



Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Instituto de Ciências Sociais Aplicadas

Curso de Bacharelado em Serviço Social

Evilly Sandy Diniz de Oliveira

**DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS DAS TRABALHADORAS DO
SUS: UMA ANÁLISE FEMINISTA INTERSECCIONAL**

REDENÇÃO-CEARÁ

2025

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Instituto de Ciências Sociais Aplicadas

Curso de Bacharelado em Serviço Social

Evilly Sandy Diniz de Oliveira

**DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS DAS TRABALHADORAS
DO SUS: UMA ANÁLISE FEMINISTA INTERSECCIONAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Graduação em Serviço Social da
UNILAB, como requisito parcial para obtenção
de título de Bacharelado em Serviço Social.

ORIENTADORA: NATHÁLIA DIÓRGENES FERREIRA LIMA

REDENÇÃO- CEARÁ

2025

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Oliveira, Evilly Sandy Diniz de.

O42d

Direitos sexuais e direitos reprodutivos das trabalhadoras do SUS: uma análise feminista interseccional / Evilly Sandy Diniz de Oliveira. - Redenção, 2025.
86f: il.

Monografia - Curso de Serviço Social, Instituto De Ciências Sociais Aplicadas, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2025.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Nathália Diórgenes Ferreira Lima.

1. Direitos sexuais e direitos reprodutivos. 2. Trabalhadoras do SUS. 3. Unidade Básica de Saúde (UBS). I. Título

CE/UF/BSCA

CDD 344.041

Evilly Sandy Diniz de Oliveira

**DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS DAS TRABALHADORAS DO
SUS: UMA ANÁLISE FEMINISTA INTERSECCIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Bacharelado em Serviço Social.

Local:

Data de aprovação: ____/____/____

Nota (Conceito): ____ (____)

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Nathália Diórgenes Ferreira Lima (Orientadora)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Serviço Social– ICSA/UNILAB

Prof^a. Dr^a. Ingrid Lorena da Silva Leite

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Serviço Social– ICSA/UNILAB

Prof. Dr. Pedro Rosas Magrini

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Serviço Social– ICSA/UNILAB

Dedico este trabalho a todas as mulheres que vieram antes de mim, que lutaram com coragem inabalável e abriram caminhos onde antes só havia silêncio e opressão. Mulheres que enfrentaram o mundo com bravura, que ousaram sonhar liberdade e que com cada gesto de resistência, conquistaram direitos que hoje me permitem chegar até aqui.

*“Eu não sou livre enquanto alguma mulher não o
for, mesmo quando as correntes dela forem
diferentes das minhas.”*

– Audre Lorde

AGRADECIMENTOS

Chego a este momento com o coração transbordando de gratidão, refletindo sobre o caminho percorrido até aqui e as inúmeras bênçãos que recebi ao longo dessa jornada. A conclusão deste trabalho não é apenas uma conquista pessoal, mas uma vitória compartilhada com todas aquelas que de alguma forma contribuíram para a minha caminhada. Por isso, quero dedicar estas palavras de agradecimento aos que sempre estiveram ao meu lado nos bons e nos mais desafiadores momentos aqueles que me sustentaram quando minhas forças falharam e celebraram comigo quando a esperança floresceu de novo.

A Deus, agradeço profundamente pela presença constante em cada etapa desta caminhada, por sustentar meus passos quando o percurso parecia difícil e por acalmar meu coração nos dias em que a ansiedade tentou me paralisar. Foi Ele quem renovou minhas forças quando eu já não encontrava forças em mim, quem abriu portas, colocou pessoas especiais no meu caminho e me ofereceu livramentos silenciosos que só o Seu cuidado é capaz de proporcionar. Se hoje alcanço esta conquista, é porque Sua mão esteve sobre mim o tempo inteiro, guiando, protegendo e iluminando meus sonhos.

Aos meus pais, que nunca mediram esforços para me oferecer uma educação de qualidade e garantir que eu pudesse ir além. Vocês foram e sempre serão a base mais firme sobre a qual construí meus sonhos. Caminharam sob sol forte, enfrentaram cansaços que eu nem sempre vi para que eu pudesse avançar pela sombra e pela leveza que vocês nunca tiveram. Cada passo que dou hoje é fruto do cuidado, do sacrifício e do amor com que me protegeram do calor do caminho.

Ao meu irmão Benjamin, que nos momentos de escuridão, iluminou meus dias com sua luz e me presenteou com os sorrisos mais sinceros.

Aos meus avós Tânia e Luis, que plantaram em mim raízes profundas de amor, força e sabedoria. Vocês foram o solo fértil que nutriu meus passos e o chão seguro que me deu coragem para abrir as asas. Se hoje eu voou, é porque vocês me ensinaram que todo voo começa na força das raízes.

Ao meu companheiro João Batista, que é sem dúvidas a minha pessoa no mundo. Você foi meu refúgio quando tudo parecia pesado demais, quando o cansaço pesava no corpo. Foi você quem me ofereceu abrigo nos dias em que eu pensei que não conseguiria continuar, quem me devolveu o ar quando a rotina apertava e quem me lembrava com um gesto simples, que eu não estava sozinha. Você foi também a minha coragem quando eu achava que já não tinha mais forças e em cada passo vacilante, em cada noite de estudo, em cada folha em branco que eu não

conseguia preencher, lá estava você, acreditando, incentivando, segurando o mundo comigo. Você impulsionou meus sonhos com uma generosidade tão bonita que, muitas vezes, fez com que eu acreditasse mais em mim só porque você acreditava primeiro. Obrigada por nunca soltar a minha mão, mesmo quando os dias foram longos, cansativos e cheios de incertezas. Se cheguei até aqui, foi também porque você esteve comigo sendo casa.

À minha dupla de graduação, Raquel Rocha. Obrigada por ter sido mais do que uma parceira de trabalhos, você foi porto seguro, companhia de luta, de risos e a força que muitas vezes faltou em mim. Durante toda a graduação, dividimos as noites em claro, o desespero antes de apresentar, a ansiedade que apertava o peito e os prazos que muitas vezes eram impossíveis. Mas também dividimos o brilho nos olhos, os sonhos que a gente nem sabia como alcançar e a vontade teimosa de seguir mesmo quando tudo parecia difícil demais. Com você, a graduação foi mais leve. Atravessamos tempestades, celebramos vitórias que só nós entendemos e criamos uma parceria que virou afeto, respeito e admiração. Obrigada por cada conversa, cada apoio silencioso, cada gargalhada no meio do cansaço e cada “vai dar certo” quando eu já estava desistindo.

À minha orientadora Prof^a.Dr^a Nathália Diórgenes Ferreira Lima, que foi farol, suporte e inspiração em cada etapa desta caminhada. Obrigada por acolher minhas dúvidas com paciência, por enxergar potencial nos meus primeiros rascunhos e por transformar cada orientação em aprendizado vivo. Sua escuta atenta e a maneira cuidadosa com que conduziu este processo fizeram toda a diferença nos momentos em que eu me sentia perdida ou insegura. Obrigada por acreditar no meu trabalho quando eu ainda buscava acreditar em mim, por me incentivar a ir além do óbvio, por apontar caminhos sem nunca apagar a minha voz. Cada devolutiva, cada conversa, cada provocação intelectual moldou não só essa monografia, mas também a profissional que estou me tornando.

Agradeço à banca examinadora, Prof^a. Dr^a.Ingrid Lorena da Silva Leite e Prof^o.Dr^o. Pedro Rosas Magrini pela disponibilidade, atenção e cuidado dedicados à leitura e avaliação deste trabalho. Cada contribuição, apontamento e reflexão oferecidos representam um gesto de generosidade intelectual que enriquece não apenas esta pesquisa, mas também minha formação acadêmica e pessoal. Sou profundamente grata pelo tempo e pela seriedade com que acolheram este estudo.

Agradeço ao curso de Serviço Social da UNILAB, que resistiu aos silenciamentos e desafios de um sistema que frequentemente invisibiliza saberes críticos e comprometidos com a justiça social. Foi nesse espaço de resistência que me formei, que me transformou e me ensinou a

lutar, questionar e construir caminhos de cuidado e solidariedade em um mundo marcado por desigualdades.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso analisa como a interseccionalidade entre raça, gênero e classe impacta a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das trabalhadoras do Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando as desigualdades estruturais que atravessam o cuidado em saúde. O estudo tem como objetivo compreender de que maneira o Estado, mesmo sendo responsável pela formulação das políticas de saúde, reproduz contradições patriarcais, racistas e capitalistas que precarizam o cotidiano dessas mulheres e limitam o exercício de seus próprios direitos. A pesquisa utiliza abordagem qualitativa, feminista e interseccional, fundamentada no conceito de conhecimento situado, articulando análise bibliográfica, documental, trabalho de campo realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) na região do Maciço de Baturité através de entrevistas com as trabalhadoras. As referências teóricas orientam a discussão sobre a centralidade do trabalho reprodutivo e a desvalorização histórica do cuidado, especialmente quando desempenhado por mulheres negras. Os resultados revelam que as trabalhadoras do SUS enfrentam sobrecarga física e emocional, racismo institucional, falta de reconhecimento do trabalho reprodutivo e ausência de políticas que assegurem condições dignas de saúde reprodutiva e planejamento familiar para as próprias profissionais. Observa-se a coexistência entre avanços normativos, como a Política Nacional de Cuidados (Lei nº 15.069/2024) e a persistência de práticas institucionais que negligenciam as necessidades das mulheres que sustentam o sistema público de saúde. A pesquisa confirma a hipótese de que as desigualdades de gênero, raça e classe estruturam o cotidiano das trabalhadoras e dificultam a efetivação de seus direitos sexuais e reprodutivos, reiterando que a justiça reprodutiva permanece como desafio político. Conclui-se que a consolidação de um SUS verdadeiramente democrático, feminista e antirracista exige o reconhecimento do cuidado como direito, o enfrentamento das desigualdades estruturais e a formulação de políticas que cuidem também de quem cuida, assegurando às trabalhadoras autonomia, dignidade e condições reais de exercício de seus direitos.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos sexuais e direitos reprodutivos; trabalhadoras do SUS; Unidade Básica de Saúde (UBS).

ABSTRACT

This Final Course Paper analyzes how the intersectionality of race, gender, and class impacts the guarantee of sexual and reproductive rights of women workers in the Brazilian Unified Health System (SUS), highlighting the structural inequalities that permeate healthcare provision. The study aims to understand how the State, despite being responsible for the formulation of health policies, reproduces patriarchal, racist, and capitalist contradictions that precarize these women's daily lives and restrict the exercise of their own rights. The research adopts a qualitative, feminist, and intersectional approach, grounded in the concept of situated knowledge, combining bibliographic and documentary analysis with fieldwork conducted in Basic Health Units (UBS) in the Maciço de Baturité region, through interviews with healthcare workers. The theoretical framework guides the discussion on the centrality of reproductive labor and the historical devaluation of care, especially when performed by Black women. The results reveal that SUS workers face physical and emotional overload, institutional racism, lack of recognition for reproductive labor, and the absence of policies that ensure dignified conditions for reproductive health and family planning for the professionals themselves. The study identifies the coexistence of normative advances, such as the National Care Policy (Law No. 15.069/2024), with the persistence of institutional practices that neglect the needs of the women who sustain the public health system. The research confirms the hypothesis that gender, race, and class inequalities structure the everyday experiences of these workers and hinder the realization of their sexual and reproductive rights, reinforcing that reproductive justice remains a political challenge. It concludes that the consolidation of a truly democratic, feminist, and antiracist SUS requires recognizing care as a right, confronting structural inequalities, and formulating policies that also care for those who provide care, ensuring autonomy, dignity, and real conditions for the exercise of these workers' rights.

KEYWORDS: sexual and reproductive rights; SUS workers; Primary Health Care Units (UBS).

LISTA DE SIGLAS

ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COFEN	CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
PAISM	PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER
PEPM	PLANO ESTADUAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES
PNC	POLÍTICA NACIONAL DO CUIDADO
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

SUMÁRIO

Introdução.....	15
Capítulo 1 - Patriarcado, Racismo e a Divisão Sexual do Trabalho.....	18
1.1- Patriarcado do Salário: quando o cuidado se torna ferramenta de opressão na lógica capitalista.....	19
1.2 Relações de raça, gênero e trabalho: a construção das hierarquias sociais no capitalismo.....	28
Capítulo 2- “Escutar as mulheres é método”: Metodologia como Lugar de Luta.....	33
2.1. A pesquisa.....	34
2.2. Pesquisa qualitativa feminista.....	36
2.3. Procedimentos metodológicos: construção e análise de sentidos.....	38
2.4. O campo.....	41
2.5. Análise das entrevistas.....	44
Capítulo 3- Direitos Sexuais e Reprodutivos como Dimensões Fundamentais dos Direitos Humanos.....	45
3.1. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na Perspectiva da Justiça Reprodutiva.....	46
3.2. Lei nº 15.069/2024 – Política Nacional de Cuidados: Reconhecendo Quem Sustenta a vida.....	52
Capítulo 4 - As Trabalhadoras do SUS: entre o cuidar e ser cuidada.....	55
4.1. Saúde, gênero e raça: a construção dos direitos sexuais e direitos reprodutivos no SUS.....	56
4.2. Trabalho reprodutivo invisibilizado e desvalorizado das trabalhadoras do SUS.....	61
5. Considerações finais.....	73
6. Objetivo Geral.....	75
6.1 Objetivos Específicos.....	75
Referências bibliográficas.....	75
Apêndices.....	81

Introdução

Há um trecho de bell hooks que me balançou profundamente quando me inseri no debate feminista que diz, “Feministas são formadas, não nascem feministas.” Essa frase ecoa em mim porque traduz o caminho que percorri até aqui. Minha trajetória pessoal e acadêmica não pode ser dissociada das marcas sociais e históricas que atravessaram minha família e moldaram minha própria formação. Minhas raízes estão ligadas a um trilho de trem e a uma doença estigmatizada há séculos. Minha bisavó materna, dona de casa em uma época em que as mulheres eram condicionadas à submissão e ao cuidado doméstico, enfrentou o estigma social ao buscar tratamento para a hanseníase na década de 1950. Foi obrigada a se afastar compulsoriamente da família no qual era mãe de 5 crianças, permanecendo em um leprosário até sua morte, em 1998. Sua ausência transferiu o cuidado das crianças pequenas para as filhas mais velhas, ainda crianças, evidenciando como a sobrecarga do cuidado é transmitida de forma naturalizada entre gerações de mulheres.

Minha mãe também cresceu nesse ciclo, cuidando da casa e do irmão enquanto os pais trabalhavam no roçado. Quando engravidou de mim ainda jovem, mudamos para uma cidade distante na zona urbana, sem rede de apoio para meu pai conseguir trabalhar em uma indústria no qual exerce seu trabalho até os dias atuais. A ausência do meu pai, que trabalhava sob regime exaustivo, revelou como o modelo patriarcal sustenta famílias às custas do esvaziamento afetivo e da solidão feminina. Cresci vendo minha mãe se desdobrar entre o trabalho doméstico e o cuidado com a família, adoecendo em silêncio. Para me proporcionar oportunidades, passou a trabalhar em casas de terceiros para custear meus estudos em uma escola particular, que, aos olhos dos meus pais, representava a principal via de ascensão social. No entanto, esse ambiente que prometia um futuro melhor, revelou-se também um espaço marcado pela exclusão e pelo racismo. O racismo se materializou nas sutilezas do olhar, nos risos sobre meu cabelo principalmente. Durante muito tempo escondi meus cachos volumosos, até compreender que minha dor era também uma questão política.

Foi no percurso acadêmico que percebi que essas experiências não eram individuais, mas expressões concretas do racismo estrutural, do patriarcado e da exploração de classe. Essa consciência amadureceu ao longo da graduação em Serviço Social, quando passei a compreender que o conhecimento nasce também das experiências. Um marco nesse processo foi minha participação no projeto de extensão “Não basta não ser racista, é preciso ser antirracista: o Serviço Social na luta pela Igualdade Racial” em 2023, que ampliou minha visão sobre o racismo no qual se baseava apenas pelo senso comum, que tudo era a cor da pele. Ali

compreendi que o enfrentamento das desigualdades raciais exige posicionamento político e compromisso ético, sobretudo no Serviço Social, profissão que tem como fundamento a defesa da equidade e da justiça social.

No ano passado, em 2024, integrei a iniciação científica no projeto “Justiça reprodutiva e racismo no âmbito da atenção básica à saúde em municípios de pequeno porte: cuidado à gestação e ao abortamento na Região do Maciço de Baturité”, o que consolidou meu interesse pelo tema deste trabalho. Apesar de ter formação técnica em enfermagem e passar por 3 estágios obrigatórios dentro de hospitais, maternidades e Unidades Básicas de Saúde (UBS), foi apenas na pesquisa que compreendi a complexidade dos direitos sexuais e os direitos reprodutivos em sua relação com o feminismo, o racismo e as desigualdades de classe. Esse percurso me aproximou da discussão sobre o trabalho reprodutivo e suas conexões com as desigualdades estruturais, despertando o desejo de investigar como as trabalhadoras do SUS, mulheres que cuidam de outras mulheres, vivenciam a ausência de políticas voltadas à sua própria saúde e autonomia.

Assim, este trabalho nasce de uma trajetória pessoal e coletiva. A pesquisa propõe analisar como a interseccionalidade entre raça, gênero e classe impacta o cotidiano das trabalhadoras do SUS na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, evidenciando as desigualdades e contradições que atravessam o cuidado em saúde. A escolha do tema expressa um compromisso ético e feminista com a denúncia das opressões e com a defesa de uma sociedade que reconheça o cuidado como direito e não como destino natural das mulheres. Dessa forma, a discussão sobre as interseccionalidades se torna essencial para o Serviço Social, pois revela as contradições estruturais que limitam a universalização dos direitos e evidenciam a centralidade do cuidado na reprodução da vida. Como destacam Silvia Federici (2019, 2020, 2021), Angela Davis (2016), Patricia Hill Collins (2019) e Lélia Gonzales (2020), o capitalismo patriarcal se sustenta na exploração do trabalho reprodutivo das mulheres, desvalorizado e invisibilizado. Refletir sobre os direitos sexuais e reprodutivos sob a ótica da justiça reprodutiva é, portanto, um gesto político que busca deslocar o cuidado da esfera privada para a esfera pública, reconhecendo-o como base da vida social e da dignidade humana.

