Prof.^a do Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem, pela UENF. E-mail: rosaleeistoe@gmail.com

reconhecida no âmbito acadêmico-científico como importante aliada na promoção de saúde. Esse reconhecimento, que vem por meio de pesquisas acadêmicas, é consolidado por meio de ações multidisciplinares de atenção à saúde do idoso.

Quanto mais ativa é uma pessoa, menos limitações físicas ela tem. Dentre os inúmeros benefícios que a prática de exercícios físicos promove, um dos principais é a proteção da capacidade funcional em todas as idades, principalmente nos idosos. A prática de atividade física também promove a melhora da composição corporal, a diminuição de dores articulares, o aumento da densidade mineral óssea, a melhora da utilização de glicose, a melhora do perfil lipídico, o aumento da capacidade aeróbia, a melhora de força e de flexibilidade e a diminuição da resistência vascular, propiciando melhoria da qualidade de vida e contribuindo para a promoção da saúde, podendo ser considerado relevante para o tratamento da osteopenia em mulheres pós-menopausa.

Esse trabalho é embasado em uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório e descritivo, e a expectativa é que o conteúdo aqui apresentado possa contribuir para reflexões de estudiosos na área de saúde do idoso.

O Processo de envelhecimento humano

A aceleração do envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que determina importantes repercussões no campo social e econômico. Contudo esse processo se vem manifestando de forma distinta, entre os diversos países do mundo (VERAS, 2001). Lucchesi (2017) confirma esse novo quadro mundial, quando afirma que a explosão demográfica que promove profundas mudanças nas condições de vida da sociedade gera uma expectativa de vida maior em virtude da queda da taxa de mortalidade infantil e da mortalidade em geral, como do avanço dos procedimentos de saúde.

De acordo com Chaimowicz (2012), o século XXI será marcado por profundas transformações de estrutura populacional em diversos países, inclusive no Brasil, sendo resultado de conquistas sociais e políticas e da incorporação de novas tecnologias. Para o autor, o aumento da proporção de idosos é um fenômeno global, porém não é repentino ou inesperado, é resultado de transformações demográficas pregressas, motivo pelo qual, na maior parte dos países, será um processo inexorável.

Após avaliar os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Lucchesi (2017) declara que a população de idosos brasileiros tende a ser

uma das mais populosas do planeta, pois cresce vertiginosamente no ranking dos países desenvolvidos, e que, em 2030, o grupo de idosos com 60 anos ou mais será maior que o de adolescentes com 14 anos. A tendência é que, em 2055, a população de crianças e jovens de até 29 anos seja menor do que a de idosos.

Segundo Reher (2011), essas mudanças demográficas ocorrem paralelamente a outras transformações, que também estão interrelacionadas, como por exemplo, ao aumento generalizado da escolaridade da população brasileira, a crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho e as mudanças nos arranjos familiares.

De acordo com Buskman (2012), o tempo é impiedoso. Envelhecemos a partir do momento em que nascemos, em um processo heterogêneo com inúmeras variáveis, dentre eles a genética, estilo de vida, ambiência sociocultural, entre outras questões de relevância durante o processo de envelhecimento humano.

Envelhecer acarreta uma série de mudanças no campo físico, alcançando o aspecto biopsicossocial com mudanças da estrutura corporal, óssea, cognitiva, com consequências sociais e psicológicas, havendo íntima dependência entre esses aspectos inerentes ao ser humano (BEAUVOIR, 1990).

Segundo Okuma (2004), falar de velhice é falar de algo complexo. Tal complexidade resulta da mútua dependência entre os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais que interagem no ser humano. A autora afirma, ainda, que o envelhecimento é sem dúvida, um processo biológico cujas alterações determinam mudanças estruturais no corpo e, em decorrência, modificam suas funções.

Para Spiriduso (1989), o fenômeno do envelhecimento retrata vários aspectos interdependentes, do ponto de vista econômico, sociocultural, pessoal, da relação entre o aumento da expectativa de vida e qualidade de vida, uma vez que a velhice traz consigo aspectos patológicos de amplas dimensões. Camarano (2012) defende que envelhecer é mais que um risco de vida, caracteriza-se por ser uma ameaça à funcionalidade e autonomia dos indivíduos.

De acordo com Chaimowisc (2012), o aumento da expectativa de vida, as consequências do novo desenho demográfico não são poucas e emergem de vários setores dos diversos aspectos do envelhecimento, dentre eles, as condições de saúde, os níveis de autonomia funcional, os riscos de isolamento social, desemprego, condições econômicas desfavoráveis para uma velhice com dignidade, economicidade, saúde pública, segurança, educação, transporte, lazer, ocupação funcional e renda.

Qualidade de vida e envelhecimento saudável

A qualidade de vida é um dos temas de maior relevância quando o assunto é o processo de envelhecimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995), qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem de sua inserção no contexto da cultura e de sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus propósitos, perspectivas, projeções e inquietações.

O envelhecimento, como processo, possui várias fases, desde nascimento até a morte: desenvolvimento, puberdade, maturidade e envelhecimento. O envelhecimento, assim como as demais fases da vida humana, é marcado por várias mudanças, dentre elas as fisiomorfológicas, que se caracterizam por alterações no organismo. Tal processo condiciona a um progressivo decréscimo na capacidade fisiológica e na redução da habilidade de respostas ao estresse ambiental, levando a um aumento da suscetibilidade e da vulnerabilidade a doenças (TROEN, 2003).

Segundo Sahb (2012), a diversidade das características do idoso é o ponto de partida quando se pretende abordar qualidade de vida. Um idoso da China é diferente de outro da Argentina, da Rússia, no Marrocos, no Canadá, e assim por diante. Um homem idoso é diferente de uma mulher idosa. Um idoso pobre é diferente de outro rico, idosos alfabetizados diferenciam-se de idosos analfabetos, muitas outras diferenças mais sutis seriam perceptíveis à medida que chegássemos mais perto da realidade dos idosos, pois todas essas peculiaridades refletem diferentes condições de vida.

O primeiro ponto a se considerar é a heterogeneidade. Quem são? Como vivem? O que querem? De fato, a diversidade das questões relacionadas à qualidade de vida explica sua forte tendência multidisciplinar, pois requer o dimensionamento econômico, social, educacional, familiar, dentre outros (SAHB, 2012).

Minayo *et al.* (2000) complementa afirmando que a condição de qualidade de vida está diretamente, porém não plenamente, ligada à área da saúde, pois consideram que a qualidade de vida está também relacionada a valores imateriais, como amor, liberdade, solidariedade, e inserção social, realização pessoal e felicidade. As ações nesse contexto se dão, num inicial e importante âmbito, em modificações e melhorias do estilo de vida das pessoas.

Para Castellanos (1997), a noção de qualidade de vida transita em um campo semântico amplo, em que de um lado, está relacionada às condições de estilo de vida, de outro inclui ideias de desenvolvimento humano e ecologia humana passando pelo campo da democracia, dos direitos humanos e sociais.

Entretanto a adesão a um estilo de vida evidenciado como saudável depende da democratização da informação, das possibilidades para prática de atividade física e dos hábitos salutarres, da condição socioeconômica favorável e da atitude na mudança de conduta do estilo de vida (NAHAS *et al.*, 2001).

A prática de atividade física e saúde

Dentre os fatores intervenientes para a um estilo de vida saudável, a boa alimentação destaca-se como importante ferramenta, assim como a qualidade do sono e a prática de atividades físicas. Segundo Jamili (2012), além das vantagens inequívocas da atividade física regular, há também dois benefícios extras dos exercícios: melhora do estresse e da depressão e queima das calorias extras da alimentação desequilibrada.

De acordo com Okuma (2004), a atividade física regular e sistemática aumenta ou mantém a aptidão física da população idosa e tem o potencial de melhorar o bem-estar funcional e conseqüentemente diminui a taxa de morbidade e mortalidade entre essa população. Segundo Astrand (1992), há evidente plasticidade e adaptabilidade nas propriedades funcionais e/ou estruturais de células, tecidos e órgãos do corpo humano, quando submetidos a vários estímulos.

Dentre os inúmeros benefícios que a prática de exercícios físicos promove, um dos principais é resguardar a capacidade funcional nos idosos (ANDEOTTI, 1999). Por capacidade funcional, entende-se como capacidade do desempenho para a realização das atividades do cotidiano ou atividades da vida diária, como, por exemplo, tomar banho, vestir-se, levantar-se e sentar-se, caminhar a uma pequena distância (MATSUDO, 2001).

Para Nahas (2001), além de melhorar a capacidade funcional, a atividade física promove diversos outros benefícios como: a melhora na capacidade cardiorrespiratória; a diminuição dos riscos de desenvolver doenças crônicas degenerativas; o aumento da resistência da força muscular, da melhoria no equilíbrio e flexibilidade, na composição corporal; o aumento da capacidade aeróbica; e o aumento da densidade mineral óssea, dentre outros.

Okuma (2002) ressalta que, no passado, os exercícios recomendados para os idosos eram apenas o aeróbico, em função da melhoria da função cardiorrespiratória e controle das cardiopatias além dos benefícios psicológicos. Pesquisas atuais apontam para a importância de exercícios de força e flexibilidade.

Envelhecimento e a Osteopenia

Segundo Vargas *et al.* (2003) e Rena (2005), a osteopenia é a diminuição de massa óssea, causada pela perda de cálcio, podendo ter, como consequência, a osteoporose. De acordo com Guarniero *et al.* (2004) e com o Ministério da Saúde (2002), a osteoporose é uma doença metabólica do tecido ósseo, caracterizada por perda gradual de massa, enfraquecendo os ossos por deterioração da microarquitetura tecidual, tornando-os frágeis e suscetíveis às fraturas.

Para Dantas (2008), dentre as várias doenças causadas pelo sedentarismo, está a osteopenia. Como fatores de risco, colaboram para o aumento da idade, particularmente em mulheres pós-menopausadas e em pessoas em uso de corticosteroide, como pacientes com artrite reumatoide. Outros fatores de risco incluem histórico de fragilidade ou fratura óssea, hipogonadismo, baixo índice de massa corporal (IMC), tabagismo e consumo excessivo de álcool. História familiar de fraturas e deficiência de vitamina D são fatores de risco adicionais. A osteoporose, segundo Eckert (1993), é sinônimo de “osso poroso”, fruto de regiões corticais mais finas, com pouca densidade mineral, fato que modifica as áreas ósseas consistentes, sólidas, em áreas porosas, propiciando, um grande risco de fraturas, em virtude da fragilidade óssea (ECKERT, 1993).

Para Ocarino *et al.* (2006), assim como para Fabri *et al.* (2006), há indícios de que a atividade física minimiza a osteopenia, decorrente do avançar da idade e do declínio da liberação endógena dos esteroides sexuais.

O ponto de vista de diversos autores, relativo ao início da diminuição de massa óssea, é controverso, variando entre os 20 anos, para alguns dos autores, entre 35 e 40 anos, para outros. De acordo com Matsudo (1992), essa perda de massa óssea ocorre em ambos os sexos, com um percentual inicial menor que 0,5% ao ano, porém sofrendo um relevante acréscimo de 0,3% para 10% em ossos tuberculares e nos ossos corticais um aumento de 1% a 2% (MATSUDO, 1992). De acordo com Kiebzak (1991), a osteoporose implica uma baixa massa óssea, uma deterioração da microarquitetura óssea. Contudo, a Osteopenia é caracterizada como uma perda de massa óssea, abaixo da osteoporose (SHEPARD, 2003).

De acordo com Matsudo *et al.* (1992) e Smith *et al.* (1995), dentre os fatores de risco importantes para a ocorrência da osteoporose, além dos genéticos, que são imutáveis, há os ambientais, que podem ser modificados, dentre os quais se destacam o consumo insuficiente de nutrientes, a fraqueza muscular, as mudanças de homeostase, a inadequada ingestão de cálcio e o sedentarismo.

Atividade Física na Prevenção a Osteopenia

Segundo Smith *et al.* (1995), a prática de atividade física propicia o aumento da quantidade e a melhora na qualidade da densidade das células ósseas, variando a organização geométrica das células, dos cristais ósseos e do colágeno, diminuindo, assim, os riscos de fraturas e quedas. Os benefícios da atividade física não são apenas no que concerne o conteúdo mineral do osso, propiciando a melhora da força muscular, flexibilidade, tempo de reação, equilíbrio estático e dinâmico, condições fundamentais para o equilíbrio e a autonomia funcional.

Para Okuma (2016), a prática de atividade física regular contribui para a manutenção da capacidade funcional do idoso, podendo ter a possibilidade de ser efetivamente relevante como profilaxia no combate a doenças como a osteopenia e osteoporose, que se constituem numa das mais sérias questões de saúde pública no mundo. A osteoporose, antecedida pela osteopenia, poderá gerar incapacidades físicas comprometendo a autonomia funcional ou, em casos severos, tornando os indivíduos inválidos, alcançando um expressivo número de acometidos, em sua maioria, do sexo feminino, no período pós-menopausa.

Contudo, de acordo com Ocarino *et al.* (2006), a inatividade física, o sedentarismo, a falta de atividades físicas regulares e sistematizadas provocam o agravamento da osteopenia, que é mais propensa em mulheres. Do ponto de vista dos resultados do tratamento não medicamentoso com exercícios físicos, os resultados são positivos tanto na densidade óssea, quanto na absorção de cálcio. De acordo com Fabri *et al.* (2006), há indícios de que a atividade física minimiza a osteopenia decorrente do avançar da idade e do declínio da liberação endógena dos esteroides sexuais

Ao estabelecer a prescrição de atividades físicas para idosos com osteopenia, deve-se levar em conta a característica da atividade física proposta. Considera-se como atividade física toda movimentação com perdas calóricas, com gastos energéticos acima do repouso, inclusive as atividades básicas de vida diária (ABVD) como tomar banho, vestir-se, andar, preparar alimentos, atividades de lazer e se exercitar praticando esportes ou qualquer movimento musculo esquelético. Considerando que o exercício físico tem como objetivo colaborar para melhoria da saúde (ARAUJO *et al.*, 2000).

Corroborando, Pate *et al.* (1995) e Caspersen *et al.* (1995) sinalizam que o exercício físico objetiva a melhoria de um ou mais componentes da aptidão física: condição aeróbica, força e flexibilidade. Complementando essas definições, temos as propostas por Fahey *et al.* (1999), nas quais a atividade física se define

como qualquer movimento do corpo realizado pelos músculos que requer energia para acontecer, podendo ser apresentado em uma continuidade, com base na quantidade de energia despendida.

A atividade física, como recurso na prevenção e no tratamento da osteopenia, de acordo com Ministério da Saúde (2005), a atividade física é recomendada pelo menos por 30 minutos, regulares, de forma intensa ou moderada, a fim de prevenir as enfermidades e melhorar o estado funcional nas diferentes fases da vida. Com isso, Franchi *et al.* (2005) afirmam que pessoas ativas têm menos possibilidades de adquirir limitações ao longo da vida. Dentre os inúmeros benefícios que a atividade física promove, um dos principais é a proteção da capacidade funcional em todas as idades.

Corroborando, Rena (2005) confirma que muitos estudos médicos mostram que a atividade física, com impacto nos ossos, promove aumento da massa em até 3% ao ano, sendo que, mesmo em mulheres idosas, há um aumento da densidade mineral óssea. Segundo Dantas (2005), o desempenho físico pode influenciar na condição de autonomia funcional durante a vida, sendo mais uma consequência das condições de trabalho e do hábito de vida, do que de incapacidade biológica, corroborando o Ministério da Saúde (2005).

As considerações positivas sobre a importância dos exercícios físicos, para a saúde, tornam-se mais evidentes na população idosa, sendo necessária boa saúde para o envelhecimento saudável. Na velhice, há uma acentuada diminuição dos níveis de força muscular e de colágeno, que, no sexo feminino, a evidência é maior. Em mulheres, a diminuição de colágeno é de cerca de 5% ao ano chegando a perder 10 cm da flexibilidade. Há ainda a redução da densidade óssea, que pode causar uma osteopenia, perda de peso, altura e massa muscular, pois ocorre a letargia do metabolismo, prejudicando a absorção de nutrientes como cálcio e ferro, os exercícios físicos de alta intensidade têm efeitos benéficos na saúde (RABELATTO, 2006).

De acordo com Okuma (2004), cada vez mais, estudos vêm evidenciando a prática regular de exercícios físicos para a prevenção de degenerações provocadas pelo envelhecimento, visto que se torna importante no tratamento e no controle de doenças crônico-degenerativas como a diabetes, a osteoporose e a hipertensão, sendo ainda imprescindível para a manutenção do aparelho locomotor responsável pelo desempenho das atividades da vida diária (AVDs).

Segundo Souza (2007), o treinamento de força, utilizando pesos, é realizado com diversas finalidades, como melhoria no desempenho esportivo, do condi-

cionamento físico, da estética e da promoção da saúde. É ainda parte importante de um programa para a melhoria do condicionamento físico em indivíduos com doenças crônicas, sendo um método de treinamento físico apropriado e efetivo.

Os benefícios gerados com o exercício são positivos, contudo o idoso deve ser visto na sua forma mais integral. O intuito é minimizar os efeitos deletérios do envelhecimento, promovendo melhorias na postura, aumento da densidade óssea, ganho de tecido muscular, melhora na execução das atividades da vida diária (AVD), aumento da força muscular, melhora na autoestima, dentre outros benefícios. No entanto é importante a preservação do princípio da individualidade biológica propiciando adaptações mediante apresentação das fragilidades apresentadas pelo indivíduo, com a finalidade da implementação de um programa de treinamento com exercícios resistidos que esteja dentro das possibilidades motoras do praticante. Esse é um fator determinante para obtenção dos melhores resultados, voltados para do sucesso da prescrição, na busca de resultados para a adaptação das capacidades físicas (VALE *et. al.*, 2016). Segundo Pescatello *et al.* (1993), a atividade física promove melhorias nas doenças coronarianas, na hipertensão, hiperlipidemia e no diabetes. Entre os benefícios da atividade física para o bem-estar emocional, Mc Auley *et al.* (1995) constatam a redução do estresse.

Dentre os exercícios físicos mais recomendados para mulheres propensas ou portadoras de osteopenia, está a musculação, pois atua no fortalecimento da resistência física, no aumento de massa muscular e na melhoria da densidade óssea. Os exercícios de força contribuem, ainda, para melhoria da absorção de cálcio e minerais. O treinamento de força reflete em inúmeros benefícios para as mulheres, entre eles: o aumento de massa muscular, a diminuição da gordura corporal e o aumento da densidade mineral óssea (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2002).

Para Fleck *et al.* (2006), exercícios de força podem promover mudanças no desempenho motor, na força muscular, na composição corporal e, por consequência, na estética corporal, sendo indispensável em um programa de treinamento para a saúde pública, onde a principal capacidade treinada é a força muscular (GUEDES, 2003). O treinamento de força baseia-se em exercícios que empregam a contração voluntária da musculatura esquelética contrapondo alguma forma de resistência, que pode ocorrer por meio do próprio corpo, pesos livres ou máquinas (FLECK *et al.*, 2006).

No entanto a correta prescrição, em qualquer exercício, deve estar alicerçada por fundamentos científicos, norteados a evolução de programas de treina-

mento de força e no desenvolvimento do treinamento (FLECK *et al.*, 2006). O treinamento com pesos é o método mais efetivo para o desenvolvimento e para a manutenção da força, para hipertrofia e para resistência muscular localizada (SOUZA, 2007). Cunha *et al.* (2008) mostrou que, em se tratando de força e densidade mineral óssea (DMO), o treinamento de resistência e força são mais recomendáveis, visto que caminhadas leves não aumentam essa densidade mineral que se faz necessária para recuperação. Foram feitos estudos com um grupo de idosos, e verifica-se que o treinamento de força teve um aumento significativo da fosfatase alcalina produzida pelos osteoblastos envolvida na formação óssea 7,1%, durante 6 meses, enquanto atividades sem impacto tiveram um aumento somente da osteocalina 25,1%, que são as proteínas não colagenosas dos ossos.

Considerações finais

Percebe-se, por meio desses estudos, que a osteopenia e osteoporose se caracterizam pela perda de massa óssea, sendo a osteoporose o agravamento da osteopenia, ambas tem como característica, a diminuição da Densidade Mineral óssea (DMO). Essa perda de densidade mineral óssea ocorre frequentemente em idosos, com maior ênfase em mulheres que registram um índice de acometimentos quatro vezes maior do que em homens, e que, no período pós-menopausa, esse índice aumenta exponencialmente, promovendo fraturas, quedas, diminuição da realização das atividades da vida diária com autonomia funcional, podendo chegar à perda total dessa autonomia, prejudicando a qualidade de vida de idosos, especialmente de mulheres pós-menopausa portadoras de osteopenia.

Constata-se, ainda, que a prática de atividades físicas é de fundamental importância para a prevenção às várias doenças que acometem aos idosos, sendo um aliado no combate ao sedentarismo, à diabetes, à obesidade, à hipertensão arterial, dentre outros, e também é recomendada para portadores de osteopenia e osteoporose, em todos os estágios da doença, sendo considerado um tratamento preventivo e não medicamentoso. Os exercícios físicos mais recomendados são os que utilizam exercícios de força, proporcionando sobrecarga mecânica como a musculação, que promove impacto nas epífises dos ossos, equilibrando o processo de remodelação celular além do aumento da produção de cálcio.

Referências

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Position stand: progression models in resistance training for healthy adults. **Med. Sci. Sports. Exercise**. V. 34, p. 364-80, 2002.

ANDEOTTI, R. A. **Efeitos de um programa de Educação Física sobre as atividades da vida diária em idosos**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

ASTRAND, P. Why Exercise? **Medicine Science Sports Exercise**, v. 24, n. 2 p.153-162, 1992.

BEAVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BUKSMAN, R. Atrasando o relógio biológico. *In*: BRASIL, C. **Viver é a melhor opção: envelhecer... faz parte!** Rio de Janeiro: Quartet, 2012.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da população brasileira: uma contri-buição demográfica**. Rio de Janeiro: IPEA, 2012. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2091/1/TD_858.pdf. Acesso: 17 maio 2020.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. *In*: BARATA, R. B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde: saúde movimento**. 4. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p.31-76.

CHAIMOWICZ, F. A saúde do Idoso no Brasil. *In*: BRASIL, C. **Viver é a melhor opção: envelhecer... faz parte!** Rio de Janeiro: Quartet, 2012, p. 30-51.

DANTAS, E. H. M. **Atividade física em ciências da saúde**. Rio de Janeiro: Shape, 2005. p. 163-177.

DANTAS, E. H. M. Osteopenia um aviso silencioso às mulheres do século XXI. **Re-vista da Educação Física**, n. 140, p. 43-50, 2008.

ECKERT, H. **Desenvolvimento Motor**. 3. ed. São Paulo: Manole, 1993.

FABRI, T. F. S.; SANTOS, T. L. Z. Impacto dos exercícios, na nutrição e dos hormô-nios na saúde dos ossos. **Revista Educação Física**, n. 133, p. 5-14, 2006.

FAHEY, T.; INSEL, P. M.; ROTH, W. T.; FIT, W. **Core Concepts and Labs in Physical Fitness and Wellness**. Mountain View: Mayfield. 3. ed. 1999. Disponível em: <https://lib.hpu.edu.vn/handle/123456789/32669>. Acesso em: 25 abr. 2020.

FLECK, S. J.; KRAEMER, W. J. **Fundamentos do treinamento de força muscular: princípios básicos do treinamento de força muscular**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GUARNIERO, R.; OLIVEIRA, L. G. Osteoporosis: an update in diagnosis and basic treatment principles. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 39, n. 9, p. 477-485, 2004.

GUEDES, D. P. **Musculação: estética e saúde feminina**. São Paulo: Phorte, 2003.

HALLAL, P. C.; BAUMAN, A. E.; HEATH, G. W.; KOHL, H. W.; LEE, I. M.; PRATT, M. Physical activity: more of the same is not enough. **Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 190-191, 2012.

JAMILI, J. Tratamentos alternativos e medicina antienuelhecimento. *In*: BRASIL, C. **Viver é a melhor opção: envelhecer...faz parte!** Rio de Janeiro: Quartet, 2012. p. 143-182.

KIEBZAK, G. M. Age-related bone changes. **Experimental Gerontology**, v. 26, p. 171-187, 1991.

- LUCCHESI, G. Envelhecimento populacional: perspectivas para o SUS. *In: BRASIL, C. 2050 desafios de uma nação que envelhece*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017. p. 43-59.
- MATSUDO, S. M.; MARIN, R. V.; FERREIRA, M. T.; ARAÚJO, T. L.; MATSUDO, V. Estudo longitudinal da aptidão física de mulheres da maioridade fisicamente ativas. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v.12, n. 3, p. 47-52, 2004.
- MATSUDO, S. M. M. **Envelhecimento e atividade física**. Londrina: Midiograf, 2001.
- MATSUDO, S.; MATSUDO, V. Exercício, densidade óssea e osteoporose. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 27, n. 10, p.730-744, 1992.
- MC AULEY, E.; RUDOPH, D. Phisiycal activy and psycholosocial well-being. **Journal of Aaging and Physical Activit.**, v. 3, p. 67-96, 1995.
- MELO, G. F.; GIAVONE, A. Comparação dos efeitos da ginástica aeróbica e da hidroginástica na composição corporal de mulheres idosas. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v. 12, n. 2, p. 8-13, 2004.
- MINAYO, M. C.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2020.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria SAS/MS n. 470, de 2002**. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: osteoporose. Brasília: Ministério da Saúde, [2002]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-osteoporose-2014.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2020.
- NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2001.
- OCARINO, N. M.; SERAKIDES, R. Efeito da atividade física no osso normal na prevenção e tratamento da osteoporose. **Revista Brasileira Medicina do Esporte**, v. 12, n. 3, p. 164-168, 2006.
- OKUMA, S. S. **O idoso e atividade física: fundamentos e pesquisa**. Campinas, SP: Papyrus, 2004, p. 208.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde – Resumo**. OMS, 2015.
- PATE, R. R.; PRATT, M.; BLAIR, S. N.; HASKEL, W. L.; MACERA, C. A.; BOUCHARD, C. *et al.* Physical activity and public health - a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports. **Medicine**, v. 273, n. 5, 1995.
- PESCATELLO, L. S.; DI PIETRO, L. Physical activity in older adults: an overveiew of he-lath benefits. **Sport Medicine**, v. 15, n. 16, p. 356-364, 1993.
- REBELATTO, J. R. Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, n. 1, p. 127-132, 2006.

- REHER, D. S. Towards long-term population decline: a discussion of relevant issues. **Eur. J. population**, v. 23, n. 2, p. 189-207, 2007.
- REHER, D. S. **Economic and Social Implications of the Demographic Transition Population and development review**. 37 (Supplement), 2011. p. 11-33
- RENA, R. M. **A mulher e a osteoporose**: como prevenir e controlar. São Paulo: Látria, 2005.
- SAHB, S. Indicadores de qualidade de vida na terceira idade *In*: BRASIL, C. **Viver é a melhor opção: envelhecer...faz parte!** Rio de Janeiro: Quartet, 2012. p. 99-120.
- SHEPARD, ROY J. Impacto do envelhecimento sobre os principais sistemas fisiológicos em repouso e durante o exercício submáximo e máximo. *In*: SES. **Envelhecimento, Atividade Física e Saúde**. São Paulo: Phorte, 2003.
- SMITH, E.; TOMMERUP, L.; Exercise: A prevention and treatment for osteoporosis and injurious falls in the older adult **Journal of aging and Physical Activity**, v. 3, p. 178-192, 1995.
- SOUZA, T. M. F. **Avaliação dos efeitos do treinamento de resistência muscular localizada no limiar ventilatório de mulheres**. Dissertação (Mestrado) – UNIMEP, Piracicaba, 2007.
- SPIRDUSO, W. W. Physical activity and aging: introduction. *In*: SPIRDUSO, W.; ECKERT, H. (Org.). **Physical activity and aging**: champaign, human kinetics.1989. p. 1-5.
- TROENN, R. B. The biology of aging. **The Mount Sinai Journal Of Medicine**, v. 70, n. 1, p. 3-22, 2003.
- GOTTLIEB, M. G. V. Aspectos genéticos do envelhecimento e doenças associadas: uma complexa rede de interações entre genes e ambiente. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2019.
- VALE, R. S. V.; PERNAMBUCO, C. S.; PARDO P. J. M. Avaliação da Força Muscular. *In*: **MANUAL DE AVALIAÇÃO DO IDOSO**. 1. ed. São Paulo: Ícone, 2016. p. 77-99.
- VARGAS, D. M.; RIGOTTET, G. C.; LOBE, M. C.; FERNANDES, J. Mineralização óssea em crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. **J. Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 3, 2003.
- VERAS, R. Desafios e conquistas advindas da longevidade da população: o setor de saúde e as suas transformações necessárias. *In*: VERAS, R. (Org.). **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001. p. 144.

4. Influências hormonais e moralidade Kantiana: uma leitura sobre a infidelidade feminina

Gustavo Santos Crespo¹

Erika Costa Barreto²

Mariana Crespo Istoe³

Introdução

De acordo com a definição da teoria clássica ou contratualista do direito civil, o casamento heterossexual constitui-se como a junção entre um homem e uma mulher que se unem, por livre e espontânea vontade, nas condições sancionadas

-
1. Mestre e doutorando em Cognição e Linguagem, pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF); pós-graduado em Ciências da Fisiologia Humana, pela Faculdade Uninassau Parnamirim; graduado em Medicina pela Fundação Benedito Pereira Nunes. Residência médica em Ginecologia e obstetrícia, pelo Hospital Escola Alvaro Alvim.
 2. Mestre e doutoranda em Cognição e Linguagem, pela UENF; especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental, em Neurociências e em Neuropsicologia; graduanda em Medicina. Coordena o Curso de Pós-Graduação em Terapia Cognitivo-Comportamental da Faculdade Batista do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: erikacostabarreto@yahoo.com.br
 3. Graduanda em Medicina, no 12º período, pela Universidade Estácio de Sá, RJ, com formação em socorrista pela Cruz Vermelha Brasileira, RJ. Estagiária em Clínica Médica, desde 2018, no Hospital Municipal Doutor Luiz Palmier, no município de São Gonçalo, RJ. E-mail: marianaistoe@gmail.com

pelo direito com a finalidade de constituir família. Do ponto de vista religioso, cada cultura e religião apresenta características particulares e significados distintos sobre o casamento, sendo a poligamia ou a poliandria permitidas ou não.

Na sociedade ocidental, da qual fazemos parte, tanto o casamento religioso quanto o legal exige de ambos os cônjuges votos de fidelidade um para com o outro, para que se cumpram os ritos monogâmicos que regem tal relação social, embora penalmente a infidelidade não seja passível de punição, podendo, na esfera civil, ter consequências diversas de acordo com as particularidades de cada caso.

Embora a fidelidade seja uma condição desejada para a consolidação matrimonial, é sabido culturalmente que muitos casais não cumprem com seus votos de exclusividade para com seus parceiros, sendo as traições masculinas historicamente mais aceitas que as femininas.

A infidelidade está presente em parte significativa dos relacionamentos amorosos e sempre causa algum impacto aos envolvidos. Nesse caso, responsabiliza-se aquele que trai pelo fim do relacionamento devido ao caráter negativo e transgressor do ato.

Socialmente se fala sobre a liberdade sexual atribuída ao homem e à sua natureza procriativa como fundamento para a busca por parceiras de forma extraconjugal, entretanto as mudanças hormonais peculiares sob as quais estão determinadas as mulheres, biologicamente falando, teriam maior potencialidade de torná-las mais propícias ao adultério durante o período fértil, visto que, sob a influência do aumento do estradiol, principal estrogênio produzido nessa fase, observa-se uma mudança no seu comportamento, tornando-a mais atraente para os homens, o que poderia torná-la mais susceptível para ter um relacionamento satélite.

Sob o ponto de vista moral, tal afirmativa não poderia ser suficiente para tornar a mulher não imputável a respeito de um ato de infidelidade nesse período, uma vez que, segundo os fundamentos Kantianos, seu conceito de boa vontade desempenha um papel fundamental na análise de cognição moral, de modo que um ser racional tem a capacidade de agir de acordo com princípios, em oposição a qualquer outra causalidade na natureza, que não a sua vontade.

O objetivo do presente trabalho é demonstrar, por meio da obra de Kant, a respeito da moralidade, que as alterações hormonais femininas não são capazes de influenciar a mulher a cometer um ato de infidelidade.

Discussão

A literatura aponta conceitos de infidelidade que variam, mas são homogêneos quanto à violação do contrato conjugal. Segundo Glass (2002), a traição pode ser o envolvimento sexual ou emocional com uma pessoa, que não o parceiro oficial, sem que esse saiba ou consinta acerca do ocorrido. Por meio de um ou de diversos atos de infidelidade, institui-se o rompimento do acordo conjugal no que tange a exclusividade sexual sobre a qual é pautada a diretriz monogâmica, havendo assim a quebra de confiança entre o casal (ZAMPIERI, 2004). O rompimento de um contrato afetivo implícito ou explícito entre os parceiros, durante o casamento ou o namoro e, ainda, o descumprimento de um acordo conjugal, que estava sustentado no amor, na estima e no respeito mútuo entre os parceiros conjugais (PITTMAN, 1994).

Existe também a menção a dois principais tipos de infidelidade: a sexual, que acontece através do contato carnal expresso pelo beijo, toque íntimo, sexo oral ou quando se mantém qualquer carícia sexual, e a infidelidade emocional, que pressupõe a existência de uma conexão que se inicia por meio do flerte, de uma aproximação mais íntima, da troca de confidências e que evolui para um processo de paixão por aquele ou aquela que poderá ser um amante (AHRNDT, 2005).

Há muito tempo, a ciência tenta explicar as alterações de comportamento que ocorre com as mulheres. As alterações hormonais femininas advindas do ciclo menstrual são conhecidas popularmente por alterarem seu modo de sentir e de agir de forma geral, sendo as oscilações que ocorrem durante o ciclo menstrual, capazes de alterar a percepção que a mulher tem sobre si mesma ou sobre seu parceiro tornando-a mais ou menos atraída por ele (BARACAT, 2015).

Platão, por exemplo, acreditava que a histeria era causada pelo útero em repulsão a não ter ocorrido a gestação. Outros estudiosos contemporâneos a Platão acreditavam que o útero vagava pelas cavidades do corpo na tentativa de buscar a gestação. Essas crenças perduraram até o século XIX, período em que foram buscados tratamentos que levassem a mulher ao orgasmo, pois acreditava-se ser esse um tratamento eficaz para a histeria, culminando no advento da invenção e comercialização dos primeiros vibradores (FOUCAULT, 1979).

Embora estudos sociais apontem os impactos das transformações sociais e culturais, com ênfase na vigência do comportamento individualista, nas mudanças no papel da mulher, entre outros fatores que contribuem para o enfraquecimento dos laços que mantêm os parceiros unidos, a questão moral, que independe do *zeitgeist*, deve ser levada em consideração, uma vez que as leis que

regem o comportamento humano, segundo o Imperativo Categórico Kantiano, devem ser universais e atemporais e servirem de exemplo para toda a humanidade, indistintamente da cultura vigente.

Antes de analisarmos as questões morais envolvidas no comportamento de escolha de pares, é fundamental atentarmos para o fato de que biologicamente, tanto para homens, quanto para mulheres, a escolha pelo parceiro ideal visa, em análise mais profunda, garantir que a prole seja bem-sucedida geneticamente e, dessa forma, seus genes possam sobreviver ao tempo buscando assim uma forma de perpetuação ou de imortalidade.

A perpetuação da espécie pode ser encarada como uma força pungente com a possibilidade de ultrapassar conceitos preestabelecidos para garantir a imortalidade de seus genes. Nesse sentido, a mulher, no período fértil, em virtude de suas variações hormonais, apresenta uma maior afinidade com o parceiro que julgue como sendo o melhor progenitor para seus filhos, podendo, dessa forma, agir de forma planejada, para atingir os seus objetivos (BARACAT, 2015).

Ao estudarmos o ciclo menstrual feminino, observamos que há uma variação hormonal diária, que influencia tanto no comportamento, quanto em mudanças físicas na mulher.

O período fértil, um dos três períodos mais marcantes, em termos hormonais, durante o ciclo menstrual, influencia, por meio do aumento do estradiol, principal estrogênio produzido nessa fase. Observamos uma mudança no comportamento da mulher, tornando-a mais atraente para o seu parceiro. As mudanças físicas podem ser observadas como aumento dos seios, aumento do quadril, aumento dos lábios e bochechas mais coradas e simétricas. Alguns estudos também citam a liberação de odores que atrairiam o parceiro, porém de forma imperceptível, tornando as mulheres naturalmente mais confiantes e com atitudes proativas e sedutoras para atrair o objeto de desejo (BRUNS; GRASSI; FRANÇA, 1995).

O estrogênio é o principal hormônio sexual produzido na primeira fase do ciclo menstrual e é o responsável pelas características sexuais que visam atrair o parceiro. Humor mais equilibrado, textura da pele, alargamento do quadril, formação das curvas corporais femininas, lubrificação das mucosas, distribuição de pelos e desejo sexual. Nessa fase, a mulher está propensa a engravidar, e seu corpo envia sinais informando que a ovulação está acontecendo assim como o aumento do desejo, o que contribui para uma maior frequência sexual (BARACAT, 2015).

A progesterona, produzida predominantemente na segunda fase do ciclo menstrual, tem uma função de garantir o desenvolvimento da gestação caso ela ocorra, dando estrutura ao óvulo e receptividade uterina em caso de fecundação. Também tem a finalidade de frear o impulso sexual, diminuindo assim o desejo pelo parceiro. Dessa forma, falamos que a progesterona possui um comportamento paradoxal, pois pode tornar a mulher irritada e agressiva para rechaçar o parceiro ou para defender a prole e pode ter um efeito mais calmante e sedativo, tornado as mulheres mais carinhosas principalmente com os seus filhos.

Por ser a reprodução humana ainda considerada um processo eminentemente biológico ou natural, que se efetivaria de modo externo às relações sociais, a interferência do social nesse processo tem sido relegada a um plano secundário ou, mais frequentemente, deixada na sombra (CHAUÍ, 1987).

De fato, ao contrário do que se supõe ainda hoje, as sociedades organizam os diferentes momentos do processo reprodutivo e intervêm neles, desde a organização social do coito, da gravidez, do parto e da amamentação, ao número e à socialização das crianças, sendo todos os momentos da sequência reprodutiva um terreno possível de gestão e de conflito. Os aspectos que comandam a organização desses diferentes momentos estão relacionados com as formas de organização social, com a divisão sexual do trabalho, com os sistemas de representação e, em particular, com as concepções acerca das formas das relações entre os sexos (BEJIN, 1985).

Tabet (1985), por exemplo, mostra como o controle social do processo reprodutivo apoia-se na organização sexual biológica específica da espécie humana: sua relativa infertilidade e as características singulares da sexualidade das fêmeas humanas, nas quais a pulsão sexual é induzida por uma regulação hormonal ligada à procriação. A pulsão sexual é intermitente e não cíclica ou sazonal como nos outros mamíferos. Por outro lado, o momento da fertilidade não tem sinalização (manifestação externa) e não é indicado por uma intensidade particular da pulsão sexual.

Em Freud (1968), o conceito de pulsão aponta para uma ligação fundamental entre o nível somático e o psíquico. A pulsão seria o representante mental de processos somáticos. Dentre os vários aspectos da pulsão (fonte, força, objetivo, deslocamentos e objeto), o objeto é, para Freud, o que há de mais variável na pulsão, não havendo, entre ambos, nenhuma ligação original. A relação estabelecida entre pulsão e objeto se deve unicamente à exigência de satisfação pela pulsão,

sendo a escolha do objeto determinada pela história de cada um não havendo, portanto, ligação natural (constitucional) entre ambos.

Assim, o casamento não é somente a instituição que estabelece a aliança pela troca de mulheres; também liga homens e mulheres pela divisão do trabalho, legitima a criança fornecendo-lhe uma mãe e um pai social e comanda o destino (alocação social) das crianças. Ele é, antes de tudo, a instituição que garante uma permanente exposição ao coito, portanto uma permanente exposição ao risco de gravidez. Se o casamento representa potencialmente o lugar optimal de exposição permanente das mulheres à fecundação, isto não se dá sem um aparelho complexo (e variável) de pressão ideológica e de constrangimentos físicos e psíquicos, consequência radical desse divórcio entre sexualidade e reprodução (CHAUÍ, 1987).

Tabet (1985) fala sobre a separação vertical como forma de dissociar sexualidade reprodutiva e não reprodutiva, normalmente ligada às sociedades hierárquicas e às sociedades de classe, onde as esposas possuem o lugar de sexualmente reprodutora, e às cortesãs, deixando clara a antinomia existente entre procriação e conduta erótica em lados opostos. Historicamente o casamento não possui, em si, finalidade prazerosa, mas seu objetivo principal era sempre a procriação de crianças legítimas, sendo essa uma realidade guardada para os homens, que podiam exercer uma sexualidade não reprodutiva em relações ou relacionamentos fora do casamento. Nesse contexto, é reservado à mulher um papel passivo em que tende a viver subjugada ao prazer masculino, não havendo espaço para sua expressão ou desejos.

A literatura vasta aponta-nos transformações muito significativas a respeito da recente modificação no modelo de controle da sexualidade que, embora busque o ideal baseado no modelo de alianças e em normas estritas de homogamia, no amor conjugal, na indissolubilidade dos laços matrimoniais, numa rígida divisão de trabalho entre os sexos e num rígido controle da sexualidade feminina, na submissão jurídica e social da mulher ao homem, na identidade familiar, na contracepção apoiada na idade ao casar e completamente dependente do intercurso sexual, também prima pela escolha individual do cônjuge, em normas relativamente mais flexíveis de homogamia, no amor-paixão, na possibilidade de divórcios e separações frequentes, numa divisão de trabalho pouco rígida entre os sexos, na liberação (e mesmo valorização) da sexualidade feminina, na igualdade jurídica e social entre os sexos, na identidade individual e no controle tecnológico da contracepção.

Embora o modelo tradicional de divisão de trabalho entre os sexos ainda predomine, com menos força na esfera social e, mais fortemente, na esfera doméstica, as mudanças são significativas, mesmo nos países menos desenvolvidos, onde a influência do modelo patrimonialista ainda se faz sentir (LOYOLA; ABUJANRA, 1985).

Tais fatos nos levam à conclusão de que a sexualidade da mulher não está mais inteiramente subordinada à reprodução nem a fatores sociais baseados na divisão do trabalho que, outrora, constituir-se-iam em possíveis razões para que uma mulher permanecesse em um casamento a contragosto, ou mesmo pudesse ser desculpada moralmente por uma atitude infiel, uma vez que social e economicamente estava subordinada à figura masculina (CHAUÍ, 1987).

Dados os fatos de evolução histórica e social, permanece a divisão entre esposas e prostitutas, mas, cada vez mais, essas últimas se distinguem exclusivamente pelo caráter mercantil de seus serviços, em oposição às trocas livres comandadas pelo prazer.

As práticas sexuais autonomizadas tornam-se mensuráveis, isto é, podem ser objeto de cálculos racionais quanto à finalidade, apoiadas numa contabilidade do prazer que tem, como unidade de base, o orgasmo. E, como mostra Foucault (1979), a sexualidade torna-se constitutiva da própria subjetividade, uma subjetividade que toma a forma de busca pela verdade, relegando para a distância uma ética sexual centrada na economia dos atos e de domínio público.

Os laços conjugais fragilizam-se, e sua continuidade é rompida, não obstante a vontade em contrário dos parceiros. A noção de tempo longo, necessária à continuidade dos laços conjugais, é substituída pela de tempo fugaz ou pela noção de intensidade, que pode ser observada nas expressões culturais que vão da poesia de Vinícius de Moraes às telenovelas e à dramaturgia expostas diariamente, na mídia (POLLAK, 1987).

As ideias até aqui expostas – sem a preocupação de estabelecer as articulações necessárias, mas com o único intuito de agrupá-las como traços incompletos de tipos ideais que sirvam de guia para a análise – apoiam-se sobre fenômenos estruturais já suficientemente conhecidos.

Com a passagem de um modo de reprodução à dominância econômica para um outro, à dominância escolar, tornou possível o casamento amoroso baseado na escolha individual, sem pôr em risco as funções desempenhadas pelo sistema de alianças para a reprodução social.

A incorporação do capital cultural torna-se parte invisível e integrante daquele que o detém e torna possível a reunião das condições para a realização de um amor louco e concomitantemente razoável entre uma mulher e um homem que passam a poder apaixonar-se, segundo suas idiossincrasias ou desejos individuais, e casar-se sem que haja risco social, uma vez que a recíproca está fundada, sem que eles o saibam, sobre valores culturais próximos. Não há, pois, nenhuma necessidade de arranjos exteriores; o sentimento de ambos é suficiente para garantir um equilíbrio entre capital masculino e capital feminino (RODRIGUES, 1993).

Uma vez que a mulher realiza a passagem das relações de escravidão, de apropriação de seu direito de escolha a respeito de suas relações conjugais, de sua força intelectual e econômica ao momento em que se encontra reprodutiva e socialmente livre, devemos observar um aumento significativo a respeito de sua imputabilidade moral no que tange as suas relações conjugais, uma vez que não observamos razões sociais, biológicas, econômicas ou intelectuais para a sua permanência em um casamento que não seja de seu agrado.

Na *Crítica da razão prática*, segundo Borges (2000), a necessidade de fundar a moralidade num princípio prático não-material leva, obviamente, à recusa do papel de móveis morais aos sentimentos tais como amor, benevolência e simpatia. O objetivo, nessa obra, é provar, ao menos, a possibilidade de a razão ser capaz de nos constranger e agir moralmente, a despeito de bons ou maus sentimentos, e dar-nos a forma de tal princípio prático. Provar que a razão pura pode ser prática é provar que ela pode, sozinha, determinar a vontade.

A aplicação dos princípios morais puros à natureza empírica do homem fornece-nos virtudes e deveres. Nesse sentido, Kant enumera dois fins que se constituem em deveres: a própria perfeição e a felicidade alheia. Ambos os objetivos nos encaminham a dois tipos de deveres distintos: os deveres do homem relacionado a ele mesmo e aqueles relacionados aos outros, entre os quais encontramos o dever de amar como constituinte da promoção da felicidade alheia. Entretanto esse amor virtuoso não está relacionado ao prazer da posse do outro, mas à máxima de fazer o bem. Kant não se refere ao amor do deleite, uma vez que seria contraditório que alguém fosse obrigado a sentir prazer, e o dever não pode nos constranger a ter sentimentos.

De acordo com Kant (*apud* SCHERER, 2013), o casamento serviria para garantir a moralidade, os direitos e a legalidade entre os parceiros, não permitindo que uma parte ficasse desamparada ou fosse limitada nos seus direitos, aos bens

do cônjuge, por exemplo. Verdaderamente o casamento serviria como um contrato que poderia ser cobrado de forma externa se necessário e uma sinalização para a sociedade de que a união possuía um caráter de legalidade e de dever.

Para Kant, o que garantia a permanência no casamento era a construção de uma moralidade baseada na reciprocidade, tornando assim a relação estável e verdadeira. Por esse ponto de vista, o casamento seria dispensável, pois não garantiria a permanência dos cônjuges, tendo em vista que a obrigatoriedade não seria suficiente para garantir a longevidade da parceria, porém a reciprocidade, por outro lado, seria capaz de garantir essa união de uma forma duradoura e sem a obrigatoriedade da permanência (SCHERER, 2013).

Porém Kant vislumbra a necessidade do casamento como uma garantia contratual e prova de seriedade da relação em se mostrar para sociedade, como um casal disposto a construir uma família, assim como uma moralidade pautada na reciprocidade, garantindo assim uma permanência e uma estabilidade do casal.

O conceito de *boa vontade*, em Kant, segundo Esteves (2015), desempenha um papel fundamental na análise de cognição moral de modo que um ser racional tem a capacidade de agir de acordo com princípios, em oposição a qualquer outra causalidade na natureza que não a sua vontade.

Sendo assim, a regra de ouro, ou ética da moral, tem seu valor afirmado nas relações conjugais visto que, segundo o Imperativo Categórico fundamental proposto por Kant, devemos sempre agir segundo a máxima de que possamos querer que as nossas ações se tornem uma lei universal, ou seja, que não faremos aos outros aquilo que não desejamos para nós mesmos.

Kant, por um lado, reconheceu um dualismo motivacional indomável na natureza humana, e, em consequência disso, não caracterizou o mal moral como uma tomada externa e exclusiva das inclinações como móbil, por outro lado, ele também não se viu autorizado e conceber a ação moralmente boa em força da ausência de qualquer motivação sensível (SCHERER, 2013).

Em suas obras sobre a fundamentação da moralidade, Kant parece afirmar que a conduta moral deve se edificar nos termos da tomada da lei moral como único móbil para a ação. Segundo Machado (2009, p. 146), na Fundamentação da Metafísica dos Costumes, Kant escreve:

Uma ação por dever precisa separar toda a influência da inclinação, e, como ela, todo o objeto da vontade, de modo que nada mais resta à vontade, que a possa deter-

minar, senão a lei, do ponto de vista objetivo, e o puro respeito por essa lei prática, do ponto de vista subjetivo.

Será nosso dever cultivar, em nós, os sentimentos de simpatia ainda que a lei moral não se ancore nesses, mas na pura razão.

Segundo Kant, todos os sujeitos considerados imputáveis e donos de suas capacidades mentais e intelectuais têm a capacidade de agir de acordo com os princípios ou representações das leis, principalmente sob a máxima do imperativo categórico. Esse se mostra válido pela prova indireta, uma vez que a liberdade se configura como necessariamente um pressuposto da capacidade de poder que torna válido o imperativo categórico de uma vontade como a lei de sua liberdade (PASCAL, 2008).

As leis morais, segundo Kant, servem como referências para a tomada de decisões, já que o ser seria influenciável por tendências pessoais que seriam sobrepujadas à ação do dever. O conceito de autonomia refere-se ao sujeito com capacidade auto legisladora da razão, tendo liberdade para essa prática, considerada como princípio moral supremo, pressuposto necessária da razão que garante a liberdade do agir (SCHERER, 2013).

A realidade da lei moral kantiana deve ser tomada como consciente pelo ser racional, uma vez que todos os atos praticados devem ser pensados como máximas morais que validem um princípio moral universal entendido como fato superior imposto em relação à razão e livre de qualquer empirismo, que seja capaz de produzir, por meio de um sentimento de respeito a uma ação de valor moral, seja ela por boa vontade ou pelo respeito ao dever.

Diante disso, podemos aludir que a mulher em período fértil, embora esteja biologicamente mais susceptível a conceder permissão amorosa ou sexual a outro parceiro que não o seu cônjuge, deve manter-se fiel a ele em cumprimento ao dever de respeito mútuo explicitado na relação conjugal à qual se submeteu livremente.

De acordo com o conceito de boa vontade expressado em Kant, essa poderia ser entendida como a consonância entre a capacidade de agir e as leis morais, sendo assim, considerada boa em si mesma, uma vez que coincide com os interesses e intenções.

Entretanto, cabe salientar que a vontade humana, segundo Kant, não é absolutamente boa, pois não age exclusivamente pela razão deixando-se influenciar por interesses e desejos, impondo assim uma ação por dever.

Quando o ser humano atinge um entendimento da moral ao ponto de abdicar de suas influências e inclinações, agindo de forma natural com suas ações pautadas na lei, estará em uma situação de autonomia (WEBER, 2013).

As alterações do comportamento feminino não seriam suficientes, segundo alguns estudos, para fazer com que as mulheres quebrassem a moral de maneira inconsciente e impulsiva de forma a serem inimizáveis.

Poderíamos dizer então, com base na lei moral kantiana, que uma mulher, em um relacionamento estável, não poderia trair o seu companheiro somente pelo fato de se encontrar no período fértil diante de outro homem, mais atraente e, por esse motivo, ser isenta de responsabilidade. Porém uma mulher que não esteja comprometida com nenhum parceiro, poderia sentir-se atraída e, com isso, iniciar um relacionamento duradouro ou fugaz dependendo da afinidade entre eles.

Considerações finais

A infidelidade está presente em parte significativa dos relacionamentos amorosos e sempre causa algum impacto aos envolvidos. Emerge como o principal motivo da dissolução conjugal e está entre os principais problemas enfrentados pelos casais na atualidade, principalmente pelo número expressivo de pessoas que declaram ter sido infiéis em algum momento do seu relacionamento.

Considerada a quebra da confiança e rompimento do acordo conjugal sobre a exclusividade sexual no relacionamento monogâmico, o rompimento de um contrato afetivo implícito ou explícito entre os parceiros, durante o casamento e, ainda, o descumprimento de um acordo conjugal, que estava sustentado no amor, na estima e no respeito mútuo entre os parceiros, a infidelidade rompe sempre com os princípios de uma conduta ética para com o parceiro, dentro de uma relação conjugal.

Vimos que os impactos das transformações sociais e culturais, com ênfase na vigência do comportamento individualista, das mudanças no papel da mulher, da evolução em relação à reprodução, entre outros fatores, poderiam ser aspectos considerados contribuintes para o enfraquecimento dos laços que mantêm os parceiros unidos, entretanto afirmam o aumento da liberdade social, econômica e intelectual feminina, que colaboram para que sua permanência num relacionamento conjugal seja fruto exclusivamente do desejo de manutenção dos laços matrimoniais.

Todas as pessoas que optam por uma relação marital pautada nas premissas monogâmicas esperam que ela cumpra com um papel importante em suas vidas e, conseqüentemente, proporcione satisfação. Ambos sabem que qualquer relação amorosa exigirá, por si só, maturidade e investimento constante dos parceiros.

Dessa forma, a infidelidade feminina recai sob uma forma considerada inescrupulosa e inaceitável moralmente e não encontra respaldo na Biologia, nem em outra área da ciência que atenua ou justifique a gravidade ética cometida diante de um contrato e de promessas feitas sob livre vontade de expressão e de permanência, sendo o desejo sexual ou amoroso por outrem viável desde que pautado numa conduta ilibada de sinceridade para com o cônjuge, no sentido de dissolução dos laços matrimoniais.

Mesmo com a facilidade e a frequência com que observamos o divórcio, além da evolução cultural e econômica, a infidelidade acontece cada vez com mais frequência, acarretando polêmicas e desmoralizando o ideal de casamento perfeito, pois provoca tristeza, desapontamento e baixa autoestima aos envolvidos que firmaram um contrato legal e moral perante a si mesmos, um ao outro e à sociedade. Além disso, configura-se como uma afirmação de que o sentimento que uniu os parceiros inicialmente não perdurou ao longo do tempo e que nem ao menos a honra da sinceridade permaneceu por parte daquele que desonrou o contrato ético envolvido no matrimônio e que é essencial até mesmo na relação de companheirismo e de amizade que antecede o casamento.

A obra Kantiana, no que se refere à moral, justificada sob o aspecto da conduta ética universal que a infidelidade, seja ela masculina ou feminina, constitui-se em uma prática reprovável sob o ponto de vista do Imperativo Categórico, uma vez que o descumprimento de uma razão imposta por si mesmo, diante da possibilidade do não comprometimento para com outrem, a respeito do contrato matrimonial, revela-se como um ato de desamor para com o outro, causando-lhe vergonha e sofrimento, além de ser um exemplo que não poderia servir aos outros na medida em que desonra, ilude e faz ao outro aquilo que ninguém deseja para si mesmo.

Finalmente acreditamos que a mulher da atualidade, capaz de decidir, por si só, sobre o parceiro com quem deseja dividir a vida e o faz por desejo próprio, após comprometer-se em matrimônio, deve honrar com seus votos, ainda que, diante de instabilidades hormonais pertinentes a seu gênero, sintam-se impelidas a cometer adultério, uma vez que sua razão é capaz de predominar em relação aos seus desejos, fazendo prevalecer sua autonomia como capacidade de controlar a si mesma segundo a legislação moral por ela estabelecida.

Referências

- BARACAT, E. C. **Manual de Ginecologia Endócrina**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), 2015.
- BERGER, P.; LUCKMAN. **A construção social realidade**. Petrópolis: Vozes, 1973.
- BEJIN, A. O casamento extraconjugal nos dias de hoje. *In*: ÁRIES, P.; BEIJIN, A. (Orgs.). **Sexualidades ocidentais**. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- BORGES, M. L. Uma tipologia do amor na filosofia kantiana. **Studia Kantiana – Revista da Sociedade Kant Brasil**, Santa Maria, v. 2, n. 1, p. 19 -34, maio 2000.
- BRUNS, M. A. T; GRASSI, M. F. C.; FRANÇA, C. Educação sexual numa visão mais abrangente. **Rev. Bras. Sexualidade Humana**, v. 6, n. 1, p. 60-66, 1995.
- CHAUÍ M. **Repressão sexual**: essa nossa (des)conhecida. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- ESTEVES, J. E. Some implications from the primacy of the good will. **Estudos Kantianos**, Marília, v. 3, n. 1, p. 27-38, jan./jun. 2015.
- FOUCAULT, M. O combate da castidade. *In*: ALBUQUERQUE, J. A. G. *et al.* **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FREUD, S. “Pulsions et destins des pulsions”. *In*: FREUD, S. **Metapsychologie**. Paris: Folio-Gallirnard, 1968. p. 11-44.
- KANT, I. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa: 70, 1997.
- LALANDE, A. **Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- LOYOLA, M. A.; ABUJANRA, M. A divisão sexual do trabalho. **Cadernos do Cebrap**, Nova Série, v. 4, n. 4, p. 1-148, 1985.
- MACHADO, L. P. Kant e o mal moral: a insuficiência da lei como móbil para o arbítrio. **Studia Kantiana – Revista da Sociedade Kant Brasil**, Santa Maria, v. 8, p. 141-152, maio 2009.
- PASCAL, G. **Compreender Kant**. Tradução de Raimundo Vier. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- POLLAK, M. **A homossexualidade masculina**. ou a felicidade no gueto? *In*: ÁRIES, P.; BEIJIN, A. (Orgs.). **Sexualidades ocidentais**. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- RODRIGUES, J. C. **Tabu do Corpo**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1993.
- SCHERER, B. R. O casamento e a reciprocidade nas relações sexuais em Kant. **Poésis**, Unisul, Tubarão, v. 7, n. 12, p. 407 – 429, jun./dez. 2013.
- TABET, P. Fertilité naturelle, reproduction forcée. *In*: TABET, P. **L'Arraînement Fnmnes, CabieIs de l'Homme**. Paris: EHESS, 1985.
- WEBER, T. Ética e filosofia do direito: autonomia e dignidade da pessoa humana. Petrópolis: Vozes, 2013.

5. O planejamento reprodutivo em uma perspectiva contemporânea e a jurisprudência da corte interamericana de direitos humanos e do Supremo Tribunal Federal sobre o aborto

Evandro Monteiro de Barros Junior¹
Joelma Machado Guimarães de Azevedo²
Karine Ribeiro de Morais³

-
1. Advogado, professor de Direito e Filosofia, Conciliador e Mediador de Conflitos, na Instituto de Mediação e Arbitragem do Estado do Rio de Janeiro (Imarj). Mestre em Cognição e Linguagem (Ciências Humanas, Artes e Filosofia) pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF); especialista em Direito Tributário, pela Universidade Anhanguera (UNIDERP); especializando em Direito Civil e Processual Civil, pela Faculdade Legale; especializando em Monarquia e Geopolítica, por The Sovereign Imperial and Royal House of Ghassan. Coordenador do Grupo de Pesquisa Questões de Estado, Direito e outras ciências do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). Membro do Grupo de Pesquisa Interinstitucional de Desenvolvimento Municipal/Regional (GPIDMR – UENF/Centro Universitário Fluminense/CNPQ. E-mail: evandroadv2009@hotmail.com
 2. Psicóloga com ênfase jurídica. Atualmente é assessora técnica em psicologia no Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: jmgazevedo07@gmail.com
 3. Psicóloga graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, com pós-graduação em Terapia Cognitivo Comportamental pelo Isecensa e cursando Neurociências pela Faculdade Dom Alberto. Atua como psicóloga clínica e professora de Terapia Cognitiva Comportamental nas organizações do Colégio e Faculdade Batista (Faberj). E-mail: karine.morais8@gmail.com

Considerações iniciais

O planejamento reprodutivo é definido a partir da compreensão e da reflexão de que esse termo se refere a uma área de estudo e a práticas que correlacionam uma visão ampla sobre saúde e direitos sexuais reprodutivos.

No Brasil, a saúde da mulher inseriu-se no índice das políticas nacionais de saúde, no início do século XX e, preliminarmente, as ações no âmbito do planejamento reprodutivo eram inexistentes, porquanto preconizavam, sob a ótica do reducionismo biológico, somente temas relativos à gravidez e ao parto, em ressonância à história, que normatizou o desempenho da função social de mãe e doméstica à mulher.

Em 1983, contudo, articulou-se a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism), cuja proposta reformulou aquele modelo de atenção ao introduzir os princípios da universalidade e da integralidade para afiançar a oferta de ações voltadas ao atendimento global das necessidades de saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital, rompendo a centralidade das intervenções direcionadas ao binômio gravidez-parto.

Devido à importância do tema, pretendemos tratar o planejamento reprodutivo em uma perspectiva contemporânea, apresentando, ainda, a jurisprudência mais recente da Corte Interamericana de Direitos Humanos e do Supremo Tribunal Federal sobre o assunto.

Materiais e métodos

O presente trabalho trata de uma revisão sistemática da literatura e contou com a seleção de trabalhos publicados, em sua maioria, nos últimos 10 anos, sobre o tema abordado e de pesquisas sobre a jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos, bem como do Supremo Tribunal Federal no que diz respeito ao referido tema.

As perspectivas contemporâneas sobre Planejamento Reprodutivo e Políticas Públicas de Saúde

Planejamento reprodutivo é definido a partir da compreensão e da reflexão de que esse termo se refere a uma área de estudo e a práticas que correlacionam uma visão ampla sobre saúde e direitos sexuais reprodutivos (PAIVA; CAETANO, 2020). Esses autores entendem a saúde reprodutiva como ações voltadas para

a autonomia, segurança e liberdade de escolha a partir do acesso aos métodos contraceptivos para homens e mulheres e a saúde sexual como expressão da sexualidade, sem riscos para saúde, sem discriminação e sem violência.

O propósito das ações de saúde sexual e reprodutiva é abrangente e precisa incluir assistência clínica, aconselhamento e atividades educativas, abordando o pré-natal, parto e puerpério; a assistência humanizada; o aborto previsto em Lei; o atendimento às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e outras patologias do aparelho reprodutor, abrangendo lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros ou intersexuais (LGBTI) e outros indivíduos em circunstâncias de fragilidade; a promoção da sexualidade humana; o fortalecimento do exercício da paternidade responsável, da mesma forma que o ensinamento referente ao tratamento adequado perante os casos de infertilidade (PAIVA; CAETANO, 2020).

Dentro do contexto histórico da construção das ações promovidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), precisamos considerar que o movimento feminista se envolveu com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), lançado, em 1983, pelo Ministério da Saúde (HEILBORN *et al.*, 2009). O Paism mostrou-se como um divisor histórico das políticas públicas orientadas às mulheres, incluindo seus direitos de cidadania. Separou as ações relacionadas à sexualidade das de reprodução e buscou proteger a autonomia dos indivíduos envolvidos no processo reprodutivo, preservando a disponibilidade de métodos, tanto para a mulher, como para o casal controlar a quantidade de filhos.

A expressão “planejamento reprodutivo” é vista por Heilborn *et al.* (2009, p. 269 – 278) como ações que englobam mulheres, independentemente do seu estado conjugal e do momento atual da vida sexual, e que visam a um debate sobre a aplicação das políticas públicas direcionadas à saúde da mulher, revelando possíveis falhas na discussão sobre necessidades contraceptivas e reprodutivas das usuárias acompanhadas nas unidades de saúde que visitam, na intenção de zelar pelos seus direitos sexuais e reprodutivos.

O debate acerca da receptividade ou da apropriação dos métodos de contracepção está relacionado às práticas sexuais e às relações de gênero que se adequam ao contexto social dos indivíduos, sejam homens ou mulheres (BRANDÃO, 2019). Executar a assistência à saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária à Saúde (APS), de forma integralizada, é um obstáculo, por envolver ações relacionadas à sexualidade humana, gestação, orientação parental e direitos sexuais e reprodutivos de toda a população, independentemente de idade, opção sexual e situação socioeconômica (PAIVA; CAETANO, 2020).

Nas ações educativas de planejamento reprodutivo, o foco volta-se para os métodos contraceptivos e para outros temas, como sexualidade, IST ou orientação parental, negligenciando as consultas que deveriam salientar o planejamento (SOUZA; MORAIS; OLIVEIRA, 2015), o que gera uma lacuna entre a compreensão da necessidade de planejamento reprodutivo e a adesão assertiva aos métodos contraceptivos.

Os estudos demonstram uma maior atenção à saúde reprodutiva da mulher no SUS. De acordo com Nasser *et al.* (2017), são priorizadas ações associadas à diminuição da mortalidade materno-infantil e ao acompanhamento de tumores cancerígenos, sendo negligenciadas as escolhas reprodutivas no exercício da sexualidade. Ainda que o planejamento reprodutivo seja composto por ferramentas diversas, as ações biomédicas são as mais utilizadas quando comparadas com as de conscientização em saúde.

Assim, as ações comumente utilizadas estão organizadas a partir de uma visão que favorece a díade materno-infantil, priorizando o atendimento de mulheres inseridas na fase pré-natal e pós-parto, não sendo dada a mesma atenção às mulheres que ainda não engravidaram, não desejam engravidar ou que possuam obstáculos para engravidar (HEILBORN *et al.*, 2009). As ações de planejamento reprodutivo priorizam o atendimento que se inicia na etapa em que a mulher já começou o seu percurso reprodutivo.

É necessário considerar que o desejo da mulher de engravidar é reflexão sobre uma decisão futura, que permite repensar as condições nas quais estará inserida, como também, expor que não almejar, abertamente, uma gestação é pessoalmente delicado, visto que, a maternidade é engrandecida culturalmente como traço da identidade feminina (HEILBORN *et al.*, 2009).

Apesar de as ações de planejamento reprodutivo serem desenvolvidas para abranger todos os usuários, observa-se uma discrepância com a prática. Ações que considerem a participação masculina são, esporadicamente, realizadas e, quando acontecem, privilegiam noções indiretas transmitidas pelas mulheres (MENEZES; AQUINO; SILVA, 2008).

O Brasil apresenta uma série de desigualdades sociais e, conseqüentemente, há várias falhas no acesso à saúde e aos métodos contraceptivos. Essas falhas são observadas quando consideradas as práticas inseguras de abortamento, as quais atingem, principalmente, mulheres pobres e negras (BRANDÃO, 2019) e trouxeram uma discussão internacional sobre métodos reversíveis de longa duração (Larc).

A alegação para propor esse tipo de contraceptivo para jovens usuárias é fundamentada no alto índice de gravidez imprevista no Brasil. Baseados na probabilidade de uso inadequado dos métodos hormonais disponíveis, os Larcs se tornam um ganho adicional por apresentar êxito, independentemente do comprometimento da usuária. O Ministério da Saúde opôs-se aos Larcs por avaliar que os indícios científicos não demonstraram capacidade de validar as vantagens em relação aos métodos disponibilizados pelo SUS (BRANDÃO, 2019).

A convicção de que a eficácia dos Larcs, independente da disciplina da mulher, encobre a sua autorresponsabilidade e transmite ao médico o encargo de decidir sobre o melhor método contraceptivo (reversível ou não), colocando em discussão a habilidade da tomada de decisão e as consequências que podem aparecer quando a mulher pretere a assistência médica durante o longo tempo de validade do método (BRANDÃO, 2019).