O Trabalho de Conclusão de Curso está organizado em quatro capítulos que desenvolvem uma análise crítica, feminista e interseccional sobre as relações entre gênero, raça, classe e saúde, com foco nas trabalhadoras do Sistema Único de Saúde (SUS) e na efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos. O primeiro capítulo, “Patriarcado, Racismo e a Divisão Sexual do Trabalho”, discute as bases estruturais da desigualdade que sustentam a sociedade capitalista. A partir de autoras como Silvia Federici (2019, 2021), Helena Hirata (2016) e Angela Davis

(2016), analisa-se como o trabalho reprodutivo e o cuidado foram historicamente desvalorizados, sobretudo quando realizados por mulheres negras. Estrutura-se em dois subitens “Patriarcado do Salário: quando o cuidado se torna ferramenta de opressão na lógica capitalista”, que problematiza a naturalização do trabalho de cuidado, e “*Relações de raça, gênero e trabalho: a construção das hierarquias sociais no capitalismo*”, que aprofunda a análise interseccional e a centralidade das mulheres negras na sustentação da economia capitalista.

O segundo capítulo, “Escutar as mulheres é método”: Metodologia como Lugar de Luta, apresenta a abordagem qualitativa, feminista e interseccional adotada na pesquisa, fundamentada em autoras como Donna Haraway (2009) e Patricia Hill Collins (2017), que defendem o conhecimento situado e a valorização das experiências das mulheres. Está dividido em cinco subitens, “A pesquisa”, que contextualiza a origem e o desdobramento do estudo, “Pesquisa qualitativa feminista”, que discute a epistemologia adotada; “Procedimentos metodológicos: construção e análise de sentidos”, que descreve as etapas da investigação; “O campo”, que apresenta o local e o perfil das trabalhadoras entrevistadas; e “Análise das entrevistas”, que expõe os relatos obtidos.

O terceiro capítulo, “Direitos Sexuais e Reprodutivos como Dimensões Fundamentais dos Direitos Humanos”, analisa as interseções entre justiça reprodutiva, saúde e políticas públicas, discutindo como as desigualdades estruturais de gênero, raça e classe afetam a efetivação desses direitos. Estruturado em dois subitens: “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na Perspectiva da Justiça Reprodutiva” e “Lei nº 15.069/2024: Política Nacional de Cuidados: Reconhecendo Quem Sustenta a Vida”, o capítulo demonstra que, embora o SUS represente um avanço histórico, ainda reproduz a injustiça reprodutiva dentro das próprias instituições, pela ausência de políticas interseccionais e condições concretas de cuidado.

Por fim, o quarto capítulo, “As Trabalhadoras do SUS: entre o cuidar e ser cuidada”, analisa as contradições que permeiam a atuação das mulheres na Atenção Básica, destacando como gênero, raça e classe influenciam suas condições de trabalho e o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Estrutura-se em dois subitens: “Saúde, gênero e raça: a construção dos direitos sexuais e reprodutivos no SUS” e “Trabalho reprodutivo invisibilizado e desvalorizado das trabalhadoras do SUS”. O capítulo evidencia que embora o SUS seja uma conquista social, ele também reproduz desigualdades históricas, reforçando a necessidade de reconhecer as trabalhadoras como sujeitas de direitos.

Capítulo 1 - Patriarcado, Racismo e a Divisão Sexual do Trabalho

Este capítulo tem como objetivo discutir como o sistema capitalista se estrutura e se mantém a partir da exploração do trabalho reprodutivo e do cuidado, especialmente aquele desempenhado por mulheres, com ênfase nas intersecções entre gênero, raça e classe. A análise baseia-se na perspectiva crítica do feminismo materialista e negro, visto nas contribuições de Silvia Federici, Angela Davis, Patricia Hill Collins e Helena Hirata, entre outras autoras que evidenciam como o patriarcado, articulado ao capitalismo, operante na construção e manutenção das hierarquias sociais. A partir dessa compreensão, a interseccionalidade emerge como um paradigma crítico indispensável para traduzir a complexidade do mundo social e das realidades humanas, evidenciando que as opressões e privilégios não ocorrem de maneira fragmentada, mas se manifestam interligados nos diversos sistemas de dominação vigentes. Assim, para a construção deste texto, será dada ênfase à análise dos marcadores sociais de raça, gênero e classe, explorando-os sob a ótica do trabalho não remunerado, um componente essencial para o funcionamento e a reprodução do capitalismo, porém frequentemente invisibilizado.

No subcapítulo 1.1, denominado “Patriarcado do Salário: quando o cuidado se torna ferramenta de opressão na lógica capitalista”, será apresentado como o trabalho de cuidado, tradicionalmente atribuído às mulheres é historicamente invisibilizado e naturalizado como uma “vocação feminina”, mesmo sendo indispensável à reprodução da força de trabalho e à economia capitalista. A partir da teoria do “*patriarcado do salário*”, desenvolvida por Federici, discute-se como o capitalismo sequestra e instrumentaliza o trabalho reprodutivo para fins de acumulação de capital, relegando-o às mulheres, especialmente negras, pobres e migrantes, por meio de uma divisão sexual e racial do trabalho. Argumenta-se que o cuidado, mesmo quando mercantilizado, continua sendo desvalorizado, precarizado e associado à esfera afetiva/doméstica, revelando a continuidade das opressões estruturais.

Consoante a esta construção analítica, o subcapítulo 1.2 representando a discussão das “Relações de raça, gênero e trabalho: a construção das hierarquias sociais no capitalismo” aprofunda a análise interseccional ao abordar as experiências específicas das mulheres negras no mundo do trabalho. Com base na obra de Collins e outras autoras do feminismo negro, são evidenciadas as formas como raça, gênero e classe se combinam para produzir desigualdades estruturais no acesso ao trabalho digno, ao reconhecimento profissional e aos direitos sociais. Argumenta-se que a marginalização das mulheres negras no mundo do trabalho não é um desvio, mas sim um componente estruturante do capitalismo racializado e patriarcal. Ao longo do capítulo, demonstra-se que a divisão do trabalho não é neutra, mas sim historicamente construída

para perpetuar a exploração e a desigualdade, com implicações diretas na vida cotidiana das mulheres. A crítica feminista apresentada aponta que a ampliação do conceito de trabalho e a valorização do cuidado é romper com a lógica capitalista que depende da subordinação de corpos femininos para se manter.

1.1- Patriarcado do Salário: quando o cuidado se torna ferramenta de opressão na lógica capitalista

Roupas estendidas no varal, panelas no fogão, louças são lavadas enquanto o bebê espera a hora de ser amamentado. A mãe está vestindo as crianças às pressas enquanto o almoço é servido. Logo mais, a merenda e o jantar são preparados para os filhos e o marido, enquanto eles retornam do trabalho e da escola. Essas são algumas cenas vivenciadas todos os dias por mulheres, repetidas e reproduzidas a cada segundo em apenas um dia com 24 horas, sem descanso, não remunerado e sem hora para começar ou terminar demonstrando que essa responsabilidade é exclusivamente pertencente a um gênero. Além de ser árduo, o “cuidar” representa uma lógica de invisibilização no qual é refletido nas bases das dinâmicas cotidianas de exploração e atravessadas por opressões sociais interseccionais (Collins, 2019).

No Brasil, essa cena ganha outra proporção. Em 2022, mais de 7 milhões de mulheres viviam sem cônjuge e com filhos, evidenciando o crescimento das famílias monoparentais chefiadas por mulheres, que já representam uma parcela expressiva dos arranjos domiciliares do país (IBGE, 2025; DIEESE, 2023). Nesse contexto, o trabalho doméstico e de cuidado recai integralmente sobre essas mulheres, sem qualquer divisão com um parceiro, o que confronta diretamente a primeira cena narrada. Para milhões delas, não há marido chegando do trabalho, não há retorno compartilhado das responsabilidades, nem outra figura adulta dividindo as tarefas que sustentam a vida cotidiana. O cuidado, portanto, torna-se uma jornada solitária, marcada pela sobrecarga, pela invisibilidade e pela necessidade permanente de criar redes de apoio para garantir a sobrevivência própria e de seus filhos. Dessa forma, inserido na própria categoria “mulher”, observa-se uma hierarquia que privilegia determinados grupos em detrimento de outros, evidenciando como os indicadores de raça e classe organizam de forma desigual o trabalho de cuidado (Hirata, 2016). O trabalho de cuidado, embora essencial para a manutenção da vida e para funcionamento da sociedade, é atribuído às camadas sociais que ocupam posições marginalizadas, especialmente às mulheres negras. Como retratado por Gonzales (2020, p. 33), a mulher negra representa o “[...] sustento moral e a subsistência dos demais membros da família. Isso significou que seu trabalho físico foi decuplicado, uma vez que era obrigada a se dividir entre o trabalho duro na casa da patroa e as suas obrigações familiares”. Essa lógica de

exploração racializada é reiterada por Carneiro (2016, p. 119), ao afirmar que “o trabalho doméstico ainda é, desde a escravidão negra no Brasil, o lugar que a sociedade racista destinou como ocupação prioritária das mulheres negras”. Nesse cenário, evidencia-se como as opressões de gênero e raça se entrecruzam de maneira indissociável, produzindo experiências específicas de violação de direitos que não podem ser compreendidas isoladamente, mas sim imbricadas em uma única estrutura que constitui um regime de dominação que impacta diretamente as mulheres negras de forma estrutural (Lima, 2022).

O conceito de “*patriarcado do salário*” desenvolvido por Silva Federici (2019; 2021), evidencia como o capitalismo se apoia nas desigualdades interseccionais para manter e expandir sua lógica de acumulação. Esse sistema histórico articula o patriarcado à construção de uma divisão sexual do trabalho, na qual os homens concentram o acesso ao salário e consequentemente ao poder econômico, enquanto às mulheres é atribuído o trabalho não remunerado, restrito ao ambiente doméstico. Além disso, o trabalho reprodutivo operante em sociedades capitalistas se vincula a sistemas racistas e sexistas no qual constituem uma divisão sexual do trabalho (Federici, 2021). Essa divisão relega o cuidado a um lugar sacrificial, no qual se utiliza da naturalização para desconsiderar a sobrecarga imposta, tornando-se ela uma parte normativa da experiência de ser mulher. Dessa forma, a construção de um projeto capitalista que transforma o trabalho reprodutivo em uma mão de obra indispensável e irreversível se transforma em uma estratégia fundamental para a manutenção das relações econômicas e sociais.

A lógica capitalista que se fundamenta na invisibilidade e na naturalização do trabalho reprodutivo feminino não pode ser entendida como um fenômeno exclusivo do sistema econômico vigente, pelo contrário, ela está enraizada em um processo histórico amplo e complexo que se manifesta desde a transição do feudalismo para o capitalismo, conforme destacado por Federici (2019). Nesse longo percurso, o cuidado passou a ser concebido socialmente como uma vocação natural das mulheres, algo intrínseco a elas, construído culturalmente para atender às necessidades de terceiros, tanto na esfera privada do lar quanto na esfera pública, como evidenciadas em instituições de saúde e assistência social. Essa naturalização do cuidado foi instituída em articulação com discursos religiosos que reforçaram restrições ao controle da sexualidade e da reprodução feminina, valendo-se da noção de autoridade divina para legitimar o domínio sobre os corpos das mulheres e sustentar a autodependência masculina “[...] a igreja, juntamente com a opressão pautada na heteronormatividade, desenham a estrutura tradicional da relação marital nas sociedades do ocidente. De modo a trazer e limitar para a família os institutos do sexo e da reprodução da

mulher (Kubik; Vieira, 2023, p. 81)”. Essa construção é legitimada por uma poderosa retórica afetiva, que justifica o trabalho de cuidado por meio do discurso do amor, da dedicação e da abnegação feminina (Hirata, 2016).

Essa ideologia de responsabilidade socialmente imposta e esperada das mulheres, funciona como um mecanismo de legitimação da divisão sexual do trabalho, que atribui às mulheres a função de cuidadoras, tornando invisível o valor econômico e social. Sob o véu da afetividade e da doação altruísta, sustenta-se a exploração contínua dos corpos femininos que são apropriados para garantir a reprodução da vida e da força de trabalho, mas cujas contribuições raramente recebem reconhecimento formal, remuneração adequada ou valorização social. A consolidação do domínio masculino não se deu apenas pela exploração do trabalho não remunerado, mas também por estratégias ideológicas como a constituição da família moderna e a ideologia do trabalho por amor, que naturalizaram a subordinação das mulheres. Esses dispositivos construíram uma hierarquia simbólica e econômica que esvaziou o controle das mulheres sobre sua força de trabalho, seus corpos e sua reprodução (Davis, 2016). Silvia Federici (2021) evidencia que o capitalismo, ao longo de sua consolidação, foi extremamente eficaz em naturalizar o trabalho doméstico feminino, transformando-o em um ato de amor e cuidado, desprovido de qualquer reconhecimento econômico ou político. Essa estratégia ideológica converteu uma atividade essencial à reprodução da força de trabalho em uma suposta expressão espontânea da feminilidade, apagando seu caráter produtivo.

Com o passar do tempo, essa estratégia de dominação se consolidou como um pilar central para a manutenção da ordem social patriarcal, alimentada pelas desigualdades estruturais que atravessam gênero, classe e raça, perpetuando a subordinação feminina e a exploração do trabalho reprodutivo. Nesse contexto, o salário patriarcal opera como um instrumento político e social que restringe as mulheres à esfera privada, submetendo seus corpos à reprodução da força de trabalho assalariada nos níveis físico, emocional e sexual. Federici (2019) ressalta que o trabalho doméstico ultrapassa a função de apenas organização do lar, ele é para além, trata-se de um cuidado constante que garante a regeneração diária dos trabalhadores, sendo indispensável à continuidade do sistema produtivo. Invisibilizado e desvalorizado, constitui-se como a base oculta que sustenta a engrenagem do capitalismo contemporâneo por trás do trabalho oculto de milhares de mulheres

O trabalho doméstico é muito mais do que limpar a casa. É servir aos assalariados física, emocional e sexualmente, preparando-os para o trabalho dia após dia. É cuidar das nossas crianças — os trabalhadores do futuro —, amparando-as desde o nascimento e ao longo da vida escolar, garantindo que o seu desempenho esteja de acordo com o que é esperado pelo capitalismo. Isso significa que, por trás de toda fábrica, de toda escola, de

todo escritório, de toda mina, há o trabalho oculto de milhões de mulheres que consomem sua vida e sua força em prol da produção da força de trabalho que move essas fábricas, escolas, escritórios ou minas. (Federici, 2019, p. 68)

Ao negar salário a esse trabalho, o capital não apenas ocultou sua centralidade na sustentação da economia, como também reforçou os grilhões simbólicos que subordinam as mulheres à esfera privada. Assim, os discursos baseados no amor, no cuidado e no serviço foram historicamente mobilizados como estratégias de dominação, relegando as mulheres a uma condição de quase escravidão. Essa lógica de exploração, marcada pelo silenciamento, atravessa seus corpos e subjetividades, ao mesmo tempo em que sustenta a estrutura produtiva capitalista. Como aponta Federici (2019, p. 44), “Ao negar um salário ao trabalho doméstico e transformá-lo em um ato de amor, o capital matou dois coelhos com uma cajadada só.”, ao invisibilizar o caráter produtivo desse trabalho e reforçar sua naturalização como dever feminino. Ao compreender o patriarcado do salário como uma engrenagem histórica que organizou a exploração das mulheres na base da economia capitalista, torna-se possível desdobrar suas permanências nos contextos contemporâneos. Dessa forma, as transformações societárias que deram origem à divisão sexual do trabalho são resultado de um processo histórico que antecede o sistema feudal, consolidando-se como fundamento para o desenvolvimento do capitalismo, por meio de intensas mudanças nas estruturas sociais, políticas e econômicas de produção (Federici, 2019). Essa estrutura não apenas moldou as relações sociais do passado, como segue se expressando no presente, sobretudo por meio da naturalização do trabalho de cuidado, realizado majoritariamente por mulheres em situação de vulnerabilidade social.

A título de exemplo, a Pandemia de Covid-19 aprofundou as desigualdades estruturais operante entre gênero e raça, tornando-se ainda mais evidente a centralidade do trabalho de cuidado na vida das mulheres para além das transformações sociais. Dados da pesquisa “Sem Parar: o trabalho e a vida das mulheres na pandemia (Gênero e Número; SOF, 2020)” evidenciam que o cuidado foi recentralizado ao ambiente doméstico, o que não apenas intensificou a sobrecarga das mulheres, como também reforçou os mecanismos de invisibilidade que historicamente negam o reconhecimento desse trabalho ao mesmo tempo em que reafirma a dependência estrutural entre o doméstico e o assalariado na manutenção da ordem capitalista. De acordo com o levantamento, 47% das mulheres entrevistadas afirmaram ser responsáveis pelo cuidado de outra pessoa durante o isolamento social. Dentre elas, 52% são negras e 50% são indígenas ou amarelas, o que aponta para uma sobreposição de marcadores sociais de opressão que acentuam a desigualdade entre as mulheres. A tradução desses dados direciona para uma leitura interseccional, ao compreender que raça e etnia operam como eixos estruturantes dentro

da divisão social do cuidado, posicionando mulheres negras e indígenas para dentro das camadas mais precarizadas da vida social. No caso das mulheres rurais, esse percentual atinge 62%, revelando também o impacto da territorialidade na concentração das responsabilidades com o cuidado. Entre aquelas que cuidavam de crianças fora do núcleo familiar, 60% eram mulheres negras, reiterando a existência de redes comunitárias informais de apoio que embora sustentem a vida, permanecem desamparadas pelo Estado.