De acordo com Menezes, Aquino e Silva (2008), em condições que impedem a aquisição de contraceptivos eficientes, tendo, como resultado, a gravidez não planejada, o aborto é vastamente utilizado. Em consequência, tem-se a morbimortalidade materna e a curetagem pós-aborto.

O aborto induzido pelas falhas na atenção, em planejamento reprodutivo

A assistência à contracepção consiste em um conjunto de ações que integra o planejamento reprodutivo e, nesse contexto, corresponde à oferta dos métodos e técnicas disponíveis para evitar a gravidez não planejada/indesejada concomitante ao implemento de atividades de educação em saúde destinadas à fundamentação das respectivas escolhas. Instrumentaliza, ainda, a concretização dos conceitos que designam os direitos sexuais e reprodutivos, os quais, dentre outras garantias, asseguram à mulher e ao homem a expressão da sexualidade independente da reprodução, bem como a autonomia para decidirem, de modo livre e responsável, se desejam ter filhos, o número e o momento de tê-los (BRASIL, 2013).

No Brasil, a saúde da mulher inseriu-se no índice das políticas nacionais de saúde, no início do século XX e, preliminarmente, as ações no âmbito do planejamento reprodutivo eram inexistentes porquanto preconizavam, sob a ótica do reducionismo biológico, somente temas relativos à gravidez e ao parto, em ressonância à história, que normatizou o desempenho da função social de mãe e doméstica à mulher (BRASIL, 2013). Em 1983, contudo, articulou-se a criação

do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism), cuja proposta reformulou aquele modelo de atenção ao introduzir os princípios da universalidade e da integralidade para afiançar a oferta de ações voltadas ao atendimento global das necessidades de saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital, rompendo a centralidade das intervenções direcionadas ao binômio gravidez-parto (OSIS, 1998).

O conceito de atenção integral à saúde da mulher enquadrado o planejamento reprodutivo e, portanto, a assistência à contracepção, no novo repertório de ações. Entretanto a gravidez não planejada/indesejada revela-se como evento prevalente em todo o mundo, sobretudo nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2013).

De acordo com Ferreira e Souza (2018), no Brasil, o índice de gestações não planejadas acompanha a tendência dos países em desenvolvimento, revelando percentual superior à média mundial. Em referência à pesquisa *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*, a qual contemplou a escuta de, aproximadamente, 24 mil mulheres em 266 hospitais públicos e privados localizados em 191 municípios, as autoras apontaram que mais de 55% das entrevistadas que tiveram filhos nos anos de 2011 e 2012 não planejaram a gravidez. Mencionaram que, diversamente, o relatório das Nações Unidas no Brasil divulgou que, em 2015, cerca de 79% das brasileiras utilizaram métodos contraceptivos (FERREIRA; SOUZA, 2018 apud ONUBR, 2017). Diante desses paradoxos, questionam-se os fatores que concorrem para a elevada incidência de gestações não planejadas, visto que a maioria das mulheres que vivem no Brasil adotam práticas contraceptivas.

A assistência à contracepção envolve a execução de atividades preventivas, educativas e clínicas, no contexto das quais os indivíduos adquirem o conhecimento necessário à formulação da escolha do método contraceptivo capaz de concretizar os seus planos relativos à reprodução. Em respeito ao preceito da individualidade, os profissionais devem priorizá-la, exceto se a avaliação dos critérios de elegibilidade contraindicar o uso. Os documentos ministeriais norteadores dos processos de trabalho inscrevem que, para subsidiar a decisão e dotá-la de liberdade, precisam oferecer, mediante comunicação educativa, todos os métodos e técnicas disponíveis para prevenir a gravidez não planejada/indesejada, conceder as informações que elucidem suas propriedades, modo de utilização, riscos, benefícios e eficácia, bem como assinalar a importância de implicarem-se no acompanhamento clínico compatível com o método eleito (BRASIL, 2016).

Nesse seguimento, especialistas de referência no eixo *Atenção às Mulheres*, do Portal de Boas Práticas IFF/Fiocruz argumentam que a escolha exige ações educativas estruturantes de projetos reprodutivos singulares que a fundamentem e propiciem acesso ao método contraceptivo adequado às necessidades específicas da mulher, homem ou casal (PORTAL DE BOAS PRÁTICAS, 2017).

As intervenções orientadas pelos determinantes individuais ainda pressupõem a identificação dos múltiplos fatores que, historicamente, permeiam a dinâmica sexual e reprodutiva da mulher, homem ou casal a fim de apreender as crenças, valores e sentimentos que convergem para a compreensão e, por conseguinte, a efetivação do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2016).

Ferreira e Souza (2018) indicam que a incidência de gestações imprevistas revela a falta de acesso a alternativas contraceptivas que, efetivamente, atendam à demanda individual de planejamento reprodutivo e afirmem resultados satisfatórios expressos nas taxas de segurança e eficácia. Nessa última categoria, as autoras destacam os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração – dispositivo intrauterino (DIU) de cobre ou levonogestrel e implantes hormonais – que, segundo Penna e Brito (2015), são altamente eficazes, detêm validade contraceptiva igual ou superior a três anos e, portanto, possuem tecnologia para assegurar elevado efeito anticoncepcional independente da ação diária da mulher para manter a sua eficácia. Desses, apenas o DIU de cobre, junto aos contraceptivos orais e injetáveis, preservativo feminino e masculino e diafragma, consta na atual Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (BRASIL, 2020).

Brandão (2017) descreve que, embora infirmada, a proposta de introduzir a contracepção prolongada na rede pública de saúde destinava apenas a “populações especiais”, constituídas por mulheres em situação de vulnerabilidade social. Em sua compreensão, a ideia reforça estereótipos de incapacidade e alienação que lhes seriam inerentes devido à condição e lhes retira a autonomia de decidir a anticoncepção que melhor atenda suas necessidades, frente ao caráter genérico da prescrição dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração. Isso posto, denota que, juntas, essas contestações substanciam a importância da educação nas ações de planejamento reprodutivo.

As falhas na atenção em planejamento reprodutivo de que resultem a gravidez não planejada/indesejada emergem como a principal causa do abortamento induzido em condições inseguras (SANTOS *et al.*, 2013). Do abortamento, originam-se consequências nocivas para as mulheres, como agravos à saúde e mortalidade materna. Santos *et al.* (2013) associam a incidência das complicações à precária

condição de higiene e segurança a que se submetem para efetuar o abortamento e, nessa direção, apontam-no como um grave problema de saúde pública que acomete, sobretudo, mulheres que apresentam marcadores que as enquadram na situação de vulnerabilidade social. Àquelas consequências físicas, os autores somam prejuízos à dimensão psicológica da mulher, que vivencia, em decorrência da voluntária interrupção da gravidez, sentimentos de luto, culpa e medo relativo às manifestações de discriminação, ao estigma e à penalização da prática em um contexto de restrições legais.

A recente jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos e do Supremo Tribunal Federal sobre o aborto – Corte Interamericana de Direitos Humanos. Assunto B sobre El Salvador e Artavia Murillo e outros v. Costa Rica

Assunto B sobre El Salvador. Em relatório da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, submetido à Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), foi requerido que o Tribunal determinasse que o Estado de El Salvador adotasse medidas urgentes para proteger a vida, a saúde e a integridade pessoal de uma gestante de 22 anos, *B*, grávida de feto anencefálico, a qual apresentava, também, quadro clínico de *lúpus eritematoso discoide*, com agravante de *nefrite lúpica*.

No relatório da Comissão, constava que *B* havia conseguido medidas judiciais da Corte Suprema de Justiça de El Salvador para autorizar tratamento médico que garantisse o direito à vida da gestante. Ocorre que *B* havia sido internada e somente recebia medicações, sem qualquer procedimento de interrupção da gestação. Nesse sentido, a Comissão argumentou contra o país, que não teria adotado medidas que permitissem a interrupção da gravidez de *B*, a qual estava correndo risco de morte. Alegou, ainda, à Comissão, como obstáculo para o procedimento, a criminalização do aborto no país.

Após análise das documentações apresentadas e não contestadas, restou provada a enfermidade do feto, sem qualquer viabilidade de vida extrauterina (segundo a ciência), e a enfermidade da gestante agravada pela anencefalia fetal, com base em estudos médicos que comprovaram estar a vida de *B* ininterruptamente em risco.

Tendo em vista que fora observada que a decisão da Corte Suprema de Justiça garantia somente o monitoramento da saúde da gestante, mas que, se houvesse

qualquer intervenção médica com fins abortivos, estaria sujeita à apuração de responsabilidade penal, pois, no país em comento, há proibição da prática do aborto em virtude de proteção constitucional à pessoa humana, sendo essa considerada desde o momento da concepção.

Por fim, a Corte Interamericana de Direitos Humanos considerou provada a extrema gravidade do caso, o risco de dano irreparável à gestante, bem como a urgência do caso e determinou que o Estado garantisse, com urgência, a atuação da equipe médica, sem interferência, para assegurar a proteção dos direitos à vida, à integridade pessoal e à saúde da sra. *B*, consagrados nos artigos 4 e 5 da Convenção Americana (CONVENÇÃO AMERICANA SOBRE DIREITOS HUMANOS, 1969).

Caso *Artavia Murillo e outros v. Costa Rica*. Cuida-se de posicionamento firmado pela Suprema Corte da Costa Rica, em 15 de março de 2000, momento no qual se declarou que “[...] a prática de fertilização in vitro (FIV) violava o direito à vida, considerando o embrião humano como pessoa desde o momento da concepção” e, ainda, que a técnica implicava elevada perda de embriões (BOLETIM DE JURISPRUDÊNCIA INTERNACIONAL, 2018). Dessa forma, a Corte declarou a inconstitucionalidade do Decreto Executivo 3, que proibia o referido procedimento no país.

Em julho de 2011, contrariando a decisão da Suprema Corte da Costa Rica, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos requereu a responsabilização internacional do Estado da Costa Rica por violação dos Artigos 11.25, 17.26 e 247 da Convenção Americana de Direitos Humanos.

O pedido formulado foi deferido pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) em 2012, que condenou o Estado da Costa Rica por proibir a fertilização in vitro em seu território. Como fundamentos, discorreu a Corte sobre a proteção dos direitos à integridade pessoal, à vida privada e à liberdade, ressaltando, ainda, que o Artigo 11 da Convenção “[...] protege os indivíduos contra as ações arbitrárias das instituições do Estado que afetem a vida privada e familiar.” (CONVENÇÃO AMERICANA SOBRE DIREITOS HUMANOS. D, 1969). Salientou, também, a Corte que o direito de escolher ser pai ou mãe integra o direito à vida privada, decisão essa que engloba o direito de escolher ser progenitor no sentido genético ou biológico.

Destacou, ainda, que o Artigo 17 da Convenção em comento “[...] reconhece o papel central da família e da vida familiar na existência de uma pessoa e que a possibilidade de procriar é parte do direito de formar uma família”. No

mesmo sentido e em complemento, mencionou que o direito à vida privada tem relação com a autonomia reprodutiva e o acesso a serviços de saúde reprodutiva, incluindo o direito ao acesso à tecnologia médica necessária ao exercício do referido direito.

Com base nos fundamentos expostos supra, o Estado da Costa Rica foi condenado a adotar, o mais rápido possível, medidas adequadas para deixar de proibir a fertilização *in vitro*, protegendo o direito das pessoas que desejassem fazê-lo. Quanto aos danos e às violações sofridas pelas vítimas diretas, ficou estabelecido pela Corte que o Estado deve proporcionar-lhes, de imediato e gratuitamente, por até quatro anos, tratamento psicológico de acordo com suas necessidades, além de indenização pelas despesas comprovadas, inclusive, para os casais que saíram do país para realizar tratamentos.

Brasil. Supremo Tribunal Federal: HC 124306, ADPF 54, ADI 3510 e ADI 5.581

No HC 124306, foi estabelecido o dever de se interpretar o tipo penal do aborto conforme a Constituição de 1988 para excluir, do seu âmbito de incidência, a interrupção voluntária da gestação no primeiro trimestre.

Cuida-se do pedido de revogação de prisão preventiva decretada em caso de flagrante pela suposta prática do crime de aborto na modalidade consentida pela gestante, cumulado com formação de quadrilha (atualmente, associação criminosa), Artigos 126 e 288 do Código Penal Brasileiro.

A alegação da defesa no sentido dos pacientes foi pautada na tese de inexistência de requisitos necessários para a realização da prisão cautelar, uma vez que não foi demonstrado o risco para a ordem pública e econômica, a instrução criminal ou a aplicação da lei penal, como previsto no Artigo 312 do Código de Processo Penal vigente.

Face ao alegado, a primeira turma do Supremo entendeu por conceder a ordem de ofício no sentido de desconstituir a prisão preventiva dos pacientes e dos corréus por não terem sido preenchidos, motivadamente, os requisitos do Artigo 312 do Código de Processo Penal e, ainda, pelo fato de os acusados serem primários e terem bons antecedentes, residência fixa, trabalho, terem comparecido a todos os atos de instrução e, caso haja condenação, irão cumprir pena em regime aberto.

Para o Supremo, deve ser feita interpretação conforme a Constituição aos Artigos 124 a 126 do Diploma Repressivo, excluindo, de seu âmbito de incidência, a interrupção voluntária da gestação no primeiro trimestre, pois, como consta na decisão, em tal período, o córtex cerebral ainda não foi formado, tampouco há qualquer potencialidade de vida extrauterina. Entende o Supremo que tipificar tal conduta viola direitos fundamentais da mulher, como, por exemplo, direitos sexuais, reprodutivos, autonomia, integridade física e psíquica e outros. Assevera, ainda, o Tribunal que “[...]na medida em que as mulheres suportam o ônus integral da gravidez [...] depende de se respeitar a vontade da mulher nessa matéria.”

Por fim, o Supremo utiliza-se de jurisprudência comparada para amparar sua decisão, alegando que nenhum país democrático e desenvolvido trata de questões dessa natureza como crime, a exemplo cita: Estados Unidos, Alemanha, Reino Unido, Canadá, França, Itália, Espanha, Portugal, Holanda e Austrália.

Na ADPF 54, ficou estabelecido, pelo Supremo Tribunal Federal, que é inconstitucional a interpretação segundo a qual a antecipação terapêutica do parto, no caso de feto anencefálico, constitui crime de aborto. Tal discussão já havia ocorrido no HC 84.025, porém, com perda de objeto devido à ocorrência do parto pouco antes do julgamento.

Para o Supremo, na decisão em comento, há diferença entre antecipação terapêutica do parto, descriminalização do aborto e discriminação com base na deficiência do feto (aborto eugênico). O aborto pressupõe feto sadio; já a anencefalia é considerada por especialistas como anomalia (ausência parcial do encéfalo e do crânio), equivalente à morte cerebral.

Sendo assim, o Supremo considerou que seria desproporcional reconhecer, como constitucional, o aborto humanitário de feto saudável, mas lícita a antecipação terapêutica do parto de feto com anomalia letal incurável. Salientou ainda que, nos dois casos, o que se busca é proteger a saúde física e psíquica da mulher.

Outro caso que não pode deixar de ser mencionado é a ADI 3510, por meio da qual ficou decidido que a pesquisa com células-tronco embrionárias para fins terapêuticos não viola o direito à vida, nem a dignidade da pessoa humana. O caso em comento foi uma Ação Direta de Inconstitucionalidade contra o Artigo 5º da Lei 11.105/2005 (Lei de Biossegurança), que permite a utilização de células-tronco para fins de terapia e pesquisas quando se trata de embriões humanos produzidos por fertilização *in vitro* não utilizados.

Para o autor da ação, a vida humana começa a partir da fecundação, porém o Egrégio Tribunal, por maioria de votos, julgou a ação improcedente, asseverando que, para que houvesse vida humana, seria necessária a implantação do embrião no útero e, ainda, o nascimento com vida. Por último, afirmou o Supremo que a pesquisa com células-tronco respeita a Constituição no que tange a promoção e o incentivo ao desenvolvimento científico, entre outros direitos fundamentais.

Para finalizar, apresentaremos o ocorrido na ADI 5.581 ao tempo da produção deste capítulo.

O plenário do Supremo Tribunal Federal, em sessão virtual concluída no dia 30 de abril de 2020, julgou, por unanimidade prejudicada, a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5581, demandada pela Associação Nacional dos Defensores Públicos (Anadep) em face dos dispositivos da Lei nº 13.301/2016, que cuida de medidas de vigilância em saúde relacionadas aos vírus da dengue, da zika e da chikungunya. A relatora, ministra Cármen Lúcia, foi acompanhada pelo colegiado para reconhecer a perda do objeto da ação, revogando, assim, o principal ponto da demanda questionado pela Medida Provisória nº 894/2019, ponto esse que institui pensão vitalícia a crianças com microcefalia decorrente do zika vírus. Na referida ADI, ajuizada junto à ADPF, as alegações foram a respeito de possíveis omissões do poder público quanto aos cuidados de planejamento reprodutivo e serviços relacionados ao vírus da dengue e zika, acesso à informação e, além disso, requeria a declaração de inconstitucionalidade do enquadramento da interrupção da gestação em relação à mulher infectada pelo zika vírus, no Artigo 124 do Código Penal.

Por fim, foi ressaltado pela relatora que a jurisprudência da Suprema Corte somente reconhece a legitimidade das entidades de classe nacionais para o ajuizamento de ação de controle abstrato se houver nexos de afinidade entre os seus objetivos institucionais e o conteúdo dos textos normativos.

Considerações finais

Em decorrência do princípio da integralidade, o planejamento reprodutivo, como política pública de saúde, assentou-se no elenco das ações relativas à saúde sexual e reprodutiva da mulher, propiciando acesso aos métodos contraceptivos que integram o rol de medicamentos e insumos disponibilizados no âmbito do SUS. Entretanto a incidência de gestações não planejadas e/ou indesejadas ainda se revela prevalente no Brasil. Os resultados apontam que esse paradoxo se refere à ausência do processo de individualização inerente às ações de educação em

saúde e à insuficiência, na rede pública, de anticoncepcionais reconhecidos pelas elevadas taxas de segurança e eficácia. Juntas, essas falhas constituem fatores de risco para o abortamento, cuja condição clandestina e insegura representa uma das principais causas de morbimortalidade materna.

Por último, foi apresentada a mais recente jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos e do Supremo Tribunal Federal no que diz respeito ao referido tema.

Referências

Adding it up: **Investing in contraception and maternal and newborn health, 2017:** estimation methodology, New York: Guttmacher Institute, 2018. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017>. Acesso em: 23 abr. 2020.

BRANDÃO, Elaine Reis. Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema Único de Saúde: o debate sobre a (in)disciplina da mulher. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 875-879, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.10932017>. Acesso em: 05 maio 2020.

BOLETIM DE JURISPRUDÊNCIA INTERNACIONAL. Aborto. **Assunto B sobre El salvador**. Brasília: STF, 2018. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/>. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940**. Brasília: Presidência da República, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del-2848compilado.htm. Acesso em: 07 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename, 2020**. Brasília: MS, 2020.

BRASIL. Código penal brasileiro de 1940. Brasília: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. Código de Processo Penal de 1941. Brasília: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm. Acesso em: 30 abr. 2020.

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988. Brasília: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 abr. 2020.
- CONVENÇÃO AMERICANA SOBRE DIREITOS HUMANOS. D 1969. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm. Acesso em: 30 abr. 2020.
- DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017.
- FERREIRA, A. L. C. G.; SOUZA, A. I. Demanda contraceptiva não atendida. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 18, n. 4, p. 693-694, 2018.
- HEILBORN, Maria Luiza; PORTELLA, Ana Paula; BRANDÃO, Elaine Reis; CABRAL, Cristiane da Silva. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. S269 – S278, 2009.
- MENEZES, Greice M. S.; AQUINO, Estela M. L.; SILVA, Diordene O. Aborto provocado na juventude desigualdades sociais no desfecho da primeira gravidez. *In*: CONGRESSO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE POBLACIÓN, 3., 2008, Córdoba. **Anais** [...]. Córdoba: ALP, 2008.
- NASSER, Mariana Arantes; NEMES, Maria Ines Battistella; ANDRADE, Marta Campagnoni; PRADO, Rogério Ruscitto; CASTAHEIRA, Elen Rose Lodeiro. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. **Revista Saúde Pública**, p. 51, n. 77, 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/138332>. Acesso em: 26 maio 2020.
- OSIS, Maria José Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. supl. 1, p. 25-32, 1998.
- PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: O QUE HÁ DE NOVO E ALÉM DO PLANEJAMENTO FAMILIAR? **IFF/Fiocruz**, 25 de junho de 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/planejamento-reprodutivo-o-que-ha-de-novo-e-alem-do-planejamento-familiar/>. Acesso em: 20 de abr. de 2020.
- PAIVA, Carla Cardi Nepomuceno; CAETANO, Rosângela. Avaliação de implantação das ações de saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária: revisão de escopo. **Esc. Anna Nery**, v. 24, n. 1, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0142>. Acesso em: 05 maio 2020.
- PENNA, I. A. A.; BRITO, M. B. A importância da contracepção de longo prazo reversível. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, 2015.
- SANTOS, V. C.; ANJOS, K. F.; SOUZAS, R; EUGÊNIO, B. G. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde Pública. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, p. 494-508, 2013.

SOUZA, Laís Machado; MORAIS, Roberta Laíse Gomes Leite; OLIVEIRA, Juliana da Silva. Direitos sexuais e reprodutivos: influências dos materiais educativos impressos no processo de educação em sexualidade. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 683, jul./set. 2015. Disponível em: DOI: 10.1590/0103-110420151060003010. Acesso em: 05 maio 2020.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. 2020. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=442504>. Acesso em: 30 abr. 2020.

6. Violência contra as mulheres e saúde mental: impactos, desafios e perspectivas

Vania Marcia Silva do Carmo Brito¹

Thaís Batista de Souza²

Fernanda Santos Curcio³

Considerações iniciais

Prejuízos mais ou menos mensuráveis, como o comprometimento funcional, isolamento social, crescimento da demanda por serviços de saúde, sofrimento individual e social, são algumas das mazelas desencadeadas pelos transtornos mentais, que atuam, decididamente, na qualidade de vida da população. Tal lógica, longe de indicar retrocessos, tem revelado um cenário desolador e desafiante.

De acordo com dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2001), uma em cada quatro pessoas será acometida por algum transtorno mental

-
1. Mestra em Ensino e suas Tecnologias, pelo Instituto Federal Fluminense; graduada em Psicologia, pela Universidade Mackenzie-SP. E-mail: vaniamarcia40@hotmail.com
 2. Especialização em Gestão Educacional e Práticas Pedagógicas, pela Faculdade Metropolitana São Carlos (2018); graduada em Pedagogia, pela Fundação de Apoio à Escola Técnica (FAETEC), Bom Jesus do Itabapoana, RJ. E-mail: tatahh_batista@hotmail.com
 3. Doutora e mestra em Memória Social, pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio); graduada em Serviço Social, pela Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: fernandasantoscurocio@gmail.com

ao longo da vida. Nesta seara, estudos nacionais e internacionais têm apontado que o transtorno mental comum – caracterizado por sintomas depressivos, estado de ansiedade e quadros de queixas somáticas inespecíficas – tem sido mais comum em mulheres do que em homens (STEEL *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2019).

Conquanto, ponderando sobre essa questão, Senicato, Azevedo e Barros (2018), salientam que essa vulnerabilidade pode estar relacionada aos aspectos biológicos, como as mudanças no sistema endócrino decorrentes do período pré-menstrual, pós-parto e menopausa ou as pequenas dessemelhanças no cérebro, e, não menos importante, às dimensões sociais, pautadas nas dessimetrias de gênero, que trazem marcas de exploração e violências. Para tanto, considerando essas interposições, e evidenciando os múltiplos condicionantes do processo saúde-doença, o presente trabalho objetiva, rompendo com a lógica biologizante, refletir sobre violência contra a mulher que, como um vestígio das desigualdades de gênero, produz efeitos devastadores, dentre eles o adoecimento psíquico das mulheres.

Diante do exposto, de forma a alcançar o referido objetivo, a metodologia empregada por este trabalho foi a pesquisa bibliográfica, de base qualitativa, de natureza descritiva do tipo revisão de literatura, sob o formato sistemático e a pesquisa documental. Dessa forma, foram utilizados trabalhos e documentos que atendessem, direta ou indiretamente, os critérios do tema central estabelecido.

Desigualdade de gênero, violência contra as mulheres e os embates cotidianos

Observa-se que a desigualdade de gênero estabelece uma das grandes contradições da sociedade, permanecendo no decorrer da história da civilização e que tem posicionado as mulheres em um lugar social de subordinação. Essa desigualdade tem, como uma de suas vertentes, a manifestação da agressão contra as mulheres, que resulta uma assimetria de poder em relações de força e dominação. Dessa forma, a violência embasada no gênero se tem constituído em um fenômeno social que influencia o modo de viver, de adoecer e de morrer das mulheres (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

Dentro dessa uma lógica, vislumbra-se uma “permissão patriarcal”, que remete aos homens a autorização de controlar e de dominar suas parceiras, filhas e irmãs, lançando mão de práticas violentas e bárbaras contra estas mulheres. Aquelas, além de gerarem dores físicas e psicológicas, colocam-se, sobretudo, como desrespeito aos direitos humanos.

Nesse ensejo, compreende-se que a violência aflige o processo saúde-doença desses grupos, em que o âmbito da saúde, assim, coloca-se como um notável espaço para reconhecer, assistir e zelar as mulheres em situação de violência. Essa, conquanto, longe de significar um fenômeno deslocado ou natural, apresenta inúmeras facetas, tendo, como uma de suas bases, a construção histórica, social e cultural das relações de gênero.

O conceito de gênero se desenvolve nas discussões de estudiosas inglesas Gayle Rubin e Joan Scott. A primeira publica um trabalho em 1975, em que reflete sobre a habitual opressão e subordinação das mulheres na sociedade, a partir de um diálogo crítico com a teoria antropológica de Lévy-Strauss, com o marxismo e a psicanálise freudiana. Rubin (1975) aponta que o gênero é uma divisão socialmente produzida e imposta nas relações sociais da sexualidade, produzindo o que a autora qualifica de sistemas de *sexo/gênero*.

Scott (1995), por sua vez, a partir de contribuições foucaultianas, reprova com a concepção iluminista do sujeito único universal que possui características biológicas a-históricas que assentam a dominação masculina. Ela rejeita o caráter fixo e permanente da oposição binária, promovendo a sua historização e requerendo uma desconstrução dos termos da diferença sexual. Dessa forma, o gênero, como elemento que integra as relações sociais que constituem as diferenças concebidas entre os sexos, demanda quatro elementos relacionados entre si: os símbolos culturais presentes numa sociedade, evocando “representações simbólicas (frequentemente contraditórias)”; os discursos normativos, isto é, as doutrinas (jurídicas, religiosas, educativas, científicas etc.) que “[...] expressam interpretações dos significados dos símbolos”; as instituições sociais, a organização social e econômica, como por exemplo, a educação, o mercado de trabalho, o sistema político, entre outros; as identidades subjetivas, “[...] as formas pelas quais as identidades generificadas são substantivamente construídas.” (SCOTT, 1995, p. 86).

Nos anos de 1990, manifesta-se outro desdobramento do conceito de gênero, a *teoria queer*. Essa teoria se consolida com a publicação do livro *Problemas de Gênero*, de Judith Butler. A autora questiona a normatividade heterossexual e aponta para a condição social imprevista e transformadora dos corpos e da sexualidade, dando visibilidade a essas discussões aos gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis (BUTLER, 2013).

A teoria de gênero, diante de suas diferentes abordagens, dá seguimento a uma das principais questões do feminismo, a saber, o binarismo e a reprodução

das desigualdades. Tal conceito dá nome aos estudos e responde pela construção social das diferenças entre os sexos.

A incorporação desses debates no campo da saúde pública é fundamental, uma vez promove a reflexão sobre novas práticas de liberdade, comprometimento das necessidades sociais e promoção dos direitos de cidadania. Essas práticas seriam novas formas de agir em relação ao mundo, não recriando outras relações de poder, mas despertando o cultivo de uma ética fundada na visibilidade de uma das proposições paradigmáticas dos movimentos feministas contemporâneos: a de que o privado também é político.

Nesse interim, o gênero assume-se como uma categoria de análise cultural, histórica e política, revelando as relações de poder, possibilitando utilizá-la em termos de diferentes sistemas de gênero e sua associação com outras categorias, como classe, raça, etnia, geração, entre outros. A banalização do assunto em pauta pode fomentar a transmissão de um discurso moralizador, discriminatório e violento, que naturaliza e reproduz o ataque à saúde e à vida das mulheres.

Violência contra as mulheres e seus impactos na saúde mental

De acordo com as Nações Unidas, em *Declaration on the Elimination of Violence against Women*⁴, a violência contra a mulher consiste em qualquer ato pautado no gênero, que provoque ou que possibilite danos físico, sexual, psicológico ou padecimento das mulheres, abrangendo a ameaça a esses atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade nos âmbitos público e privado (NAÇÕES UNIDAS, 1993).

De acordo com a Declaração das Nações Unidas, de 1949, sobre a Violência Contra a Mulher (aprovada pela Conferência de Viena em 1993), a violência se constitui em “[...] todo e qualquer ato embasado em uma situação de gênero, na vida pública ou privada, que tenha como resultado dano de natureza física, sexual ou psicológica, incluindo ameaças, coerção ou a privação arbitrária da liberdade” (ADEODATO, 2005, p. 2).

A pesquisa DataSenado sobre violência doméstica e familiar⁵, divulgada em junho de 2017, revela aumento no número de mulheres que declaram ter sofrido

4. Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres (tradução nossa).

5. O DataSenado entrevistou 1.116 mulheres por meio de ligações para telefones fixos e móveis.

algum tipo de violência doméstica: o percentual passou de 18%, em 2015, para 29%, em 2017. Dessas, 74% não procurou ajuda. Dentre as que sofreram agressão, 67% afirmaram ter passado por situações de violência física, e 47%, por violência psicológica.

Para o Ministério da Saúde, a violência doméstica pode ser dividida em: violência física, sexual, negligência e violência psicológica. As ações violadoras aqui praticadas provocam sérias consequências para a saúde mental das vítimas. Nesse relevo, as agressões e os maus-tratos atuam negativamente nas dimensões físicas/corporais, sexuais e psicológicas das mulheres vítimas de violência (BRASIL, 2002).

Não obstante, no Brasil, a violência contra a mulher só ganhou mais atenção com a Lei nº 11.340/2006, tipificando-a como um crime específico, com punições proporcionadas. Esse preceito legal classifica esse tipo de violência como física (dano ou lesão ao corpo), sexual (constrangimento para presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada), moral (conduta que caracteriza calúnia, injúria ou difamação), patrimonial (destituição dos bens materiais, objetos e documentos) e psicológica (ação ou omissão que provoca ou tenciona dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa). Essas podem ser empregadas de forma exclusiva ou correlacionada, acontecendo, em boa parte das vezes, a sobreposição das violências.

Contudo convém destacar que a violência psicológica “[...] é a mais silenciosa, deixando marcas profundas, por não ter um caráter momentâneo e ter efeito cumulativo” (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012, p. 308). Essas ações se constituem de privação arbitrária da liberdade, até insultos constantes, humilhação, ou qualquer tipo de ameaças.

A violência psicológica causa prejuízos na saúde mental das mulheres e é considerada de difícil diagnóstico, pois os sintomas são invisíveis, decorrendo de palavras, gestos, olhares a ela dirigidos, diferindo da violência física que deixa marcas aparentes no corpo.

No entanto conceituar saúde mental é uma missão complexa, pois seu significado está vinculado a fatores históricos e sociopolíticos que envolvem, além de outros aspectos, o aprimoramento nas práticas de saúde. Esse conceito não possui uma definição fechada ou única; as variáveis culturais, os julgamentos subjetivos e outras diversas manifestações podem influir no estabelecimento do conceito.

Entretanto, segundo o que se pode prospectar é que saúde mental está associada ao nível de qualidade de vida cognitiva ou afetiva. É a capacidade que a pessoa tem de gerenciar sua dinâmica de vida, juntamente com suas emoções, de maneira que se permita conservar seus valores, respeitando a si mesma, seus limites, recorrendo à ajuda quando necessário. Envolve o equilíbrio entre as estruturas psíquicas internas (como a pessoa resolve suas dificuldades ou quais recursos possui para dar conta de suas angústias); e as exigências externas (intervenientes sociais que envolvem o indivíduo).

Sobre o assunto, Brito e Haddad (2017) ressaltam a impressionante capacidade que o organismo vivo tem para manter sua própria estabilidade. São ajustes naturais que o corpo utiliza para assegurar o estado de equilíbrio, fazendo correções e ajustes quando o organismo é perturbado, ou seja, garantindo sua homeostase. Diante de tal perspectiva, pode-se inferir que a violência doméstica é uma ameaça para a saúde mental das mulheres, pois o comportamento violento arremetido contra a mulher é um desencadeante que desorganiza e desequilibra o gerenciamento destes fatores internos e externos, contribuindo com a quebra da homeostase.

Em pesquisa realizada no município de Aracaju, SE⁶, Brito e Haddad (2017) confirmam, por meio do Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp (ISSL), que a maioria absoluta das mulheres apresentou níveis elevados de estresse, chegando à fase mais alta que é a de exaustão, a ponto de produzir quebra em sua homeostase interna.

Segundo Lipp (2000), a fase de exaustão ocorre quando o estressor ainda está presente e esgota todas as energias do organismo do indivíduo. É nessa última fase que o sujeito iniciará uma predisposição às doenças mais graves que são depressão, ansiedade, que podem evoluir para doenças físicas e psicossomáticas em consequência do enfraquecimento do sistema imunológico.

As violências direcionadas contra as mulheres refletem-se no aumento das taxas de suicídio, no abuso de drogas e álcool, na incidência de problemas de saúde, como cefaleias e distúrbios gastrointestinais, e nas consequências psicológicas devido à incapacidade da mulher em enfrentar a situação vivida do ciclo da

6. A pesquisa foi realizada com 300 mulheres maiores de 18 anos, em sofrimento de violência conjugal, no município de Aracaju, Sergipe, e que procuraram a Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (Deam), localizada em Aracaju. O estudo foi realizado no período de outubro de 2011 a dezembro de 2012 (BRITO; HADDAD 2017, p. 177).

violência, além de causar danos para a saúde sexual e reprodutiva (SCHRAIBER *et al.*, 2002). É considerada, portanto, um grave problema de saúde pública.

Vale destacar, no entanto, que é fundamental também inserir no estudo da saúde mental da mulher, suas relações, seja ela com a sociedade ou mesmo com o agressor, a fim de que se busque políticas públicas para a redução e o combate da violência contra a mulher. Afinal, não é possível compreender o papel do indivíduo dissociado de sua interação com o mundo externo. Mesmo quando se trata de adoecimento ou cura, segundo Galli (2009), essa dinâmica deve ser compreendida como estilo de ser-no-mundo ou como uma concepção fenomenológica-existencial do ser humano. Essa visão redonda numa pluralidade de pontos de vista em psicopatologias. Dizer que “a mulher gosta de apanhar” está bem longe do que se espera como constructo para a solução dessa problemática.

Não há sentimento, comportamento ou qualquer outro modo de ser de uma pessoa que exista isoladamente como um fenômeno “em si”. Se olharmos de perto, veremos que a angústia de uma pessoa, que nos parece “vir de dentro”, está também “fora”, que em última instância não existe nem “dentro” e nem “fora” e que em seu ser, alguém só se angústia porque o mundo o arrasta em sua angústia, isso reflete uma inseparabilidade (GALLI, 2009, p. 60).

O processo do adoecer não se constrói de forma isolada; um sintoma ou uma síndrome não estão isentos de uma contextualização. Para o equilíbrio da saúde mental, o processo de higienização psicológica precisa ser feito por completo, pois, do contrário, a contaminação pode ser inevitável. Diante um problema tão complexo e estrutural, novos debates, ações e proposições devem ser empreendidos.

Cenários violentos e a saúde das mulheres: a necessária construção de novos olhares e proposições de atuação

O sofrimento psíquico, como um desdobramento dos transtornos mentais, dificulta a satisfação das capacidades mentais plenas, impossibilitando mulheres e homens a atuar e compartilhar planos e interesses na vida social. Ademais, em contextos e situações mais graves, esses sujeitos acabam por ter o exercício da cidadania cerceado. É necessário, assim, ir além da concepção tradicional de doença, entendendo que, na verdade, “[...] ser doente é ser provado não só

de responsabilidade, mas também é ter a sua volição limitada ao grau extremo, perdendo quase totalmente o poder de fruição [...]” (HIRANO, 1992, p. 289).

Nesse intercuro, tratando o processo saúde-doença dentro de um entendimento amplo, complexo e multifacetado, é possível vislumbrar seus múltiplos condicionantes. Para tanto, ao se tomar as inflexões da realidade social, aquele movimento passa a ser compreendido, também, a partir das desigualdades que atravessam a sociedade, e como essas interferem, decididamente, na prevenção, promoção e recuperação em saúde. Redirecionando essa discussão para a saúde mental das mulheres, depara-se a um cenário assimétrico, injusto e violento que produz efeitos negativos ao seu bem-estar, gerando, assim, seu sofrimento psíquico.

Dados sobre essa problemática são trazidos pelo Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo (OMS, 2001). Segundo esse documento, diante dos múltiplos papéis assumidos, da sobrecarga de trabalho, aumento da sua atuação como provedora principal da renda familiar, pobreza, discriminação sexual, violência doméstica e sexual, as mulheres acabam ficando mais predispostas a desenvolverem transtornos mentais.

Além disso, o Relatório oferece destaque à vulnerabilidade das crianças, pessoas idosas, refugiados, trazendo, ainda, os efeitos devastadores do racismo na saúde mental da população. Considerando tais proposições e indo além, é necessário assentir a indivisibilidade destes marcadores, reconhecendo, também, o de orientação sexual e suas inferências na perpetuação dos problemas mentais.

A *interseccionalidade*, aqui, dará contornos reflexivos e propositivos. Aquela, sendo entendida como “[...] atenção às várias formas pelas quais o gênero intersecta-se com uma gama de outras identidades e ao modo pelo qual essas intersecções contribuem para a vulnerabilidade particular de diferentes grupos de mulheres” (CRENSHAW, 2002, p. 174), possibilita a construção de um olhar crítico a esses atravessamentos na vida social e, conseqüentemente, no campo da saúde mental.

Dessa forma, os marcadores sociais da diferença – classe, gênero, geração, raça/etnia e orientação sexual – estão no bojo das relações de desigualdade e de opressão, produzindo efeitos e nuances específicas no sofrimento psíquico dos sujeitos e dos grupos sociais. Assim, observa-se que as decorrências das desigualdades estruturais na saúde mental não se colocam, apenas, como aditivas, mas conversacionais e multiplicativas.

Nessa seara, é oportuno reconhecer que os condicionantes sociais marcam diferentes estratificações, produzindo riscos sociais e em saúde. Recai-se, aqui, na desigualdade em saúde, que, embora as mulheres vivam mais em relação aos homens, sua qualidade de vida é menor, com padrões de saúde precários, resultados de uma vulnerabilidade diante de determinadas doenças e causas de morte relacionadas, frequentemente, às discriminações e desigualdades de gênero (AQUINO; MENEZES; AMOEDO, 1992; BRASIL, 2004).

Um dos resultados dessa realidade é a violência perpetrada contra as mulheres, manifestando as relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres, que acabam por causar a sua morte, sofrimento/dano físico, sexual ou psicológico. Desse modo, a violência contra a mulher coloca-se como um problema social e de saúde pública.

Por conseguinte, estudos têm demonstrado que o adoecimento psíquico feminino estabelece uma íntima relação com cenário violador onde as mulheres estão inseridas. Dessa forma, é fundamental empreender um olhar da epistemologia feminista sobre a questão, promovendo uma interlocução propositiva e indispensável entre a saúde mental e gênero, uma vez que os seus influxos produzidos por aquela perspectiva têm mostrado que o

[...] reconhecimento de que minha dor, meu silêncio, ou minha cólera, ou minha percepção não são finalmente somente minhas e que me localizam em uma situação cultural compartilhada que me permite então habilitar-me e me capacitar em vias insuspeitáveis (BUTLER, 1990, p. 301).

Ao se adentrar nesta questão, Zanello e Silva (2011), em pesquisa realizada em um hospital psiquiátrico, apontam que o sofrimento são mediados e instituídos pelas lógicas do gênero, sendo aquele edificado socialmente, manifestando-se na expressão do adoecimento psíquico. Diante dessa realidade, tornar-se necessária a advertência para o fato da invisibilização das questões de gênero constituintes do adoecimento psíquico. Essa situação, como base de uma violência estrutural, faz com o sistema de atenção à saúde mental reforce os papéis sociais e reproduza as lógicas estereotipadas e estigmatizantes das condutas que se divergem do modelo patriarcal imposto (ZANELLO, 2014).

Além desse desafio, a atuação frente à problemática ora em pauta,

Ao situar no corpo da mulher, no seu funcionamento hormonal, a explicação para o desenvolvimento de

transtornos mentais psíquicos, retira-se a importância das relações sociais de gênero na vivência destes. A mulher pensada como uma “rede de hormônios” teria em si mesma a culpa e o germe da loucura. Desta forma, a intervenção psiquiátrica viria no sentido de conter os excessos ou falta do bom regulamento psíquico-hormonal (SANTOS, 2009, p. 1181).

Logo, como adverte, é necessário contestar a ideia de “saúde mental da mulher”, propondo, por meio de ultrapassagens de barreiras epistemológicas, a “saúde mental e relações sociais de gênero”, vislumbrando as relações de gênero e suas inferências nas experiências do adoecimento e sofrimento psíquico.

Faz-se mister, então, visibilizar e encarar estas problemáticas que entoam as questões de gênero, violência e saúde mental, possibilitando, assim, ponderar as inflexões ali estabelecidas. É apenas por meio de uma aproximação crítica e abrangente que será possível construir um caminho contínuo, custoso, mas, sobretudo, libertário, que reconheçam as linhas de cuidado, as especificidades e as vulnerabilidades que marcam uma sociedade machista e patriarcal. Por essas trilhas, será possível propor e implementar políticas de saúde mais eficazes, que ultrapassem o modelo biomédico, para a prevenção, cuidado e promoção da saúde das mulheres vítimas de violência.

Considerações Finais

A violência contra a mulher traz efeitos devastadores, dentre eles, o desencadeamento do sofrimento mental das vítimas. O adoecimento mental, como salientado, prejudica o gozo das capacidades mentais plenas, que, além de sofrimento físico e emocional, acaba por cercear o exercício da cidadania. Diante disso, constituindo-se como um grave problema que carece ser enfrentado, tanto pela sociedade, como pelos órgãos governamentais, por meio da criação de políticas públicas que contemplem sua prevenção e combate, assim como o fortalecimento da rede de apoio à vítima.

A luta empreendida contra cenário violador dos direitos humanos cabe a toda a sociedade, às mulheres, aos profissionais que atuam direta ou indiretamente com a temática, ao Estado, uma vez que é de todos a busca pela igualdade dos direitos e o reconhecimento de que o outro é uma parte do todo, uma parte da nós. Dessa feita, faz-se necessário compreender que as soluções demandadas evocam um olhar sistêmico, de um conjunto de elementos complexos que estão interligados entre si. Impossível pensar soluções de maneira isolada, sendo,

assim, necessário articular, com as variadas áreas do conhecimento, debates interdisciplinares sobre saúde mental, questões de gênero e sociedade. Ademais, assumindo um compromisso político, ressalta-se a necessidade do preparo dos profissionais de todos os campos atuantes nessa questão complexa, sobretudo da saúde, para lidar, de forma sensível e eficaz, com as mulheres que buscam por cuidados. Além disso, o combate à violência contra a mulher não se deve basear apenas na abordagem terapêutica de suas consequências, mas, conjuntamente, na sua prevenção.

Intenta-se, neste horizonte, o avanço da interlocução entre os campos da saúde mental e os estudos de gênero, caminhando, assim, em direção à desconstrução do olhar estritamente biológico, assumindo um olhar caleidoscópico. A partir disso, será possível observar as diversas inflexões que as relações de gênero, calcadas nas dissimetrias, estereótipos e violências, na sociedade, sobretudo, no processo saúde-doença das mulheres. É somente dessa forma que se torna possível a identificação das situações reais de discriminações e de opressão que perpassam tais relações, criando, assim, propostas e estratégias que promovam condições de exercício da cidadania em todos os espaços públicos, especialmente, no âmbito da saúde.

Referências

- ADEODATO, Vanessa Gurgel et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, fev. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/14.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2020.
- AQUINO, Estela; MENEZES, Greice; AMOEDO, Marúcia. Gênero e Saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Revista Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p.195-202, 1992. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101992000300011>. Acesso em: 1 mar. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: MS, 2002. Disponível em: http://naobataeduque.org.br/site2017/wp-content/uploads/2017/03/020-Violencia_Intrafamiliar.pdf. Acesso em: 02 jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: MS, 2004.

- BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, [2006]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 1 mar. 2020.
- BRASIL. Senado Federal. Secretaria de Transparência. **Observatório da mulher contra a violência:** violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Senado Federal, [2017]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/arquivos/aumenta-numero-de-mulheres-que-declaram-ter-sofrido-violencia>. Acesso em: 2 jun. 2020.
- BRITO, Ivana; HADDAD, Hamilton. A formulação do conceito de homeostase por Walter Cannon. **Filosofia e História da Biologia**, v. 12, n. 1, p. 99-113, 2017. Disponível em: http://www.abfhib.org/FHB/FHB-12-1/FHB-12-01-06-Ivana-Brito_Hamilton-Haddad.pdf. Acesso em: 2 jun. 2020.
- BUTLER, Judith. Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. In: CASE, Sue-Ellen. (Org.). **Performing feminisms: feminist critical theory and theatre**. Baltimore: Johns Hopkins, 1990. p. 296-314.
- BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero**. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.
- CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 171-188, jan. 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>. Acesso em: 1 mai. 2020.
- FONSECA, Denire; RIBEIRO, Cristiane; LEAL, Noêmia. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, maio/ago. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000200008>. Acesso em: 1 jun. 2020.
- GALLI, Loeci Maria Pagano. Um olhar fenomenológico sobre a questão da saúde e da doença: a cura do ponto de vista da Gestalt-terapia. In: **Estudos e pesquisas em Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 59-71, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4518/451844628006.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2020.
- GUEDES, Rebeca Nunes; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da; FONSECA, Rosa Maria Godoy. Violência de gênero. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 3, p. 625-631, jul./set. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000300024>. Acesso em: 25 maio 2020.
- HIRANO, Sedi. Sociologia e doença mental. In: D'INCAO, Maria Angela (Org.). **Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Graal, 1992.
- LIPP, Marilda Novaes. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

- RUBIN, Gayle. The Traffic in Women: Notes on the 'Political Economy' of Sex. *In*: REITER, Rayna. (Org.). **Toward na Anthropology of Women**. New York and London: Monthly Review Press, 1975.
- SANTOS, Anna Maria Corbi. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400023>. Acesso em: 2 mar. 2020.
- SANTOS, Gustavo de Brito Venâncio dos *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, nov. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00236318>. Acesso em: 15 mar. 2020.
- SCHRAIBER, Lilia *et al.* A Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 470-77, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000400013>. Acesso em: 1 maio 2020.
- SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, jul./dez. 1995.
- SENICATO, Caroline; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2543-2554, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>. Acesso em: 28 abr. 2020.
- STEEL, Zachary *et al.* The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. **International Journal of Epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 476-493, abr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- UNITED NATIONS. **General Assembly Resolution nº 48/104 of 20 December 1993**. Declaration on the elimination of violence against women. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1993. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>. Acesso em: 1 mar. 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **The world health report 2001**. Geneva: WHO, 2001.
- ZANELLO, Valeska. A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. *In*: ZANELLO, Valeska; ANDRADE, Ana Paula Müller de. (Org.). **Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014. p. 41-58.
- ZANELLO, Valeska; SILVA, René Marc Costa e Silva. Saúde mental, gênero e violência estrutural. **Revista Bioética**, v. 20, n. 2, p. 267-79, 2012. Disponível em: http://revista-bioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745/776. Acesso em: 4 mar. 2020.

7. Maternidade em tempos de pandemia de Covid-19

Fernanda Castro Manhães¹
Rosalee Santos Crespo Istoe²
Ademir Hilário de Souza³

Considerações iniciais

É notório que, em meio à tentativa de entender e combater a pandemia mundial de coronavírus, muitas pessoas estão isoladas. Mas e quem está no início ou no final da gravidez? Como se manter tranquila com a possibilidade de dividir o mesmo hospital com pessoas suspeitas ou infectadas? Quais orientações a serem adotadas na atenção à saúde das gestantes, no contexto da pandemia do novo coronavírus? Pensando nessa problemática, o que se pretendeu com esse estudo foi realizar uma análise acerca da maternidade e de sua relação com o panorama da Covid-19. Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados

-
1. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)/Centro de Ciências do Homem/Cognição e Linguagem, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: castromanhaes@gmail.com
 2. UENF/Centro de Ciências do Homem/Cognição e Linguagem, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: rosaleeistoe@gmail.com
 3. UENF/Centro de Ciências do Homem/Cognição e Linguagem, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: ademirhilariodesouza@gmail.com

Medline, Lilacs e Scielo, assim como em documentos oficiais recentes produzidos pelo Ministério da Saúde.

É preciso explicitar que a gestação é uma fase na vida da mulher considerada, para muitas, como de importância significativa, inclusive para os familiares, pois, além de transformações e construção da história afetiva familiar, existem as mudanças no organismo e no corpo da gestante, e consequentemente no psicológico, sendo evidenciado o medo constante e a proteção pelo feto e pelo futuro bebê.

Levando-se em consideração, principalmente na pandemia vivenciada em todo o mundo, assim como, o número de casos do novo coronavírus aumentando rapidamente no Brasil, muitas inquietudes, assim como sentimentos de insegurança e medo têm surgido a respeito dos riscos em que as grávidas encontram-se expostas neste momento, se podem transmitir ou não a doença ao bebê e se fazem parte do grupo de risco considerado pelas autoridades e órgãos governamentais.

De acordo com essa perspectiva, a fim de esclarecer de que forma foi propagada, estão sendo desenvolvidas pesquisas para entender os impactos da infecção da Covid-19 em gestantes. Os dados ainda são iniciantes e limitados, não há nenhuma evidência científica que possa corroborar os riscos de as gestantes desenvolverem uma doença mais grave do que a população em geral.

Muito se tem discutido e ainda não sabemos se uma gestante com Covid-19 pode transmitir o vírus para seu feto ou bebê, durante a gravidez ou o parto. Até o momento, o vírus não foi encontrado em amostras do líquido amniótico ou leite materno. Considerando a importância da pesquisa para o curso de Medicina e áreas afins, a incidência no aumento dos casos de infecções, assim como a escassez de pesquisas científicas regionais que abordem o assunto estatisticamente, o **objetivo** deste estudo foi analisar as orientações a serem adotadas na atenção à saúde das gestantes no contexto da pandemia do novo coronavírus.

Dados da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo, 2020) publicados sobre infecção pelo Coronavírus SARS-CoV-2 em obstetrícia, intitulado *Enfrentando o desconhecido* apontam que, em dezembro de 2019, quando a China registrou os primeiros casos de pacientes acometidos por infecção respiratória grave causada por um novo coronavírus até então desconhecido, o qual foi denominado temporariamente de Novo Coronavírus 2019 (nCoV-19). O *International Committee on Taxonomy of Viruses*, definiu o nome que até então seria *Severe Acute Respiratory Syndrome – Related Coronavirus 2* (SARS-CoV-2).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou, no final de janeiro de 2020, que a doença causada pelo novo coronavírus (Covid-19) constitui uma potencial Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Sendo, portanto, um evento de saúde pública de notificação imediata (OMS, 2020).

Em 11 de fevereiro 2020, a *World Health Organization* (WHO) definiu a nomenclatura oficial para a “doença” causado por esse vírus, como *Coronavirus Disease-2019* (Covid-19). Independentemente das questões taxonômicas, o importante é que a Covid-19 adquiriu dimensões epidêmicas, e, em 11 de março de 2020, a Covid-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. Dados em 01 de março de 2020 contabilizaram 88.352 casos diagnosticados em 67 países, com 3.001 óbitos (WHO, 2020, disponível em: <https://covid19.who.int/>).

Dentro desse contexto, uma nota técnica de nº 6 foi publicada em 25 de março de 2020, pelo Ministério da Saúde, a fim de regular a atenção às gestantes no contexto da infecção SARS-COV-2, causada pelo novo coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública, na qual o espectro clínico é diverso, variando de sintomas leves à síndrome respiratória aguda grave (BRASIL, 2020, disponível em <https://central3.to.gov.br/arquivo/499607/>).

A supracitada nota ainda esclarece que, até o momento, os dados publicados sobre a Covid-19 não parece se associar a risco de maior gravidade em gestantes, mesmo que a maioria dos casos descritos em pesquisas e na literatura científica aborde mulheres na segunda metade da gestação.

Cabe salientar que, em relação ao quadro clínico observado em gestantes infectadas é semelhante ao observado em adultos não gestantes, bem como as taxas de complicações e de evolução para casos graves (aproximadamente 5% dos casos confirmados). Entre os sintomas mais comumente apresentados estão a febre e a tosse. Ou seja, o risco de infecção é o mesmo para qualquer ser humano. Logo, o protocolo para as gestantes deve ser o mesmo para adultos e idosos.

Assim, a **justificativa** dá-se pela necessidade de repensar a divulgação de políticas públicas desenvolvidas na busca de uma melhor qualidade de vida para as gestantes, potencializando assim informações para reinserção social, resgatando, principalmente, a autoestima e segurança de forma contínua. O desafio significativo da pesquisa se destaca devido à não existência de um sistema único atual dos casos notificados, que agregue informações sobre o acompanhamento de gestantes, assim como não há sistemas de informações específicas para essa categoria,

embora apresente singularidades nodesenvolvimento, na classificação da doença, no tempo hábil para iniciar o tratamento e nas necessidades de cuidado após o diagnóstico. A qualidade da informação é um compromisso que deve ser assumido por todos aqueles que almejam uma saúde pública eficiente.

A Covid-19

Dados do Jornal da USP, publicado em abril de 2020, apontam que o vírus da família *Coronaviridae* causa infecções em homens, atingindo principalmente o trato respiratório. Esse mesmo vírus, em 1965, foi descrito como coronavírus. Eles recebem esse nome devido à sua forma microscópica por semelhança a uma coroa.

De acordo com pesquisas da USP (2020, disponível em: <https://jornal.usp.br/artigos/covid2-o-que-se-sabe-sobre-a-origem-da-doenca/>), as partículas são esféricas, tem cerca de 125 nm de diâmetro e revestidas por um envelope fosfolipídico. O genoma de RNA de fita simples contém entre 26 a 32 quilobases e está diretamente associado a proteínas, formando o nucleocapsídeo. A proteína S é responsável pela adesão do vírus nas células do hospedeiro e participa do processo de interiorização, no qual ocorre a fusão entre as membranas viral e da célula e a entrada do vírus no citoplasma.

Nesse sentido, os dados do Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde destacam que os vírus da SARS-CoV, MERS-CoV e SARS-CoV-2 são da subfamília Betacoronavírus que infectam somente mamíferos; são altamente patogênicos e responsáveis por causar síndrome respiratória e gastrointestinal. Todos os coronavírus que afetam humanos têm origem animal.

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde (2020) corrobora os primeiros casos de coronavírus humanos foram isolados em 1937. No entanto, foi em 1965 que o vírus foi descrito como coronavírus. Os coronavírus mais comuns que infectam humanos são o alpha coronavírus 229E e NL63 e beta coronavírus OC43, HKU1.

Assim, a Covid-19 foi definida, pela Organização Mundial da Saúde e instituições de pesquisa como uma doença inédita, e em busca constante de respostas referentes não só a proliferação e tratamento, mas principalmente por informações mais específicas sobre o comportamento dessa infecção. Pesquisas em curto prazo apontam em suas observações que o vírus é altamente e significativamente contagioso, ou seja, dá-se de forma rápida e fácil, e esse resultado decorre da tamanha gravidade da doença (BRASIL, 2020).

É preciso destacar que seus sintomas são semelhantes a uma gripe comum, podendo variar entre leve a grave e se agravar consideravelmente, caso a pessoa infectada já possua outras comorbidades. Nesse sentido, seus sinais e sintomas acometem o sistema respiratório e podem ser comuns como, por exemplo, febre e tosse ou dificuldade para respirar, mas também outros inespecíficos como dores musculares, cefaléia, diarreia, náuseas e vômitos. Sua transmissão por uma pessoa contaminada pelo vírus dá-se, em média, por sete dias desde o surgimento dos primeiros sintomas. Cabe considerar que se encontra em estudos a transmissão do vírus por pessoas assintomáticas. Os primeiros sintomas podem demorar até 14 dias para aparecer (BRASIL, 2020).

Diante desse contexto, foi divulgado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde, em toda mídia, a população que faz parte do grupo de risco, pessoas acima dos 60 anos, imunossuprimidos, pessoas com problemas respiratórios ou que tenham outras doenças preexistentes como diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e câncer por suas vulnerabilidades diante da doença. É inegável que, a partir de tal situação, as medidas de isolamento foram também divulgadas, e a orientação primordial é evitar aglomerações e principalmente ficar em casa (BRASIL, 2020; OMS, 2020).

Cabe registrar que, embora estudos apontem que as pessoas mais vulneráveis para a Covid-19 são pessoas idosas ou com condições pré-existentes, citados anteriormente, não se pode negar e destacar que a gestação muda à resposta imunológica da mulher devido às alterações do organismo materno, além de se tratar de uma doença infecciosa, ou seja, todos estão vulneráveis, sendo assim, qualquer cuidado deve ser primordial no decorrer da gestação e após a ela (RODRIGUES; BARROS, 2019).

Assim, a nota técnica de nº 6 publicada explicita que as gestantes devem ser consideradas e classificadas com base nos critérios dos demais protocolos do Ministério da Saúde, devido à condição atual de transmissão comunitária, e o manejo será realizado conforme as demais síndromes gripais (BRASIL, 2020).

No que diz respeito aos serviços de saúde em geral, e, principalmente sobre a atenção do pré-natal e maternidades, deve ser instituída uma triagem de sintomas respiratórios e fatores de riscos. As gestantes que apresentam sintomas relacionados a uma síndrome gripal deverão ter seus atendimentos para consultas e exames de rotinas, adiados em 14 dias, e, quando necessário, serem atendidas em local distanciado, isolado das demais pacientes (BRASIL, 2020).

A nota esclarece ainda que as gestantes que não apresentam sintomas de síndrome gripal, deverão ter preservado seus atendimentos, posto o caráter autolimitado da gestação, de tal modo que a suspensão ou o adiamento despropositado podem culminar em perda de oportunidades terapêuticas de atenção à mulher, ao bebê e à família, inclusive para eventos graves, como infecções sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2020).

Desse modo, recomenda-se que a gestante faça o pré-natal, o seu acompanhamento, resguardado com cuidado e zelo a prevenção de aglomerações, mantendo práticas de higiene e com o rastreamento e o isolamento domiciliar de casos suspeitos de síndrome gripal (BRASIL, 2020). A tal fato pode-se acrescentar, ainda, que, nesse período, o número de consultas e procedimentos realizados poderá ser insuficiente as pacientes gestantes, visto que muitos atendimentos foram suspensos e direcionados à Covid-19.

Contudo, cabe considerar que a nota preconiza quando disponível, a realização de ultrassonografia morfológica no segundo trimestre, em mães com infecção por SARS-CoV-2, visto que não existem dados suficientes e significativos para afastar esse risco.

Seguindo sobre a assistência ao trabalho de parto e parto, observa-se na nota discordância nas opiniões quanto ao clampeamento imediato ou oportuno do cordão. Dados do Royal College, do Reino Unido, é que, em partos vaginais, há importante contato do feto com secreções maternas com a recomendação de aguardar um minuto para o clampeamento do cordão, uma vez que não aumentaria os riscos de transmissão vertical.

Essa afirmação é suportada pelos estudos que não encontraram SARS-CoV-2 em sangue de cordão, de modo que, mesmo para partos cesáreos, o clampeamento oportuno do cordão, quando indicado, pode ser realizado.

As gestantes que são profissionais de saúde, que atuam na atenção a pessoas potencialmente infectadas com SARS-CoV-2, devem procurar o Serviço de Medicina do Trabalho de sua instituição, para avaliação dos riscos, principalmente em razão de recomendações para que sejam particularmente rigorosas com as medidas de distanciamento social, evitando o contato com os outros, tanto quanto possível.

Considerações finais

Com este estudo, ressalta-se que há uma urgente necessidade da elaboração, da implantação e da implementação de novas pesquisas sobre a temática gestante e Covid-19 e principalmente divulgação de políticas públicas que contemplem medidas consideradas efetivas para essa população. A nota é concluída com recomendações provisórias podendo ser alteradas à medida que novos dados são publicados.

Os resultados aqui expostos permitiram apresentar, por meio de teoria, a nota técnica publicada com as orientações as gestantes no contexto da Covid-19, pelo Ministério da Saúde, o que pode contribuir, no âmbito acadêmico e institucional, para o enfrentamento e a idealização de uma assistência considerada efetiva a esse grupo populacional, bem como fornecer subsídios para a formulação de novas hipóteses em estudos epidemiológicos a serem realizados.

É fato que a complexidade da temática aqui exposta, em seu contexto amplo, representa uma experiência única de cada gestante e sua família no decorrer da vida, como sugestões futuras se fazem necessárias pesquisas com as pacientes, isso porque cada ser humano vive de forma singular com peculiaridades distintas e individuais, nos aspectos sociais, cronológicos, biológicos e psicológicos.

Acredita-se que o incentivo a projetos que propiciem formas criativas de intervenções adequadas às realidades locais, como ações de atenção às gestantes, campanhas de prevenção e proteção, estimulação à inter-relação e ao convívio social, o respeito à individualidade, à autonomia, o fortalecimento dos laços familiares, numa perspectiva de inclusão social, para uma melhor qualidade de vida, possam favorecer ao tratamento precoce e adequado às gestantes.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/21/2020-02-21-Boletim-Epidemiologico03.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção às gestantes no contexto da infecção sars-cov-2**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/499607/>. Acesso em: 05 jun. 2020.
- CEPEDES. **A gestão de riscos e governança na pandemia por Covid-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês**. Fiocruz: Cepedes, 2020.

COVID-19: O QUE SE SABE SOBRE A ORIGEM DA DOENÇA. **USP**, 14 de abril de 2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/artigos/covid2-o-que-se-sabe-sobre-a-origem-da-doenca/>. Acesso em: 6 maio 2020.

INFECÇÃO PELO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 EM OBSTETRÍCIA. ENFRENTANDO O DESCONHECIDO! **Febrasgo**, 18 de março de 2020. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/948-infeccao-pelo-coronavirus-sars-cov-2-em-obstetricia-enfrentando-o-desconhecido>. Acesso em: 6 maio 2020.

KASPER, D. L. *et al.* **Medicina Interna de Harisson**. Tradução de Ademar Valadares Fonseca *et al.* 19. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; FILHO, Jorge de Rezende. **Rezende: Obstetrícia Fundamental**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

8. A qualidade de vida de mães de autistas: uma abordagem teórica

Cristina de Fátima de Oliveira Brum Augusto de Souza¹

Lucas Capita Quarto²

Fernanda Castro Manhães³

Considerações iniciais

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é uma síndrome do desenvolvimento caracterizada por indivíduos que apresentam padrões de comportamento repetitivos e estereotipados, bem como prejuízos em suas habilidades comunicativas e sociais. Um indivíduo autista possui características que se tratam por uma ampla variedade: sintomas e graus de severidade que se manifestam de forma singular.

O diagnóstico de um filho autista gera impacto na qualidade de vida das famílias desse indivíduo. As famílias, ao receberem o diagnóstico do transtorno,

-
1. Universidade Federal do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)/Centro de Ciências do Homem/Cognição e Linguagem, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: cristinafbrum@gmail.com
 2. UENF/Centro de Ciências do Homem/Cognição e Linguagem, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: lcapitaiv@gmail.com
 3. UENF/Centro de Ciências do Homem/Cognição e Linguagem, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: castromanhaes@gmail.com

passam por diversos questionamentos e sentimentos de angústia, dor e medo, visto que, para muitos pais, o diagnóstico é o início de uma vida desafiadora. De acordo com Segeren e Francozo (2014), a descoberta de uma patologia ou deficiência em uma criança acarreta uma série de mudanças na vida das mães, que acabam assumindo o cuidado integral da vida de seu filho.

Frente a esse cenário, a presente pesquisa tem, como objetivo, levantar uma discussão a respeito da qualidade de vida de mães de autistas. Para atingir o objetivo geral proposto, a pesquisa tem como objetivos específicos: i) conceituar o Transtorno do Espectro Autista (TEA); (ii) analisar o impacto do diagnóstico do TEA na vida da família de crianças autistas; (iii) discutir os desafios enfrentados por mães de crianças autistas. A escassez de estudos acerca da Qualidade de Vida (QV) de mães de autistas torna a presente pesquisa pertinente.

Como método, recorreu-se a revisão bibliográfica, a partir de autores que examinam e compreendem o assunto. A revisão bibliográfica, também denominada revisão de literatura, é uma pesquisa realizada por intermédio de consulta em materiais científicos publicados, escritos por autores especialistas dentro do assunto pesquisado. Assim, o pesquisador tem aproximação direta com o que foi produzido textualmente sobre um determinado assunto.

Tendo em vista facilitar a leitura do texto o trabalho está organizado em seções, a saber: Considerações Iniciais e a perspectiva de todo o estudo; a revisão da literatura, no entrelaçamento de ideias dos autores visitados, tendo em vista responder à questão que norteia o estudo e atingir o objetivo pontuado; assim como as visões construídas pelos autores do estudo sustentadas na literatura dos teóricos pesquisados. Espera-se que este estudo sirva de orientação para os estudiosos da área da Educação e, ainda, que contribua para enriquecer o acervo científico.

Revisão de literatura

O transtorno do espectro autista (TEA)

O autismo é uma síndrome que gera impacto nas crianças e adolescentes a nível de seu desenvolvimento neurológico e cognitivo. Assim como indivíduos típicos, os autistas possuem suas próprias individualidades, ou seja, um autista nunca é como o outro. Segundo Souza (2019), uns apresentam fala e inteligência bem preservadas, com desenvolvimento bem desenvolvido, enquanto outros apresentam comprometimento na linguagem, retardo mental e falhas na comunicação.

A síndrome autista encontra-se inserida no DSM-5, pertencente à categoria dos Transtornos do Neurodesenvolvimento. O DSM-5 é publicado pela Associação Psiquiátrica Americana, sendo utilizado como base para o diagnóstico formal (MARTINS; MONTEIRO, 2017). A partir do DSM-5, foi criado o termo Transtorno do Espectro Autista - TEA que engloba todos os sintomas de autismo, determinando que o autismo possui três níveis: leve, moderado e severo. Esses níveis se baseiam pela gravidade dos sintomas, mediante a necessidade de apoio que o indivíduo necessite, aos desafios sociais, interesses e comportamentos repetitivos decorrentes do espectro (GRANDIN; PANEK, 2015). Conforme as observações de Grinker (2010), existe grande heterogeneidade quando se refere à apresentação fenotípica do TEA, tanto como com relação à configuração e à severidade dos sintomas comportamentais.

O transtorno do espectro autista construiu sua história há um século. Em 1906, o psiquiatra Plouller incluiu o termo autista como adjetivo, na literatura da psiquiatria, em seus estudos de pacientes com diagnóstico de demência precoce (SILVA, 2012). Entretanto, segundo Batista (2018), o transtorno do espectro autista foi anunciado pela primeira vez, em 1911, pelo psiquiatra suíço Eugen Bleurer, para descrever, em seu artigo, os sintomas referentes à esquizofrenia. No entanto, de acordo com Whitman (2015), o marco do autismo iniciou a partir de 1940, com as considerações apontadas pelo psiquiatra infantil austríaco radicado nos Estados Unidos Leo Kanner, que publicou um artigo que descrevia um novo transtorno: o autismo infantil.