Além disso, a crise sanitária não poupou sequer as mulheres em posições de maior privilégio social, entre aquelas que seguiram trabalhando com manutenção dos salários, 41% das mulheres brancas, moradoras de áreas urbanas e com ensino superior completo, afirmaram ter acumulado mais funções durante a quarentena. Entretanto, os efeitos da crise foram mais severos para as mulheres negras, no qual 55% relataram que a pandemia comprometeu a sustentabilidade de seus lares, com destaque para as dificuldades no pagamento de contas básicas, aluguel e acesso a alimentos. Dessa maneira, esse cenário está diretamente ligado ao dado alarmante de que 61% das mulheres inseridas na chamada “economia solitária”, caracterizada pela informalidade, ausência de direitos e insegurança estrutural permanecem sendo negras. O que esses números escancaram é que a divisão sexual e racial do trabalho não é um resquício do passado, mas um mecanismo ainda operante que naturaliza a precarização e transfere às mulheres, sobretudo negras, a responsabilidade pela manutenção da vida. Outrossim, o trabalho de cuidado representa um exemplo emblemático das desigualdades interligadas que marcam as relações sociais contemporâneas. Ele é realizado majoritariamente por mulheres em situação de vulnerabilidade social, especialmente mulheres pobres, negras e, em muitos contextos, migrantes ou imigrantes (Hirata, 2016; Collins, 2019).

Esse quadro evidencia como o sistema capitalista não apenas se beneficiou da exploração desse trabalho, mas também se expandiu historicamente a partir do sequestro dos corpos femininos, que são colocados em papéis subalternos e precarizados. Essa continuidade entre passado e presente revela que o capitalismo longe de superar suas formas coloniais, racistas e patriarcais, as atualiza, deslocando o controle sobre os corpos femininos para novas arenas da servidão cotidiana, sustentando, assim, os alicerces de uma economia que depende da desigualdade para se manter, como ressaltado por Federici (2021). A exploração do trabalho reprodutivo e do cuidado está, portanto, profundamente entrelaçada com as estruturas de opressão racial e de classe, revelando as múltiplas dimensões da dominação que sustentam o funcionamento do capitalismo contemporâneo. Assim, a sobrecarga do cuidado invisível, desvalorizada e historicamente não remunerada permanece como engrenagem silenciosa que move a economia capitalista, sem que isso se reverta em direitos, cidadania plena ou

reconhecimento social. O cuidado, o afeto, a limpeza, o preparo dos alimentos, a escuta e todos os outros elementos que sustentam a vida, são também os mais desprezados pelo capital. No entanto, é revelado uma contradição ao analisar que o capitalismo não poderia ter se desenvolvido sem a apropriação e a naturalização do trabalho reprodutivo das mulheres (Federici, 2019; 2023).

Patricia Hill Collins (2019), expõe que o racismo estrutural e o sistema patriarcal continuam representando uma peça-chave do projeto neoliberal, funcional à sua ideologia de acumulação sobre as hierarquias constituídas no mundo do trabalho. Essa perpetuação histórica evidencia a centralidade das mulheres negras desde o período escravocrata, cuja exploração vai muito além do trabalho compulsório, atingindo a própria existência e subjetividade (Lima, 2021). A luta feminista, então, passa a ser não apenas por igualdade no mercado de trabalho, mas por uma redefinição do que é trabalho, do que é produção, e, sobretudo, do que é a vida. O sistema capitalista, desde suas origens, se estruturou em torno de uma lógica de exploração que não se limita ao chão da fábrica ou ao trabalho assalariado. Como descreve Davis (2016), os espaços de trabalho atualmente destinados a mulheres negras, reproduz um padrão sistêmico durante os primeiros anos da escravidão, no qual mantém essas mulheres ainda na base da pirâmide social. Através da articulação entre gênero, classe e raça através de um pensamento feminista negro com a perspectiva do feminismo subalterno, emerge como uma chave fundamental para compreender as profundas desigualdades e relações de exploração que sustentam a economia capitalista. Essa análise se estrutura através do desenvolvimento capitalista ao evidenciar que seus tentáculos são determinantes para a consolidação de um modelo econômico cada vez mais exploratório por meio da combinação de fatores racistas e sexistas, à medida que a colonização avança (Federici, 2021). Nos tempos atuais, essa lógica se intensifica através de mudanças significativas nas esferas públicas e privadas, impulsionadas mediante ao novo modelo de produção que reorganizou a economia mundial e gerou novas formas de trabalho, muitas vezes ainda mais precarizadas e desiguais. Dessa maneira, durante a transição do período feudal para o capitalismo, a mulher foi retirada da vivência coletiva e dos espaços comunitários onde detinham poder igualitário em relação aos homens, passando a ser submetida a um regime de vigilância e controle dentro do núcleo familiar patriarcal. Nesse processo, é construída como um sujeito naturalizado para o trabalho doméstico, domesticado e subordinado a um projeto político e econômico que reorganiza a reprodução social. Assim, torna-se invisibilizada na economia moderna (Federici, 2019). Consequentemente, as mulheres são sistematicamente excluídas dos espaços produtivos e relegadas à esfera privada, mantendo seu trabalho reprodutivo desvalorizado e naturalizado. Esse processo de marginalização esteve diretamente associado à

construção do ideal de feminilidade, imposta a papéis de dependente e submissa, no qual o trabalho de cuidado e reprodução passou a ser visto como obrigação moral e biológica, e não como atividade socialmente reconhecida. Logo, pelo projeto político da caça às bruxas¹ emergiu a visualização de um corpo pecaminoso, construindo bases para criação de instrumentos disciplinador, que visava destruir formas de resistência no interior dos significados de comunidade, especialmente aquelas protagonizadas por mulheres que detinham saberes tradicionais ou ocupavam posições de autonomia nas comunidades camponesas. Através desse conjunto de práticas, instituiu-se uma divisão sexual do trabalho funcional aos interesses da acumulação capitalista, consolidando o corpo feminino como território de colonização e controle, e estruturando uma lógica econômica que se mantém sustentada pela invisibilidade e subordinação do trabalho das mulheres.

Segundo Helena Hirata (2016), a nova divisão internacional do trabalho impulsionada pelos efeitos da globalização, reconfigura as relações sociais em escala global. Nesse contexto, o trabalho de cuidado ultrapassa a esfera privada e passa a compor ocupações formalizadas no mercado de trabalho, como as de babás, cuidadoras e empregadas domésticas. Contudo, mesmo mercantilizado, esse trabalho permanece marcado por desigualdades estruturais, além de continuar sendo ocupado por mulheres, ele também é evidenciado pela baixa remuneração, precariedade e desvalorização. Silvia Federici (2019) aprofunda essa análise ao demonstrar que a globalização capitalista provocou uma grave crise na reprodução social nos países Sul Global, especialmente na África, Ásia e América Latina ao inseri-los em uma nova divisão internacional do trabalho que explora massivamente a mão de obra feminina como apontada Federici (2019, p.139-140) “Isso significa que todas as mulheres estão sendo “integradas” à economia mundial e exercem uma dupla função produtiva, produzindo trabalhadores para as economias locais e os países industrializados, além de mercadoria barata para exportação.”. Essa integração, no entanto, representa uma reconfiguração da exploração no qual as mulheres do Sul Global são incorporadas à economia mundial em posições subalternizadas, onde se combinam as desigualdades de gênero, classe e raça ao mesmo tempo em que garantem a sustentação do trabalho reprodutivo e produtivo para o Norte Global. Dessa forma, a precarização e a intensificação do trabalho de cuidado revelam que há uma transferência das crises sociais do

¹ A chamada caça às bruxas, foi um processo político, social e religioso marcado pela perseguição, tortura e execução de milhares de mulheres, majoritariamente camponesas, curandeiras e parteiras entre os séculos XV e XVII. Conforme analisa Federici (2019), esse fenômeno não pode ser compreendido apenas como histeria religiosa, mas como parte estruturante da transição do feudalismo para o capitalismo. A perseguição às “bruxas” teve como objetivo destruir formas comunitárias de vida, controlar o corpo das mulheres, deslegitimar seus conhecimentos tradicionais sobre sexualidade, reprodução e cura, além de disciplinar a força de trabalho feminina para o modelo de família patriarcal necessário ao capitalismo nascente. Esse processo foi fundamental para impor a divisão sexual do trabalho e reforçar a subordinação das mulheres ao âmbito doméstico e reprodutivo.

centro para a periferia, com custos elevados para a vida das mulheres racializadas e empobrecidas.

Um exemplo disso é o trabalho afetivo, denominado na década de 1990 por marxistas autonomistas e utilizado como marcador para descrever as novas atividades de trabalho. Considerado versátil e complexo, presente nas realidades e em discursos feministas, a questão do afeto é entendida como sinônimo do reprodutivo, também encontrado em vários setores de serviços destacando a comercialização da reprodução (Federici, 2019), tornando o afeto uma exigência profissional. A partir disso, o capitalismo opera uma comercialização da reprodução, transformando a capacidade de cuidar e manter a vida em uma mercadoria explorada e desvalorizada. O que se vê é uma reinvenção da dominação capitalista, que intensifica a exploração das mulheres especialmente das mulheres racializadas ao incorporá-las como força de trabalho barata em funções antes naturalizadas como "de amor", invisibilizando sua centralidade para a sustentação da economia global. Nesse contexto, o corpo feminino passou a ser redefinido como principal fonte de trabalho produtivo e reprodutivo, naturalizando a subordinação da mulher e aprofundando as divisões dentro da classe trabalhadora. Este trabalho quando há uma mercantilização de mão barata, se transforma em uma atividade reconhecida e organizada dentro do sistema capitalista, atribuindo-lhe características de um "trabalho formal"

O desenvolvimento das profissões relacionadas ao cuidado, a mercantilização e a externalização desse trabalho foram consequências, de um lado, do envelhecimento da população e, de outro, da inserção em massa das mulheres no mercado de trabalho. [...] Com a mercantilização, o trabalho feminino de cuidado, gratuito e invisível, torna-se visível e passa, enfim, a ser considerado um trabalho (com seus corolários: formação profissional, salário, promoção, carreira etc.) (Hirata, 2016, p.54)

Dessa forma, a acumulação primitiva discutida por Marx (1919), não deve ser compreendida apenas sob a perspectiva do proletariado industrial e da transição para uma era salarial, mas analisadas por meio das profundas transformações no qual o capitalismo se perpetua (Federici, 2023), dentre esses processos, destaca-se a reorganização da vida social, o controle sobre a sexualidade feminina e a instrumentalização do trabalho reprodutivo, que se tornaram fundamentais para a consolidação desse sistema. Consoante a essa análise investigativa, a divisão internacional do trabalho não opera de forma neutra, mas se articula à divisão sexual e racial/étnica do trabalho, materializando hierarquias sociais. Nesse cenário, mulheres, sobretudo as negras, pobres e migrantes são historicamente empurradas para as posições mais precarizadas e subordinadas da cadeia produtiva global. Enquanto isso, os homens, especialmente brancos e das elites, ocupam os postos mais valorizados e bem

remunerados. Essa engrenagem trata-se de uma estrutura que racializa, sexualiza e hierarquiza o trabalho, mantendo a exploração das mulheres como pilar silencioso.

A apropriação do capitalismo sobre o trabalho reprodutivo, imaterial e afetivo configura-se como uma das estratégias centrais para a circulação e expansão de seu domínio, revelando a complexidade das formas pelas quais o sistema econômico incorpora e instrumentaliza as relações sociais. O capitalismo não opera por falhas ou lacunas; ao contrário, ele se utiliza deliberadamente das relações sociais, do cuidado, do afeto e das interdependências humanas para garantir a continuidade e a naturalização de suas estruturas. Nesse sentido, atividades como o trabalho de cuidado, o uso do amor e a manutenção das relações interpessoais são transformadas em práticas tidas como comuns, inatas e universais, presentes tanto nas dinâmicas do lar quanto no mercado de trabalho. Porém, apesar de sua importância fundamental para a reprodução da vida e da força de trabalho, essas atividades são mantidas com valor social e econômico reduzido, frequentemente reconhecidas como inválidas, precárias e desvalorizadas. Essa realidade evidencia, portanto, um projeto político, econômico e estratégico que visa sustentar e legitimar a exploração dessas formas de trabalho (Kubik; Vieira, 2023).

Em confirmação, a reprodução da força de trabalho se configura como um conjunto de atividades necessárias para a manutenção da vida e para a preparação dos indivíduos para o trabalho produtivo, funciona como uma verdadeira coluna vertebral que sustenta a lógica do lucro no capitalismo. Contudo, essa sustentação ocorre majoritariamente pelas mãos das mulheres, que desempenham o trabalho reprodutivo com pouca ou nenhuma remuneração e reconhecimento. Nesse contexto, o patriarcado emerge como um pilar central na estruturação das sociedades, organizando as relações de poder e sustentando uma divisão sexual do trabalho que coloca as mulheres em posição de subordinação. A naturalização do trabalho feminino, especialmente quando inserida no que se denomina como “patriarcado do salário”, revela a contradição profunda entre a essencialidade desse trabalho para a produção capitalista e sua simultânea invisibilidade e desvalorização social e econômica.

A mulher, reduzida a uma extensão do lar e confinada à esfera doméstica e afetiva, acaba por realizar tarefas fundamentais para a sobrevivência social e econômica, mas que não recebem o devido reconhecimento nem como trabalho, nem em termos salariais ou de valorização social. Essa configuração não apenas invisibiliza o papel das mulheres no processo produtivo e reprodutivo, mas também articula e reforça a dominação patriarcal dentro da lógica da acumulação capitalista. Assim, práticas discriminatórias e desiguais, marcadas pelos eixos de gênero, raça e classe, tornam-se institucionalizadas e naturalizadas, gerando continuidade na exploração e na desigualdade. Esse arranjo social demonstra como o capitalismo e o patriarcado

estão intrinsecamente entrelaçados, moldando uma estrutura de opressão que se mantém pela reprodução dessas divisões e pela desvalorização sistemática do trabalho feminino.

1.2 Relações de raça, gênero e trabalho: a construção das hierarquias sociais no capitalismo

Analisando o trabalho das mulheres negras à luz da interseccionalidade, Patricia Hill Collins (2019) destaca como as experiências dessas mulheres no mercado de trabalho são moldadas por uma intersecção de raça, classe e gênero. Sob essa óptica, as investigações feministas negras apontam que o trabalho remunerado dessas mulheres é estruturado a partir das múltiplas opressões, que somadas resultam em desigualdades expressas em salários mais baixos, jornadas exaustivas, menor acesso a cargos de liderança, ausência de direitos trabalhistas e intensa precarização. O lugar ocupado pela mulher negra nas engrenagens do mercado não pode ser compreendido apenas pela lógica da classe trabalhadora tradicional, é preciso reconhecer que essas experiências laborais são atravessadas por uma hierarquia social que racializa e sexualiza o trabalho, delegando a elas funções historicamente vistas como inferiores, manuais e domésticas

Como a propaganda representava essas vocações para todas as mulheres como funções dos seus papéis em casa, aquelas que trabalhavam por salários eram consideradas alienígenas visitantes dentro do mundo masculino da economia pública. Quando pisavam fora da sua esfera natural as mulheres não eram tratadas como trabalhadoras de plenos direitos. O preço que pagavam envolvia longas horas, más condições de trabalho e grosseiramente inadequados salários. A sua exploração era mais intensa que a exploração sofrida pelos seus parceiros homens. Escusado será dizer que o sexismo emergiu como fonte de superlucros exorbitantes para os capitalistas. (Davis, 2016, p.163)

Além disso, os marcadores sociais não atuam de forma isolada, mas se articulam dinamicamente para produzir um padrão sistêmico de exclusão. Essa lógica de invisibilização e desvalorização estrutural do trabalho das mulheres negras encontra um reflexo evidente no campo da saúde, especialmente na composição da equipe de enfermagem brasileira. Apesar de representarem 53,3% dessa força de trabalho, as mulheres negras seguem restritas aos postos de menor prestígio e remuneração, frequentemente confinadas ao nível médio da pirâmide ocupacional (COFEN, 2020). Isso evidencia como o racismo e o sexismo não apenas definem os lugares que essas mulheres ocupam socialmente, mas também limitam suas possibilidades de ascensão, mesmo em setores nos quais são maioria. Nesse sentido, a lógica interseccional se torna fundamental para compreender que a exclusão das mulheres negras do reconhecimento como trabalhadoras plenas, bem como a sistêmica desvalorização e invisibilização dos serviços que desempenham, são reduzidas a extensões naturais de suas identidades racializadas e de gênero. Como afirma Davis (2016), o capitalismo moderno se desenvolve a partir da manutenção

de relações desiguais e da exploração contínua de determinados corpos, e os corpos das mulheres negras são, historicamente, os mais afetados por essa lógica.

Essa estrutura não apenas limita as possibilidades de mobilidade social dessas mulheres, mas reforça sua condição de subalternidade ao naturalizar a ideia de que certos trabalhos “lhes pertencem”, como se houvesse uma predisposição biológica ou cultural para o cuidado, a limpeza e o serviço. Consequentemente, a denúncia do sexismo não pode ser compreendida apenas como um preconceito individual, mas deve ser desvelada como um mecanismo estrutural articulado com a lógica da acumulação capitalista, responsável por gerar superlucros a partir da exploração do trabalho reprodutivo e desvalorizado (Federici, 2021). Nesse sentido, o lugar social ocupado pelas mulheres negras no mundo do trabalho está intrinsecamente vinculado a um modelo econômico que se sustenta na naturalização das desigualdades para manter e expandir seus mecanismos de dominação.

Entretanto, a permanência das opressões de raça, gênero e classe não é acidental, mas funcional ao capitalismo, que transforma a marginalização em recurso. Tendo em vista o pilar patriarcal como tentáculo dessa estrutura, a materialização das hierarquias sociais e a contínua dominação dos corpos femininos, sobretudo os corpos negros, operam como dispositivos centrais na engrenagem da exploração. Essa lógica, ainda vigente na atualidade, revela-se como uma continuidade histórica dos processos de desumanização herdados da escravidão (Lima, 2021) na qual a objetificação dos corpos e a distribuição desigual das tarefas sociais persistem sob outras formas, porém com os mesmos fundamentos coloniais. Assim, o trabalho das mulheres negras continua sendo socialmente desqualificado, enquanto suas trajetórias são marcadas por um apagamento histórico que legitima sua exclusão dos espaços de poder e decisão.