As contribuições de Leo Kanner foram tão importantes que os comportamentos descritos em suas pesquisas sobre o transtorno foram agregados no DSM III, em 1980. Segundo Cunha (2019), apesar de Leo Kanner ter sido reconhecido por contribuir, de forma perspicaz, com os estudos acerca do autismo, recebeu inúmeras críticas pela falta de conhecimento acerca da origem desse transtorno.

Após um ano, em 1944, o austríaco Hans Asperger, psiquiatra suíço, retratou um transtorno semelhante que ficou conhecido como Síndrome de Asperger (CUNHA, 2018). Em seu artigo, o autor abordava a *psicopatia autista na infância*, baseando-se em quatro crianças que demonstravam um desenvolvimento atípico, correlativos aos descritos por Kanner (BATISTA, 2018). Leo Kanner e Hans Asperger foram os precursores da identificação do autismo e, depois de suas contribuições, são estudados por vários pesquisadores (CUNHA, 2019). Anos depois, a pesquisadora Lorna Wing fragmentou as perturbações apresentadas por as crianças autistas em três áreas diferentes de domínio: social, linguagem e comunicação, comportamento e pensamento (MAS, 2018).

O transtorno do espectro autista (TEA) é um assunto que está ganhando cada vez mais ênfase nas pesquisas acadêmicas. Entretanto continua sendo um desafio para familiares, professores e profissionais da saúde. O transtorno apresenta no indivíduo de forma singular, ainda não se consegue detectá-lo através de exames laboratoriais, o que dificulta o diagnóstico precoce (BATISTA, 2018). Serra (2010) diz que o autismo é um distúrbio incurável, não há cura em nenhum dos três níveis, porém, se houver um diagnóstico precoce e estimulação neuronal, o autista pode apresentar ganhos significativos em seu desenvolvimento.

O impacto do diagnóstico do autismo na família

O transtorno do espectro do autismo chega ao seio familiar, de forma enigmática, pois, para muitos familiares, o diagnóstico é desconhecido. Gauderer (1993) afirma que o autismo é uma síndrome intrigante, pois desafia o conhecimento sobre a natureza humana. Após o diagnóstico, o primeiro passo dado pela família é buscar pelo conhecimento acerca do transtorno. Em meio a essa busca, surge uma turbulência de informações que acarretam na família sentimentos de angústia e medo (BELSKY, 1985). Além de todo esse processo, a família se depara com uma sociedade despreparada em lidar com o “desconhecido”.

A dinâmica de famílias de crianças autistas sofre inúmeras alterações que ocorrem desde as finanças até a qualidade de vida psíquica, social e física (FÁVERO; SANTOS, 2005). Um membro familiar sintomático agrava consequências negativas na relação familiar, fazendo com que alguns familiares apresentem comportamentos disfuncionais frente às adaptações exigidas por essa nova realidade (JORGE, 2013).

De acordo com Araújo (2012), o transtorno é a junção de duas doenças: a primeira abarca todos os sintomas, na qual a família já se familiarizou; e a segunda abrange o estigma e a exclusão social. De acordo com Cunha (2018), após o diagnóstico de um filho autista, os pais apresentam uma tendência ao isolamento social devido às características do autismo e os problemas comportamentais pertinentes ao transtorno.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010, p. 12):

O início do convívio com uma criança autista coloca a família diante de uma realidade que ainda lhe é desconhecida, e que só deixará de sê-la quando esta for capaz de entrar em contato consigo própria, o que significa a aceitação das situações então estabelecidas.

Mediante as afirmativas, entende-se que é essencial a percepção da família em relação ao diagnóstico, para que ela possa, o quanto antes, entender o transtorno e interagir com seu filho(a), pois a família é o apoio essencial e insubstituível ao indivíduo com autismo (MAS, 2018). Se toda intervenção precoce é essencial, o quanto antes a família interagir com seu filho(a), poderá contribuir por exemplo para que este aprenda habilidades de vida diária, pois a dependência do filho sobrecarrega muito os pais. Sabe-se que, em muitos casos, a gravidade e a cronicidade do transtorno do espectro autista (TEA) demonstram que é necessário cuidados durante a vida, esses cuidados geralmente são atribuídos pela figura materna (MARTINS; MONTEIRO, 2017).

A inclusão se inicia no ambiente familiar, desse modo, o apoio familiar é essencial para indivíduos autistas, já visto que, na maioria dos casos, há total dependência de seus pais. Silva (2012) alerta que os quadros apresentados em indivíduos diagnosticados com autismo são em geral, severos e persistentes, há variações individuais que resultam no nível de impacto na estrutura familiar. Partindo dessa afirmativa, sabe-se que a intervenção precoce proporciona melhoras significativas, entretanto descobrir o diagnóstico precocemente e iniciar as terapias o quanto antes, ainda é o que se tem de melhor para as famílias com filhos diagnosticados. Jorge (2013) afirma que os sintomas do transtorno se manifestam desde o início de seu desenvolvimento, porém, muitas vezes, não se manifesta de forma considerável.

Os pais de crianças autistas, por muito tempo, foram apontados como principais culpados pela diferença afetiva de seus filhos, o que implicaria o desenvolvimento dos seus próprios filhos (CUNHA, 2018). Segundo Araujo (2012), quando a criança possui o Transtorno do Espectro Autista, ela possui variados sintomas que consternam aos pais e irmãos que não apresentam a deficiência, por exemplo, dificuldade de comunicação verbal e lúdica, além de comportamentos obsessivos e deficiência no contato afetivo. De acordo com a afirmativa do autor, percebe-se que o transtorno abrange além dos pais, surtindo efeito sobre os irmãos, ou seja, a síndrome autista resulta em uma desestrutura familiar. Além dos pais terem que aceitar o transtorno, o autista depara-se com a dificuldade de aceitação dos irmãos não deficientes.

De acordo com Mas (2018), é comum que mães de crianças autistas demonstrem estar sobrecarregadas em zelar pelo filho com autismo e, ao mesmo tempo, ter a responsabilidade de ser atenciosa com o filho sem deficiência. As demandas dos filhos com autismo exigem atividades como terapias, ajuda nas atividades diárias e atenção permanente e, inconscientemente, a mãe deduz que seu

filho sem deficiência não apresenta necessidade de atenção, gerando assim grandes impactos negativos na relação com seus filhos típicos (FÁVERO; SANTOS, 2005). Os filhos típicos costumam sentir ciúmes dos irmãos atípicos, uma vez que consideram que os pais priorizam o irmão autista (SIMÕES, 2014). Entretanto, segundo Batista (2018), geralmente, os filhos típicos apresentam sentir muito amor, paciência e preocupação pelo irmão autista.

O diagnóstico do transtorno gera interferências nas relações entre pais e filhos conforme relatado anteriormente e principalmente na relação marido e mulher, podendo fazer com que esses cheguem ao divórcio (SANTOS, 2008). A família não é preparada para receber um membro atípico, o que pode gerar conflitos conjugais devido ao stress causado pelo transtorno. Serra (2010) afirma ser alto o índice de casais que se divorciaram após o diagnóstico. O autor aponta que a culpabilização pela deficiência é o principal motivo dos divórcios. A crise conjugal é inevitável no período da adaptação, por mais harmônica que seja a família (CUNHA, 2018). Ter um filho com alguma deficiência é, muitas vezes, destruir sonhos que foram gerados pelos pais.

Qualidade de vida

Qualidade de vida é um termo usado praticamente por todas as pessoas, mas trata-se de um termo bem complexo de interpretação. De acordo com Silva e Ribeiro (2013), a Organização Mundial de Saúde (OMS) redefiniu o termo *qualidade de vida*, associando-lhe ao bem estar emocional, social e físico, ou seja, um parâmetro para mensurar o bem estar de um indivíduo.

De acordo com Ferreira (2009), a expressão *qualidade de vida* (QV) é mencionada em diversas áreas, entretanto não existe um significado unânime, apesar da expressão ser usada de forma extensa, há uma grande ambiguidade conceptual e teórica em sua forma de definição, seu conceito é analisado por várias interpretações. A forma de expressar a qualidade de vida (QV) depende da diversidade humana e de determinadas épocas, sendo assim, leva-se a uma falta de igualdade acerca da definição sólida e coerente (BAHIA, 2002).

Segundo Souza (2001), cada pessoa pode apresentar o próprio conceito de qualidade de vida (QV) e ainda destaca que, de acordo com as experiências, o conceito pode variar. Partindo dessas afirmativas, podemos partir da definição de que a qualidade de vida (QV) é o processo pelo qual vivemos e tudo que colabora para nosso bem estar. Para a Organização Mundial da Saúde, a qualidade de

vida (QV) é a percepção individual de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus (BAHIA, 2002).

Discussão

A partir do estudo bibliográfico realizado nesta pesquisa se compreende que o diagnóstico do transtorno do espectro autista impacta de diversas maneiras o âmbito familiar, fragilizando todos os seus membros, principalmente a mãe, visto que geralmente é ela quem se torna a responsável por suprir todas as necessidades apresentadas pelo seu filho(a). Um indivíduo autista demanda uma atenção especial, e cuidar de um filho com algum transtorno de desenvolvimento gera implicações na qualidade de vida da mãe (CUNHA, 2019).

A literatura documenta que o diagnóstico do autismo acarreta uma série de problemas na saúde mental de mães de crianças com autismo, como: sintomas de ansiedade, sintomas depressivo, conflitos conjugais e restrições das atividades sociais.

O conceito de qualidade de vida define-a como uma percepção individual que um indivíduo possui em relação à sua própria vida. E a percepção de uma mãe sobre a sua maternidade influencia na forma como ela dá significado à sua existência (MAS, 2008). De acordo com Cunha (2018), mães de crianças autistas sentem-se muito sobrecarregadas com as demandas exigidas pelo seu filho atípico e se sentem angustiadas quanto à preocupação com o grau de evolução desses. As mães esperam que o desenvolvimento de seu filho diminua as demandas diárias que lhe foram expostas (SIMÕES, 2014). Jorge (2013), ainda, afirma que o medo em relação a independência de seu filho atormenta o cotidiano de mães de autistas, pois essas entendem que, na sua ausência, seu filho precisará de outras pessoas. Vale ressaltar que a mesma continua sendo responsável pelo gerenciamento de seu lar.

Mães de crianças autistas estão sujeitas a situações potencialmente estressantes (SIMÕES, 2014). Segundo Jorge (2013), há uma falta de empatia muito grande da sociedade com a criança autista. A sociedade tente a ver esse indivíduo com um olhar repleto de questionamentos e julgamentos. A falta de empatia social faz com que as mães se afastem da sociedade para que seus filhos não tenham que conviver com situações constrangedoras, logo elas preferem isolar-se para não presenciar atitudes preconceituosas relacionadas ao seu filho (MAS, 2018). Além disso, os comportamentos específicos do autismo, aliados ao grau do quadro, dificultam o processo de reinserção social de mães que se encontram nesse

contexto. O Transtorno do Espectro Autista coloca a mãe diante de uma série de emoções, indagações e responsabilidades.

Há uma grande tendência de mães de autista desenvolverem um isolamento social devido às características do autismo (CUNHA, 2018), o que limita a participação dessas em atividades sociais as quais servem de recursos para melhora na qualidade de vida da família de modo geral (PEREIRA *et al.*, 2017). Gomes *et al.* (2015) dizem que o diagnóstico de um filho autista faz com que todo o desejo fantasiado da criança durante a gestação seja adaptado a um filho que possui suas características e que exige um suporte emocional e uma assistência adequada. Essas peculiaridades surgem como um desafio para as mães. E a forma como a mãe lida com o transtorno de seu filho influenciará na maneira como ela enxerga os desafios os quais será submetida.

Considerações finais

Conforme já explicitado, esta pesquisa representa uma apresentação acerca do impacto do transtorno na qualidade de vida (QV) de mães de crianças autistas, devido aos desafios enfrentados por essas mães, tanto mediante a aceitação do diagnóstico, quanto os devidos cuidados com seu filho (a), as mudanças na rotina e o processo de reinserção social.

A partir disso, foi possível observar que o diagnóstico do transtorno do espectro autista muda por completo o estilo de vida de mães de filhos com o diagnóstico. A literatura dá ênfase que, quando a mãe recebe o diagnóstico, a sensação é de um sonho interrompido, pois o filho idealizado foi trocado por um filho(a) que necessita atendimento e aceitação. Os desafios enfrentados por mães de crianças autistas iniciam-se desde o diagnóstico, acarretando sentimentos de angústia, medo e, acima de tudo, uma sobrecarga de cansaço físico e emocional. A partir disto, entende-se que há um desequilíbrio na qualidade de vida (QV) da mãe, devido às demandas exigidas pelo filho autista. O estudo ainda frisa que, além dos impactos gerados pelo transtorno, há outro impacto que anda paralelo: a sociedade despreparada. Assim sendo, percebe-se um declínio de convívio social.

Ao aproximar-se da realidade de mães de crianças autista, é possível compreender os sentimentos pertinentes ao diagnóstico. Cabe ressaltar que um diagnóstico precoce, a intervenção multidisciplinar e familiar, ainda é a única forma de, futuramente, tirar a sobrecarga dessas mães, estimulando a independência

do filho(a) que consequentemente acarretará mudanças positivas na qualidade de vida da mãe.

Referências

- ARAUJO, R.R. Breve discussão sobre o impacto de se ter um irmão com Transtorno do Espectro do Autismo. Universidade Presbiteriana Mackenzie. **Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento São Paulo**, v. 12, n. 1, p. 9-15, 2012.
- BAHIA, P. H. do N. **O estresse como indicador de qualidade de vida em professores do curso de fisioterapia**. 105 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- BATISTA, H. G. **Desempenho Cognitivo de crianças com Autismo praticantes de Nataçõ com o Método Halliwick**. 92 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Desporto) – Universidade do Porto, Porto, 2018.
- CUNHA, E. **Autismo na Escola**. Rio de Janeiro: Wak, 2018.
- CUNHA, E. **Autismo e inclusão: psicopedagogia práticas educativas na escola e na família**. 8. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2019.
- BELSKY, J. Exploring Individual Differences in Marital Change across the Transition to Parenthood: The Role of Violated Expectations. *Journal of Marriage and Family*. Vol. 47, No. 4, pp. 1037-1044, 1985.
- FAVERO, M.; SANTOS, M. Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática de literatura. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 18, n. 3, p. 358-369, 2005.
- FERREIRA, J. C. P. **Estudo Exploratório da Qualidade de Vida de Cuidadores de Pessoas com Perturbações do Espectro do Autismo**. 147 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Universidade do Porto, Porto, 2009.
- GAUDERER, E. C. **Autismo**. Atheneu, 1993.
- GOMES, P. *et al.* Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. **Jornal de pediatria**, v. 91, n. 2, p. 111-121, 2015.
- GRANDIN, T.; PANEK, R. **O cérebro autista: pensando através do espectro**. 1. ed. Rio de Janeiro: Record, 2015.
- GRINKER, R. R. **Autismo: um mundo obscuro e conturbado**. São Paulo: Larousse do Brasil, 2010.
- JORGE, M. R. **DSM-V-TR (TM): Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.
- MARTINS, A. D. F.; MONTEIRO, M. I. B. Alunos autistas: análise das possibilidades de interação social no contexto pedagógico. *Psicol. Esc. Educ.*, v. 21, n. 2, Maringá, 2017.
- MAS, N. A. Transtorno do Espectro Autista- história da construção de um diálogo. 130 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: MS, 2010.
- PEREIRA, M. L.; BORDINI, D.; ZAPPITELLI, M. C. Relatos de mães de crianças com transtorno do espectro autista em uma abordagem grupal. **Cadernos Distúrbios**, v. 17, n. 2, p. 56-64, 2017.
- SANTOS, A. M. T. **Autismo**: desafio na alfabetização e no convívio escolar. SÃO PAULO: CRDA, 2008.
- SERRA, D. Autismo, família e inclusão. **Polêmica**, v. 9, n. 1, p. 40-56, 2010.
- SILVA, A. B. B. **Mundo singular**: entenda o autismo. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.
- SILVA, E. B. A.; RIBEIRO, M. F. M. **Aprendendo a Ser Mãe de uma Criança Autista**. **Revista EVS - Revista de Ciências Ambientais e Saúde**, Goiânia, v. 39, n. 4, p. 579-589, jul. 2013.
- SOUZA, S. de. **Qualidade de vida de professores universitários em fase de mestrado**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- SOUZA, C. de F. de O. B. A. de *et al.* As mídias digitais moldando o comportamento de pais de crianças autistas. *In*: CONINTER, 8., 2019, Maceió. **Anais [...]**. Maceió: Unit/AL, 2019.
- WHITMAN, T. L. **O desenvolvimento do autismo**: social, cognitivo, linguístico, sensorio-motor e perspectivas biológicas. 1. ed. São Paulo: M. Books do Brasil, 2015.
- SEGEREN, L.; FRANCOZO, M. de F. de C. As vivências de mães de jovens autistas. **Psicol. Estud.**, v. 19, n. 1, p.39-46, 2014.

9. Atenção à saúde da mulher grávida em tempos de pandemia: o que sabemos até agora?

Ademir Hilário de Souza¹
Ana Paula Borges de Souza²
Rosalee Santos Crespo Istoe³

Considerações iniciais

A pandemia do novo coronavírus (Covid-19) gerou a maior crise na saúde pública das últimas décadas. Para muitos, a crise gerada afetará a todos os setores da sociedade, sendo maior que a recessão de 1929. Desse modo, a DOENÇA não pode ser considerada sem importância, pois apresenta altas taxas de transmissibilidade e, até a primeira semana de junho, fez mais de 6.416.828 vítimas e 382.867 óbitos em todo o mundo (OMS, 2020). Os dados divulgados pela Orga-

-
1. Mestre e doutorando em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF), Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: ademirhilariodesouza@gmail.com.
 2. Mestranda em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF), Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: anapaulabs197278@gmail.com
 3. Docente do Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF), Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: rosaleeistoe@gmail.com

nização Mundial de Saúde revelam a nossa preocupação com a temática e principalmente com a necessidade de ampliar as reflexões, promovendo assim olhares interdisciplinares capazes de ampliar as políticas de atendimento.

Sabemos que determinados problemas de saúde são mais intensos em alguns grupos sociais mais vulneráveis. Dentre eles, destacamos aqui a população de risco, em específico as mulheres gestantes. Como forma de promover reflexões sobre o atendimento à saúde das mulheres grávidas, o presente capítulo pretende, assim, compreender o que sabemos até o momento.

O presente capítulo destaca-se pela necessidade de aprofundamento da temática, ao identificarmos que ainda são escassos os estudos e as pesquisas com essa população, merecendo assim a atenção de novos estudos, uma vez que, baseado em outras pesquisas científicas, observam-se altos índices de complicações e taxas de mortalidade em mulheres gestantes com infecções respiratórias causadas por outros coronavírus (SARS-CoV e MERS-CoV).

Materiais e Métodos

O presente capítulo demonstra nosso esforço metodológico ao analisar os efeitos da Covid-19 no Brasil, tomando, como objeto empírico, a população de mulheres gestantes. Nesse sentido, utilizamos, como metodologia, a pesquisa bibliográfica de estudos recentes sobre a Covid-19, com o objetivo de aproximação da temática em questão; e de um estudo qualitativo de natureza exploratória para formular “[...] problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” (GIL, 1989, p. 44).

Resultados e discussão

A evolução da Covid-19 no mundo

Inicialmente classificada como epidemia, o coronavírus vem da família de vírus respiratórios causadora de infecção aguda do trato respiratório (LARRY *et al.*, 2012). Não são novos patógenos e, ao todo, já foram identificados sete coronavírus, sendo eles: SARS-CoV, que causam síndrome respiratória aguda grave, como: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, os que causam síndrome respiratória do Oriente Médio, MERS-CoV e, o mais recente, SARS-CoV-2, nomeado como novo coronavírus (OPAS, 2020). Com sintomas similares

ao resfriado, pessoas, em todo mundo, são frequentemente infectadas pelo vírus, que geralmente leva a uma infecção do trato respiratório superior.

O surto de novas doenças causadas pelo coronavírus foi identificado na China, na cidade de Wuhan, em dezembro de 2019, possivelmente relacionada a um mercado atacadista de frutos do mar, quando um número crescente de casos que apresentaram um novo tipo pneumonia viral (GUO *et al.*, 2020). Inicialmente o surto foi classificado como pneumonia de etiologia desconhecida, sendo considerada uma doença sem um patógeno causador que apresentava os seguintes sintomas: febre ($\geq 38^\circ\text{C}$), evidência de pneumonia, contagem baixa ou normal de glóbulos brancos ou contagem baixa de linfócitos e sem melhora dos sintomas após tratamento por três a cinco dias (LI *et al.*, 2020).

Nesses novos casos de pneumonia atípica, verificou-se que os casos clínicos apresentavam sintomas de um novo coronavírus (SARS-CoV-2) com similaridade ao coronavírus graves do tipo síndrome respiratória aguda do morcego (RALPH *et al.*, 2020). Após os casos iniciais, o novo coronavírus foi nomeado, mais tarde, pelo Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus (ICTV) por coronavírus 2019 (Covid-19).

Com diversos casos na China, o vírus espalhou-se rapidamente pelos países ao redor do mundo, causando uma ameaça à saúde global. Com o avanço do novo coronavírus, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 30 de janeiro de 2020, denominou o surto de Covid-19 como uma emergência de saúde pública de interesse internacional (BURKI, 2020), mais alto nível de alerta da OMS, conforme previsto no regulamento Sanitário Internacional (OMS, 2020). Essa é a sexta vez na história que uma emergência de saúde pública de importância internacional é declarada pela OMS (OMS, 2020).

Em 09 de março de 2020, já havia aproximadamente 81 mil casos confirmados em laboratório e 3.123 óbitos relatados na China, fazendo com que a epidemia se espalhasse para outros países (YANG; WANG, 2020). A Covid-19 disseminou rapidamente pelos países da Europa, transformando a Europa no centro da pandemia. Com o aumento do contágio, em 11 de março de 2020, a OMS caracterizou a Covid-19 como uma pandemia, devido à força de transmissibilidade geográfica da doença (OMS, 2020).

No centro da pandemia, a Itália ganhou destaque mundial, devido à enorme taxa de transmissibilidade da doença. Segundo dados divulgados pela OMS e por diversos estudos já realizados, desde o primeiro caso identificado na Itália, em 21 de fevereiro de 2020, até 19 de março de 2020, foram registrados aproxi-

madamente 41 mil casos (ARMOCIDA *et al.*, 2020). Desde a emergência até o início de junho de 2020, 234.531 casos foram registrados (MINISTERO DELLA SALUTE, 2020). Com o avanço dos casos na Itália, o país ultrapassou a China, marco inicial do surto da doença de Covid-19. De acordo com alguns estudos, as medidas tomadas pela Itália influenciaram as altas taxas de transmissibilidade no país. Em muitas nações, o isolamento social tem sido a principal medida para conter o avanço da doença, ao entender que o poder do vírus está no seu crescimento exponencial (MAIER; BROCKMANN, 2020). De acordo com estudos já divulgados, a demora em decretar situação de emergência e o isolamento como medida para evitar a propagação do vírus pode ter influenciado a taxa de transmissão do vírus na Itália.

Ao compararmos a China com a Itália, percebe-se que as taxas de transmissibilidade e de contágio foram influenciadas pelo tempo em que os países decretaram quarentena. De acordo com Charleaux (2020), se, por um lado, a China decretou, como medida para diminuir a propagação do vírus, duas semanas após identificar o primeiro caso, por outro lado, a Itália decretou quarentena somente após registrar 7.300 casos no país (CHARLEAUX, 2020). Na China, a quarentena tinha, como medida principal, o isolamento total de diversos setores, desde fechamento de cidades até políticas públicas de saúde como: hospitais de campanha sendo construídos em tempo recorde, para atender a população infectada até a contenção total de diversas cidades, além da testagem da população em massa, indicando que essas medidas podem ter contribuído para a taxa zero de contágio em diversas regiões do país.

Segundo epidemiologista da Universidade de São Paulo (USP), a taxa de transmissão na Itália foi tão rápida que pode ter influenciado na contabilização dos casos pelo Ministério de Saúde, o que nos parece ter influenciado na implementação de medidas necessárias de forma tardia e, assim, evidenciando a alta taxa de óbitos no país (CHARLEAUX, 2020). As experiências dos países da Europa, como o exemplo da Itália, centro da pandemia em março, revelam as dificuldades que o enfrentamento à Covid-19 tem apresentado. O que sabemos, até agora, é que as medidas de isolamento social, inicialmente colocadas pela OMS, têm influenciado na diminuição da taxa de transmissão.

Diversas pesquisas iniciais, em fevereiro, alertavam que o risco de transmissão para países da América e principalmente da América do Sul eram quase mínimas. No entanto, com o avanço do Covid-19 e como a doença se desenvolve de formas diferentes, em cada localidade, a crise da saúde global atinge a todos os

países em diferentes escalas e formas de contágio. Isso é evidenciado pelos países com maior taxa de casos e taxa de óbitos até o início do mês de junho.

Até o início de junho, a taxa de óbito da Covid-19 ultrapassa os seis milhões de infectados em todo o mundo e aproximadamente 393 mil óbitos. Dentre esses dados, os Estados Unidos lideram a primeira posição com 1.941.286 casos confirmados e 110.803 óbitos, enquanto o Brasil, em 5 de junho de 2020, ocupa a terceira posição, contabilizando, segundo o Ministério de Saúde: 645.771 casos confirmados de infectados, 30.830 casos confirmados, em 24 horas; 35.026 óbitos; e lidera a taxa de óbitos por Covid-19 em 24 horas.

Devido ao aumento da taxa de contágio, diversas pesquisas têm sido produzidas sobre a Covid-19. Há, ainda, em curso, conhecimento insuficiente sobre a alta velocidade de transmissão da doença. Estudos realizados até o momento sugerem que a transmissão do vírus de humano para humano costuma acontecer no contato com pessoas infectadas, por gotículas do nariz ou da boca, que se espalham quando uma pessoa espirra, tosse ou fala (OPAS, 2020). Um estudo realizado com 425 casos infectados revela que o número básico de reprodução do vírus foi de aproximadamente 2,2, isso significa que cada paciente infectado pode, em média, transmitir o vírus para mais duas pessoas saudáveis (HABIB-ZADEH; STONEMAN, 2020).

Em relatório divulgado por Huang *et al.* (2020), as características clínicas de pacientes infectados com a Covid-19 apresentavam sintomas como: febre (98%), tosse (76%), dispneia (55%), mialgia e fadiga (44%). Segundo a OMS, alguns pacientes podem apresentar sintomas, como: congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés (OMS/OPAS, 2020).

Dentre as características dos pacientes falecidos positivos por Covid-19, divulgados por diversos Ministérios da Saúde ao redor do mundo, o grupo de risco é composto por idosos, em sua grande maioria, com idade acima de 75 anos, revelando ainda que grande parte dos pacientes tinham algum tipo de patologia pré-existente. Os idosos, portanto, compreendem o primeiro grupo de risco da doença. Apesar das diversas pesquisas e resultados com pacientes positivos apresentarem, em sua maioria, alta taxa de contágio com essa população, é preciso compreender que a doença afeta a todas as faixas etárias, e as mulheres grávidas podem ser mais vulneráveis à Covid-19 devido às infecções respiratórias (FTIZ, 2020).

Como a Covid-19 pode afetar as mulheres gestantes?

Como podemos ver, sabe-se, até o momento, que a Covid-19 afeta todas as faixas etárias, no entanto alguns grupos, devido a vulnerabilidades respiratórias, estão mais susceptíveis à doença do que em outras pessoas. No grupo de risco, destacam-se as mulheres gestantes que, devido às vulnerabilidades, as infecções respiratórias estão mais susceptíveis à patologia. Segundo Fitz (2020), ainda não há evidências de transmissão vertical do vírus em mulheres grávidas, no entanto pode haver alterações nas respostas imunes na interface materno-fetal e afetar o bem-estar da mãe e também do bebê.

Estudos realizados por Liu *et al.* (2020) chamam a atenção para pacientes grávidas, devido às alterações fisiológicas e à função imunológica materna na gestação, podendo enfrentar maiores riscos de serem infectadas e, assim, eventos clínicos mais complicados. O estudo foi feito com pacientes da China, início do surto de Covid-19, e as pacientes gestantes apresentaram: febre, dispneia e uma paciente foi assintomática. Liu *et al.* (2020), numa série com 13 gestantes, reportaram cinco cesarianas urgentes (38%), seis partos pré-termo (46%) e uma morte fetal.

Em estudos sobre a temática, é possível perceber que grávidas que foram infectadas com outros coronavírus (SARS-CoV e MERS-CoV) foram responsáveis por um alto número de complicações maternas, causando a internação para cuidados intensivos, necessidade de ventilação assistida, influência renal e, em alguns casos, óbito (RAMALHO, 2020).

Dentre os casos em que gestantes foram infectadas com outros tipos de coronavírus, não foi identificado nenhum abortamento (RAMALHO, 2020).

Em um estudo referente a 21 grávidas (22 recém-nascidos), observamos a ocorrência e a ruptura prematura de membranas, parto pré-termo, taquicardia fetal, estado fetal não tranquilizador, morte fetal e elevado número de cesarianas (RAMALHO, 2020).

Atualmente identificamos que as pesquisas desenvolvidas para entender quais os impactos da doença do Covid-19, em mulheres grávidas, são limitados. O Ministério de Saúde divulgou recentemente que mulheres no ciclo gravídico-puerperal fazem parte do grupo de risco devido às complicações provocadas pela Covid-19.

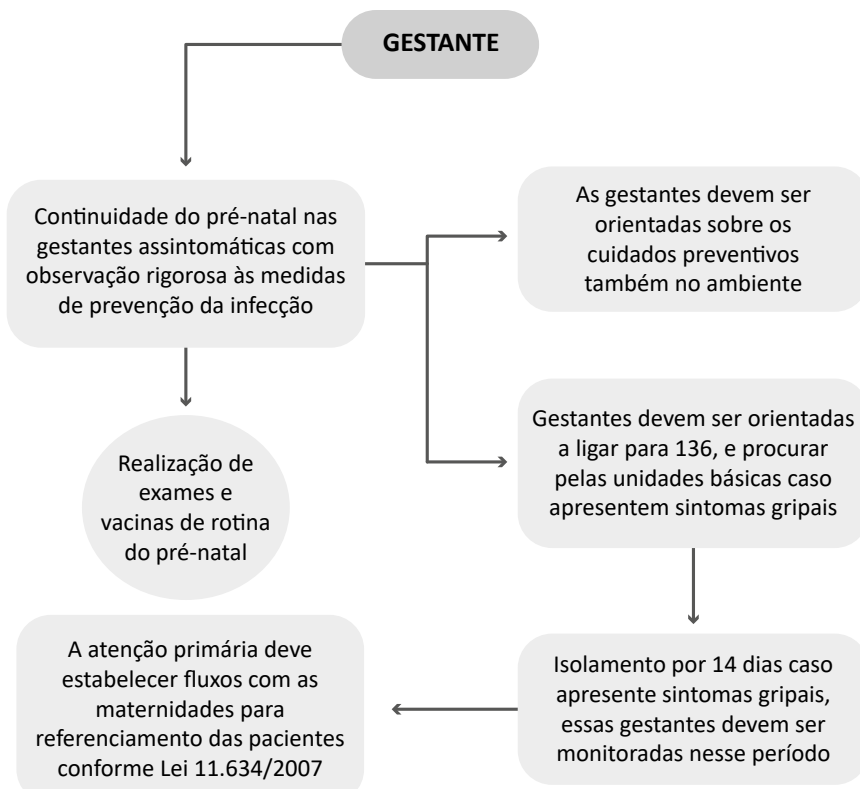
Foi divulgada uma nota técnica com o objetivo de apresentar, para os gestores e profissionais de saúde, possíveis evidências para contribuir com a com-

preensão acerca dos riscos às gestantes e puérperas diante da pandemia (NOTA TÉCNICA N° 12/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, 2020, p. 01). O documento foi divulgado baseado em outras pesquisas científica, ao observar o alto índice de complicações e taxas de mortalidade em mulheres gestantes com infecções respiratórias causadas por outros tipos de coronavírus (SARS-CoV e MERS-CoV) (NOTA TÉCNICA N° 12/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, 2020, p. 01).

Estudos científicos apontam que a fisiopatologia do vírus H1N1 pode apresentar letalidade nesses grupos associados à história clínica de comorbidades dessas mulheres. Sendo assim, para a infecção pela covid-19 o risco é semelhante pelos mesmos motivos fisiológicos, embora ainda não tenha estudo específico conclusivo. Portanto, os cuidados com gestantes e puérperas devem ser rigorosos e contínuos, independentemente do histórico clínico das pacientes (NOTA TÉCNICA N° 12/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, 2020, p. 3).

Como forma de contribuir para a atenção às mulheres, em tempos de pandemia do Covid-19, a nota técnica divulgou recomendações pra profissionais de saúde e gestores públicos, sobre a atenção materna e infantil, como o fluxograma a seguir:

Figura 1 – Fluxograma de manejo de gestantes durante a pandemia da Covid-19



Fonte: Adaptado da Nota Técnica nº 12/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS

Com a alta taxa de transmissibilidade e com número cada vez maior de óbitos, tem-se revelado a preocupação com a saúde das mulheres grávidas, gerando atenção especial à mãe e ao bebê.

Considerações finais

Objetivou-se abordar reflexões para compreendermos a saúde da mulher grávida em tempos de pandemia. Diante das reflexões apresentadas, é preciso questionar: o que esperar para as mulheres gestantes como parte do grupo de risco?

Entendemos que existe um número limitado de estudos e pesquisas com pacientes gestantes infectadas. A pesquisa ainda sofrerá mudanças diante do contexto em que o Brasil se insere na pandemia, como centro da pandemia da Covid-19.

Por isso, precisamos considerar dois aspectos importantes, a saber: 1) apesar das altas taxas de contágio no Brasil, a Covid-19 é uma doença que afeta a todas as faixas etárias, podendo afetar as mulheres gestantes devido à vulnerabilidade das infecções respiratórias, uma vez que a patologia afeta o trato respiratório.

2) A doença revela a vulnerabilidade do sistema de saúde, o que, em muitos locais, tem gerado um colapso no sistema de saúde. A alta taxa de transmissão da Covid-19 tem influenciado todos os setores da sociedade, evidenciando o que alguns estudos têm chamado de a maior crise depois da recessão de 1929.

Estudos apontam que a saúde das mulheres grávidas merece atenção das políticas de saúde, dos profissionais de saúde e principalmente dos gestores públicos.

Referências

- ARMOCIDA, Benedetta *et al.* The Italian health system and the Covid-19 challenge. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 5, 2020.
- BURKI, T. K. Coronavírus in China. **NCBI**, 13 de março de 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7130021/>. Acesso em: 10 maio 2020.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2. ed. São Paulo: Atlas S.A., 1989.
- CHARLEAUX, J. P. Por que a Itália superou o número de mortos da China. **Nexo**, 20 de março de 2020. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/expresso/2020/03/20/Por-que-a-It%C3%A0lia-superou-o-n%C3%BAmero-de-mortos-da-China>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- HABIBZADEH, Parham; STONEMAN, Emily K. The novel coronavirus: a bird's eye view. **The international journal of occupational and environmental medicine**, v. 11, n. 2, p. 65, 2020.
- LI *et al.* Manifestações clínicas e resultado da infecção por SARS-CoV-2 durante a gravidez. **Jornal da infecção**, 2020.
- LI, Qun *et al.* Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. **New England Journal of Medicine**, 2020.
- MINISTERO DELLA SALUTE. Covid-19, casos na Itália. Disponível em: http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dal-ministero&id=4862. Acesso em: 10 maio 2020.
- YANG, Penghui; WANG, Xiliang. COVID-19: a new challenge for human beings. **Cellular & molecular immunology**, v. 17, n. 5, p. 555-557, 2020.
- RALPH, Robyn *et al.* 2019-nCoV (vírus Wuhan), um novo coronavírus: transmissão de homem para homem, casos relacionados a viagens e prontidão para vacinas. **O Jornal de Infecção nos Países em Desenvolvimento**, v. 14, n. 01, p. 3-17, 2020.

RAMALHO, Carla. Covid-19 na gravidez, o que sabemos? **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**, v. 14, n. 1, p. 6-7, 2020.

OMS/OPAS. Folha informativa. COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). **Paho**, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 10 maio 2020.

10. Serviço social na concretização da política de atenção integral à saúde da mulher: contribuições para o debate das ações profissionais no campo da saúde

Lidiane Silva Torres¹
Vanessa do Amaral Tinoco²
Rosalee Santos Crespo Istoe³

Considerações iniciais

Neste capítulo, iremos trilhar sobre o seguinte caminho: que estratégias socioassistenciais temos mobilizado para a concretização das políticas de saúde à mulher? Entendendo-se, a partir das contribuições de Yolanda Guerra (2000, 2007), que a atuação do serviço social se refere a uma reflexão da capacidade social que a profissão adquire no interior das relações sociais do e no exercício

-
1. Graduada em Serviço Social e Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). Integrante do Grupo de Pesquisa Nucleape.
 2. Graduada em Enfermagem e Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da UENF. Integrante do Grupo de Pesquisa Nucleape.
 3. Docente do Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF), Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: rosaleeistoe@gmail.com

profissional, ao criar condições essenciais para transformar o cotidiano de sujeitos que demandam a sua intervenção. Que buscamos, a partir da literatura especializada, entender como o Serviço Social tem contribuído na construção de direitos no campo da saúde à mulher.

Considera-se que, nas últimas décadas, o Brasil vem passando por diversas mudanças em sua pirâmide demográfica. Os indicadores demográficos divulgados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (IBGE/Pnad, 2018), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelam que as mulheres representam (51,7%) da população brasileira, além de apresentarem a maior expectativa de vida em relação aos homens. No entanto viver mais não significa viver melhor, uma vez que as mulheres adoecem com mais frequência (PEDROSA, 2005) e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

A construção da Política de Saúde à Mulher é demarcada por atravessamentos históricos e sociais dos papéis relacionados ao gênero. Trata-se de temáticas permeadas por questões que necessitam ser problematizadas. São nessas problematizações que encontramos as expressões atuais da “questão social”, a construção histórica e social das narrativas e discursos da mulher na sociedade.

O reconhecimento da “questão social”, como objeto de intervenção profissional, demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das realidades sociais. Entendemos assim a importância em proporcionar reflexões buscando contribuir com as discussões sobre a política de atenção à saúde da mulher.

Nesse sentido, pretende-se, ao longo desse capítulo, analisar a evolução das políticas de saúde à mulher, por isso apresentaremos aspectos de construção histórica e social como processo marcado por lutas e reivindicações pelos direitos das mulheres, especialmente no papel do assistente social, na garantia de direitos.

Materiais e métodos

Neto (2011) destaca a importância da utilização de instrumentos e de técnicas que permitam ao pesquisador “apoderar-se da matéria”, dito de outro modo, do seu objeto de estudo. Utilizamos, como instrumento de pesquisa para a materialização, a pesquisa bibliográfica, como forma de aproximação da realidade trabalhada. De acordo com Gil (2008, p. 50),

[...] a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

Com base nisso, o presente capítulo é de natureza teórico-interpretativa, por meio do qual buscamos compreender a complexidade e as múltiplas produções e construções discursivas e narrativas que envolvem a evolução da Política de Saúde à Mulher, a fim de identificarmos seus nexos, sem deixar de considerar os dados qualitativos, que foram relevantes pois nos permitiram mediações teóricas com o nosso objeto de estudo.

Resultados e Discussão

Evolução das Políticas de Saúde à Mulher no Brasil e sua relação com a perspectiva socioassistencial

O conhecimento acerca da estrutura da Política e dos documentos que auxiliam na estruturação de serviços socioassistenciais tem sido importante no campo das discussões sobre políticas de saúde à mulher porque servem de orientação para a intervenção dos profissionais que atuam na equipe de apoio à saúde e que se propõem adotar uma compreensão articulada e interdisciplinar diante das realidades sociais.

Entende-se que compete à Assistência Social a oferta pública de uma rede continuada de serviços, projetos, programas e benefícios de assistência social para seus usuários (SPINK; RAMOS, 2016). Nessa perspectiva, ao garantir direitos sociais, as políticas sociais e serviços socioassistenciais podem contribuir para melhorar as condições de vida dos sujeitos que demandam a sua intervenção.

Para compreender a evolução das Políticas de Saúde à Mulher, cabe-nos aqui revisitar o processo histórico de construção, que evidencia a participação de diversos setores da sociedade. Na aproximação com a literatura específica sobre a implementação e trajetória da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism), observa-se que movimentos organizados feministas trouxeram grandes contribuições para a construção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, “[...] até então relegados ao segundo plano, por serem restritos ao espaço e às relações privadas” (BRASIL, 2004).

Vale ressaltar que, até a década de 1970, a saúde da mulher era assistida de forma restrita e fragmentada, com ações limitadas à gravidez e ao parto (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009). Isso acontecia porque, até esse período, os programas elaborados eram “[...] baseados nas especificidades biológicas da mulher e no papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação e, pelo cuidado com a saúde dos filhos e familiares” (UNASUS/FMA, 2013, p. 7). Na perspectiva mais restrita, segundo os discursos médicos daquele período, a mulher nascera para a família e para desempenhar o papel materno e nunca para outras coisas, e, por esses motivos, é que a natureza já teria definido as funções sociais entre homens e mulheres (MARQUES, 2016).

Dito de outro modo, historicamente o corpo da mulher sempre foi produção de uma sociedade conservadora e alvo de narrativas que o reduziam somente ao papel materno (MARQUES, 2016). As ações de saúde, naquele momento, sofriam forte influência dos chamados *estados de bem-estar*, cujo objetivo no Brasil, em relação à saúde das mulheres, “[...] seria fazer das mulheres ‘melhores mães’, assim, colocavam a maternidade como o papel mais importante a ser desenvolvido pela mulher na sociedade” (UNASUS/FMA, 2013, p. 7).

Levando em consideração que homens e mulheres tinham seus papéis sociais bem definidos, como fruto de construção histórica e social, a saúde da mulher, nesse período, limitava-se à saúde materna. Por isso, entende-se aqui que abordar a questão do gênero na análise é um grande elemento para o entendimento das relações sociais, uma vez que se configura como uma das expressões da “questão social”, carregada de relações de poder e de desigualdades (OLIVEIRA, 2016). Para refletir sobre a questão de gênero, é importante entender que “[...] gênero é uma categoria de análise que se apresenta na construção social e cultural das diferenças sexuais” (SOUTO, 2008, p. 105). Sendo “[...] construída e alimentada com bases em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres” (PEDROSA, 2005, p. 2).

Segundo Souto (2008), um dos questionamentos mais importantes do movimento feminista, ao abordar a saúde da mulher e o enfoque de gênero, são as nuances e valores na construção histórica e cultural do ser mulher. Nessa esteira de reivindicações do movimento feminista, destacam-se os pensamentos de Simone de Beauvoir (1980), ao tecer críticas ao determinismo biológico e em relação aos papéis atribuídos a homens e mulheres na sociedade.

Sendo o corpo feminino um lócus privilegiado de instrumentação de sua submissão e opressão, as dimensões

do cuidado com a saúde da mulher também se expressam nas intervenções voltadas para esse corpo, definidas pelo papel que a sociedade de forma hegemônica lhe impõe: mãe e reprodutora. É sob esse olhar que se institucionalizavam os primeiros cuidados em saúde da mulher (SOUTO, 2008, p. 167-168).

Nesse período, a saúde da mulher, limitada aos cuidados do ciclo gravídico-puerperal, ficando a maior parte de sua vida sem assistência, era fortemente criticada pelos movimentos feministas (BRASIL, 2004). Os movimentos “[...] argumentavam que as desigualdades sociais entre homens e mulheres refletiam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina” (PEDROSA, 2005, p. 5). E assim citando novamente Pedrosa (2005), para quem o movimento de mulheres, naquele momento, reivindicava não só condições de sujeitos detentores de direitos, mas também demandando ações que proporcionassem as mulheres condições de saúde em todos os ciclos de vida, com necessidades que ultrapassavam não somente o momento de gestação e parto, mas que levassem em consideração as realidades e as necessidades sociais de diferentes grupos sociais (PEDROSA, 2005).

Marcada por eventos significativos para o campo dos direitos sociais, a década de 1980 representou um importante momento na história do Brasil, em geral, de luta pela redemocratização. Nesse cenário, fruto da Reforma Sanitária e dos movimentos feministas juntamente com outros movimentos sociais organizados em articulação com as universidades, as primeiras experiências de elaboração de políticas públicas com perspectiva de gênero começam a ser criadas com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism) (PEDROSA, 2005; OLIVEIRA, 2016; BRASIL, 2004). De acordo com Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010, p. 18), nesse cenário de luta por direitos sociais, “[...] a saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos”.

Criado em 1983, pelo Ministério da Saúde, o Paism marcava, sobretudo, a ruptura conceitual com o paradigma materno-infantil e com os critérios utilizados para as ações voltadas para a saúde da mulher, incorporando as reivindicações dos movimentos feministas (BRASIL, 1984 apud BRASIL, 2004). Representava, portanto, “[...] dentro do campo da saúde um novo modo de pensar e agir sobre a questão da saúde da mulher”, no qual o principal objetivo era integralizar as ações de saúde da mulher e a equidade da atenção (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p. 39).

No bojo da construção das políticas públicas de atenção à saúde da mulher, o programa retrata os princípios norteadores da Reforma Sanitária. A principal proposta da Reforma Sanitária, segundo o Cfess (2010, p. 19), “[...] é a defesa da universalização, descentralização e regionalização das políticas sociais e garantia dos direitos sociais”. O movimento de reforma sanitária colocou a saúde na Constituição Federal de 1988 e nela se instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) “[...] que através da Paim abordava assuntos ligados aos direitos reprodutivos, tanto em métodos contraceptivos como em métodos de fertilização”, responsabilizando o Estado Brasileiro no provimento dos direitos das mulheres (OLIVEIRA, 2016, p. 30).

Com a Constituição Federal, a saúde passa a ser entendida como direito de todo cidadão e dever do Estado e como parte da seguridade social (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009). A saúde destaca-se como política componente do tripé de seguridade social, ao lado da Assistência Social e da Previdência Social. Segundo o Cefess (2010), a concepção de Seguridade Social representa um dos maiores avanços da Constituição Federal, em relação à proteção social e ao atendimento às lutas históricas da classe trabalhadora, visando a uma sociedade mais justa e igualitária.

Esses novos patamares implicaram a produção de novos saberes de intervenção. O processo de implementação do Paim apresenta então especificidades na década de 1990, sendo influenciado pela proposição do SUS, pelos novos rumos da nova política de saúde, pelo processo de descentralização e de municipalização das ações e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio das estratégias do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2004). No entanto, os avanços que perpassaram o campo da saúde da mulher e todas as ações no plano da legislação, como a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (OLIVEIRA, 2016), e as iniciativas do Poder Executivo não foram suficientes para estabelecer mudanças no padrão da queda de fecundidade no Brasil, constatando que, diante desse fenômeno que atravessava a década de 1990, o Paim não foi capaz de modificar a condição de vida reprodutiva das mulheres brasileiras (COSTA, 2009).

Ainda recorrendo a Costa (2009), a autora analisa que existia uma enorme dicotomia entre o plano teórico e o plano prático do Paim, evidenciando que, na prática, ele não resistiu à fragmentação ou às condições que foram criadas sucessivamente. Pensando essas contradições no bojo das ações políticas de saúde à mulher naquele momento, foi realizada, em 2003, a 12ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foi elaborado um documento sobre Saúde e Gênero, que ressaltava as necessidades de propor ações de atenção na perspectiva de inclusão da

diversidade, às mulheres indígenas, negras, rurais, com deficiência, presidiárias, profissionais do sexo, lésbicas e de terceira idade (SOUTO, 2008; OLIVEIRA, 2016; UNASUS/FMA, 2013).

Segundo Souto (2008), essas necessidades antes relegadas, por um lado, vão ao encontro da questão de gênero e, por outro lado, visavam à integralidade na multidimensionalidade do ser humano, ao observar que fatores e causas de adoecimento perpassam as desigualdades de gênero, de classe e de raça/etnia, preconceito, discriminação, medicalização do corpo e precariedade da assistência (COELHO, 2006 apud SOUTO, 2008).

Diante das necessidades colocadas, o Ministério da Saúde, com parceria de diferentes departamentos, coordenações e comissões, elaborou, em 2004, a Política Integral à Saúde da Mulher, com a proposta de reciclar e de se adequar às reivindicações ligadas à saúde das mulheres,

[...] explicitando orientações aos gestores públicos para identificarem demandas e necessidades das mulheres, levando em consideração a realidade local e os determinantes sociais e culturais de homens e mulheres (SOUTO, 2008, p. 173).

A política em questão tinha, como objetivos específicos e estratégias: ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para mulheres com HIV/Aids; estimular planejamento familiar, para homens, mulheres e para adolescentes, no âmbito da atenção integral; promover ações de melhoria, visava criar ações de melhoria de atenção obstétrica, combate à violência doméstica e sexual, cuidado a saúde mulher no climatério/menopausa, prevenção, saúde mental e de câncer ginecológico (BRASIL, 2004).

Na construção dessa história, cabe destacar que, apesar das dificuldades em materializar as ações da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, essa política representou um importante marco na evolução das políticas de atenção básica à mulher. No contexto de novos desafios colocados para a efetivação do direito social à saúde, para toda mulher que dela necessita, entende-se que as ações socioassistenciais precisam acontecer em rede e articulado com outras categorias profissionais, tendo a interdisciplinaridade, a multidisciplinaridade e a integralidade como eixo central das ações.

Essa reflexão é primordial para o desenvolvimento das ações realizadas pelos profissionais, pois os espaços não são dados, pelo contrário, expressam e fazem

parte das realidades sociais que é, muitas das vezes, complexa e mutável, uma vez que desafios surgem a todo momento, e problemas antigos exigem novas ações.

A atuação do Assistente Social na Política de Saúde da Mulher: possibilidades e desafios na rede socioassistencial

A atuação do assistente social vem ganhando centralidade em diversos debates e pesquisas, sinalizando a urgência de estudos e pesquisas que desvendem o processamento do trabalho do assistente social (IAMAMOTO, 2007) e principalmente as ações por ele assumidas em diferentes espaços ocupacionais que desenvolvem no cotidiano das instituições públicas e privadas (RAICHELIS, 2010).

Muito se tem discutido sobre a atuação do profissional de Serviço Social na Política de Saúde. Em 2008, O Conselho Federal de Serviço Social criou o documento *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*, como parte da série *Trabalho e projeto profissional nas Políticas Sociais*. O documento, construído a partir de diversas discussões com a categoria, tem, como objetivo, orientar os profissionais frente às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor da saúde e principalmente àquelas que são requisitadas pelos usuários dos serviços (CFESS, 2010).

No contexto de novos desafios colocados para as ações profissionais do assistente social, compreender a atuação do serviço social refere-se a uma reflexão da capacidade social que a profissão adquire no interior das relações sociais do e no exercício profissional, nas palavras de Yolanda Guerra (2007). É por meio dessa instrumentalidade que o assistente social cria condições necessárias para o trabalho social, isto é, é por meio dessa capacidade social que os/as assistentes podem transformar o cotidiano das classes sociais que demandam a sua intervenção, convertendo em meios para alcançar os objetivos profissionais (GUERRA, 2007). Diante dessas demandas sociais, compreende-se a importância de uma intervenção diante das expressões da “questão social” na atualidade. Pois “[...] a utilidade social de uma profissão vem das necessidades sociais” (GUERRA, 2000, p. 6).

Historicamente o Serviço Social sempre ocupou o campo das lutas pelos direitos e a busca pela cidadania e pela oferta de proteção social para quem dela precisasse, afirmando assim, seu compromisso ético, político e profissional com as classes trabalhadoras. Para Guerra (2007), as políticas sociais demandam a utilidade social da profissão do serviço social, pois constituem-se num conjunto de procedimentos técnicos operativos de formulação e de implementação dessas. Ou seja, esse fazer prático do assistente social está relacionado à instrumenta-

lidade do exercício profissional que se materializa como mediação da própria atuação do assistente social em diversos campos, aqui, em específico, na saúde.

Por isso, a necessidade de reflexão histórica e social da instrumentalidade, como condição do trabalho e possibilidade de intervenção social profissional diante do projeto de sociedade burguesa, como respostas e estratégias que promovam ampliação da liberdade, defesa dos direitos humanos, da cidadania, da equidade e da justiça social e de forma democrática, retrucando assim as demandas contraditórias do capital e do trabalho na sociedade classista (GUERRA, 2007).

Em Campos dos Goytacazes, município localizado no estado do Rio de Janeiro, a atenção à saúde da mulher é guiada pelas diretrizes do Paism. Sendo o município com maior extensão territorial do estado, com 4.026,696 km², e com uma população estimada em 503.424 habitantes, dos quais 90,3% residem área urbana (IBGE, 2018; PMAS, 2014). O mesmo Censo de 2010 “[...] aponta que são 200.256 homens e 218.469 mulheres, residindo em área urbana, e 23.003 homens e 22.003 mulheres na área rural” (PMAS, 2018). De acordo com o Plano Municipal de Assistência Social do Município de Campos (2014), revela que 17,32 da população de Campos se encontra na extrema pobreza.

Segundo o Plano Municipal de Saúde de 2018, o Paism, no município, tem o objetivo de gerenciar programas como o de Humanização de Assistência ao Pré-Natal e Pós-Parto, Programa de Estímulo ao Aleitamento materno; Prevenção da Gravidez na Adolescência; Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama e Colo Uterino; Planejamento Familiar; Assistência ao Climatério; Assistência em Ginecologia (PMS, 2018, p. 44). Essas ações do Paism são gerenciadas, em sua grande maioria, pelo Centro de Referência e Tratamento da Mulher (CRTM) (PMS, 2018).

As ações assistenciais do sistema de saúde organizam-se na Atenção básica e em Atenção de Média e Alta complexidade (PMS, 2018). As novas tendências em gestão de saúde pública apontam, cada vez mais, para a construção das redes temáticas e de linhas de cuidado (PSM, 2018). Aqui destacamos a rede socioassistencial, como parte de um importante processo para efetivar a concretização das ações socioassistenciais da Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

A Política Nacional de Assistência Social prevê a integração de programas, benefícios e serviços, operando por meio dos chamados Centro de Referência e Assistência Social (Cras), sendo:

[...] responsável pela articulação da rede de proteção social local no que se refere ao acesso aos serviços

enquanto direitos de cidadania, mantendo ativos os mecanismos de vigilância da exclusão social por meio da produção, sistematização e divulgação de indicadores sociais da área de sua abrangência (BRASIL, 2008, p. 43).

A atuação a partir dos Cras possibilitaria o mapeamento e a articulação de várias instituições em estrutura de rede, voltadas para a atenção social básica e para a proteção social dos usuários (BRASIL, 2008). No entanto, para efetivação da garantia de direitos sociais, outras redes precisam ser articuladas de forma interdisciplinar.

O atendimento social considerado a partir do sistema de rede facilita a circulação de informação, promove uma tomada de consciência coletiva, além de possibilitar uma visão geral, incluindo o levantamento de recursos, potencialidades e demais fatores capazes de permitir a melhor efetivação das ações norteadoras do sucesso referente ao desempenho institucional direcionado ao atendimento social (BRASIL, 2009, p. 163).

Portanto, “[...] a rede pode então funcionar como um elemento mediador, capaz de auxiliar e realizar a ‘ponte com outro’, podendo facilitar a circulação das interações pessoais” (NEVES, 2009, p. 163).

Ao analisarmos a intervenção profissional do assistente social, compreendemos que, no seu trabalho cotidiano, o profissional realiza a acolhida e viabiliza o acesso dos usuários às políticas sociais. A acolhida institucional passa a ser também um lugar de prática informativa. É no acolhimento que os usuários estão à procura de soluções ou, até mesmo, de um momento de escuta e de atenção. É nessa fase também que o profissional amplia seu conhecimento sobre as realidades e sobre as necessidades sociais de cada indivíduo dando suporte social.

A escuta social, como proposta de instrumento técnico no processo de acolhimento, tem possibilitado novas formas perceber a realidade social dos indivíduos (SANTOS, 2005). “A escuta social envolve perceber como se estabelece e se desenvolve a rede de relações sociais em que a pessoa está inserida” (SANTOS, 2005, p. 71). É nesse momento que, segundo Santos (2005, p. 71-72), acontece “[...] a percepção da situação que, articulada ao conhecimento teórico do profissional e às condições institucionais a que tem acesso ou não, possibilitará uma intervenção por parte do assistente social”.

O suporte social é feito com as famílias, respeitando seus limites e possibilidades e colocando o Serviço Social sempre à disposição para qualquer pessoa que dele precise. Quando cada usuário apresenta suas particularidades, cabe ao assistente social o reconhecimento da “questão social” como objeto de intervenção profissional (CFESS, 2010).

Como parte das ações socioassistenciais desenvolvidas pelo profissional de Serviço Social, no campo da saúde, as ações socioeducativas têm um importante destaque. Segundo o Cfess (2010, p. 54),

[...] essas ações consistem em orientações reflexivas e de socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais ou coletivas, com a família e população de determinada área.

No desenvolvimento de ações socioeducativas pelos profissionais, podemos destacar as seguintes atividades:

- sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, dos princípios e das diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos;
- democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade;
- realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas;
- democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação;
- elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral.

Ao pensarmos a intervenção do profissional,

[...] orientada por uma perspectiva teórico-política que pressupõe uma leitura crítica da realidade e a compreensão do contexto sócio histórico em que se situa a intervenção, precisa-se a partir daí, estruturar o trabalho estabelecendo competências e atribuições necessárias ao enfrentamento das situações colocadas e as demandas sociais que se apresentam no cotidiano (CFESS, 2010, p. 35).

É nesse contexto que acontecem o reconhecimento e o fortalecimento da luta em defesa pelo direito à saúde e à cidadania dos usuários, mais do que isso, pelo direito à cidade das usuárias do Programa de Saúde à Mulher.

Considerações finais

Admite-se que as necessidades sociais expressas ao longo da construção das políticas de atenção à saúde da mulher são reflexos das relações sociais criadas historicamente. A luta pelo direito das mulheres à saúde integral tem resultados marcados na história. É preciso considerar a importância dos movimentos feministas organizados na luta pela introdução de questões antes relegadas ao segundo plano.

É necessário considerar que, embora se tenham ampliado as ações acerca da saúde da Mulher, ainda permanecem os desafios para a concretização efetiva das ações do Paism. Faz-se necessário criar mecanismos que promovam ações socioassistenciais em redes interdisciplinares e intersetoriais, de modo a responderem em conjunto e em integralidade. No campo da saúde da mulher, a rede socioassistencial parece-nos proporcionar maior qualidade nos serviços de atendimento social, levando em consideração as necessidades sociais dos sujeitos.

Referências

- BEAUVOIR, S. de. **O segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Desafios da gestão do SUAS nos municípios e estados**. Brasília: MDS, 2008.
- COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1073-1083, 2009.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GUERRA, Y. **A instrumentalidade no trabalho do assistente social**. Brasília: Cfess/Abepss-UNB, 2000.
- GUERRA, Y. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007.
- IBGE. PNAD. **Quantidade de Homens e Mulheres**. Brasília: IBGE, 2020. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-e-mulheres.html#:~:text=De%20acordo%20com%20dados%20da,51%2C7%25%20de%20mulheres>. Acesso em: 10 mar. 2020.

- MARQUES, A. C. Controlando os (es)paços femininos: do corpo da mulher materna ao corpo da mulher trabalhadora e higiênica. **Urbana: Revista Eletrônica Do Centro Interdisciplinar De Estudos Sobre a Cidade**, v. 8, n. 1, p. 76-94, 2016. MEDEIROS, P. F. de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas**, v. 17, n. 1, p. 31-48, 2009.
- NETO, J. P. **Introdução ao Estudo do Método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.
- NEVES, M. N. Rede de atendimento social: uma ação possível? **Revista da Católica**, Uberlândia, v. 1, n. 1, p. 147-165, 2009.
- OLIVEIRA, R. D. de. **Saúde da mulher: construindo um Direito**. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e seus rebatimentos no atendimento às mulheres no município de Rio das Ostras. 67 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal Fluminense, 2007.
- PEDROSA, M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 3, p. 72-80, 2005.
- PMAS. **Plano Municipal de Assistência social 2014/2017**. Campos dos Goytacazes: Pmas, 2014.
- PMAS. **Plano Municipal de Assistência social 2018/2021**. Campos dos Goytacazes: Pmas, 2018.
- RAICHELIS, Raquel. Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no SUAS. **Serviço Social & Sociedade**, n. 104, p. 750-772, 2010.
- SANTOS, E. T. dos. **O acolhimento como um processo de intervenção do Serviço Social junto a mulheres em situação de violência**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Curitiba, 2005.
- SPINK, P.; RAMOS, A. M. F. Rede Socioassistencial do SUAS: configurações e desafios. **O Social em Questão**, v. 11, n. 26, p. 285-310, 2016.
- SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero/The National Policy for Women's Integral Health Care: an analyse of integrality and gender. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2008.
- UNASUS/UFMA. **Saúde da mulher**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2013.

11. Da restrição de sentido enquanto fenômeno de adoecimento ao projeto original da criação: uma reflexão bíblico teológica para a saúde mental da mulher na contemporaneidade

Flávio da Silva Chaves¹
Crisóstomo Lima do Nascimento²

-
1. Mestre em Ciências da Religiões, pela Faculdade Unida de Vitória; Especialização em Psicoterapia Existencial e Gestalt Terapia, pelo Instituto Superior de Ensino do Centro Educacional Nossa Senhora Auxiliadora (Isecensa); Especialização em Gestão Ministerial pela Faculdade Batista do Estado do Rio de Janeiro; Curso livre em Teologia, pelo Seminário Teológico Batista Fluminense. Graduação em Psicologia, pela Universidade Estácio de Sá; Convalidação do Curso Livre de Teologia pela Faculdade Unida de Vitória. Professor (Colégio e Faculdade Batista Fluminense). E-mail: flavio.chaves.silva@hotmail.com
 2. Psicólogo Clínico. Doutor em Educação, pela Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense; mestre em estudos da subjetividade, com ênfase em Fenomenologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, com Bacharelado e Licenciatura em Psicologia, pela mesma instituição, e com pós-graduação em Filosofia, na temática Existencialismo e Fenomenologia. Professor Adjunto da Universidade Federal Fluminense, vinculado ao Departamento de Psicologia do Polo Universitário de Campos dos Goytacazes onde, atualmente, exerce o cargo de vice-diretor.

Considerações iniciais

O texto propõe analisar a restrição de sentido como fenômeno de adoecimento na perspectiva do modelo patriarcal, em contraposição ao projeto original da criação da mulher, conforme registrado no livro de Gênesis, capítulos primeiro e segundo. Parte-se do princípio de que o conceito de “submissão” da mulher, em que o “[...] marido é o cabeça da esposa” (BÍBLIA, Efésios 5.23), sustentado, por séculos, pelos discursos religiosos, carece de reformulações teológicas e de ações que promovam a saúde da mulher.

Pensar na saúde da mulher é também pensar em sua condição de saúde mental, e, para tanto, faz-se necessário implementar uma digressão histórica sobre o perfil de família patriarcal que impera em nossa sociedade. De que modo essa abordagem contribuirá para a saúde mental da mulher e, por conseguinte, para a sua saúde de modo geral? A partir do entendimento do que seja doença. Adota-se, neste ensaio, o conceito de doença como restrição de sentido, pressuposto fenomenológico, quando o ser humano se vê esgotado em suas possibilidades existenciais.

Material e método

A metodologia usada foi a pesquisa bibliográfica, a partir de livros e artigos que trouxessem maiores esclarecimentos ao tema e correlacionassem as abordagens da historicidade da família patriarcal, da saúde na fenomenologia e a reinterpretção teológica da imagem divina no projeto original da criação conforme apontado no primeiro livro da Bíblia. Através desses descritores, na Scientific Electronic Library Online, foi possível pontuar as críticas ao modelo patriarcal e como a religião pode perpetuar o discurso do aprisionamento do corpo feminino (NOGUEIRA; PEREIRA, 2017; RITZ, 2019; REIMER, 2019). Em seguida, abordar o tema *doença* numa perspectiva fenomenológica e a sua possível repercussão na saúde mental da mulher (BARRETO; LEITE, 2016; FEIJOO, 2016; NASCIMENTO, 2017). E, por fim, apresentar o projeto original na criação da mulher, conforme registrado no primeiro livro da Bíblia (SMITH, 2001; SANTOS, 2009; WALTON, 2016; HUBNER, 2016), apontando para novos saberes e novas práticas discursivas no intuito de promover a saúde mental da mulher.

Resultado e discussões

A Teologia da Experiência Feminina é um método teológico feminino que critica as formas tradicionais da religião cristã como promotora da dominação da mulher e da supremacia dos homens numa sociedade eminentemente patriarcal (MILLER; GRENZ, 2011). Tendo como eixo epistemológico a Teologia da Libertação de Gustavo Gutierrez (1983 apud MILLER; GRENZ, 2011, p. 162-180), com ênfase na libertação da opressão e da injustiça social, e na Teologia da Correlação de Paul Tillich (1951-1963 apud MILLER; GRENZ, 2011, p. 69-83), também denominada de teologia da cultura, “[...] as teólogas feministas partem de uma situação específica de vida, isto é, a opressão e a luta da libertação da opressão” (MILLER; GRENZ, 2011, p. 185).

Obviamente que os pontos de referência sobre quem é a/o oprimida/o muda tangencialmente entre a Teologia da Libertação e a Teologia da Experiência Feminina. Na concepção da primeira, a atenção concentra-se na pobreza e nas desigualdades sociais, enquanto a segunda sustenta “[...] que a forma mais antiga e rudimentar de opressão é o machismo e sua expressão social: o patriarcalismo, a dominação da mulher pelo homem” (MILLER; GRENZ, 2011, p. 185), com os seus respectivos prejuízos existenciais sobre as mulheres.

Ao considerar que a teologia cristã tradicional é eminentemente patriarcal (feita pelos homens e para os homens) e, tendo como método o princípio crítico feminista, propõe-se “[...] a promoção da humanidade total das mulheres” (MILLER; GRENZ, 2011, p. 186). As reflexões versam sobre três tópicos: a crítica aos textos bíblicos que massificam as mulheres; a recuperação de fontes bíblicas e extrabíblicas que retirem o olhar estigmatizado da mulher e a apresentem numa perspectiva positiva e, por último, resgatar, na própria tradição bíblica, o valor da mulher como imagem de Deus. “Tais tradições dão respaldo ‘à mulher como pessoa, à sua condição de igualdade em relação à imagem de Deus, igualdade na oportunidade de salvação, sua participação na profecia, no ensino e na liderança” (RUETHER 1975 apud MILLER; GRENZ, 2011, p. 187).

Redimensionar esse olhar da mulher, na perspectiva bíblicoteológica, é necessário e urgente por três motivos: primeiro, por causa da própria crítica ao modelo patriarcal que perpetua um regime de dominação masculina com embasamento na teologia cristã tradicional; segundo, por causa da própria crítica no campo científico de uma religião de opressão e, por último, devido às consequências malévolas do patriarcado na estruturação psíquica da mulher.