À luz dessas evidências, é a partir da escrita reflexiva de Lélia Gonzalez (2020) que se compreende como a manutenção do cuidado reprodutivo, atribuído às mulheres negras, foi historicamente manipulada como ferramenta de controle social. Ao longo do processo de formação social e cultural, a figura da “mãe preta” marcada pelo estigma racial e reconhecida sob a tradução de *mucama*², reafirma o lugar constituído da mulher negra sob a intersecção violenta entre o racismo e o sexismo, mas também símbolo da violência sexual. Consoante a

² Ao longo da construção histórica do Brasil, a Mucama estava associada à figura da mulher negra escravizada, incumbida de servir diretamente à família senhorial, mantendo-se próxima aos senhores da casa-grande e, muitas vezes, aos seus abusos. Sua presença na estrutura escravocrata brasileira não era apenas funcional, era simbólica: o corpo negro além de escravizado, também era aprisionado através do gênero, o feminino era subordinado, domesticado e disponível, tanto para o trabalho quanto para a violência sexual. A construção social da mucama não se limitou ao passado, ela moldou um imaginário que persiste no presente. Nos dias atuais, o uso contemporâneo do termo “mucama” carrega consigo os estigmas racistas e sexistas forjados durante séculos de escravidão. A crítica ao uso desse termo não se trata de uma censura por meio da oratória, mas de um movimento político e ético de rompimento com o racismo estrutural.

essa perspectiva de lugar determinado e “ideal” para a condição de uma existência de quem é dominado e dominador, a “mãe preta” foi forjada no seio do regime colonial brasileiro não pertencente apenas a uma representação do passado em um período escravocrata, mas preservada como símbolo de realidade dentro das dinâmicas sociais contemporâneas de uma exploração racializada. Mulher negra, de faixa etária juvenil para adulta, escravizada e propriedade dos senhores, ela ocupava uma posição de intimidade inventada em uma esfera de subalternidade, sendo forçada a dedicar sua vida ao servir, do cuidado, de acalanto, como uma parte gentil intrínseca de uma mãe

Ela, simplesmente, é a mãe. É isso mesmo, é a mãe. Porque a branca, na verdade, é a outra. Se assim não é, a gente pergunta: quem é que amamenta, que dá banho, que limpa cocô, que põe pra dormir, que acorda de noite pra cuidar, que ensina a falar, que conta história e por aí afora? É a mãe, não é? Pois então. Ela é a mãe nesse barato doido da cultura brasileira. Enquanto mucama, é a mulher; enquanto “bá”, é a mãe. (Gonzales, 2020, p. 235)

Esse discurso, reflete o mito da democracia racial, uma narrativa ideológica que busca mascarar as desigualdades historicamente produzidas pelo colonialismo, pela escravidão e pelo racismo estrutural (Nascimento, 2016). Ao afirmar que haveria uma convivência harmoniosa entre os diferentes grupos raciais no Brasil, esse mito opera como mecanismo de silenciamento das violências, da exploração e das hierarquias que marcam a vida da população negra, especialmente das mulheres negras. Construído historicamente para naturalizar a exploração e o racismo imposto, esse mito repassava para aquela que estava no centro do lar um sentimento de ser “parte da família”, no lugar a qual lhe explorava e operava como uma forma de violência, disfarçada de afetividade, mascarando a desigualdade estrutural que as mantinha no lugar do servir, sendo o braço que sustentava o conforto da elite branca. A ideia de pertencimento, que nunca foi real, funcionou como estratégia de controle, apagando os laços de origem, desumanizando identidades e perpetuando a lógica da casa-grande sob novas roupagens. Como destaca Hirata (2016), ainda que o cuidado seja uma dimensão essencial das relações humanas, quando atribuído de forma desigual, sistemática e compulsória a um grupo social específico, ele deixa de ser um gesto ético e torna-se um dispositivo de dominação. A mercantilização e a desvalorização do trabalho de cuidado, especialmente aquele realizado nas margens do reconhecimento institucional e econômico, revelam como as relações sociais seguem organizadas a partir de uma lógica de exploração racializada e generificada, no qual o corpo negro feminino é reiteradamente instrumentalizado para manter o conforto e os privilégios da elite.

Dessa forma, a notoriedade do papel das “mães pretas” não se encerra com a abolição, ao contrário, é reconfigurada e reproduzida nas raízes do capitalismo brasileiro, que não apenas herdou a estrutura colonial, como também a sofisticou para atender às demandas do mercado neoliberal. A figura da mulher negra como cuidadora universal construída na violência e na imposição é construída nas dinâmicas atuais do trabalho reprodutivo, assumindo novos contornos, mas mantendo a mesma lógica de expropriação do tempo, do afeto e da subjetividade. Como reitera Federici (2021), a reestruturação neoliberal da economia global aprofundou a precarização das tarefas de cuidado e reforçou a invisibilidade social das mulheres negras e pobres, relegadas a funções essenciais à sustentação da vida, mas sistematicamente desvalorizadas e mal remuneradas. Esse processo se dá por meio de uma continuidade histórica que transforma antigas formas de dominação em mecanismos modernos de exploração. A lógica da “mãe preta” sobrevive não como resquício de um passado escravocrata, mas como um componente ativo das relações de trabalho e das políticas sociais contemporâneas. Essa figura está presente, simbólica e concretamente, nos lares de famílias brancas em que mulheres negras continuam exercendo o cuidado como empregadas domésticas, nas creches e hospitais superlotados, onde seu trabalho sustenta o funcionamento de serviços públicos precarizados; nas escolas e instituições, onde atuam como auxiliares, merendeiras, cuidadoras, mas raramente como gestoras ou profissionais reconhecidas. Como afirma Lélia Gonzalez (2020), essa presença invisibilizada e naturalizada é o alicerce oculto de uma sociedade que se recusa a reconhecer o valor do cuidado quando ele é exercido por corpos negros femininos.

Ao denunciar o racismo estrutural como elemento fundante da modernidade periférica brasileira, escancara-se que o projeto de nação foi historicamente arquitetado sobre a subalternização racializada dos corpos negros. Carneiro (2015), demonstra que as mulheres negras foram historicamente forjadas como propriedade do outro, ou seja, não apenas subalternas em relação ao homem branco, mas também excluídas do ideal universal de mulher representado pela branquitude “Para que as mulheres negras alcancem os mesmos padrões salariais das mulheres brancas com quatro a sete anos de estudos, elas precisam de mais quatro anos de instrução, ou seja, de oito a 11 anos de estudos” (Carneiro, 2015, p. 94), evidenciando uma engrenagem ativa do modo de produção capitalista racializado e patriarcal. Em contextos das sociedades capitalistas, a opressão de gênero, raça e classe não é apenas um resquício do passado colonial, mas um mecanismo contínuo de reprodução das desigualdades

As mesmas fontes governamentais já citadas demonstram o tamanho das desigualdades. O rendimento médio nacional entre negros e brancos em salários mínimos assim se distribui: o homem branco ganha 6,3 salários mínimos; a

mulher branca, 3,6; o homem negro, 2,9; a mulher negra, 1,7. (Carneiro, 2015, p. 120)

Carneiro (2015) não se limita a discutir apenas a desigualdade no acesso a recursos ou direitos; ela vai além, revelando a própria estrutura profunda das relações sociais que se configuram para manter as mulheres negras em posições subalternas. É nesse mesmo caminho analítico que Lima (2022) propõe o conceito de “racismo patriarcal brasileiro” para nomear um arranjo de opressão que articula gênero, raça e classe como tecnologias de dominação desde o período colonial. Segundo a autora, trata-se de uma forma específica de racismo que se estrutura na formação social brasileira e é sustentada por narrativas coloniais, como o da democracia racial que durante o desenvolvimento da história brasileira deram margem para criação de um sistema de dominação que impacta diretamente as mulheres negras através da violência e exclusão. O racismo patriarcal, portanto, não é apenas uma herança da escravidão, mas um dispositivo ativo de poder que define a quem são negados cidadania, afeto e reconhecimento.

Dessa forma, essa arquitetura social é cuidadosamente construída para garantir que essas mulheres permaneçam afastadas dos espaços de reconhecimento simbólico e político, negando-lhes a visibilidade e a valorização que deveriam ter enquanto sujeitos ativos. Nesse contexto, o corpo da mulher negra torna-se um terreno político complexo e multifacetado de exploração, onde suas funções são reduzidas ao serviço, ao cuidado e à sustentação da vida, sem que haja o devido reconhecimento de sua capacidade como produtoras legítimas de conhecimento e de prática política. Essa invisibilidade sistêmica reforça uma hierarquia social que se apoia na negação da agência dessas mulheres. Por sua vez, Collins (2019) expõe a tensão intrínseca presente no movimento intelectual feminista negro, ao evidenciar que historicamente, as ideias e epistemologias produzidas por mulheres negras foram sistematicamente silenciadas, deslegitimadas e ignoradas tanto nos espaços acadêmicos quanto nos movimentos feministas hegemônicos. No entanto, é justamente a partir dessa opressão marcada por experiências vivenciadas pelo racismo, sexismo e classicismo emerge uma resistência política potente que se expressa no cotidiano como uma produção ativa de conhecimento, pautada na vivência e na coletividade.

Essa dinâmica evidencia que a luta feminista negra não se restringe a uma disputa simbólica, mas é um embate político que confronta a marginalização estrutural. O capitalismo, nesse cenário não é apenas um sistema que explora a mão de obra precarizada de forma isolada, ele depende estruturalmente da perpetuação dessa lógica de opressão interligada, em que racismo e sexismo funcionam como pilares essenciais para a manutenção do lucro e da funcionalidade do sistema. Essa opressão, longe de ser um efeito colateral, é uma engrenagem indispensável para

que o capital continue a se reproduzir, consolidando a intersecção das desigualdades e garantindo que a exploração das mulheres negras seja ao mesmo tempo lucrativa e funcional dentro das dinâmicas sociais e econômicas vigentes. Essa realidade evidencia que a negação da agência das mulheres negras não é resultado de omissões aleatórias, mas de uma lógica estrutural profundamente enraizada na formação social brasileira. Trata-se de uma arquitetura de dominação que, ao mesmo tempo em que hipervisibiliza o corpo da mulher negra como força de trabalho e objeto de exploração, o desumaniza enquanto sujeito político e epistêmico. Essa operação faz parte de um arranjo histórico e social no qual o racismo, o sexismo e a exploração de classe atuam de forma imbricada para sustentar a reprodução das desigualdades. É justamente dessa articulação que emerge o racismo patriarcal brasileiro, como um regime de poder que organiza hierarquias sociais e legitima a exploração das mulheres negras como elemento estrutural da sociedade.

Em suma, o racismo patriarcal brasileiro deve ser compreendido como uma forma específica e historicamente situada de dominação que articula a herança da escravidão, o mito da democracia racial e a ideologia da mestiçagem à lógica patriarcal e capitalista. Ele institui um sistema em que as mulheres negras são racializadas e generificadas de forma funcional, ora desprovidas de gênero, para serem exploradas como força bruta, ora reduzidas à condição de fêmea, para serem sexualmente violadas e domesticadas. Essa lógica sustenta não apenas a exclusão material dessas mulheres, mas também sua desautorização simbólica, apagando suas contribuições políticas, intelectuais e históricas. Assim, o racismo patriarcal brasileiro representa uma no qual garante a funcionalidade do capitalismo periférico e que só pode ser desestabilizado a partir do reconhecimento radical das mulheres negras como centro de produção de saber, de resistência e de transformação social.

Capítulo 2- “Escutar as mulheres é método”: Metodologia como Lugar de Luta

Este capítulo tem como objetivo apresentar os fundamentos metodológicos e epistemológicos que orientam esta pesquisa, desenvolvida entre outubro de 2024 e outubro de 2025 na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), sob coordenação da Prof.^a Dr.^a Nathália Diórgenes, docente do curso de Serviço Social. A investigação deriva de um projeto de iniciação científica realizado no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), cujo foco foi compreender as experiências de mulheres trabalhadoras do SUS em municípios de pequeno porte no Maciço de Baturité-CE. Nesse sentido, busca-se analisar como essas profissionais vivenciam a maternidade, o autocuidado e o trabalho de cuidado em contextos marcados por sobrecarga, precarização e desigualdades estruturais de

gênero, raça e classe, articulando a perspectiva feminista interseccional (Collins, 2017, 2021; Akotirene; Lopes, 2020) para acessar dimensões historicamente invisibilizadas de suas experiências. Assim, o capítulo destaca os referenciais teóricos que sustentam a pesquisa, bem como os procedimentos metodológicos adotados para a coleta e a análise dos dados. Assim, para atingir os objetivos, este capítulo descreve a aplicação de métodos qualitativos, com ênfase em entrevistas semiestruturadas e pesquisa documental, articuladas a uma análise crítica das políticas públicas como a Lei nº 15.069/2024 que institui a Política Nacional de Cuidados. Essa monografia parte de pesquisa bibliográfica (Gil, 2008) e em referenciais feministas que problematizam a ciência tradicional e valorizam saberes situados (Haraway, 1988, 2009; Collins, 2017, 2019). Essa combinação metodológica permite tensionar narrativas hegemônicas sobre cuidado e justiça reprodutiva, valorizando a escuta ativa das participantes, reconhecendo a importância das narrativas feministas para compreender o trabalho de cuidado feminino e evidenciar como desigualdades históricas e contemporâneas se reproduzem nos espaços de trabalho, reafirmando a centralidade das mulheres na produção social do cuidado.

2.1. A pesquisa

O presente trabalho monográfico é desdobramento da pesquisa de iniciação científica intitulada “Justiça reprodutiva, maternagens e trabalhadoras do SUS: um estudo qualitativo” da qual participei ao longo de um ano durante minha formação em Serviço Social, que por sua vez integra uma pesquisa mais ampla intitulada “Justiça reprodutiva e racismo no âmbito da atenção básica à saúde em municípios de pequeno porte: cuidado à gestação e ao abortamento na Região do Maciço de Baturité”. A gênese da pesquisa partia de uma inquietação central, ética e política: “Quem cuida de quem dedica a vida ao cuidado?”. Essa pergunta, longe de ser retórica, revela uma crítica estrutural das desigualdades de gênero que está articulada à sociedade capitalista e materializada também no interior do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que representa a porta de entrada do SUS e espaço essencial para a produção cotidiana do cuidado (Lopes, Soares et al., 2023). Dessa forma, o foco da pesquisa se expressa diante das vivências de mulheres trabalhadoras da Atenção Primária à Saúde (APS) em municípios de pequeno porte³ no Maciço de Baturité-CE, com o objetivo de compreender como essas profissionais, atravessadas pelas intersecções de gênero, raça, classe e

³ No contexto brasileiro, os municípios de pequeno porte são aqueles que possuem até 50 mil habitantes, segundo classificações amplamente utilizadas pelo IBGE e adotadas em diversas políticas públicas, incluindo documentos do Ministério da Saúde. Esses municípios tendem a apresentar menor complexidade na rede de serviços, limitações de infraestrutura e menor oferta de equipamentos públicos, o que impacta diretamente a organização do cuidado e as condições de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde. O Maciço de Baturité é uma região serrana localizada no interior do estado do Ceará, formado por 13 municípios em um conjunto de elevações e relevos úmidos que se destacam no meio do sertão semiárido.

território experienciam o exercício da maternidade e do autocuidado em meio às múltiplas exigências, sobrecargas e contradições que atravessam o cotidiano do trabalho em saúde pública e também no interior da esfera privada.

Ao adotar como eixo de análise a interseccionalidade (Collins, 2021), essa pesquisa reconhece que essas dimensões não operam de forma isolada, mas se entrelaçam perante as estruturas de desigualdades que afetam diretamente a possibilidade de exercer o direito à reprodução e ao cuidado de si. Longe de uma abordagem descritiva, a proposta é tensionar os discursos institucionalizados sobre cuidado, revelando como as condições laborais precárias, a naturalização do cuidado feminino e a ausência de políticas de apoio à maternagem e reprodução impactam os corpos, subjetividades e projetos de vida dessas trabalhadoras consoante a presença do racismo no interior dos espaços de trabalho.

Partindo dessas questões, a pesquisa foi conduzida por meio de uma abordagem qualitativa com perspectiva feminista interseccional (Collins, 2017, 2021; Akotirene; Lopes, 2020), compreendendo que apenas por meio dessa lente é possível acessar as camadas profundas e historicamente invisibilizadas das experiências de mulheres cujos corpos e vidas são atravessados por múltiplas formas de opressão e também de resistência, reexistência como na produção de saberes. Contudo, mais do que descrever realidades, a investigação busca tensionar narrativas hegemônicas sobre o cuidado, a justiça reprodutiva e o trabalho (Federici, 2019, 2021, 2023), ampliando o debate sobre o maternar e o cuidar em contextos marcados pela precarização e sobrecarga de trabalho. Nesse cenário, destaca-se que as mulheres representam cerca de 80% da força de trabalho responsável pelo cuidado no âmbito do SUS (Elaine et al. 2019), o que evidencia não apenas a feminização do trabalho em saúde, mas também a sua naturalização, frequentemente acompanhada por sintomas como a síndrome de Burnout, desgaste da saúde mental, distância dos vínculos familiares e societários e das condições degradantes de serviço.

Em confirmação dos fatos, as mulheres estiveram na linha de frente do enfrentamento à Covid-19 representando o cuidado e se sacrificando em tempos de crise sanitária, “ [...] cerca de 1 milhão de mulheres arriscam suas vidas diariamente na guerra contra o coronavírus. Os números refletem ainda o perfil feminino e negro da profissão: 53% são negras (pretas e pardas)” (Santos, 2020, p. 5480). Nessa chave, o cuidado que é destinado ao gênero feminino deve ser compreendido como um fenômeno estrutural e historicamente produzido ao compreender e analisar que o trabalho reprodutivo é desvalorizado, confinado à esfera privada e também à esfera pública tomado como extensão “natural” do papel social das mulheres, o que legitima sua baixa remuneração e reduz seu reconhecimento como trabalho qualificado (Miranda et al., 2023; Oliveira, 2022; Rezende et al., 2021; Góes, 2023).