No Brasil, existem leis que coíbem as ações de violência contra as mulheres (Lei nº 11.340/2006 – Maria da Penha; 13.104/2015 – Feminicídio; e a Lei nº 13.718/2018 (Importunação Sexual). Ainda assim, o quesito *violência de gênero* é constante, colocando o Brasil em quinto lugar, no ranque internacional de violência contra as mulheres (RITZ, 2019), manifestada de múltiplas formas. Seja por estupro, importunação sexual ou por feminicídio, a violência afeta “[...] os corpos, as mentes e a dignidade das mulheres” (RITZ, 2019, p. 650). Dessa feita, “[...] a violência se manifesta na opressão, na intimidação pela via do medo. Esse mecanismo é muito utilizado para demonstração e afirmação de poder, no intuito de impor e reafirmar a dominação” (RITZ, 2019, p. 651), configurado como violência simbólica, perpetuada pela supremacia masculina.

É importante frisar que o patriarcado é uma construção histórica e não constituinte de uma cultura. Nesse quesito, cabe-nos indagar: como se desenvolveu o pensamento da desigualdade de gênero demarcando tais atrocidades na identidade feminina? Boris e Cesídio (2007, p. 453-454) afirmam que o processo de constituição do corpo e da subjetividade da mulher são idealizadas historicamente, no qual “[...] cada sociedade tem o seu modelo de corpo e cada época tem seu modo particular de representá-lo”, numa interação eu e mundo, “[...] influenciada pelas transformações econômicas, políticas, históricas e socioculturais” (BORIS; CESÍDIO, 2007, p. 454).

Sendo assim, até meados do século XIX, “[...] a vida da mulher era administrada conforme os interesses masculinos, sendo envolta em uma aura de castidade e de resignação, pois devia procriar e obedecer às ordens do pai ou do marido” (BORIS; CESÍDIO, 2007, p. 453), comportamento embasado pelos sistemas de crenças instituídas culturalmente. “A cultura compreende a maneira de o sujeito organizar seu pensamento, suas relações interpessoais, seus ideais e sua forma de perceber o mundo” (BORIS. CESÍDIO, 2007, p. 455), onde a religião teve um papel fundamental e que, neste ensaio, necessita de revisão conceitual.

Ressalta-se que a cultura foi mudando à medida que a população passa a ter acesso às expressões intelectuais que, no século XVIII, pertenciam aqueles que detinham o poder econômico. Desse modo, destacam-se três períodos que demarcam mudanças culturais com os seus desdobramentos na vida da mulher: Período Colonial, onde o homem detinha o poder sobre a mulher, como se fosse a sua propriedade, denominada de sociedade patriarcal; século XVIII, com a exacerbação da literatura, porém, com o conceito de cultura como patrimônio dos abastados financeiramente; século XIX, quando a população passa a ter acesso à expressão intelectual, em que a cultura passou a ser “[...] considerada um valor

comum, pertencente às diferentes sociedades, ideologias e classes sociais, referindo-se também à classe trabalhadora e aos indivíduos que a ela pertenciam” (BORIS; CESÍDIO, 2007, p. 455).

Conquanto haja tais demarcações na cultura, prevalece, na sociedade contemporânea, o modelo de sociedade patriarcal com os seus respectivos problemas e consequências. Nogueira e Pereira (2017, p. 93), por meio do instrumento de pesquisa bibliográfica, afirma que “[...] o Brasil está entre os países que mais pratica agressão contra a mulher, produzindo, inclusive, vítimas fatais”, apesar da “[...] criação de leis para a proteção da mulher, a exemplo da Lei Maria da Penha e de outros mecanismos de proteção, como as Delegacias de Defesa da Mulher” (NOGUEIRA; PEREIRA, 2017, p. 93). Segundo os autores, a violência doméstica é uma reafirmação da mentalidade patriarcal da sociedade.

De acordo com Ferreira (2016, p. 1), “[...] a constituição social dos sujeitos está intimamente atrelada às relações de força movimentadas em determinado espaço histórico-cultural”, abalizada por práticas discursivas de um aglomerado de saberes que conferem ao exercício do poder um valor de verdade absoluto e inquestionável. Dentre essas práticas, inserem-se os evangélicos que, na perspectiva de Ritz (2019, p. 664), destacam-se como um “grupo formador de sentido simbólico”, influenciando o âmbito sociorreligioso e o cenário político, cuja tarefa, hipoteticamente falando, seria ou deveria ser, a normatização.

No entanto, “[...] os discursos desses grupos religiosos de largo alcance nacional, em várias situações divulgadas pela mídia, não demonstram engajamento no estabelecimento de relações de maior equidade entre homens e mulheres” (RITZ, 2019, p. 664). Em vez disso, “[...] a dinâmica discursiva é de desfavorecimento das mulheres, mantendo-as sob o jugo dos homens, que é tido também como o ‘cabeça’ e o ‘provedor’ do lar” (RITZ, 2019, p. 664). Pontua-se, dessa forma, uma disparidade entre políticas públicas de coibição a violência contra as mulheres versus um discurso religioso que reforça a hierarquia androcêntrica³.

Tal perspectiva necessita de reformulação hermenêutica teológica que introduza novos modos de interpretação, promovendo práticas e saberes religiosos

3. A palavra androcentrismo vem do grego *aner*, *andrós* + *kétron* + *ismo*. O conceito pode ser definido na perspectiva antropológica e popular. No primeiro, é a “[...] tendência para colocar o masculino como sendo o único paradigma de representação coletiva, estando o pensamento masculino acima de todos os outros”. No popular, é a “[...] tendência para supervalorizar os pensamentos e ideias masculinas, especialmente as conservadoras, moralistas e machistas, que não levam em conta a busca pela igualdade de direitos das mulheres”. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/androcentrismo/>. Acesso em: 14 mai. 2020.

para o bem estar e igualdade entre homens e mulheres. Diante disso, o movimento da teologia feminista é de resistência as formas de dominação masculina, alicerçada “[...] na igualdade entre os gêneros, privilegiando a constituição da mulher como sujeito de direitos e deveres” (FERREIRA, 2017, p. 1).

Reimer (2019, p. 121), considerada uma das expoentes da teologia feminista no Brasil, num entrelaçamento teórico entre religião e teologia, afirma que a força motriz para as

[...] ações e os estudos em movimentos feministas foi e continua sendo a desigualdade social, econômica, cultural e política entre homens e mulheres, portanto, de relações de poder e gênero, também em suas transversalidades com classe, etnia e idade.

Reitera o posicionamento apresentado anteriormente de que a religião, ad-junta à teologia e à filosofia, justificam e legitimam os discursos de dominação masculina, num retrocesso da liberdade conquistada até o momento (REIMER, 2019). Conquanto as conquistas políticas alcançadas, ao longo da história, sejam significativas para as mulheres, continuam-se esbarrando “[...] na ideologia patriarcal da subordinação das mulheres, o que legitimava seu papel de procriação, de cuidado da família, os mais baixos salários e a dificuldade de acesso à educação e à saúde, bem como a direitos civis” (REIMER, 2019, p. 123).

Santos (2020), ao fazer um balanço dos efeitos da pandemia no imaginário social e coletivo da humanidade, destaca a desigualdade social provocada pelo neoliberalismo e pelo hipercapitalismo. O autor, tomando como metáfora o unicórnio, símbolo de poder e de ferocidade, apresenta um modelo de dominação que se circunscreve em tempo de pandemia. “Desde o século XVII, os três unicórnios são o capitalismo, o colonialismo e o patriarcado. São os modos de dominação principais” (SANTOS, 2020, p. 12), onde a “[...] violência doméstica, a discriminação sexista e o feminicídio não cessam de aumentar” (SANTOS, 2020, p. 12).

Segundo Santos (2020, p. 15), “[...] a quarentena será particularmente difícil para as mulheres e, nalguns casos, pode mesmo ser perigosa”. Nessa análise, o sistema exploratório capitalista, a discriminação racial e a discriminação sexual impõem, sobre a mulher, maior estresse e, conseqüentemente, alto índice de violência doméstica e o divórcio.

Depreende-se das observações feitas neste ensaio que a religião pode promover, na discussão sobre a saúde psíquica da mulher, tanto a libertação quanto

o aprisionamento por meio de práticas discursivas que perpetuam o domínio masculino e por disseminar práticas e saberes que reafirmam a mentalidade patriarcal. Também se afirma que a teologia feminista busca a igualdade entre os gêneros, atuando como força de resistência a uma hermenêutica teológica de dominação masculina. Na esteira de uma proposta de fundamentação fenomenológica da noção de saúde mental da mulher que aqui nos interessa, é fundamental refletir o conceito de saúde e doença.

Historicamente, os transtornos mentais sofrem alterações consubstanciais ao longo do tempo em sua etiologia e modos de intervenção. Sucintamente podem ser divididos em dois períodos: no primeiro, que vai do século XV, a partir de Hipócrates, o pai da medicina, até o século XVII; o segundo começa no século XVIII e se estende até o período hodierno. Percebem-se, nesses dois períodos históricos, classificações e modelos diferentes na conceituação de saúde (BLOISE, 2011).

Em seus primórdios, até o século XVII, defendia-se que a manutenção da saúde e o aparecimento da doença dependem da interação entre mente, corpo e espírito, postulado do diagnóstico e prognóstico da medicina oriental. Diferentemente do século XVIII, influenciado pelo positivismo científico, quando a discussão soma e psique aproximam-se e distanciam-se ao longo da história, eixo epistemológico da medicina ocidental. A ênfase de Hipócrates era que fatores físicos podiam afetar estados psicológicos e que o modo de viver afetava a saúde. Tal perspectiva foi modificada no século XVIII, quando Descartes propõe a dualidade entre corpo/mente-alma. Nesse contexto, o corpo passa a ser explicado e cuidado pela medicina (Modelo Biomédico) e o corpo-mente pela filosofia e pela religião (BLOISE, 2011).

O mesmo ocorre para os transtornos mentais. Pontualmente, seguem dois modelos médicos onde se debruçam as discussões: a Psiquiatria da mente, sendo orientada numa perspectiva mágico-religiosa; e a Psiquiatria do cérebro, num viés mecanicista, materialista e racionalista, sendo a doença uma desordem biológica (GRINBER, 2011). O modelo biomédico é questionado quando Sigmund Freud, o pai da Psicanálise, introduz o conceito de psicogênese, em que fatores psicológicos afetam o corpo (BLOISE, 2011). A partir de então, definir saúde e doença segue padrões tanto biológicos, quanto psíquicos e sociais.

Esse panorama histórico nos remete a olhar a doença por diversos ângulos e não somente por critérios eminentemente científicos. Não há dúvidas quanto à eficiência e ao valor da ciência nos tempos modernos. Todavia, como afirma Jung e Willem (2020, p. 17) “[...] a ciência deve servir e erra somente quando pretende

usurpar o trono. Deve inclusive servir às ciências adjuntas, pois devido à sua insuficiência, e por isso mesmo, necessita de apoio das demais”.

Morin (2020), ao analisar os efeitos da pandemia na sociedade e as controvérsias da ciência, quanto ao tratamento correto em torno das medicações, critica o caráter determinista da ciência e afirma: “as certezas são uma ilusão”. O que é saúde e doença? Depende dos critérios vigentes de cada época. Como diz Han (2015, p. 7), “cada época tem suas enfermidades fundamentais”, oriundas de seu contexto sociopolítico, cultural e econômico.

Santos (2011) traz à tona a noção popular de doença, debatendo-a fora do contexto científico. Para o autor, a realidade da doença funde-se com o objetivo (a ciência) e com o imaginário (a população). Ou seja, enfatiza-se o lado não corpóreo da doença, reiterando a necessidade de uma intervenção tanto no biológico, quanto no psíquico. Refletir a saúde apenas no campo biológico é abandonar o doente em favor da doença.

A Psicopatologia, que é o estudo dos transtornos de conduta, aponta para a mesma direção. Dalgalarondo (2008, p. 23-26) faz uma introdução geral à semiologia psiquiátrica, abarcando o conceito de *semiologia médica* e *semiologia psicopatológica*. No primeiro, estudam-se os sintomas e sinais das doenças, permitindo ao profissional de saúde a identificação das alterações físicas e mentais, possibilitando a formulação de diagnósticos e de empreendimentos terapêuticos, enquanto que o segundo é o estudo dos sinais e sintomas dos transtornos mentais.

A semiologia, pensado de uma forma geral, é a ciência dos signos. O que se busca nessa ciência é a observação dos fenômenos, que envolvem as atitudes e os comportamentos não verbais. Assim sendo, Dalgalarondo (2008) afirma que a Psicopatologia tem duas raízes históricas: a vertente da tradição médica e a vertente da tradição humanística (filosofia, arte, literatura, psicanálise). Logo, o campo de investigação da Psicopatologia não se restringe apenas ao fenômeno biológico, mas também, ao subjetivo e vivencial.

Nesse panorama, pensar a saúde da mulher é resgatar o sentido de ser, sua identidade original, rompendo com paradigmas e estereótipos, atuando na cultura e resignificando as crenças. Barreto e Siqueira Leite (2016) afirmam que o homem ocidental esqueceu o sentido do ser, pois as relações passaram a ser pensadas a partir da ciência moderna. Infere-se, nesse contexto, proposta terapêutica, a *analítica existencial*, em que se interroga pelo sentido do ser-homem,

denominado de *Dasein*⁴ (ser-aí, poder-ser, presença). Desse jeito, a “[...] essência do ser-do-homem consiste em ser possibilidade, poder-ser, compreendido como abertura – não encolhida – que permite aos entes suas possibilidades de aparecer, de se mostrarem” (BARRETO; LEITE, 2016, p. 16). Em outras palavras, o homem é um ser de possibilidades, mas que pode se perder no falatório (*Gerede*), onde o ser-aí não se reconhece.

Sendo o ser humano uma possibilidade infinita de poder-ser, quando o mesmo se encontra restrito em suas condições potenciais, é acometido de angústia e culpa. É o que preconiza Boss (1988) em sua analítica existencial. O caminho proposto para a libertação da angústia afasta-se dos modelos biologizantes e tecnicistas, rompendo com as dimensões do pensar tecnológico que objetiva o ser humano e, também, das teorias freudianas. Segundo Boss (1988, p. 31), importante psiquiatra suíço que leva a cabo a empreitada de submeter a compreensão de subjetividade da época ao pensamento fenomenológico de seu amigo e mestre Martin Heidegger, deve-se deixar o “[...] fenômeno de culpa concreto, seja ele como for, assim como ele se mostra de imediato, mas investigando com um cuidado ainda maior a sua própria essência”. Nessa visão, a angústia não é abordada como algo que necessita ser medicado, mas como uma possibilidade para uma nova configuração existencial. A saída para a angústia seria o manter-se aberto a novas possibilidades.

O mesmo ocorre com a culpa, compreendida como dívida com as possibilidades vitais (BOSS, 1988). Essa abordagem se fundamenta “[...] numa compreensão fenomenológica da existência humana, isto é, atenta aos pressupostos que obscurecem e a aprisionam a existência” (EVANGELISTA, 2013, p. 142). Não seria a mentalidade patriarcal um “falatório” (*Gerede*) embasando crenças e valores obstruindo a possibilidade do poder ser e o sentido existencial das mulheres? As pesquisas (SANTOS; DINIZ, 2018; MEDEIROS; ZANELLO, 2018; RITZ, 2019) apontam que sim. Nesse caso, a religião atua como fator de proteção quando

4. Ao designar como *Dasein* (ser-aí ou ser-no-mundo) o modo de ser deste ente que nós mesmos somos, Heidegger aponta como diferença radical com relação aos entes que não têm este modo de ser o fato de que o homem é o ente que não possui uma essência anterior à existência. Outrossim, o que ele é, seu ser, está sempre em jogo no seu existir. O modo de ser dos entes não humanos é denominado como “ser simplesmente dado” (*Vorhandenheit*), porque o que eles são, o seu sentido, nunca está em jogo em seu devir temporal; enquanto que o modo de ser do homem é a “existência”, o “ser-aí”, o “ser-no-mundo”. Heidegger entende que o ser-aí é uma possibilidade aberta, ou seja, é existindo que se é-aí como possibilidade de ser para as circunstâncias de um mundo e no constante exercício de existir nele (NASCIMENTO, 2010, p. 73)

se refere ao acolhimento às vítimas de violência doméstica e de risco, em que a mulher se sente obrigada “[...] a permanecer na relação violenta a qualquer custo. Nesse caso, a religião atua como fator anestesiante ao contribuir para que a mulher tolere a manutenção ou a escalada das agressões e de risco” (GUIMARÃES; DINIZ, 2018, p. 221).

Santos e Diniz (2018) afirmam que os aspectos biológicos e, impreterivelmente, os aspectos sociais (diferença de gêneros) estão imbricados na incidência e na prevalência dos transtornos psíquicos das mulheres. Sob o eixo feminista-fenomenológico-existencial, apontam a angústia existencial das donas de casa por não serem produtivas e valorizadas em seu trabalho, comprometendo a sua saúde mental (SANTOS; DINIZ, 2018, p. 37).

As donas de casa são acometidas dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) tais como “[...] transtornos de humor depressivo/ansioso – nervosismo, tristeza, irritabilidade, choro – e sintomas somáticos – dor de cabeça, insônia, dor estomacal, cansaço e perda de ânimo” (SANTOS; DINIZ, 2018, p. 39). Somam-se a esses transtornos a tentativa de suicídio sendo “[...] mais comum em mulheres do que em homens e ocorre, majoritariamente, entre as domésticas, donas de casa e estudantes” (SANTOS; DINIZ, 2018, p. 39).

Evangelista (2013) classifica quatro modos de adoecer que justificam uma revisão conceitual na mentalidade patriarcal moderna e, concomitantemente, nas práticas discursivas religiosas. Na patologia geral daseinsanalítica, o ser-doente possui as seguintes caracterizações:

- 1) ser-doente caracterizado por uma perturbação evidente da corporeidade do existir humano;
 - 2) ser-doente caracterizado por uma perturbação pronunciada da espacialidade e na temporalidade de seu ser-no-mundo;
 - 3) modos de ser-doente constituindo privações importantes na realização da afinação própria à essência da pessoa;
 - 4) modos de ser-doente constituindo privações importantes na realização do ser-aberto e da liberdade.
- Nessa patologia geral, aspectos ‘corporais’ e ‘mentais’ se fundem, pois, toda restrição afeta o todo da existência (EVANGELISTA, 2013, p. 155).

Feijoo (2016) segue a mesma linha de argumentação quando pensa a questão de saúde-doença a partir do horizonte histórico das determinações de sentido. Sendo o homem um ser, de caráter indeterminado, poderá constituir-se a partir das determinações de sentido do horizonte histórico em que ele se encontra.

tra. Apropriando-se da aliança entre o conceito heideggeriano e o termo Análise Existencial, defende a tese de que “[...] as crises, que aparecem nesse mundo, aparecem em meio às determinações desse mundo” (FEIJOO, 2016, p. 45).

Assim sendo, a “cura” terapêutica, no viés da psicoterapia de base existencial, tem a ver com a rearticulação do projeto singular.

Projeto esse que não pode ser reconquistado com a medida dada pelo outro, mas tão somente com o reencontrar-se com a medida dada pela própria existência, e que vem se encurtando por meio daquilo que é o próprio transtorno (FEIJOO, 2016, p. 47).

Ainda sobre a compreensão daseinsanalítica de restituição da saúde psíquica na relação saúde-doença, Nascimento *et al.* (2017) comenta:

Quando se caracteriza o modo de ser deste ente que nós mesmos somos como existência, entende-se este termo de um modo diferente do que estamos acostumados a pensar, ou seja, presença empiricamente comprovada. Ao contrário, Heidegger se refere a um modo de ser que está sempre em jogo no devir histórico-temporal de tal ente (NASCIMENTO *et al.*, 2017, p. 141).

Sob essa perspectiva, inscreve-se a contribuição do texto para a saúde mental da mulher, no Século XXI – rever o discurso religioso judaico-cristão e ressignificá-lo enquanto proposta de igualdade, restituindo o caráter singular de ser a Imago Dei.

Sendo assim, é possível verificar, nas pesquisas, a importância e a relevância da religião quando o assunto é violência de gênero, preponderando a crítica ao seu discurso de dominação masculina (MILLER, 2011; HEIMER, 2019; HITZ, 2019). Constata-se que tal atitude contribui para o adoecimento psíquico da mulher, pois a afasta de sua singularidade existencial (SANTOS; DINIZ, 2018; MEDEIROS; ZANELLO, 2018; FEIJOO, 2016), o que nos faz refletir na seguinte questão: de que modo a religião judaico-cristã pode contribuir para a igualdade de gênero e para a sua promoção na saúde da mulher? Por sua reconstrução discursiva.

A Teologia e o seu discurso não se dissociam de sua cultura. Smith (2001) apresenta as diferentes facetas interpretativas do Antigo Testamento, segundo o seu período, época e contexto. Sendo assim, tanto no próprio texto bíblico, quanto na Igreja Primitiva, nos pais da Igreja, na Idade Média, na Renascença e no Iluminismo, as perspectivas teológicas eram diferenciadas. “A tarefa de

fazer teologia do Antigo Testamento é repleta de todos os tipos de dificuldades: textuais, históricas, literárias, hermenêuticas e teológicas” (SMITH, 2001, p. 86). Alonso-Schokel (2012, p. 13-28) apresenta o caráter de ampliação da palavra da aliança no contexto bíblico, através da *parênese*, que são inserções no texto que ampliam o sentido da palavra – “[...] trata-se de uma ficção histórica que representa, ao mesmo tempo, uma afirmação teológica: tudo isso é palavra do primeiro mediador – é palavra dos sucessores – e, conseqüentemente, palavra de Deus” (ALONSO-SCHOKEL, 2012, p. 18).

Apropriando-me das palavras de Alonso-Schokel (2012, p. 25), o primeiro polo de tensão na interpretação de um texto sagrado é a relação *divino-humana* na palavra. “Particularmente a palavra profética nos mostra algumas tensões de sua essência: ser divino e humano ao mesmo tempo, a consciência e a liberdade do ser humano para a transcendência de Deus; a ligação da profecia com a instituição” (ALONSO-SCHOKEL, 2012, p. 38), conferindo-lhe destinação social.

Considerando que a Bíblia não é um livro neutro e que as influências sociais, políticas e econômicas circulam por todo o texto, o teólogo deve ir além do que é dito e assim ressignificar os textos de acordo com o seu contexto e com indagações da época (SANTOS, 2009). Nessa perspectiva, deve-se reavaliar e reinterpretar aquelas passagens que “[...] foram utilizados pelo pensamento patriarcal para desvalorizar a mulher na cultura judaica e posteriormente na cultura cristã ocidental” (SANTOS, 2009, p. 28).

A proposta é pensar a Teologia dentro do seu contexto e na realidade vivencial da comunidade. Dessa forma, teologicamente falando, a submissão da mulher foi algo construído historicamente, influenciada pelas ideologias patriarcais do judaísmo. Nos textos bíblicos de Êxodo 20.17 e de Deuteronômio 5.21 (BÍBLIA, 2018), a mulher é posse do homem, adjunta à casa e ao campo, ao escravo e à escrava. Não havia o direito de pedir o divórcio, mesmo diante do repúdio do marido, e o seu voto não tinha validade, exceto por consentimento do pai ou do marido, conforme prescrito em Números 30.4-17 (BÍBLIA, 2018). “Sem dúvida, pesavam sobre a mulher os trabalhos duros do lar, a mulher guardava os rebanhos e trabalhava no campo, fazia pão, tecia, etc.” (VAUX, 2004, p. 62).

Do ponto de vista social e jurídico, se comparando aos países vizinhos, a situação da mulher judia era inferior. “No Egito, a mulher aparece frequentemente com todos os direitos de um chefe de família. Em Babilônia, ela pode adquirir posses, agir judicialmente, ser parte contratante e ter certa parte na herança de seu marido” (VAUX, 2004, p. 63), o que influenciou os direitos da

mulher judia na época. “Na colônia de Elefantina, e sob influências estrangeiras, a mulher judia havia adquirido certos direitos civis” (VAUX, 2004, p. 63), como o divórcio, as obrigações fiscais e o direito de compra e venda. “Sabe-se que no período pré-monárquico havia maior participação da mulher na sociedade” (SANTOS, 2009, p. 29)⁵, tornando-se menos participativa no período monárquico e pós-monárquico.

As discussões sobre o tipo de família israelita é complexa. Smith (1885 apud VAUX 2020, p. 42) afirma que “[...] o regime matriarcal foi a primeira forma da família entre os semitas”. No entanto Vaux (2020, p. 42) diz: “De qualquer forma e qualquer que tenha sido a pré-história de Israel, que não podemos conhecer, a família israelita é claramente patriarcal desde nossos documentos mais antigos”. E tal família influencia consideravelmente o pensamento ocidental e cristão contemporâneo que, conforme apontado acima, desdobra-se no adoecimento psíquico da mulher. É importante destacar que a constituição familiar patriarcal e todas as suas nuances como ser mãe e dona de casa eram vistas como virtudes em sua época (VAUX, 2004, p. 62-63), o que difere de nosso contexto, necessitando de revisão conceitual.

Uma vez que os elementos históricos, culturais, sociais e econômicos estão presentes na formação do pensamento teológico embasando crenças e costumes, como reivindicar, pela própria Bíblia, uma proposta de saúde para a mulher? A partir da Doutrina do Estado Primitivo, analisada por Santos (2009), na perspectiva teológica de Emil Brunner (1889-1966), propõe-se, nesta discussão, uma interpretação teológica dissociada por leituras pré-concebidas no campo científico. Interessa-nos o seu conceito de Imago Dei (Imagem de Deus) antes da queda, o que inclui o pensamento divino sobre a mulher. Nessa direção, a soteriologia se dá no encontro “Eu, Tu” e não nas formas dogmáticas e intelectivas da religião (SANTOS, 2009, p. 11).

Para tanto, é necessário pensar a criação em sua origem descrita em Gênesis 1.1-2.4 e 2.5-24 (BÍBLIA, 2018), sob o olhar da redenção em Jesus Cristo no Novo Testamento. Nessa perspectiva, o homem e a mulher estão inscritos no plano de salvação, não numa relação de desigualdade, mas em termos de propósito e finalidade da realidade criada – “[...] o porquê é o amor divino enquanto comunicador do ser; ‘o para que é esse mesmo amor enquanto salvador e doador de plenitude a tudo criado’” (SANTOS, 2009, p. 19).

5. A Pré-Monarquia foi um período histórico em que Israel era formado por cidades-estados, e o governo era constituído por juizes e não por reis.

Nessa direção, vamos pensar o significado da Imago Dei, que traz, em sua acepção, a semelhança com Deus. “A relação do ser humano com Deus não é algo que lhe foi acrescentando; ‘é o âmago e o fundamento de sua humanitas’” (SMITH, 2001, p. 228). A imagem envolve o domínio da criação; o fôlego da vida e a capacidade de abertura para o mundo – um ser de possibilidades (BARRETO; LEITE, 2016). “A principal função da imagem no mundo antigo parece ser de habitação do espírito ou do fluido do deus” (SMITH, 2001, p. 231).

Dentre os múltiplos fatores envolvidos no significado da imagem, destacam-se a determinação divina de fazer o homem segundo a sua semelhança – façamos o homem – (BÍBLIA, 2018, GÊNESIS 1.26); a relação com o domínio sobre os animais e sobre a terra inteira (BÍBLIA 2018, GÊNESIS 1.26, 27); e o fato de homem e a mulher estarem incluídos na imagem (BÍBLIA, 2018, GÊNESIS 1.27). Nessa concepção, homem e mulher foram criados ao mesmo tempo, pressupondo uma relação de igualdade e não de supremacia masculina, constituindo a relação social da humanidade. A ideia original da criação não é a submissão da mulher ao homem.

E o texto de Gênesis 2.4b-25 (BÍBLIA, 2018)? Nesse relato, o homem foi criado primeiro, e a mulher é apresentada como auxiliadora (BÍBLIA, 2018, GÊNESIS 2.18) que, no senso comum, traz o sentido de subordinação, alguém inferior. Todavia, em sua linguagem original, o substantivo *אָדָם* (‘âzer) é masculino, usado para o homem e aplicado à mulher (HAMILTON, 1990 apud SMITH, 2001, p. 238). Segundo Christoph Barth (apud SMITH, 2001, p. 238), o termo significa “[...] ‘em sua casa’: estar ao alcance, aliviar a solidão, significando companheirismo e parceria verdadeira e infalível”.

Smith (2001, p. 239) ainda traz outro conceito importante para esclarecer a relação homem-mulher, em seu estado original. Segundo Gênesis 2.18, o substantivo *נֶגְדוֹ* que “significa ‘distinto’ ou ‘em frente de’, ‘que corresponde a’ – isto é, ‘igual e adequado a si mesmo’”. Na concepção de Tribble (1978 apud SMITH, 2001, p. 239), essa expressão significa “identidade, mutualidade e igualdade”. E acrescenta: “[...] de acordo com Javé Deus, o que a criatura na terra precisa é um companheiro, alguém que não lhe seja nem subordinado nem superior; alguém que alivie o isolamento por meio da identificação”. Dessa feita, “[...] como homem e mulher surgem ao mesmo tempo da mão do criador, e são criados do mesmo modo à imagem de Deus, a diferença entre os sexos não tem mais relevância para a sua posição diante de Deus” (EICHRODT, 1961 apud SMITH, 2001, p. 239).

Na concepção bíblica teológica conforme descrito acima não existe a polarização dos sexos para Deus, o que difere de Santo Agostinho.

Agostinho, na sua relação de sociedade e imagem de Deus, deduziu que a mulher é imagem de Deus na medida em que se submete a posição de Auxiliadora do homem, pois ela sozinha não pode chegar a ser imagem de Deus, é essencialmente dependente do homem para chegar a este fim (AGOSTINHO, 1993 apud SANTOS, 2009, p. 23).

É importante ressaltar o pensamento agostiniano por sua influência na cultura ocidental e na teologia cristã, o que demarca uma estruturação ontológica de espiritualidade (PINHEIRO, 2008). Em seu discurso, a fonte de autoridade foi designado ao homem. “O gênero humano origina-se de um só homem, o primeiro que Deus criou, [...] que goza de maravilhosa autoridade, não merecida, no orbe da terra e em todas as nações” (VAHL, 2016, p. 20). Essa percepção agostiniana influenciou o pensamento medieval e ainda prevalece na contemporaneidade.

Deus fez o homem à sua imagem e deu-lhe alma, dotada de razão e inteligência, deu-lhe companheira como auxiliar para a geração, formando-a, com Deus, de uma costela de Adão (DE SOUZA, 2015, p. 93).

Segundo Nogueira (1996 apud DE SOUZA, 2015, p. 94),

[...] a mulher é aviltada e degradada pelos eruditos e magistrados da época, baseados em citações misóginas e preconceituosas, que afirmam, a um nível ideológico e pragmático, a malignidade e a incompetência feminina.

O discurso de dominação feminina faz-se presente nos círculos religiosos e nos arraiais políticos. A Ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Damara Alves, em audiência pública da Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, afirmou que “[...] dentro de sua concepção cristã, ‘a mulher sim, no casamento, é submissa ao homem’, ressaltando que isso é ‘uma questão de fé’” (CARVALHO, 2019).

Aliando ciência e fé cristã e descortinando novas perspectivas na interpretação teológica na atualidade, Walton (2016), tendo, como princípio, a literatura do Oriente Próximo e o modo como entendiam a criação, apresenta os textos de Gênesis 1 no contexto de funcionalidade e não de materialidade. “No mundo antigo e no Antigo Testamento, o foco do ‘criar’ é estabelecer a ordem pela atribuição de papéis e funções” (WALTON, 2016, p. 23).

Contrariando o princípio interpretativo agostiniano de imagem de Deus (PINHEIRO, 2008; DE SOUZA, 2015; VAHL, 2016) e relacionando-a ao já exposto (SMITH, 2001 e SANTOS, 2009), a imagem divina corresponde ao papel e à função que Deus deu à humanidade, à identidade que ele nos concedeu, à forma que servimos como os seus substitutos “[...] e, finalmente, é um indicativo do relacionamento que Deus pretendeu ter conosco” (WALTON, 2016, p. 40) – homem e mulher – indissolivelmente.

Outro argumento que reivindica a igualdade de gênero, numa perspectiva bíblicoteológica que demanda reconstruções epistemológicas na prática discursiva da religião cristã, contribuindo, dessa forma com a saúde mental da mulher, advém do termo אָדָם (*’ādām*), homem, com múltiplos significados. “A raiz da palavra *’ādām* (אָדָם) possui alguns significados distintos: ‘Homem’, ‘ser humano’, ‘indivíduo ou alguém’, ‘humanidade’, o nome próprio ‘Adão’, ‘quem, aquele que’, ‘gente’” (HUBNER, 2016, p. 1). Sobre a questão Walton (2016, p. 56), comenta que

[...] em relação à variedade de usos dessas palavras em Gênesis 1-5, encontramos que, em alguns casos, *’ādām* se refere aos seres humanos enquanto espécie, em outros se refere ao indivíduo masculino da espécie e em ainda outros [...] um nome pessoal.

Resguardando as devidas complexidades de tradução entre as culturas do Oriente Próximo⁶, o uso do termo *’ādām*, em Gênesis 1.26, 27 e em Gênesis 2.5, indica um sentido genérico, traduzido por Walton (2016, p. 57) da seguinte forma: “Deus disse, ‘Façamos a humanidade genérica (a espécie humana) à nossa imagem’”.

Considerações finais

Constata-se que a questão das desigualdades de gênero necessita ser combatida por todas as instâncias governamentais, institucionais e pela sociedade em geral. Verificou-se que, conquanto o Brasil seja um país predominantemente cristão, ocupa o quinto lugar no ranque internacional de violência doméstica. E que a teologia da experiência feminina propõe reformulações interpretativas no

6. Cf. WALTON, 2016, p. 55-58; HUBNER, 2016, p. 1-16.

campo hermenêutico bíblico, uma vez que a religião, mediante aos seus discursos, corrobora a dominação masculina.

Demonstrou-se que o patriarcado é uma forma de aprisionamento e de adoecimento mental da mulher, pois a retira de sua singularidade existencial, do poder-ser e de suas infinitas possibilidades, conceito de doença na perspectiva fenomenológica. Logo, a religião cristã deve contribuir para a libertação da mulher, conferindo-lhe igualdade nas relações.