2.2. Pesquisa qualitativa feminista

Durante anos, pensadoras feministas vêm questionando os critérios que a ciência estabeleceu para definir quem é o legítimo sujeito da produção de conhecimento, o que é considerado um conhecimento científico válido e quais temas ou objetos são dignos de investigação. Uma parte desse debate é conhecida como “a questão da mulher na ciência” no que se diz respeito à presença das mulheres nas áreas científicas e tecnológicas (Da Conceição, De Aras, 2014). Nos últimos anos, a crítica feminista ao modelo científico tradicional tem ganhado cada vez mais espaço dentro das epistemologias feministas, sobretudo ao problematizar a base cartesiana que se embasa na neutralidade e objetividade.

Farganis (1997), descreve que mesmo que a ciência ocidental se apresente como universal e livre de valores, sua construção foi historicamente erguida a uma lógica dualista que separa mente e corpo. Tal separação não parte de uma metodologia orientada através de uma “razão pura” livre de influências sociais, culturais ou subjetivas, mas por meio de uma ferramenta estrutural e política que estabelece fronteiras entre o que é considerado conhecimento legítimo e o que é desqualificado como irracional e inferior. É importante destacar que o gênero não atuou e atua apenas como marcador de desigualdades raciais e sociais, mas como um princípio epistemológico que organiza formas de pensar, agir e definir quais temas são considerados relevantes, assim como também é estabelecido quais são as vozes autorizadas a produzir conhecimento, pois “O conhecimento não é apenas um conjunto de argumentos, mas também um reflexo de interesses” (Farganis, 1997, p.227). Dessa forma, o que se é revelado é que a ciência moderna serviu historicamente discursos racistas, patriarcais, capitalistas e colonial no qual legitimaram hierarquias de poder e perpetuaram exclusões sistêmicas como o de mulheres e grupos subalternizados.

Essa construção de conhecimento revela a predominância das perspectivas masculinas europeias que se consolidaram como o centro da verdade ao percurso histórico, produzindo discursos que acompanharam a chamada “modernidade” na qual perpetua discursos eurocêntricos entre “civilização” e “desumanização” que foi construído sob os povos originários e de pele escura (Fernandes, 2023). Collins (2017), retrata uma virada de chave proporcionada pela articulação dos Movimentos Sociais que ao pautarem a liberdade, democracia participativa, justiça social e a igualdade, impulsionaram o reconhecimento dos estudos sobre raça, classe e gênero como saberes decoloniais. Esses saberes emergem como ferramentas críticas frente às estruturas tradicionais de produção do conhecimento, sobretudo ao questionar o eurocentrismo que historicamente tem marcado a ciência

Por essa expansão para a academia, limites simbólicos mais fluidos de “raça/ classe/ gênero” como um projeto de conhecimento que se forjou nos movimentos sociais encontraram, eles mesmos, disputando espaço e legitimidade na política acadêmica predominante. Especificamente, à medida em que a incorporação acadêmica ocorreu, estratégias e argumentos associados a estudos de raça/ classe/ gênero se deslocaram. As políticas confusas dos estudos de raça/ classe/ gênero associados aos movimentos sociais se reformularam como um campo de estudo acadêmico mais reconhecido. (Collins, 2017, p.10).

De igual modo, a imposição desse paradigma que se apresenta como universal, objetivo, construído a partir do distanciamento entre o sujeito e objeto constrói a colonialidade do saber (Quijano, 2000), mantendo invisibilizadas as histórias, culturas e saberes de comunidades consideradas marginalizadas, uma das formas mais pervasivas e duradouras da colonização que não apenas dominou territórios, mas também subjugou as formas de conhecimento e legitimou apenas aquilo que reproduz as estruturas de poder hegemônicas. Nesse sentido, conforme analisa Sueli Carneiro (2023), esse processo opera por meio do epistemicídio, isto é, a destruição sistemática e apagamento dos conhecimentos produzidos por populações negras, indígenas e outros grupos subalternizados, seja pela desqualificação, silenciamento ou assimilação forçada de suas epistemologias, reforçando a lógica colonial que hierarquiza saberes e consolida a supremacia do pensamento eurocêntrico.

Embora muitas feministas tenham buscado aprimorar o método científico para corrigir esse viés mantendo seus princípios basilares (Collins, 2017), essas mudanças não foram suficientes para transformar a ciência de maneira profunda. Em resposta, propôs-se a construção de uma ciência sucessora (Harding, 1996), termo este que rompe com o paradigma tradicional e valoriza os saberes localizados, ou seja, aqueles que emergem das experiências concretas e variadas das pessoas, não tratando-as apenas como um objeto longe da sua essência. A ciência sucessora reconhece a importância das múltiplas realidades sociais e das intersecções entre gênero, raça, classe e outras formas de opressão, rejeitando a ideia de um conhecimento universal e neutro típico de uma ciência hostil. Como afirma Haraway (2009, p. 10), “Todo conhecimento é um nódulo condensado num campo de poder agonístico”, evidenciando que a ciência tradicional funciona como um jogo de poder e verdade. Ao questionar essa doutrina, as feministas propõem teorias críticas modernas que analisam como significados e corpos são construídos, abrindo espaço para saberes localizados e perspectivas marginalizadas. Dessa forma, é defendido um conhecido situado que se germina por influência dos contextos social, histórico e político que quebre os paradigmas dos corpos corporificados a quem não se permite

pensar e ter um ponto de vista que não seja silenciado por perspectivas dominantes a quem se ocupa as posições de poder epistemológico.

Diante do exposto, esta pesquisa se ancora na perspectiva feminista interseccional por reconhecer que o conhecimento científico é historicamente situado, atravessado por relações de poder e estruturado por normas sociais, culturais e políticas que naturalizam desigualdades de gênero, raça e classe. Ao adotar essa perspectiva, a investigação não apenas denuncia a invisibilização das experiências de mulheres e grupos subalternizados, mas também coloca essas vozes como centrais para a compreensão das práticas de cuidado no contexto do SUS. Assim, o feminismo orienta tanto a construção metodológica quanto a análise crítica dos dados, permitindo problematizar discursos hegemônicos sobre cuidado, revelar lacunas institucionais, consolidando a pesquisa como um espaço político e epistemológico comprometido com a justiça social e a produção de conhecimento situado.

2.3. Procedimentos metodológicos: construção e análise de sentidos

Para além de uma técnica de coleta e análise de dados, a pesquisa feminista é entendida aqui como um posicionamento político-epistemológico que reconhece o conhecimento como situado, parcial e construído na relação entre pesquisador e participantes “Suas imagens não são produtos da escapatória ou da transcendência de limites, isto é, visões de cima, mas sim a junção de visões parciais e de vozes vacilantes numa posição coletiva de sujeito que promete uma visão de meios de corporificação finita continuada ...” (Haraway, 1988, p.33-34). Assim, a construção desta pesquisa seguiu os princípios da pesquisa qualitativa feminista e interseccional, entendendo que o conhecimento não é neutro ou absoluto, mas situado e produzido na interação entre pesquisadora e participantes. Nesse processo, foram utilizados métodos de coleta qualitativa que privilegiaram a escuta ativa e a aproximação ética com as participantes através de entrevistas semiestruturadas. Segundo Granger (1982), a realidade social apresenta-se inicialmente como qualitativa, manifestando-se em dois níveis distintos, o primeiro como uma experiência vivida absoluta e única, que não pode ser completamente captada pela ciência e em segundo, enquanto experiência organizada em forma, principalmente por meio da linguagem que diante da prática científica procura transformar em conceitos.

No campo da metodologia feminista, estes dois níveis de experiência social ganham uma dimensão crítica, uma vez que a escuta das mulheres não é apenas um procedimento neutro, mas um ato político de reconhecimento que confronta a invisibilização histórica de suas experiências (Collins, 2019). Esse enfoque rejeita a pretensão de neutralidade e universalidade científica, assumindo que toda produção de conhecimento está imersa em relações de poder e deve

comprometer-se explicitamente com a justiça social. Nessa perspectiva, a entrevista foi utilizada como instrumento de interação social e de coleta de dados, complementada por pesquisas bibliográficas e análise de documentos. No presente estudo, os documentos analisados incluem a Política de Cuidado prevista na Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024, permitindo compreender seus fundamentos, objetivos e impactos no contexto estudado.

Gil (2008) ressalta que a pesquisa bibliográfica é essencial para alcançar uma visão abrangente sobre determinado tema, possibilitando não apenas o mapeamento de conceitos e teorias que fundamentam o objeto de estudo, mas também a identificação de lacunas, contradições e disputas presentes no campo. Nesse sentido, ao aplicar essa metodologia ao estudo do trabalho reprodutivo, é possível compreender como as diferentes dimensões do trabalho de cuidado foram historicamente estruturadas, naturalizadas e invisibilizadas, especialmente em contextos marcados pela interseção de gênero, raça e classe. Para Minayo (2018), a entrevista permite que os participantes expressem suas experiências pessoais e ao mesmo tempo reflitam características, valores e perspectivas de grupos sociais aos quais pertencem. Dessa forma, a entrevista é entendida como um processo de interação, no qual o entrevistador busca obter informações do participante por meio de um roteiro que aborda tópicos relacionados à problemática central da pesquisa (Haguet, 1995).

Nesta investigação, optou-se pela entrevista semi-estruturada, que oferece ao entrevistado a oportunidade de compartilhar suas experiências dentro do foco proposto pelo pesquisador, ao mesmo tempo em que admite respostas espontâneas e livres, valorizando sua participação e contribuindo para o entendimento do fenômeno investigado. O roteiro foi elaborado em colaboração com outras duas bolsistas, Evelin e Kailane, levando em conta o plano de trabalho de cada uma. Antes da realização das entrevistas, os profissionais participantes escolheram nomes fictícios para preservar sua identidade e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A1 e A2), garantindo o respeito aos princípios éticos da pesquisa. A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética sob o CAAE nº 90691225.6.0000.5576. Da mesma forma foi produzido um instrumental de entrevista (APÊNDICE B, B2, B3 e B4) com 59 perguntas distribuídas em sete blocos temáticos que ao final da sua elaboração foram aplicados e treinados às demais bolsistas para alinhamento das perguntas.

O Bloco 1 da entrevista abordou a identificação e o contexto de vida dos profissionais entrevistados, incluindo informações sobre profissão, tempo de trabalho na saúde, local de residência, número de filhos e existência de rede de apoio para atividades domésticas e cuidado infantil. O Bloco 2 enfocou a estrutura e os recursos da unidade de saúde, bem como o acesso ao

serviço. O Bloco 3 investigou barreiras atitudinais, incluindo experiências de racismo e outras formas de violência, como sexual, moral e psicológica. O Bloco 4, considerado o núcleo dessa pesquisa, analisou a maternidade e condições de trabalho das profissionais do SUS, investigando carga horária, rotinas domésticas, experiências de gestação e parto, direitos trabalhistas, retorno ao trabalho, amamentação, laqueadura e autonomia sobre o próprio corpo. O Bloco 5 também pertencente ao objetivo deste texto, tratou da saúde sexual e reprodutiva, abordando liberdade de decisão sobre contracepção e reprodução, acesso a informações sobre métodos contraceptivos, pré-natal e diferenças entre contextos urbanos e rurais. Os Blocos 6 e 7 abordaram violência obstétrica e aborto, incluindo percepção sobre manobras obstétricas, humanização do atendimento, acesso a informações sobre aborto legal e clandestino, desafios no cuidado de usuárias e reflexões sobre criminalização do aborto e direitos das mulheres no contexto do cuidado em saúde. Dessa forma, a entrevista semi-estruturada, articulada aos blocos temáticos, possibilitou uma coleta de dados detalhada e sensível às experiências vividas pelas profissionais do SUS, respeitando seu protagonismo e garantindo que as respostas contribuíssem para compreender a realidade social em análise (Trivinões, 1987). Logo após a realização das entrevistas, todo o material foi transcrito, preservando pausas, entonações e expressões relevantes para a interpretação do discurso. Em seguida, foi produzido à organização dos dados a partir de um processo de categorização, no qual as falas foram agrupadas conforme eixos temáticos emergentes do próprio material e sustentados pelo referencial teórico da pesquisa. A categorização não foi entendida como um ato mecânico, mas como uma etapa interpretativa que exige sensibilidade analítica. Ela possibilitou reconhecer convergências, tensões, contradições e silenciamentos presentes nos relatos, permitindo identificar padrões que atravessam as experiências individuais e coletivas das participantes.

Em complemento aos procedimentos de investigação, será utilizada a pesquisa documental, que possibilita ao pesquisador examinar materiais já existentes e observar como esses documentos se refletem no contexto social (Cellard, 2008). Dessa forma, é possível compreender de que maneira as diretrizes e normativas abordam o cuidado, bem como identificar lacunas ou avanços presentes na Legislação, tornando o uso de documentos essencial para a pesquisa, funcionando como testemunha da história e ampliando a compreensão social. Nesta investigação, a análise documental se concentrará na Lei nº 15.069/2024, que institui a Política Nacional de Cuidados no Brasil, permitindo avaliar sua relevância e impactos na garantia de direitos relacionados ao cuidado.

2.4. O campo

Esta pesquisa foi realizada em um município de pequeno porte, localizado no interior do Estado do Ceará, a aproximadamente 50 km de Fortaleza, capital do Estado. Anteriormente denominada “Vila de Acarape”, termo de origem tupi-guarani (acará + pe, “caminho dos peixes”), a localidade integrou a província de Baturité até 1823, conquistando sua emancipação política em dezembro de 1868. Com população de 27.214 habitantes, segundo o Censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade é reconhecida por seu valor histórico e cultural, atraindo visitantes interessados em seus monumentos e memórias. No contexto desta investigação, parte das entrevistas foi realizada no distrito da região, situado a aproximadamente 11 km da sede do município. As entrevistas com as profissionais de saúde ocorreram em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), cujas identidades optei por preservar mediante o uso de nomes fictícios. Essa decisão visa resguardar tanto os depoimentos das entrevistadas quanto a singularidade das Unidades. Ao todo, foram realizadas 16 entrevistas, distribuídas entre quatro UBS. Duas dessas Unidades estão situadas em áreas interioranas de serra, e foram designadas como: 1 - UBS Jardim da vida, localizada a 24,8 km do centro da cidade, e 2 - UBS Flor da Serra, situada a 9 km da sede municipal. As outras duas unidades estão localizadas em contextos urbanos, uma no centro da cidade, nomeada como 3 - UBS Centro de Saúde Bem Viver, e outra localizada no distrito, denominada 4 - UBS Bem- Estar, a 11 km da sede do município.

Vale ressaltar que a escolha desses locais para a realização da pesquisa não foi aleatória, as UBS são territórios estratégicos de observação das relações entre trabalhadoras da saúde, comunidade e políticas públicas no cotidiano, funcionando como espaços de cuidado, mas também de reprodução e contestação das dinâmicas de gênero, classe e raça. Dessa forma, as entrevistas realizadas nesses contextos não apenas captaram informações sobre a realidade profissional das trabalhadoras do SUS, mas também revelaram as marcas estruturais de desigualdade que atravessam seus cotidianos.

Para melhor organização logística e aprofundamento contextual, o trabalho de campo foi dividido entre as quatro integrantes da pesquisa, considerando a proximidade territorial e a inserção social de cada uma. Uma das pesquisadoras, residente em uma serra próxima à UBS Flor da Serra, ficou responsável pela escuta qualificada nessa região, totalizando oito entrevistas, além de dividir comigo a realização das entrevistas na UBS Jardim da vida, onde realizamos três entrevistas. Assim, na região serrana, foram conduzidas ao todo onze entrevistas. A UBS Centro de Saúde Bem Viver, localizada no centro da cidade, ficou sob responsabilidade das outras duas bolsistas do projeto, que realizaram três entrevistas. Já a UBS Bem-Estar, situada em um distrito,

foi atribuída a mim, onde conduzi duas entrevistas. Somadas, foram realizadas cinco entrevistas nas regiões mais centrais do município. Embora a divisão territorial tenha facilitado o andamento e a logística da pesquisa, todas as integrantes participaram das etapas de transcrição e análise das entrevistas, realizando reuniões coletivas para discussão dos dados, cruzamento das falas e aprofundamento analítico das categorias emergentes. As entrevistas envolveram 16 profissionais da APS, com diferentes formações, funções e tempos de atuação, o que permitiu capturar uma diversidade de perspectivas sobre a prática profissional e a realidade do SUS. O grupo de entrevistados foi composto por:

Unidade Básica de Saúde Jardim da vida

- 1 Enfermeira – 32 anos – Parda – Mãe – Católica – Solteira – Renda familiar de R\$ 4.000
- 1 Agente Comunitário de Saúde (ACS) – 43 anos – Pardo – Pai – Evangélico – Casado – Renda familiar de 5 salários mínimos
- 1 Técnica de Enfermagem – 47 anos – Parda – Mãe – Católica – Casada – Renda familiar de 1 salário mínimo

Unidade Básica de Saúde Flor da serra

- 1 Auxiliar de Serviços – 38 anos – Parda (heteroidentificada como branca) – Mãe – Sem religião – Casada – Renda familiar de 1 salário mínimo
- 1 Enfermeira – 25 anos – Branca – Solteira – Católica – Renda mensal de R\$ 6.000
- 1 Médico – 39 anos – Branco – Solteiro – Católico – Renda mensal de R\$ 10.000
- 1 Recepcionista – 44 anos – Branca (heteroidentificada como parda) – Mãe – Evangélica – Casada – Renda familiar de 1 salário mínimo
- 1 Agente Comunitario de Saude (ACS) – 43 anos – Parda (heteroidentificada como branca) – Mãe – Católica – Casada – Renda familiar de 2 salários mínimos
- 1 Agente Comunitario de Saude (ACS) – 43 anos – Parda – Mãe – Católica – Casada – Renda familiar de 2 salários mínimos
- 1 Dentista – 37 anos – Branca – Mãe – Católica – Casada – Renda familiar de 3 salários mínimos
- 1 Técnica de Enfermagem – 46 anos – Negra – Mãe – Testemunha de Jeová – Solteira – Renda familiar de 2 salários mínimos

Unidade Básica de Saúde- Centro de Saúde Bem Viver

- 1 Enfermeira – 27 anos – Branca – Mãe – Católica – União estável – Renda familiar de R\$ 4.000
- 1 Técnica de Enfermagem – 45 anos – Parda – Mãe – Evangélica – Estado civil não informado – Renda familiar de 1 salário mínimo
- 1 Técnica de Enfermagem – 43 anos – Parda – Mãe – Católica – Estado civil não informado – Renda familiar de 2 salários mínimos

Unidade Básica de Saúde Bem-Estar

- 1 Enfermeira – 31 anos – Parda – Mãe – Católica – Casada – Renda familiar de 3 salários mínimos
- 1 Enfermeira – 27 anos – Parda (heteroidentificada como branca) – Mãe – Católica – Solteira – Renda familiar de R\$ 12.000

Ao todo, as entrevistas somaram 599.69 minutos de duração. Foram ouvidos 16 profissionais da Atenção Primária à Saúde, sendo: 4 técnicas de enfermagem, 5 enfermeiras, 1 médico, 3 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 auxiliar de serviços gerais, 1 dentista e 1 recepcionista. Por ser minha primeira experiência conduzindo entrevistas acadêmicas, senti-me bastante ansiosa e ao mesmo tempo empolgada por finalmente colocar em prática o que havia aprendido teoricamente. Muito desse nervosismo partia pela rotina intensa dos profissionais da APS, que estão constantemente envolvidos em ações de cuidado e organização da Unidade. Sabia que o tempo seria um desafio, especialmente para cumprir as 59 perguntas previstas no roteiro, em meio a atendimentos de rotina como curativos, vacinas, ações com gestantes, hipertensos, visitas e diabéticos.