Para tanto, propôs-se uma (re)articulação hermenêutica dos capítulos primeiro e segundo de Gênesis, pensando a igualdade de gênero em seu estado original, refletindo o conceito de Imago Dei. Nessa reconstrução, homem e mulher são semelhantes a Deus, ocupando o mesmo lugar na função de dominar e de guardar a terra, uma vez que Deus criou a espécie humana, conceito genérico de 'ādām no referido texto.

Considerando que o texto bíblico não é neutro e que a Bíblia é Palavra de Deus e palavra humana, o presente texto contribui para a reflexão teológica e para a sua prática discursiva, no intuito de promover a saúde psíquica da mulher e, por conseguinte, em seu sentido mais amplo, e, respectivamente, a igualdade de gênero.

Referências

- ALONSO-SCHOKEL, S. J. O Antigo Testamento como palavra humana e Palavra de Deus. *In*: SCHREINER, Josef (Org.). **O antigo testamento: um olhar atento para sua palavra e mensagem**. Traduzido por Luis Marcos Sander. São Paulo: Hagnos, 2012.
- BARRETO, Carmem Lúcia Brito Tavares. LEITE, Danielle de Fátima da Cunha Cavalcanti de Siqueira. Prática psicológica na perspectiva fenomenológica. *In*: EVANGELISTA, Paulo Eduardo Rodrigues Alves; MORATO, Henriette Tognetti Penha (Orgs.). **Fenomenologia existencial e prática em psicologia (Colóquios Lefe)**. 1. ed. Rio de Janeiro: Via Verita, 2016.
- BÍBLIA de Estudo NAA. São Paulo: **Sociedade Bíblica do Brasil**, 2018.
- BLOISE, Paulo. Medicina integrativa: corpo, mente e espiritualidade. *In*: BLOISE, Paulo (Org.). **Saúde integral: a medicina do corpo, da mente e o papel da espiritualidade**. São Paulo: Editora do Senac São Paulo, 2011.
- BORIS, Georges Daniel Janja Bloc; CESÍDIO, Mirella de Holanda. Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. **Revista Mal-estar e subjetividade**, Fortaleza, v. VIII, n. 2, p. 451-478, set. 2007.
- BOSS, Medard. **Angústia, culpa e libertação**. Tradução de Barbara Spanoudis. 4. ed. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1988.

- CARVALHO, Ketrin. Submissão está na bíblia? Damares enfatiza que a mulher deve ser submissa ao homem. **Observatório**, 20 abril de 2019. Disponível em: <https://observatoriog.bol.uol.com.br/noticias/submissao-esta-na-biblia-damares-enfatiza-que-a-mulher-deve-ser-submissa-ao-homem>. Acesso em: 2 jul. 2020.
- DE SOUZA, Alexandre Bueno Salomé. São Tomás de Aquino e Santo Agostinho e a mulher na idade média. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE ESTUDOS MEDIEVAIS DA ASSOCIAÇÃO EM PIRENÓPOLIS, 11., 2015, Pirenópolis. **Anais [...]**. Pirenópolis: Abrem, 2015. Disponível em: http://abrem.org.br/revistas/index.php/anais_eiem/article/viewFile/273/233#:~:text=Em%20Confiss%C3%B5es%2C%20por%20exemplo%2C%20Agostinho,que%20ela%20levou%20ao%20pecado. Acesso em: 02 jun. 2020.
- EVANGELISTA, Paulo Eduardo Rodrigues Alves. A Daseinsanalyse de Medard Boss: medicina e psicanálise mais correspondentes ao existir humano. In: EVANGELISTA, Paulo Eduardo Rodrigues Alves (Org.). **Psicologia fenomenológico-existencial**: possibilidade da atitude clínica fenomenológica. 1. ed. Rio Janeiro: Via Verita, 2013.
- FEIJOO, Ana Maria Lopez Calvo de. As determinações de produtividade no nosso horizonte histórico e a clínica psicológica. In: EVANGELISTA, Paulo Eduardo Rodrigues Alves; MORATO, Henriette Tognetti Penha (Org.). **Fenomenologia existencial e prática em psicologia (Colóquios Lefe)**. 1. ed. Rio de Janeiro: Via Verita, 2016.
- FERREIRA, Quezia Fideles. Sujeito mulher em situação de violência: poder, resistência e empoderamento. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE LINGUAGENS E GÊNEROS TEXTUAIS, 4., 2017, Campina Grande. **Anais [...]**. Campina Grande: Realize, 2017. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/revistas/sinalge/trabalhos/TRABALHO_EV066_MD1_SA6_ID810_14032017093452.pdf. Acesso em: 14 maio 2020.
- GRINBER, Luiz Paulo. Os transtornos mentais através dos tempos. In: BLOISE, Paulo (Orgs.). **Saúde integral**: a medicina do corpo, da mente e o papel da espiritualidade. São Paulo: Editora do Senac São Paulo, 2011.
- GUIMARÃES, Fabrício Lemos; DINIZ, Gláucia Ribeiro Starling. Impactos do livro de uma mulher vítima na vivência de violência conjugal de outras mulheres. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 209-229, jan./abr. 2018.
- HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço**. Tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis: Vozes, 2015.
- HUBNER, Manu Marcus. Um estudo sobre o termo 'ādām na Bíblia Hebraica. **Arquivo Maaravi: Revista Digital de Estudos Judaicos da UFMG**, Belo Horizonte, v. 10, n. 19, nov. 2016. ISSN: 1982-3053. Disponível em: www.periodicos.letras.ufmg.br/maaravi/article/download/pdf. Acesso em: 3 jun. 2020.
- JUNG, C. G.; WILHEM, R. **O segredo da flor de ouro**: um livro de vida chinês. Tradução de Dora Ferreira Silva. São Paulo: Vozes. Disponível em: <http://clinicapsique.com/wp-content/textos/C.%20G.%20Jung%20&%20R.%20Wilhelm%20-%20O%20Segredo%20da%20Flor%20de%20Ouro.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2020.

- MEDEIROS, Mariana Pedrosa de; ZANELLO, Valeska. Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 384-403, jan./abr. 2018.
- MILHER, E. L.; GRENZ, Stanley J. **Teologias contemporâneas**. Tradução de Antivan G. Guedes. São Paulo: Vida Nova, 2011.
- MORIN, Edgar. As certezas são uma ilusão. **CNRS**, 09 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.fronteiras.com/entrevistas/edgar-morin-as-certezas-sao-uma-ilusao>. Acesso em: 09 maio 2020.
- NASCIMENTO, Crisóstomo Lima. QUINTELA, Rogério. ALMEIDA, Leonardo. **Subjetividade, clínica e política**. Niterói: Eduff, 2017.
- NASCIMENTO, Crisóstomo Lima. **Cuidado e educação**: uma abordagem fenomenológico-hermenêutica a partir de Martin Heidegger. Tese (Doutorado) – UFF, Niterói, 2010. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetailObraForm.do?select_action=&co_obra=176482. Acesso em: 05 jun. 2020.
- NOGUEIRA, Claudia Regina Ramos. PEREIRA, Paulo Celso. A (re)construção da subjetividade do perpetrador da violência contra a mulher. **Psicologia - Saberes & Práticas**, n. 1, v. 1, p. 93-100, 2017.
- PINHEIRO, Frei Luiz Antônio. A atualidade de Santo Agostinho: uma perspectiva teológico-pastoral. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 7, n. 13, p. 115-126, dez. 2008.
- REIMER, Invoni Richter. As teologias e práticas políticas dos movimentos (Eco)feministas. **Caminhos**, Goiânia, Especial, v. 17, p. 120-137, 2019.
- RITZ, Claudia Daniele Andrade. As mulheres e a violência de gênero no Brasil. **Caminhos**, Goiânia, v. 17, n. 2, p. 649-668, maio/ago. 2019. DOI 10.18224/cam.v17i2.7022.
- SANTOS, Boaventura de Souza. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra: Almedina S. A., 2020.
- SANTOS, José Quirino dos. Noção popular de doença. In: BLOISE, Paulo (Org.). **Saúde integral**: a medicina do corpo, da mente e o papel da espiritualidade. São Paulo: Senac, 2011. p. 38-47.
- SANTOS, Julio Cesar dos. **A imagem de Deus no ser humano, segundo a teologia de Emil Brunner**: um ser relacional e responsável diante de Deus. Dissertação (Mestrado em Teologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrSeq=15176@1>. Acesso em: 22 jun. 2020.
- SANTOS, Luciana da Silva; DINIZ, Gláucia Ribeiro Starling. Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 37-59, 2018.
- SMITH, Ralph L. **Teologia do antigo testamento**: história, método e mensagem. Tradução de Hans Udo Fuchs. São Paulo: Vida Nova, 2001.
- VAHL, Matheus Jeske. **Santo Agostinho**: Os Fundamentos Ontológicos do agir. Pelotas: Nephil, 2016.

VAUX, Roland de. **Instituições de Israel no Antigo Testamento**. Tradução de Daniel Oliveira. São Paulo: Vida Nova, 2004.

WALTON, Jhon H. **O mundo perdido de Adão e Eva: o debate sobre a origem da humanidade e a leitura de Gênesis**. Tradução de Amorim Carlos de Souza. Viçosa, MG: Ultimato, 2016. (Série ciência e fé cristã).

12. O corpo da mulher na mídia: o que a educação física tem a ver com isso?

Érica Pereira Neto¹

Gisele Pessin²

Introdução

Usuários das redes sociais diariamente visualizam uma enxurrada de imagens de pessoas realizando atividades físicas. Não raro, essas postagens revelam corpos vigorosos, aparentemente comprometidos com ideais de beleza e de perfeição. Ao mesmo tempo, nessas redes sociais, percebe-se que os recursos de embelezamento das imagens de corpos e faces não param de crescer: filtros e recursos de edição de fotografias parecem realizar uma verdadeira transformação de características tipicamente humanas, tais como celulites, estrias e gorduras localizadas. Transformar uma imagem pessoal pode revelar uma tentativa de esconder algo indesejado ou algo reprovável aos padrões estabelecidos socialmente. Tal realidade sinaliza que padrões de beleza ditados pelas redes sociais precisam ser refletidos, sobretudo por profissionais que cuidam do corpo e sobre ele realizam intervenções.

-
1. Mestra em Ciência da Motricidade Humana (UCB). Docente do Curso de Licenciatura em Educação Física do Instituto Federal Fluminense, campus Campos Centro.
 2. Doutora e Mestra em Cognição e Linguagem, pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). Especialista em Psicologia Educacional.

Sabe-se que diversas categorias profissionais produzem formas de cuidado com o corpo por meio de conhecimentos científicos e práticas profissionais com vistas à saúde das pessoas. É possível perceber que paulatinamente academias e espaços de treinamento físico se multiplicam em todo o Brasil e ganham novos adeptos de práticas corporais. O que se espera desse panorama é que os indicadores de saúde da população também sejam melhores. Na realidade, pesquisas continuam mostrando elevados índices de obesidade e outras comorbidades decorrentes da insuficiente prática de atividades físicas entre a população (FERREIRA, SZWARCOWALD, DAMACENA, 2019).

Ao mesmo tempo, nas redes sociais, a publicação de imagens supostamente registradas em momentos de realização de atividades físicas, com pessoas superando desafios em tarefas difíceis, mostrando corpos “sarados” e esbeltos é muito comum nesses espaços midiáticos. Isso tem acontecido inclusive nos perfis de redes sociais de profissionais liberais que almejam vender uma imagem socialmente valorizada pelo mercado, utilizando inclusive técnicas de *coaching* e estratégias de desenvolvimento pessoal.

Nesse contexto, os corpos das mulheres sofrem inúmeras formas de opressão. Para exemplificar essa afirmação, basta observar as campanhas publicitárias de produtos destinados a mulheres: são corpos longilíneos e bem torneados que vendem um produto. Nelas, as modelos mostram rostos sem manchas, marcas de expressão, cicatrizes ou qualquer outro tipo de sinal do envelhecimento. Nesse bojo, a indústria da beleza cresce exponencialmente com promessas de soluções milagrosas para a correção de traços ou de características indesejadas. Também se pode observar que *influencers* digitais se tem tornado as principais fontes de influência para o consumo de itens que prometem transformar o corpo das mulheres e conformá-las aos padrões socialmente valorizados: produtos de beleza, roupas, acessórios, procedimentos estéticos e cirúrgicos e mais uma infinidade de itens de consumo.

Em meio a todas as mensagens comunicadas pela mídia e reafirmadas nas relações sociais, as mulheres sofrem: sofrem por não apresentarem as medidas ideais, sofrem por não alcançarem uma imagem idealizada e sofrem submetendo-se a inúmeros procedimentos e tentativas para alcançar os padrões de beleza validados pela sociedade. Atentos a essa realidade, profissionais e pesquisadores da Educação Física vem-se debruçando sobre os estudos de gênero, na tentativa de compreender como a mídia pode influenciar na construção de discursos sobre o corpo da mulher, assim como no modo pelo qual os esportes

e as atividades físicas são valorizados, reproduzindo certos modelos idealizados, que, por sua vez, geram preconceitos sobre as pessoas que são diferentes.

Nessa direção, faz-se necessário instigar reflexões sobre o lugar do profissional da Educação Física na proposição de intervenções sobre o corpo da mulher, uma vez que ele também está suscetível à reprodução de valores e normas sociais compartilhadas sobre os ideais de beleza e felicidade. Nesse sentido, é fundamental que o profissional de Educação Física reflita sobre como influencia a construção de subjetividades no seu trabalho cotidiano, sobretudo por meio da mídia e das redes sociais.

Corpo, cultura e mulher

As mudanças dos padrões de beleza ocorrem em função de ideais socioculturais e esses ideais influenciam o comportamento das mulheres na busca desses modelos hegemônicos afirmados pela sociedade. Inclusive, sob essa influência, algumas mulheres mostram-se dispostas a “tudo” para alcançar um ideal de “corpo perfeito”, colocando em risco sua saúde com dietas sem descrição e com exercícios físicos sem orientação profissional (TOMAZ; SILVA; BEZERRA; NETO; ROCHA, 2020).

A necessidade de pertencimento e de aprovação frente a um determinado grupo social também pode estar relacionada a uma incessante busca pelo alcance dos padrões estéticos difundidos pela mídia e pelas redes sociais, o que frequentemente envolve uma insatisfação (ou rejeição) do próprio corpo, conforme sinalizam Santos e Gonçalves (2020).

Apesar de ser atual a problematização sobre os padrões de beleza instituídos socialmente, o sofrimento da mulher que possui características físicas fora dos padrões de “corpo perfeito” é de longa trajetória. Quem nunca assistiu a filmes ou a documentários que mostravam o desconforto vivenciado por mulheres que usavam espartilhos no século XVIII, na Europa? Apesar de os espartilhos terem ficado para trás, no século XXI, podemos presenciar outras inúmeras formas de moldar o corpo para adequá-lo aos padrões sociais. Como Goellner (2013) afirma, o corpo é produzido na cultura e pela cultura. Para Daolio (1995), o corpo é uma expressão cultural. Em outras palavras, discursos e intervenções sobre o corpo variam de acordo com o tempo e com o contexto em que os sujeitos estão inseridos. Dessa forma, as marcas socioculturais do corpo são construídas, logo, são provisórias e mutáveis.

Além de representar uma construção histórica e cultural, o corpo é objeto de poder. Nesse sentido, os discursos e intervenções sobre o corpo requerem uma profunda discussão sob a perspectiva dos estudos pós-estruturalistas. Sendo um arqueólogo do saber, Foucault (1993, p. 146) situa que “[...] o domínio e a consciência de seu próprio corpo só puderam ser adquiridos pelo efeito do investimento do corpo pelo poder: a ginástica, os exercícios, o desenvolvimento muscular, a nudez [...]”. É importante considerar que os discursos presentes na mídia também sofrem a influência dos interesses econômicos e políticos de cada momento histórico e, dessa forma, estão diretamente relacionados às relações de poder presentes na sociedade (ANDRADE, 2013).

Diversos são os investimentos sobre os corpos sob o domínio da Medicina e da tecnologia. As imposições de saúde, vigor, vitalidade, juventude, beleza e força são distintas nas diferentes culturas, mas também na forma pela qual são impostas aos corpos masculinos e femininos (LOURO, 2019). Inclusive, os corpos podem representar os lugares ocupados pelos sujeitos na sociedade:

Hoje, como antes, a determinação dos lugares sociais ou das posições dos sujeitos no interior de um grupo é referida a seus corpos. Ao longo dos tempos, os sujeitos vêm sendo indiciados, classificados, ordenados, hierarquizados e definidos pela aparência de seus corpos; a partir dos padrões e referências, das normas, valores e ideais da cultura. Então, os corpos são o que são na cultura (LOURO, 2020, p. 69).

Não ter o “corpo perfeito” e não se apresentar de acordo com o padrão de corpo idealizado pela sociedade representa um grande problema para muitas mulheres. Muitas delas são marginalizadas, punidas e violentadas nas relações sociais em decorrência da sua aparência. E os seus corpos representam inclusive um passe para a vida social: no mundo do trabalho, o corpo é objeto de aprovação ou de reprovação. A cor da pele, o cabelo e as formas que uma mulher traz estão sempre em condição de apreciação pela sociedade, sobretudo em espaços que ainda valorizam os padrões de beleza hegemônicos.

O corpo é então um objeto de consumo sujeito à aprovação ou exclusão. E a mídia, por sua vez, opera padronizando corpos e comportamentos, inclusive ditando as maneiras de como deve ser o corpo da mulher para que seja aceito (TOMAZ *et al.*, 2020). Por vezes, a busca pela aceitação do próprio corpo é muito custosa às mulheres: ainda que venham conquistando direitos legais, acessando a educação superior, desbravando o mundo dos negócios, quebrando tabus no

que diz respeito ao seu papel social, muitas sofrem com a importância que é dispensada a preocupações com a aparência física, com o rosto, com o cabelo e com o corpo (WOLF, 2020).

A publicidade é um mecanismo de produção de subjetividades. Os anúncios publicitários estão presentes no cotidiano das pessoas, ensinando modos de conduta e valorizando certos comportamentos. Esse processo leva os indivíduos a consumirem mercadorias e também valores que determinam como deve ser o corpo (SABAT, 2013).

Na mídia, os modelos sociais, econômicos e culturais hegemônicos prevalecem. As redes sociais principalmente têm sido grandes disseminadoras do modelo de corpo perfeito, associando esse padrão de corpo ao modelo de corpo saudável (SANTOS; GONÇALVES, 2020). Sabe-se ainda que a mídia é uma das grandes responsáveis pela afirmação de certos modos de ser, contribuindo para reforçar o narcisismo contemporâneo. “A mídia é o principal meio de manipulação e alusão para um corpo perfeito, e vem sempre inovando as suas formas de manipulação e modulação na sociedade” (TOMAZ *et al.*, 2020, p. 1).

Lucena, Seixas e Ferreira (2020) alertam que até mesmo sites e blogs destinados à promoção de estilos de vida saudável podem trazer mensagens que fazem alusão à imagem do corpo perfeito, associado à prática de exercícios físicos e a dietas. Embora exista a percepção de que esses ideais apresentam impossibilidades, os autores (LUCENA; SEIXAS; FERREIRA, 2020) sinalizam que há, ao mesmo tempo, uma busca desmedida pelo seu alcance, sem considerar as consequências.

Vale considerar ainda que as propagandas noticiam mensagens sobre o corpo e o movimento de forma diferente para homens e para mulheres (ALTMANN, 2015). São muitas as exigências submetidas à mulher e, por vezes, parece que elas não têm o direito de escolherem como devem lidar com o próprio corpo, seja com maior ou menor volume de massa corporal. Wolf (2020) defende o direito que a mulher tenha de decidir e escolher a aparência que deseja ter, independentemente das pressões sociais.

Apesar de todas essas dificuldades vivenciadas pelas mulheres brasileiras, Madsen (2020) apresenta novas possibilidades no cenário das mídias: percebe-se que a articulação dos movimentos feministas em torno dos meios de comunicação tem se ampliado desde os anos 2000, colocando em pauta as demandas das mulheres e seus questionamentos frente à desigualdade de gênero. Citando o relatório *Tendências mundiais sobre liberdade de expressão e desenvolvimento de mídia*, publicado pela Unesco em 2016, a autora (MADSEN, 2020) reconhece o

aumento da presença feminina nos veículos de comunicação e sinaliza as possibilidades das novas tecnologias como aberturas importantes para o protagonismo da mulher no universo da comunicação.

Entre ranços e avanços, as mulheres têm-se afirmado como protagonistas da sua história pessoal e coletiva. De diversas formas, com várias mensagens e discursos veiculados nas redes sociais, mulheres estão estimulando outras mulheres a manterem uma relação mais saudável e amorosa como o próprio corpo. São sinais de um novo tempo na história do corpo feminino.

O corpo e a Educação Física

Em seus primórdios, a Educação Física foi fortemente influenciada por preceitos higienistas, militaristas e tecnicistas que contribuíram para a construção de práticas de adestramento do corpo. Embalada nos ideais de corpo saudável, robusto e harmonioso, essa ciência se debruçava sobre os aspectos anatomofisiológicos e com o rendimento motor do indivíduo (MEDINA, 1987), numa perspectiva estritamente biológica do corpo humano.

Anteriormente, a Educação Física visava apenas ao rendimento esportivo, à preparação física e à promoção de saúde. Na contemporaneidade, deve ser pensada para além dos aspectos orgânicos do corpo. Precisa estar atenta às influências socioculturais que atravessam a existência humana e ditam novas formas de relação com o corpo. Desse modo, cabe considerar que “[...] o corpo não é apenas um corpo. É também o seu entorno” (GOELLNER, 2013, p. 31). O corpo é objeto da Educação Física, não só pelos seus conjuntos de ossos e músculos, que são desenvolvidos com a prática de atividade física, na obtenção de um corpo saudável, mas pelo que ele representa. “Seria um engano pensar que o corpo é apenas regido por leis fisiológicas que escapam da história e da cultura” (ALTMANN, 2015, p. 24).

Enquanto ciência e profissão, a Educação Física contribui para a busca de um corpo saudável por meio do esporte, de atividades físicas, entre outras inúmeras práticas corporais (TOMAZ *et al.*, 2020). Logo, as mudanças fisiológicas, hipertrofia muscular e desenvolvimento corporal são o seu objeto de estudo e de intervenção. Por isso, na vida cotidiana, os profissionais dessa área são procurados como mentores de saúde e bem-estar para um corpo saudável. Entretanto, muitas vezes, o discurso de corpo saudável é afetado pelos padrões da beleza construídos socialmente, e infelizmente ainda há uma carência de debates na Educação Física sobre o culto ao corpo (PEREIRA; CERIGATTO, 2021).

Transtornos alimentares, comportamentos obsessivos por exercícios e dietas e a dismorfia da imagem corporal estão-se mostrando cada dia mais frequentes (WOLF, 2020), o que diz muito sobre o comportamento das pessoas em relação ao próprio corpo. Esse corpo transformado, corpo construído, corpo cultivado, corpo reinventado, de que tanto se fala, é objeto e mote da Educação Física (CORSINO; AUAD, 2012). Por isso é necessário que os profissionais da Educação Física reflitam continuamente sobre sua área de atuação e sobre os discursos veiculados sobre o corpo. Pereira e Cerigatto (2021) recomendam inclusive que os profissionais dessa área analisem criticamente os interesses e valores dos discursos midiáticos relacionados.

Nessa direção, é fundamental perceber a influência da mídia na busca do corpo perfeito, como também entender o corpo como construção cultural, para que as relações desiguais de gênero não sejam reproduzidas, nem potencializadas (CORSINO; AUAD, 2012).

Estudos realizados por Neira, Santos Júnior e Santos (2009) apontam que a mídia, com seus discursos diários, constroem certas noções de feminilidade. Atentos a isso, profissionais da Educação Física podem promover ações pedagógicas, críticas e reflexivas sobre o modo pelo qual o corpo feminino é apresentado pela mídia. Esse esforço certamente resultará na problematização de modelos e padrões sociais que não favorecem a saúde e o bem-estar.

Pereira e Cerigatto (2021) destacam que a formação inicial dos profissionais de Educação Física deve promover um olhar mais ampliado e abrangente dos discursos veiculados pela mídia e que, além disso, devem permitir uma mudança nas práticas pedagógicas dos professores nessa área, inclusive no ambiente escolar. A Educação Física tem muitas responsabilidades envolvidas na propagação dos ideais de beleza corporal e, por isso, também pode ser protagonista de um novo olhar sobre o corpo humano, sobretudo o corpo da mulher, que está sob constante investimento no palco das mídias sociais.

Considerações finais

Discussões contemporâneas sobre o lugar da Educação Física nas relações entre mídia e saúde são muito necessárias, sobretudo quando entram em jogo os discursos sobre o corpo feminino nos espaços de comunicação e no mercado de produtos e serviços relacionados à indústria da beleza e da saúde.

Isso posto, acredita-se que a atuação do profissional de Educação Física deve considerar a pessoa como um todo, não apenas o seu corpo biológico: deve atuar

pela desmistificação dos padrões estéticos e buscar a saúde do corpo de modo crítico e reflexivo. Esse movimento certamente contribuirá para o combate a diversas formas de violência a que mulheres estão submetidas nos diversos espaços sociais.

A formação do profissional de Educação Física deve considerar as interfaces entre corpo, gênero e cultura. É fundamental que o profissional esteja atento à influência midiática e pense sobre novas práticas e saberes para uma Educação Física plural, que quebra paradigmas hegemônicos e que valoriza a diversidade humana. Nesse processo, a ética é essencial. As intervenções que o profissional realiza em seu trabalho e os conhecimentos que divulga nas redes sociais ou no universo acadêmico podem representar avanços ou meras reproduções da ideologia dominante.

Espera-se que novos caminhos de investigação sobre a temática sejam trilhados e que o corpo da mulher seja respeitado em sua integralidade. Que as mulheres sejam protagonistas de sua própria história e decidam como podem viver e lidar com o seu corpo. Há muitos caminhos a percorrer, e a Educação Física tem muito a contribuir nesse processo desafiador.

Referências

- ANDRADE, Sandra dos Santos. Mídia impressa e educação de corpos femininos. In: LOURO, Guacira; FELIPE, Jane; GOELLNER, Silvana (Orgs.) **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na Educação**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 109-123.
- AUAD, Daniela; CORSINO, Luciano. **O professor diante das relações de gênero na educação física escolar**. São Paulo: Cortez, 2012.
- ALTMANN, Helena. **Educação Física escolar: relações de gênero em jogo**. São Paulo: Cortez, 2015.
- CASTELLANI FILHO, Lino. **A Educação Física no Brasil: a história que não se conta**. 3. ed. Campinas: Papirus, 1991.
- DAOLIO, Jocimar. **Da cultura do corpo**. Campinas: Papirus, 1995.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1993.
- FERREIRA, Arthur Pate de Souza; SZWARCOWALD, Célia Landmann; DAMACENA, Giseli Nogueira. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190024, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190024>. Acesso em: 7 mar 2021.
- GOELLNER, Silvana Vilodre. A produção cultural do corpo. In: LOURO,

- Guacira; FELIPE, Jane; GOELLNER, Silvana (Orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade**: um debate contemporâneo na Educação. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 30-42.
- LOURO, Guacira Lopes. Pedagogias da Sexualidade. *In*: LOURO, G. L. (Org.). **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. 4. ed. 2 reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2019. p. 07-42.
- LOURO, Guacira Lopes. **Um corpo estranho**: ensaio sobre sexualidade e teoria queer. 3. ed. rev. amp. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.
- LUCENA, Bianca Bulcão; SEIXAS, Cristiane Marques; FERREIRA, Francisco Romão. Ninguém é tão perfeito que não precise ser editado: fetiche e busca do corpo ideal. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 31, e190113, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642020000100211&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 mar. 2021.
- MADSEN, Nina. Mulheres e comunicação no Brasil: 1995 a 2015. *In*: FOUNTOURA, Natália; REZENDE, Marcela; QUERINO, Ana Carolina. (Orgs.). **Beijing +20**: avanços e desafios no Brasil contemporâneo. Brasília: Ipea, 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10322>. Acesso em: 9 mar. 2021.
- MEDINA, João Paulo Subirá. **Educação física cuida do corpo... e “mente”**. 7. ed. Campinas: Papirus, 1987.
- NEIRA, Marcos Garcia; NUNES, Mario Luiz Ferrari; SANTOS JÚNIOR, Nei Jorge dos; SANTOS, Ana Paula da Silva. Corpo feminino na TV: reflexões necessárias no âmbito da educação física escolar. **Conexões**, Campinas, v. 7, n. 2, p. 97-113, maio/ago. 2009.
- PEREIRA, Mara Dantas; CERIGATTO, Mariana Pícaro. Culto ao corpo e suas formas de disseminação através das mídias: uma revisão integrativa no olhar da Educação Física. **Revista Educar Mais**, v. 5, n. 2, p. 345-357, 2021.
- SABAT, Ruth. Gênero e Sexualidade para consumo. *In*: LOURO, Guacira; FELIPE, Jane; Goellner, Silvana (Orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade**: um debate contemporâneo na Educação. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 149-159.
- SANTOS, Mariany Silva; GONÇALVES, Vivianne Oliveira. Uso das redes sociais, imagem corporal e influência da mídia em acadêmicos dos cursos de educação física. **Itinerariusreflectionis**, v. 16, n. 3, 2020.
- TOMAZ, Rafael Cândido; SILVA, Erika Suyanne Sousa; BEZERRA, Marcos Antônio Araújo; NETO, José de Caldas Simões; ROCHA, Ariza Maria. Corpo Padrão: Um Estudo sobre as Concepções do Corpo Feminino Exposto pela Mídia. **Revista Latino-Americana de Psicologia Corporal**, v. 1, n. 9, p. 120-145, 2020.
- WOLF, Naomi. **O mito da beleza**: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. 15. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2020.

Índice remissivo

A

- Aborto 21, 69, 71, 74, 75, 76, 77
- Adoecimento 83, 88, 90, 91, 129, 137, 146, 148, 152
- Atividade física 11, 41, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 161
- Autonomia 32, 33, 34, 35, 38, 43, 47, 48, 50, 63, 64, 65, 69, 71, 73, 76, 77, 101

C

- Casamento 54, 55, 56, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 150
- Comunicação 33, 35, 72, 104, 105, 107, 160, 161, 162
- Corte Interamericana de Direitos Humanos 68, 74, 75, 79
- Covid-19 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121

D

- Direitos Humanos 15, 25, 32, 35, 36, 37, 39, 44, 83, 91, 131

E

- Educação Física 157, 158, 161, 162, 163

I

- Infecções respiratórias 114, 117, 118, 119, 121
- Isolamento social 43, 82, 106, 110, 116

M

- Mães de autistas 104, 109
- Maternidade 11, 70, 95, 109, 126
- Mecanismos de proteção 26, 28, 140
- Menopausa 83, 129

Ministério da Saúde 34, 38, 46, 48,
69, 71, 86, 96, 97, 98, 99, 101,
106, 124, 127, 129

Moralidade 55, 61, 62

Movimento feminista 23, 24, 25, 69,
126

O

Osteopenia 41, 42, 46, 47, 48, 49, 50

P

Políticas de saúde 91, 121, 123, 124,
125, 128

Psicopatologia 143

Q

Qualidade de vida 16, 18, 33, 42,
43, 44, 50, 82, 87, 90, 97, 101,
103, 104, 106, 108, 109, 110,
111

R

Redes sociais 156, 157, 158, 160,
161, 163

Reinserção social 97, 109, 110

Relações de poder 85, 90, 126, 141,
159

Reprodução 58, 59, 60, 64, 69, 71,
72, 84, 117, 158

S

Saúde da mulher 11, 19, 68, 69, 71,
72, 120, 124, 125, 126, 127,
128, 129, 130, 131, 134, 137,
143, 146

Saúde mental 11, 20, 86, 87, 88, 89,
90, 91, 92, 109, 129, 137, 142,
145, 146, 151

Serviço Social 123, 124, 127, 130,
133

Sexualidade 20, 33, 58, 59, 60, 69,
70, 71, 84

Submissão 59, 126, 137, 147, 149

Supremo Tribunal Federal 32, 68,
77, 78, 79

T

Teologia 138, 141, 142, 146, 147,
150, 151

V

Violência doméstica 11, 13, 15, 16,
17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26,
27, 85, 86, 87, 89, 129, 140,
141, 145, 151

Violência obstétrica 32, 33, 35, 39

Vulnerabilidade 33, 44, 73, 74, 83,
89, 90, 121

Esta obra é a continuação de

Saúde da mulher:

múltiplos olhares

V1

Organizadores

Fernanda Castro Manhães
Rosalee Santos Crespo Istoe
Ademir Hilário de Souza

encontrografia

Copyright © 2021 Encontrografia Editora. Todos os direitos reservados.

É proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem a expressa
autorização dos autores e/ou organizadores.

A obra *Saúde da mulher: múltiplos olhares*, organizada em dois volumes, totalizando vinte e seis capítulos, reúne elementos teóricos e práticos sobre o papel da mulher no contexto social, midiático, educacional, familiar e da saúde nas diversas áreas do conhecimento, a partir de ações e teorias voltadas para a proteção e promoção à saúde da mulher e, sobretudo, da articulação frente aos desafios interpostos, considerando a pluralidade dos diferentes segmentos sociais do país.

Os pesquisadores desta obra, sob diferentes perspectivas, apontam o papel da mulher dado às diferentes dimensões que direta e indiretamente reconhecem o direito, a educação e a saúde como estratégicos na construção de um Brasil mais humano. Que este trabalho compartilhado possa trazer outras ideias, pesquisas e ações.

Os organizadores



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
**COGNIÇÃO E
LINGUAGEM**



CAPES



FAPERJ

ISBN: 978-65-88977-25-5

CD



9 786588 977255

encontrografia

encontrografia.com

www.facebook.com/Encontrografia-Editora

www.instagram.com/encontrografiaeditora

www.twitter.com/encontrografia