Minha primeira ida a campo foi na UBS Jardim da vida, uma Unidade localizada em uma das serras mais altas da região. Na ocasião, estava sendo executado o Projeto de Intervenção do Estágio de algumas alunas do curso de Serviço Social e também uma ação de atendimento odontológico com uma van estacionada no local. Apesar da movimentação, conseguimos realizar três entrevistas naquele dia, divididas entre mim e outras duas bolsistas. Posteriormente, realizei mais duas entrevistas na UBS Bem-Estar, ambas com enfermeiras. No entanto, antes mesmo do início das entrevistas, enfrentei resistência por parte da coordenadora da Unidade, que demonstrou receio em autorizar minha presença no serviço. Para que ela permitisse a realização das entrevistas, apresentei o instrumental contendo as perguntas e o TCLE formalmente elaborado, já assinados pela coordenadora da pesquisa. Além disso, esclareci que minha participação também se fundamentava na Lei nº 15.069/2024, uma vez que o objetivo era

compreender como a Política Nacional de Cuidados (PNC) se articula e se materializa na vida das profissionais de saúde.

Apesar das interferências e dificuldades enfrentadas, essa experiência de campo de pesquisa foi extremamente significativa para minha formação acadêmica e pessoal. A vivência prática me proporcionou um amadurecimento metodológico, emocional e político ao lidar com os imprevistos e com a complexidade das relações estabelecidas entre pesquisadora e participantes. Pude experimentar diretamente os desafios do trabalho de campo, como a gestão do tempo, a adaptação ao contexto e a sensibilidade para perceber e respeitar os limites e disposições dos sujeitos entrevistados. Foi um processo que evidenciou, na prática, a densidade e a potência da pesquisa qualitativa, sobretudo quando orientada por princípios feministas e comprometida com a escuta ética e situada nas experiências vividas.

2.5. Análise das entrevistas

Segundo Lima (2020), a análise do conteúdo dos discursos privilegia aquilo que é dito, considerando o contexto social como elemento central, sem que outros aspectos da comunicação deixem de existir, mas ocupando posição secundária. Seguindo essa linha de pensamento, pude perceber durante as entrevistas um receio por parte das profissionais, presente mesmo antes do início das conversas. Muitas manifestavam preocupações não verbalizadas, mas perceptíveis em gestos e olhares, especialmente ao pensarem na possibilidade de que seus relatos fossem divulgados, comprometendo seu vínculo profissional ou que pudessem revelar lacunas em seu conhecimento sobre temas delicados como racismo e aborto. Desde o primeiro momento, percebi que a entrevista não funcionava apenas como registro de informações, mas como um espaço atravessado por hierarquias e vigilâncias, sobretudo em contextos mais conservadores e interioranos.

Além disso, o receio se intensificava ainda mais por eu ser residente do próprio município, uma vez que a proximidade social aumentaria a percepção de risco para elas e a minha necessidade de cautela para repassar confiança. Notei também que no interior, onde as conversas entre as pessoas costumam ser rápidas e informais, a formalidade de uma entrevista estruturada gerava desconforto e tensão, tornando evidente o desafio de obter narrativas mais abertas e reflexivas. Os silêncios, hesitações e respostas curtas que surgiam não poderiam ser interpretados como ausência de compreensão ou interesse, mas sim como estratégias de autopreservação diante de um espaço que apesar de proporcionar expressão, ainda reproduz mecanismos de censura, medo e controle social, evidenciando como o contexto social molda e limita a produção do discurso, conforme destaca Lima (2020).

Um aspecto importante identificado diz respeito às posições profissionais ocupadas pelas mulheres trabalhadoras. Observou-se que as mulheres que se autodeclararam pardas e negras estão majoritariamente inseridas em cargos de menor prestígio e remuneração como técnicas de enfermagem, recepcionistas e auxiliares de serviços gerais, enquanto as mulheres brancas se concentram em ocupações socialmente mais valorizadas, como dentistas. Essa desigualdade racial na hierarquização do trabalho se refletiu durante as entrevistas. As situações de maior violação de direitos, especialmente no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos, à violência institucional e à vulnerabilidade social, atingem de forma mais intensa as profissionais pardas e negras.

Capítulo 3- Direitos Sexuais e Reprodutivos como Dimensões Fundamentais dos Direitos Humanos

Este capítulo aborda as complexas intersecções entre os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, justiça reprodutiva e a materialização desses direitos na vida cotidiana de trabalhadoras mães do Sistema Único de Saúde (SUS) da atenção primária. Estruturado em dois subitens, o primeiro intitulado “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na Perspectiva da Justiça Reprodutiva”, apresenta o significado da justiça reprodutiva, originada no ativismo de mulheres afro-estadunidenses, latinas e asiáticas na década de 1990. Nessa perspectiva, o direito à autonomia sobre o corpo e a maternidade não pode ser reduzido à escolha individual, devendo ser garantido por políticas públicas que considerem as desigualdades estruturais de gênero, raça e classe. O capítulo também denuncia a seletividade histórica das políticas reprodutivas e a sobreposição de papéis atribuída às mulheres, evidenciando como o capitalismo e o patriarcado instrumentalizam a reprodução como ferramenta de dominação. A partir das experiências concretas das entrevistas realizadas com as trabalhadoras do SUS, analisa-se como barreiras materiais, ausência de apoio institucional, precarização do trabalho, dupla jornada de trabalho que reproduzem desigualdades e limitam o exercício pleno da cidadania, demonstrando que o direito à maternidade e ao cuidado exige condições concretas de vida, acesso à saúde, educação e segurança.

Em diálogo com a justiça reprodutiva, a Política Nacional de Cuidados (Lei nº 15.069/2024) é apresentada como um marco normativo que reconhece o cuidado como direito social e responsabilidade compartilhada entre Estado, famílias, setor privado e sociedade civil. O Subitem intitulado “Lei nº 15.069/2024 – Política Nacional de Cuidados: Reconhecendo Quem Sustenta a vida” aborda a relação entre políticas públicas de saúde, direitos reprodutivos e o

cotidiano das trabalhadoras do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da análise das entrevistas realizadas. O texto descreve que embora o SUS represente um avanço histórico ao reconhecer a saúde reprodutiva como dimensão central da vida das mulheres, a precarização dos serviços, a ausência de políticas interseccionais e a insuficiência de atenção integral dificultam a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos, atingindo especialmente mulheres negras, de baixa renda e residentes em áreas periféricas ou rurais. A análise parte do descompasso entre avanços normativos e a realidade cotidiana, mostrando como desigualdades de gênero, raça e classe ainda comprometem a autonomia reprodutiva e a realização plena do direito ao cuidado.

3.1. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na Perspectiva da Justiça Reprodutiva

A justiça reprodutiva emerge como um marco político, ético e estratégico originado no ativismo de mulheres afro-estadunidenses, latinas e asiáticas, durante a National Prochoice Conference for the Black Women's Caucus, em 1994. Esse movimento nasce como resposta crítica ao feminismo hegemônico, que reduzia as lutas das mulheres à liberdade individual de escolha sobre a maternidade e o aborto, sem considerar as desigualdades estruturais de raça, classe e gênero. Nesse sentido, a justiça reprodutiva propõe uma transformação profunda, compreendendo que o direito à autonomia só pode ser efetivado quando há condições materiais, sociais e políticas que garantam o bem-estar coletivo. Consolidada nas Conferências do Cairo (1994) e de Pequim (1995), essa perspectiva reconhece os direitos sexuais e os direitos reprodutivos como direitos humanos inalienáveis, articulando-os à luta contra as opressões históricas que atravessam a vida das mulheres racializadas.

Como define Lopes (2022), esses direitos abrangem a garantia da saúde sexual, da identidade de gênero e da autonomia reprodutiva, sendo instrumentos de emancipação e de justiça social. Nesse sentido, a justiça reprodutiva estabelece-se como um marco político e ético ao denunciar que as lutas das mulheres negras e de origens marginalizadas não podem ser reduzidas ao âmbito do feminismo hegemônico, centrado exclusivamente na liberdade individual ao garantir a plena cidadania e o exercício da igualdade de gênero para que essas mulheres fossem “livres”. Tal perspectiva ignora que a noção de liberdade é muitas vezes um privilégio de classe e raça, e que a cidadania plena somente pode ser efetivada quando se reconhecem as desigualdades estruturais que atravessam a reprodução e a sexualidade. Como destaca bell hooks (2018, p. 50), “Antes que pudesse haver qualquer igualdade de gênero em relação à questão do amor livre, as mulheres precisavam ter acesso garantido a métodos contraceptivos seguros e eficazes e ao aborto”. Assim, a noção de liberdade sexual e reprodutiva permanece

profundamente marcada por privilégios de classe e raça, tornando a cidadania plena um direito ainda seletivo e desigual.

No Brasil, a consolidação do conceito de direitos reprodutivos ocorreu sobretudo na década de 1990, impulsionada pelos debates internacionais promovidos pela ONU, que reafirmaram as pautas de gênero, equidade, autonomia e direitos humanos. Entretanto, suas raízes remontam às décadas de 1970 e 1980, quando feministas brasileiras começaram a refletir criticamente sobre o papel social e reprodutivo das mulheres, deslocando o foco da “saúde da mulher” para os direitos reprodutivos, que inserem a reprodução no campo político e dos direitos humanos (Ávila, 1989). No contexto do feminismo negro, a luta pela justiça reprodutiva também se constituiu como resistência às políticas de natalidade e controle populacional, historicamente voltadas às mulheres negras, indígenas e periféricas. Desde a década de 1980, o movimento de mulheres negras no Brasil tem denunciado a precariedade da saúde pública, a criminalização da reprodução e o silenciamento das experiências femininas sob múltiplas opressões (Teixeira; Gallo, 2021). Um marco importante desse processo é a Carta de Itapecerica da Serra (1984), na qual militantes e profissionais da saúde denunciaram as péssimas condições de trabalho, a ausência de políticas de reprodução e sexualidade e a sobrecarga do cuidado feminino, revelando a centralidade do gênero e da raça na exploração profissional e doméstica.

Mais do que uma reivindicação política, a justiça reprodutiva defende o direito não apenas de decidir sobre a maternidade, mas também de exercer a maternidade com dignidade, em condições que garantam acesso à saúde, à educação e à segurança. Como aponta Lima (2020), trata-se de um conceito que articula saúde, sexualidade e direitos humanos, oferecendo uma leitura interseccional das desigualdades que configuram a vida das mulheres negras e pobres. Ao contrário das concepções liberais que reduzem a reprodução a uma questão de escolha individual como o direito ao aborto ou o uso de métodos contraceptivos, a justiça reprodutiva revela que a autonomia do corpo é condicionada por estruturas sociais, raciais e econômicas (Ross, 2017). Nesse sentido, a discussão se torna também uma crítica às políticas de controle da natalidade direcionadas às mulheres do Sul Global (Lima, 2020), evidenciando o modo como o racismo e o capitalismo operam na regulação dos corpos e da vida.

Assim, a lógica que sustenta essas opressões é a mesma que estrutura o sistema patriarcal e capitalista, responsável por transformar o corpo das mulheres em instrumento de controle social e econômico. Como pontua Federici (2023, p. 178), “a partir de agora, seus úteros se transformaram em território político, controlados pelos homens e pelo Estado: a procriação foi colocada diretamente a serviço da acumulação capitalista”. Essa análise permite compreender que o controle reprodutivo vai além da moralidade e da religião, constituindo-se como

mecanismo de manutenção das hierarquias de poder e das desigualdades de gênero, classe e raça. Dessa forma, o debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos enraizado nas lutas históricas feministas denuncia que o controle sobre os corpos femininos permanece sendo utilizado como um instrumento de poder e dominação. A interseccionalidade de gênero, raça e classe torna-se um marcador decisivo das desigualdades estruturais que se reproduzem inclusive nas políticas de saúde (Rivera; Scarcelli, 2021; Miranda et al., 2023). Mulheres negras, pobres e periféricas continuam enfrentando barreiras no acesso à saúde reprodutiva e materna, vivenciando negligência, coerção e discriminação, condições que reforçam o abismo entre o direito formal e a realidade concreta.

Emanuelle Góes (2018) escancara uma realidade construída pelo racismo no Brasil, ao apontar que mulheres negras seguem sendo historicamente privadas de condições dignas de vida e saúde, enfrentando barreiras estruturais que as impedem de acessar plenamente os serviços de saúde e uma atenção integral voltada às suas necessidades específicas. Essas barreiras, ao se somarem a outras dimensões de opressão como o sexismo e o classismo, intensificam sua vulnerabilidade social atravessada por raça, perpetuando um ciclo de exclusão e desigualdade. A autora evidencia que, em comparação às mulheres brancas, as mulheres negras têm menor acesso à educação, ocupam posições sociais e econômicas mais precárias, vivem em condições de moradia desfavoráveis e enfrentam obstáculos no campo da saúde reprodutiva, com menos acesso a métodos contraceptivos e, conseqüentemente, maior exposição a gestações não planejadas.

A saúde sexual e reprodutiva, portanto, não pode ser compreendida isoladamente, mas sim como um reflexo das desigualdades estruturais que atravessam gênero, raça e classe. Nesse contexto, é fundamental reconhecer que as próprias trabalhadoras do Sistema Único de Saúde (SUS), ao mesmo tempo em que atuam na linha de frente do cuidado, também são usuárias desse sistema e vivenciam um profundo descompasso entre o discurso institucional de proteção e a realidade precária das condições de trabalho e acesso à saúde. A partir da análise das entrevistas, é possível perceber as lacunas presentes no cotidiano do SUS. Dentre as 14 profissionais mulheres entrevistadas, apenas 4 (28,6%) utilizam métodos anticoncepcionais, enquanto 10 (71,4%) não fazem uso, pois há um desconforto com efeitos colaterais ou dificuldades de conciliar o uso com a rotina de trabalho, o mal-estar persiste como afirma Ana (44 anos, parda, recepcionista, mãe, trabalhadora UBS rural- Flor da serra) “É porque eu não tenho opções. Eu tive trombose na perna e, depois, por conta da idade, não posso tomar o anticoncepcional, injetável, comprimido... sofri complicação mesmo de saúde.”, da mesma forma outras profissionais também demonstram sentir desconfortos

Assim, eu engravidei porque eu não me sentia bem com o anticoncepcional. Eu tive um choque anafilático devido ao anticoncepcional e aí eu acabei parando. E por isso que foi até a terceira gravidez, que foi o momento que eu escolhi fazer a laqueadura. (Diara, 32 anos, parda, enfermeira, mãe, trabalhadora UBS rural- Jardim da vida)

Sim, eu tomava o comprimido e eu não queria o injetável porque eu achava uma dose muito grande de hormônio e eu não sabia como meu corpo ia reagir, e como eu já tava muito gordinha (risos), eu fiquei com medo de engordar mais e o anticoncepcional oral tava me causando muitas crises de enxaqueca. (Antonia, 43 anos, parda, Agente Comunitária de Saúde, mãe, trabalhadora UBS rural- Flor da serra)

Não, não é, né? Mas eu tive que me adaptar a isso por conta da minha idade. Eu já tenho 38 anos e tomava anticoncepcional, mas estava me dando muita dor de cabeça; eu não ficava bem de jeito nenhum. Eu sei dos outros métodos, né? Tem o DIU, o Implanon, mas eu optei pela tabelinha — não é segura, viu? De jeito nenhum. (Maria, 38 anos, parda, mãe, trabalhadora UBS rural- Flor da Serra)

Esses dados revelam a contradição entre a retórica institucional dos direitos sexuais e reprodutivos e a realidade concreta vivida por essas mulheres que apesar dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos serem formalmente garantidos, o acesso a esses direitos é limitado, evidenciando como estruturas de poder continuam a restringir a autonomia das mulheres e a decisão sobre a reprodução, reproduzindo desigualdades mesmo entre profissionais do próprio sistema de saúde.

O processo de amamentação evidencia uma outra problemática das barreiras materiais e institucionais enfrentadas pelas mulheres negras, mesmo quando estão inseridas no mercado de trabalho e possuem conhecimento técnico

Difícil. Praticamente tive seis filhos, mas só amamentei três. O primeiro, o segundo e o terceiro, não amamentei. O quarto, sim, e amamentei até os três anos. Na quinta gravidez, que foram gêmeos, amamentei apenas 16 dias, porque não tinha condições de amamentar duas crianças; praticamente não tinha leite. É muito difícil. Eu acho que a parte mais difícil é a amamentação, o período pós-gestação, depois que o bebê nasce. (Laura, 46 anos, negra, técnica em enfermagem, mãe, trabalhadora UBS rural- Flor da Serra)

No Brasil, o cotidiano evidencia esse cenário. A luta se entrelaça com as marcas da colonização, sustentadas por estruturas sociais que reproduzem ainda hoje através de agendas internacionais e políticas o racismo, capitalismo e as hierarquias patriarcais, consolidando um sistema de opressão que atravessa todas as esferas da vida social. Apesar de avanços normativos e políticas de saúde reprodutiva, as mulheres negras permanecem desproporcionalmente vulneráveis, como alta taxa de mortalidade materna, abortos inseguros, violência obstétrica, estupro, negligência médica e dentre outros tipos de violência (Criola, 2021). Esses indicadores refletem não apenas falhas do sistema de saúde, mas uma herança colonial e racista que

historicamente controlou os corpos das mulheres racializadas, ora negando-lhes direitos reprodutivos, ora explorando-os para manutenção da força de trabalho e da dominação social (Góes, 2018). A negação de acesso a métodos contraceptivos, pré-natal com curta duração, ausência de educação sexual, violência obstétrica, a criminalização do aborto e a manutenção de práticas de controle populacional seletivo, como esterilizações forçadas do século XX, demonstram como o racismo, o clasismo e o patriarcado instrumentalizam a reprodução como ferramenta de dominação (Miranda et al., 2023; Rezende et al., 2021; Teixeira et al., 2021).

Essa interpretação se concretiza no próprio Sistema de Saúde, particularmente no âmbito da APS, espaço no qual esta pesquisa se desenvolveu. Ao longo das entrevistas, foi possível evidenciar que as condições de trabalho das mulheres trabalhadoras expressam a persistência de desigualdades estruturais no qual limitam a efetivação da justiça reprodutiva. Observou-se a precariedade dos espaços físicos, a ausência de ambientes adequados para a amamentação, o descumprimento das políticas que asseguram o direito ao aleitamento materno e a licença-maternidade e outras lacunas existentes para promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, o que demonstra como a estrutura institucional reproduz a invisibilidade das necessidades específicas das mulheres trabalhadoras e mães. Maria (27 anos, branca, enfermeira, mãe, trabalhadora UBS urbana- Centro de Saúde Bem Viver) relata:

Eu acho que, porque eu estou dentro da saúde, né? A gente vê muita coisa acontecendo. E aí eu não sei se naquela época, quando eu fui mãe muito cedo, eu tinha tempo para amamentar. Conseguia amamentar pelo menos os seis meses exclusivos, né? Que era necessário para a criança, Mas hoje em dia, eu não sei se conseguiria. Porque a licença do meu município só é quatro meses, porque tem a pressão da gestão de você voltar, entendeu? É muita coisa, gente. Eu acho que talvez isso tenha decidido talvez eu não ter um segundo filho. Eu não sei. Eu até disse que se eu não tiver outro, segundo-filho até 30 anos, eu não tenho mais. Porque também eu acho que não faz sentido você ser mãe muito velha, porque você não consegue aproveitar a criança.

O depoimento de Maria evidencia a contradição institucional já presente nas próprias diretrizes do Sistema, além da insuficiência de políticas que garantem o aleitamento materno. A licença-maternidade, assegurada pela Constituição Federal de 1988, prevê 120 dias de afastamento remunerado sem prejuízo do vínculo de trabalho (Messias et.al., 2025), no entanto, sua aplicação enfrenta barreiras, sobretudo para trabalhadoras contratadas em municípios de pequeno porte, onde a pressão gerencial e a precarização do trabalho minam a efetividade do direito formalmente garantido. Em muitos casos, como expõe Maria, o retorno antecipado ao trabalho não ocorre por escolha da trabalhadora e no tempo de 6 meses, mas pela necessidade de manter o emprego ou pelo medo de represálias institucionais, configurando uma violação indireta de um direito constitucionalmente garantido.

Assim, essa dinâmica expõe a contradição entre o discurso de proteção à maternidade e a realidade de exploração e controle sobre o tempo e o corpo das mulheres trabalhadoras. A redução do período de convivência com o recém-nascido acarreta, ainda, o desmame precoce e a introdução alimentar antecipada, práticas que não apenas comprometem o desenvolvimento infantil e o vínculo entre mãe e bebê, mas também evidenciam o desamparo das políticas públicas frente às condições reais de vida dessas mulheres.

Luiza (43 anos, parda, técnica de enfermagem, mãe, trabalhadora UBS urbana- Centro de Saúde Bem Viver) revela as contradições entre maternidade, trabalho e sobrevivência em uma sociedade atravessada por desigualdades de gênero e classe. Ao narrar a rotina exaustiva de quem precisa conciliar dois empregos, o cuidado com o filho e a manutenção da casa, a trabalhadora expressa a dimensão concreta daquilo que Federici (2021) denomina como apropriação capitalista do trabalho reprodutivo, o corpo e o tempo das mulheres tornam-se recursos a serviço da produção e da reprodução social. A culpa expressa no depoimento:

Quando a gente trabalha, que a gente tem filhos, a gente deixa um pouco a desejar. Assim, porque eu, no meu caso, eu trabalhava no hospital e posto de saúde. Eu saía daqui... Passava o dia, à noite, eu ia só em casa, saía às quatro, Ali me tomava um banho, ajeitava as coisas em casa, ajeitava a minha bolsa. Passava pouco tempo, sempre eu deixava ele com a minha mãe, né? Porque eu não tinha como deixar ele em casa, porque eu não tinha empregada. Passava na mãe, via ele e ia pro plantão da noite. Saía de manhã, passava na mãe, ele ia pra aula, Aí, quando ele saía da aula, À tarde, eu pegava ele, porque eu já tava em casa. Então, assim, é muito pouco tempo e muito corrido. Pra quem trabalha e tem filho. Tá entendendo? Principalmente quem trabalha em dois trabalhos. E assim, muitas vezes eu trocava o plantão no final de semana. Eu pagava pra passar mais tempo com ele. Sabe? Porque às vezes ele me cobrava. Ele dizia, mãe, vamos sair hoje. Vamos pra tal canto, vamos pra tal canto, vamos pra piscina. Aí eu... Aquilo me doía, aí eu pagava o plantão, vamos, a gente vai pra piscina, a gente vai pra praia, a gente vai ficar mais na praça, Aí eu pagava pra dar mais tempo a ele. E às vezes eu disse, meu filho, a mãe tá trabalhando pra poder suprir com suas necessidades. Eu sei que seu pai trabalha, mas é pra casa. Mas aí a gente que é mãe, que é besta, né, A gente quer dar mais, algo a mais aos filhos da gente. Então, assim, se era uma roupa, se era um brinquedo, se era um aniversário, se era um passeio. Eu tinha do meu dinheiro para eu poder dar a ele. Aquilo me sentia, eu me sentia bem, tá entendendo? E é isso.

Dessa forma, ao mesmo tempo em que o SUS institui normas e campanhas de promoção da saúde reprodutiva e da amamentação para as usuárias, invisibiliza os dilemas e limitações vividos por suas próprias trabalhadoras. Essa desconexão entre norma pública e execução cotidiana evidencia o que Joan Tronto (2007) analisa como falha na institucionalização do cuidado. As ausências de cuidado não são meras falhas administrativas, mas expressões materiais de um sistema patriarcal e capitalista que naturaliza o cuidado como responsabilidade feminina e desconsidera a maternidade como uma dimensão social e política. No contexto da APS, onde o cuidado deveria ser integral e humanizado, a falta de políticas efetivas de suporte à

maternidade e à primeira infância reforça a desigualdade de gênero e raça e o abandono institucional. Assim, o cotidiano dessas mulheres revela que a violação dos direitos reprodutivos e a precarização das condições de trabalho estão interligadas, configurando uma das faces mais concretas da negação da justiça reprodutiva.

3.2. Lei nº 15.069/2024 – Política Nacional de Cuidados: Reconhecendo Quem Sustenta a vida

A Política Nacional de Cuidados (PNC), instituída pela Lei nº 15.069/2024, surge como uma tentativa de responder a uma questão antiga, mas historicamente invisibilizada: quem cuida de quem cuida?. A lei parte do reconhecimento de que o cuidado é um direito social e uma responsabilidade compartilhada entre Estado, famílias e sociedade, rompendo com a ideia de que ele deve permanecer restrito ao espaço doméstico e às mulheres. Ao estabelecer princípios como a dignidade humana, a igualdade de gênero, a equidade racial e a solidariedade intergeracional, a PNC propõe um novo olhar sobre a organização social do cuidado no Brasil, no qual busca retirar o peso desse trabalho das costas femininas e colocá-lo no centro do debate público.

Os objetivos da Política Nacional de Cuidados reforçam a urgência de reconhecer o cuidado como um direito e não como um dever naturalizado das mulheres. A lei propõe garantir o acesso integral e progressivo ao cuidado, valorizar o trabalho das cuidadoras, redistribuir as responsabilidades não remuneradas e compatibilizar o trabalho produtivo com o reprodutivo. Na teoria, trata-se de um avanço importante, pois desloca o cuidado da esfera privada para o campo das políticas públicas, reconhecendo-o como dimensão essencial da vida e da própria reprodução social. No entanto, o desafio reside em transformar esse marco legal em realidade concreta para as mulheres que historicamente sustentam o cuidado sob condições de exploração e precarização, sobretudo para as mulheres negras.

Apesar dos avanços representados pela instituição da Política Nacional de Cuidados (PNC) pela Lei nº 15.069/2024 e pela regulamentação posterior do Plano Nacional de Cuidados por meio do Decreto nº 12.562/2025, ainda persistem lacunas significativas que precisam ser consideradas para a efetiva materialização da política. Embora o marco legal estabeleça diretrizes, metas e responsabilidades institucionais, bem como preveja fontes de financiamento por meio de dotações orçamentárias da União e de outros entes federados, a definição concreta dos recursos necessários para sua implementação permanece em aberto, dependendo de alocações futuras no orçamento público e de normativas complementares que operacionalizem suas ações de forma integrada (Brasil, 2024; Brasil, 2025). Ademais, a regulamentação aponta para a necessidade de instrumentos específicos, monitoramento intersetorial e articulação

federativa, elementos que ainda se encontram em processo de construção. Assim, mesmo com o avanço normativo, a PNC ainda enfrenta desafios relacionados à consolidação de um plano de trabalho plenamente estruturado e dotado de orçamento definido, o que evidencia a distância entre a formulação legal e a implementação concreta da política.

Como analisa Angela Davis (2016), as mulheres negras sempre estiveram inseridas no mundo do trabalho, ainda que em posições subordinadas e desumanizantes. Durante a escravidão, seus corpos foram moldados por um regime de trabalho compulsório que apagou outras dimensões de sua existência. Diferentemente das mulheres brancas, às quais se associou o ideal de fragilidade e domesticidade, as mulheres negras foram reduzidas à força de trabalho semelhante às de homens escravizados, para as mulheres negras, o gênero como categoria “mulher” não existia nos mesmos termos que para as mulheres brancas (Lugones, 2014). Entretanto, quando as mulheres escravizadas não estavam no trabalho do campo, elas estavam inseridas no trabalho doméstico, como cozinheiras, amas de leite, lavadeiras, cuidadoras, funções que sob novas formas, continuam a estruturar o sistema contemporâneo de cuidados. Essa herança racial e patriarcal faz com que o trabalho de cuidado, mesmo quando remunerado, permaneça desvalorizado e invisibilizado, naturalizando a ideia de que cuidar é uma “vocação feminina”, especialmente das mulheres negras e pobres.

Os depoimentos das profissionais do SUS entrevistadas indicam que embora a Política Nacional de Cuidados tenha sido implementada apenas no ano passado, ainda existem desafios para que seus objetivos se concretizem na realidade cotidiana das mulheres trabalhadoras. Quando Fábria (31 anos, parda, enfermeira, mãe, trabalhadora UBS urbana- Bem-Estar) afirma: “Antes de vir, já trabalha. Já trabalha. Fazer café, né?”, ou quando Luiza 43 anos, parda, técnica de enfermagem, mãe, trabalhadora da UBS urbana- Centro de Saúde Bem Viver) descreve: “Eu boto roupa na máquina, boto as panelas no fogo e tô na pia, umas três coisas numa hora”, o que emerge dessas vozes não é apenas a rotina exaustiva, mas a permanência de uma lógica histórica. Esses depoimentos, de forma direta e cotidiana, traduzem a complexidade da chamada “dupla jornada”, marcada pela sobreposição do trabalho doméstico não remunerado ao trabalho formal (Hirata, 2016). No entanto, vão além dessa definição ao evidenciar o caráter estrutural dessa exploração, que não se limita ao acúmulo de tarefas, mas expressa a forma como o sistema capitalista e patriarcal organiza a vida social, sustentando-se na apropriação invisível do tempo e da energia das mulheres. Como afirma Federici (2019, p. 154) “Enquanto o trabalho reprodutivo continuar a ser uma responsabilidade individual ou familiar, talvez não tenhamos escolha, sobretudo se precisarmos cuidar de pessoas doentes ou dependentes, e ao mesmo tempo assegurar um emprego fora do lar.”.

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Cuidados (PNC) emerge como uma tentativa de romper com essa lógica histórica ao reconhecer o cuidado como um direito e como uma responsabilidade coletiva. Ao propor a redistribuição do cuidado, a PNC desafia diretamente uma estrutura social fundada sobre a exploração do tempo e da energia das mulheres. Como analisa Federici (2019), o trabalho doméstico e de cuidado foi deliberadamente invisibilizado e desvalorizado, constituindo o “ponto zero da revolução”, o espaço em que se produz e reproduz a vida, e simultaneamente, a força de trabalho necessária à manutenção do capitalismo. Os relatos das trabalhadoras do SUS evidenciam como essa herança ainda atravessa o cotidiano feminino. O cuidado segue sendo vivido como uma obrigação moral, como destino biológico das mulheres. A chamada “dupla jornada”, que sobrepõe o trabalho formal ao doméstico, traduz não apenas o acúmulo de tarefas, mas a permanência de um modelo de sociedade que depende da doação emocional e física das mulheres para funcionar.

Um relato que revela um paradoxo ético e emocional de quem carrega o peso simbólico do cuidar é o de Diara (32 anos, parda, enfermeira, mãe, trabalhadora UBS rural- Jardim da Vida): “Porque assim, quem é da saúde enfrenta uma correria muito grande no dia a dia. E aí, às vezes, a gente deixa de cuidar da gente para cuidar do próximo e esquece mais a gente. Na questão da maternidade, até mesmo da saúde. E planejar alguma coisa, né? E aí, influencia.”. O que a trabalhadora afirma que o cuidado mesmo profissionalizado, ele ainda é tratado como uma expressão de amor e não como um trabalho qualificado que exige tempo, estrutura e reconhecimento. A noção de “vocação feminina” reforça essa desvalorização. Sob o discurso da natureza cuidadora da mulher, o sistema capitalista e patriarcal perpetua a ideia de que a dedicação, a paciência e a empatia são atributos inatos e, portanto, não merecem remuneração ou descanso. Essa romantização do cuidado mascara a violência cotidiana que recai sobre as mulheres, sobretudo as negras e pobres, que historicamente assumem os trabalhos de cuidado mais precarizados nos lares, nos hospitais, nas escolas, nas creches.

Nesse sentido, a Lei nº 15.069/2024 representa um avanço político e simbólico ao reconhecer o cuidado como um bem público e ao pautar princípios como a igualdade, a equidade, a corresponsabilidade e a valorização da vida. No entanto, sua efetivação depende de um comprometimento real do Estado em transformar tais princípios em políticas concretas como ampliando creches, centros de convivência, serviços de apoio e garantindo condições de trabalho dignas para quem cuida. Enquanto o cuidado permanecer restrito à esfera privada e à “vocação” feminina, continuará sendo o espaço onde se reproduzem as desigualdades de gênero, raça e classe. Transformar o cuidado em direito social implica enfrentar o próprio núcleo da racionalidade capitalista, que mede o valor da vida pelo desempenho produtivo e ignora o

trabalho invisível que sustenta a existência. Portanto, reconhecer e valorizar o cuidado é, antes de tudo, um ato político de reparação histórica, um passo essencial para a construção de uma sociedade que finalmente reconheça o que sempre sustentou silenciosamente, o trabalho das mulheres.

Capítulo 4 - As Trabalhadoras do SUS: entre o cuidar e ser cuidada

Este capítulo tem como objetivo analisar as contradições que atravessam a atuação das profissionais de saúde na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no que se refere à efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos e às condições de trabalho das mulheres que as implementam. O capítulo está dividido em dois eixos, o primeiro, “Implementação das políticas de direitos sexuais e reprodutivos na atenção básica do SUS”, discute o papel das profissionais da saúde na consolidação dessas políticas, contextualizando historicamente e evidenciando as desigualdades de gênero, raça e classe que perpassam a organização do cuidado no sistema público de saúde. Já o segundo, “Trabalho reprodutivo invisibilizado e desvalorizado das trabalhadoras do SUS”, busca refletir sobre como essas mesmas profissionais, responsáveis por garantir assistência reprodutiva e promoção da autonomia de outras mulheres, enfrentam cotidianamente a precarização, a sobrecarga e a desvalorização de seu próprio trabalho.

No desenvolvimento do capítulo, discuto como o SUS, apesar de representar uma grande conquista social, não conseguiu romper com as desigualdades históricas que estruturam a sociedade brasileira. Assim, as contradições do sistema aparecem justamente porque ele amplia direitos, mas ainda funciona dentro de um contexto marcado por desigualdades. O sistema é um dos maiores exemplos de política pública de inclusão social do país, garantindo acesso à saúde como direito universal, entretanto sua sustentação depende, em grande medida do trabalho cotidiano de milhares de mulheres que enfrentam condições marcadas pela desigualdade de gênero e raça, baixos salários, jornadas extensas e acúmulo de responsabilidades tanto no ambiente profissional quanto no doméstico. Esse paradoxo evidencia que o cuidado no SUS apresenta um paradoxo, sendo o sistema estruturado sobre uma lógica que naturaliza a dedicação das mulheres, sem assegurar que elas próprias sejam cuidadas ou protegidas em suas demandas básicas de saúde, segurança e bem-estar.

Assim, discutir o “cuidar” no SUS implica também refletir sobre quem cuida de quem cuida, uma questão fundamental para compreender os limites e as possibilidades da justiça reprodutiva e da efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil contemporâneo. Por fim, o capítulo propõe uma leitura interseccional e feminista das relações de trabalho e das

políticas de saúde, apontando para a necessidade de que as trabalhadoras do SUS não sejam vistas apenas como prestadoras de cuidado, mas também como sujeitas de direito, cujas condições de vida e de trabalho precisam ser reconhecidas, valorizadas e protegidas pelas próprias políticas que elas ajudam a construir e implementar.

4.1. Saúde, gênero e raça: a construção dos direitos sexuais e direitos reprodutivos no SUS

A análise da implementação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos na atenção básica do SUS deve ser compreendida à luz das contradições históricas que estruturam o sistema de saúde brasileiro. Conforme discutido no capítulo anterior, os direitos sexuais e reprodutivos ancorados na noção de justiça reprodutiva, emergem como uma resposta política às desigualdades de gênero, raça e classe que atravessam a experiência das mulheres. A Carta de Itapecerica da Serra já mencionada anteriormente, foi elaborada em meio à crise socioeconômica que marcou o Brasil na década de 1980, evidenciando as condições precárias de atendimento às mulheres e denunciando a visão patriarcal que as percebia apenas como reprodutoras, negando-lhes o direito de decisão sobre o próprio corpo (Silveira et al., 2020).

Contudo, ainda que os direitos sexuais e direitos reprodutivos tenham sido incorporados ao arcabouço normativo e institucional do SUS, sua efetivação é marcada por profundas contradições. O discurso da autonomia reprodutiva, presente nos marcos legais e nas diretrizes de políticas públicas, frequentemente se choca com práticas institucionais que reproduzem desigualdades históricas e perpetuam o controle sobre os corpos femininos. Como apontam Corrêa e Petchesky (1996), as políticas populacionais e de saúde reprodutiva foram ao longo do tempo, utilizadas como instrumentos de regulação social, ora reforçando a maternidade compulsória e a ideia da mulher como responsável pelo cuidado da família, ora impondo limites à sua capacidade de decidir sobre seu corpo e sua vida. Nesse sentido, a pergunta feita pelas autoras sobre “Quais as obrigações dos governos e organizações internacionais no sentido de assegurar as condições necessárias para escolhas livres e responsáveis?” expressa a tensão entre o ideal de liberdade individual e as determinações estruturais que moldam o acesso das mulheres à saúde e aos direitos reprodutivos.

Essa contradição revela que o Estado brasileiro ao mesmo tempo em que assume o compromisso formal de garantir a universalização do acesso à saúde, opera sob uma lógica que continua a invisibilizar as desigualdades que atravessam a experiência das mulheres, especialmente das mulheres negras e trabalhadoras (Pina et al., 2024). O SUS, concebido como uma política pública universal e igualitária, é também um campo de disputa onde se materializam relações de poder e hierarquias de gênero e raça. Assim, as práticas cotidianas nos

serviços de saúde reproduzem muitas vezes de forma sutil, as estruturas patriarcais e coloniais que definem quem tem direito a ser cuidada e em quais condições.

A criação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) deve ser compreendida como parte das conquistas históricas que consolidaram o SUS e da efetivação do princípio da universalização do direito à saúde, previsto na Constituição Federal de 1988. Enquanto principal porta de entrada do sistema, as UBS materializam a proposta da Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia de reorganização territorial e da aproximação entre Estado e comunidade, possibilitando que as políticas públicas se concretizem no cotidiano das populações (Lopes et al., 2023). No entanto, ao mesmo tempo em que esses espaços representam um avanço na democratização do acesso à saúde, também revelam as contradições estruturais do sistema, especialmente no que se refere à implementação dos direitos sexuais e reprodutivos das trabalhadoras.

Isso porque, embora as UBS sejam o lócus privilegiado para a promoção da autonomia reprodutiva e do cuidado integral, na prática muitas vezes reproduzem visões moralizantes que limitam a sexualidade das mulheres à reprodução, negligenciando as dimensões do prazer, da liberdade e da autodeterminação (Telo, 2016). Essa limitação revela o predomínio de uma racionalidade técnica e patriarcal no campo da saúde, em que o corpo das mulheres é frequentemente reduzido a objeto de intervenção médica, controlado por discursos sexistas. Essa postura institucional reflete a persistência de um modelo biomédico centrado na doença e na reprodução biológica, o qual negligencia os aspectos psicossociais, afetivos e culturais que atravessam as experiências das mulheres em sua pluralidade (Conceição, 2021).

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS), realizada em Alma-Ata, em 1978, definiu a APS como chave para a implementação de um sistema de saúde que promova o desenvolvimento social e a saúde como direito humano fundamental (OMS, 1979). Essa concepção foi revolucionária porque deslocou o foco da medicina curativa e hospitalocêntrica para uma abordagem integral, territorializada, de promoção à saúde participativa. No entanto, o que se observa no contexto brasileiro é que a materialização dessa proposta foi atravessada por contradições históricas, políticas e ideológicas. Se por um lado o sistema de saúde se consolidou como uma das maiores conquistas sociais do país, por outro, ele também se tornou campo de disputa entre o projeto emancipatório da Reforma Sanitária, o projeto neoliberal e as forças conservadoras que buscam manter o controle sobre os corpos e a vida das mulheres.

As UBS, inspiradas por essa concepção de atenção primária, passaram a constituir o primeiro nível de contato da população com o SUS, representando o espaço privilegiado para concretização dos princípios de universalidade, integralidade e equidade (Nunes, 2018). No

entanto, elas não se configuram apenas como estruturas técnicas de atendimento, mas como territórios políticos e simbólicos onde se expressam as tensões entre os ideais de equidade e as práticas cotidianas marcadas pela hierarquia e pela reprodução das desigualdades. Dessa forma, as UBS se tornam espaços em que a integralidade da atenção e o respeito aos direitos sexuais e direitos reprodutivos são continuamente tensionados pelas limitações institucionais, pela precarização do trabalho e pelas desigualdades que atravessam tanto as vidas das usuárias quanto a dos próprios profissionais. Assim, a atenção básica representando um espaço privilegiado da execução das políticas de saúde sexual e reprodutiva, torna-se também o cenário em que essas contradições são evidenciadas (Lemos, 2014). As profissionais que ali atuam, em sua maioria mulheres, não apenas executam políticas que buscam promover a autonomia e o cuidado integral, mas o fazem sob condições de trabalho precárias, marcadas pela sobrecarga e pela desvalorização. É nesse ponto que a discussão sobre a implementação das políticas de direitos sexuais e direitos reprodutivos precisa ser ampliada, não se trata apenas de avaliar o acesso das usuárias aos serviços, mas de compreender como as próprias trabalhadoras da saúde que são simultaneamente agentes e sujeitas dessas políticas vivenciam as desigualdades estruturais que o SUS deveria enfrentar.

Dessa forma, pensar a efetivação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos exige deslocar o olhar do “objeto” das políticas para as relações sociais e institucionais que as sustentam. Isso implica reconhecer que a saúde reprodutiva não pode ser reduzida a um conjunto de procedimentos biomédicos, mas deve ser entendida como um campo político que expressa as condições materiais e simbólicas da vida das mulheres. Quando o sistema falha em garantir condições dignas de trabalho, reconhecimento e proteção às profissionais que cuidam, ele também falha em assegurar a integralidade do cuidado e a justiça reprodutiva que orienta o SUS em seus princípios fundantes.

A Reforma Sanitária Brasileira, consolidada entre as décadas de 1970 e 1980, constituiu-se como um marco político e social na redefinição do que significava o conceito de saúde e na formulação de um projeto de sociedade orientado pelos princípios da justiça social e da universalização dos direitos. Conforme analisa Maria Inês Bravo (2006), a Reforma não se limitou a uma reestruturação administrativa ou técnica do sistema de saúde, mas representou um movimento de contestação ao modelo médico-hospitalocêntrico e privatista, propondo a saúde como um direito social universal. “A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária” (Bravo, 2009, p.9). Nesse sentido, a Reforma deve ser compreendida como uma expressão do processo de redemocratização do Estado brasileiro que mobilizou distintos sujeitos

políticos, profissionais da saúde, intelectuais, movimentos sociais e populares em torno de um projeto societário contra-hegemônico, pautado nos valores da equidade, da participação social e da emancipação humana (Bravo, 2009). Desse movimento emergiu o Sistema Único de Saúde (SUS), entendido como uma conquista histórica e política que materializa o princípio de que a saúde se constitui em um direito de todos e um dever do Estado. A partir da Constituição Federal de 1988, o SUS foi instituído no âmbito da Seguridade Social, consolidando os princípios de universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços de saúde. Sua regulamentação pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990 garantiu a estruturação do sistema como público, estatal e descentralizado, com participação social e complementaridade do setor privado, marcando um importante avanço na democratização do direito à saúde no Brasil.

Além disso, o movimento feminista brasileiro teve papel central na ampliação do conceito de saúde das mulheres, questionando a lógica materno-infantil que restringia a atenção à reprodução biológica e colocava a mulher apenas no papel social de mãe (Silveira et al., 2020, Costa; Lobato, 2024), assim como também evidenciaram os debates sobre corpo, saúde, sexualidade e violência. Nesse contexto, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983, emerge como um marco histórico e político ao propor uma abordagem integral e emancipatória da saúde das mulheres, pautada na autonomia reprodutiva e na garantia de direitos. Essa perspectiva se fortaleceu com a expansão dos movimentos feministas internacionais, que passaram a questionar as múltiplas desigualdades e limitações impostas às mulheres, compreendendo-as como construções históricas e não naturais, sobretudo no campo das políticas públicas com foco na área da saúde (Rattner, 2020).

Seguindo esse panorama, a luta pelo reconhecimento da autonomia reprodutiva no Brasil se entrelaça à própria trajetória da Reforma Sanitária, uma vez que ambas compartilham a defesa da saúde como um direito universal e indissociável da cidadania. A partir das mobilizações sociais que antecederam a Constituição Federal de 1988, o debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos ganhou relevância, impulsionado especialmente pelas demandas dos movimentos feministas que reivindicavam o reconhecimento da autonomia das mulheres sobre seus corpos e decisões reprodutivas

Nos anos 1980, além do movimento da reforma sanitária, propondo o direito universal à saúde, o movimento feminista incidiu sobre a saúde das mulheres para mudar o enfoque ‘materno-infantilista’, que restringe a atenção à saúde aos aspectos da maternidade. Nesse contexto, surgiu, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism). Ele foi e ainda é uma política de vanguarda porque propõe para a mulher a autonomia decisória nos assuntos reprodutivos, a abordagem ampla por parte da oferta dos serviços abrangendo o conjunto dos problemas e demandas femininas e advoga por mudança nas relações de poder entre mulheres e profissionais de saúde. A estratégia

inovadora do Paism é a inclusão das práticas educativas que fornecem ferramentas para a intervenção crítica das mulheres no processo do cuidado. O movimento feminista celebrou essa conquista e passou a ser parceiro e referência do movimento sanitário na reforma sanitária em curso. (Costa; Lobato, 2024, p.1)

Foi no contexto de redemocratização do país e de intensa mobilização social que o movimento feminista brasileiro se articulou com o movimento sanitário, passando a reivindicar a ampliação do conceito de saúde, de modo a incorporar as dimensões da sexualidade e da reprodução não como meras funções biológicas, mas como expressões da liberdade, do prazer e do direito à escolha. Essa articulação política e teórica contribuiu para a reformulação das políticas públicas de saúde, promovendo uma compreensão mais ampla e emancipatória do cuidado com as mulheres. Como resultado dessas mobilizações, o movimento feminista conquistou avanços significativos, entre os quais se destaca a separação das áreas técnicas de Saúde da Criança e do Adolescente e de Saúde da Mulher, que antes representava uma visão reducionista que restringia a saúde feminina apenas à maternidade. Consolidou-se desse modo, o entendimento de que as mulheres possuem demandas próprias de saúde, que envolvem não apenas a reprodução, mas também o direito de decidir sobre seus corpos, planejar o número de filhos, escolher o momento da gestação, ter acesso a métodos contraceptivos, à atenção pré-natal e ao aborto legal (Rattner, 2014).

Contudo, a criação do PAISM foi uma resposta direta às denúncias realizadas pelo feminismo negro, que naquele período expunha as esterilizações em massa conduzidas de forma sistemática e coercitiva no país. Tais práticas evidenciavam uma política de controle populacional racializada e seletiva, que atingia sobretudo as mulheres negras e nordestinas, sob o pretexto de combater a pobreza e a chamada “superpopulação” (Roland, 1995). Sustentadas por um discurso eugênico e racista, essas ações eram frequentemente financiadas por agências internacionais, disfarçadas sob programas de “planejamento familiar”, que buscavam gerenciar a pobreza por meio da limitação da reprodução das mulheres negras. Conforme Damasco (2009), o debate sobre saúde reprodutiva com recorte racial se estruturou a partir dessas denúncias que revelavam como as mulheres negras foram historicamente alvo de políticas de controle da natalidade, herdadas de uma colonização violenta e excludente. Nesse contexto, a trajetória de implementação das políticas públicas de saúde no Brasil evidencia as contradições estruturais que atravessam o Sistema Único de Saúde, especialmente no que tange à efetivação da equidade racial e de gênero

Apenas a partir da retomada da trajetória democrática no país, através da Reforma Sanitária, na década de 1980, movimentos sociais e feministas iniciaram a busca por direitos relacionados ao planejamento reprodutivo, de forma não fragmentada ou

reducionista, através da denúncia de desigualdades sociais e de gênero, levantando problemas relacionados à sexualidade e à reprodução, bem como com a anticoncepção e doenças sexualmente transmissíveis e, também a sobrecarga de trabalho feminino. (Nunes, 2018, p.24)

Assim, a construção dos direitos sexuais e reprodutivos no âmbito do Sistema Único de Saúde representa uma das expressões mais significativas da luta das mulheres negras brasileiras. Contudo, a análise crítica dessa trajetória revela que a universalização formal do direito à saúde não foi capaz de eliminar as desigualdades estruturais que organizam o acesso, o cuidado e a própria produção das políticas públicas (Nunes, 2018). A saúde reprodutiva, embora reconhecida como um direito, segue sendo atravessada por tensões entre o discurso da autonomia e as práticas de controle que persistem nos corpos das mulheres, especialmente das mulheres negras e trabalhadoras. A política de saúde das mulheres, ao mesmo tempo em que buscou ampliar direitos, foi construída sobre um terreno desigual, marcado por práticas e discursos eugênicos, racistas e moralizantes. No entanto, a permanência de práticas moralizantes, a insuficiência de recursos e a naturalização da precarização do trabalho das profissionais que sustentam o cotidiano do SUS revelam o quanto essas conquistas seguem tensionadas por uma lógica que insiste em controlar os corpos femininos e subalternizar as mulheres, especialmente as negras e trabalhadoras.

4.2. Trabalho reprodutivo invisibilizado e desvalorizado das trabalhadoras do SUS

O cuidado sustenta a vida, porém o trabalho que o concretiza como o alimentar, limpar, acolher, tem sido sistematicamente invisibilizado e sobretudo desvalorizado nas relações sociais estruturadas pelo capitalismo patriarcal. No âmbito do SUS, essa contradição se manifesta de forma ainda mais evidente, pois aquelas profissionais que garantem o direito à saúde da população, e principalmente de outras mulheres, encontram-se submetidas à invisibilidade de seus próprios direitos sexuais e direitos reprodutivos, à sobrecarga física e emocional e à desvalorização simbólica e material de seu trabalho (Messias et al., 2025). Essa contradição revela que o Estado, ao mesmo tempo em que se apoia na força de trabalho feminina para sustentar o sistema público de saúde, perpetua práticas institucionais que reforçam as desigualdades de gênero, raça e classe.

Como discutido no primeiro capítulo, o conceito de “patriarcado do salário”, desenvolvido por Silvia Federici (2019, 2021), se torna essencial para compreender essa dinâmica. Ao naturalizar o trabalho reprodutivo como uma obrigação feminina e retirá-lo da esfera da remuneração, o capitalismo consolidou uma divisão sexual do trabalho que sustenta a acumulação de capital nas costas da exploração de mulheres. No contexto do SUS, essa lógica

persiste, pois as atividades de cuidado, majoritariamente desempenhadas por mulheres como enfermeiras, técnicas de enfermagem, agentes comunitárias de saúde são tratadas como extensão de suas responsabilidades domésticas e não como parte fundamental da produção social da saúde. Essa naturalização contribui para a precarização das relações de trabalho e para a ausência de políticas efetivas que contemplem suas próprias demandas em saúde sexual e reprodutiva.

Além disso, é preciso reconhecer que essa invisibilidade não é neutra, pois além do gênero ser um marcador de opressões, a invisibilidade possui cor e classe social. Como argumenta Angela Davis (2016), a divisão sexual do trabalho é também uma divisão racial, na qual as mulheres negras historicamente ocuparam os lugares mais desvalorizados e explorados do trabalho de cuidado, tanto no espaço doméstico quanto nas instituições públicas. No SUS, essa herança colonial se reproduz quando as trabalhadoras negras, que estão nas bases da estrutura do sistema, são as que mais sofrem com a sobrecarga, a informalidade, os baixos salários e a ausência de reconhecimento profissional. Essa realidade evidencia o entrecruzamento entre patriarcado, racismo e capitalismo, formando o que Collins (2019) denomina “matriz de dominação”, um sistema interligado de opressões que organiza as desigualdades sociais e sustenta a lógica da exploração.

As entrevistas realizadas neste trabalho, demonstram como esse conceito se materializa na prática. Ao entrevistar 14 mulheres trabalhadoras do sistema de saúde, atuantes em UBS tanto nas comunidades rurais quanto na sede do município, foi possível perceber que as relações de trabalho estão atravessadas por múltiplas dimensões de desigualdade de gênero, raça e classe. Os depoimentos revelam rotinas permeadas pela sobrecarga física e emocional, pela dupla jornada, pelo distanciamento da maternidade e por uma constante sensação de não reconhecimento institucional e social. As respostas obtidas por meio do instrumental de pesquisa, especialmente nas perguntas “*Você possui alguma rede de apoio que lhe ajude a fazer as atividades domésticas ou cuidar das crianças?*” e “*O que você faz ao chegar do trabalho? Você pode descansar ou ainda faz alguma atividade doméstica?*”, permitiram dimensionar essa realidade. Verificou-se que 12 das trabalhadoras não descansam ao chegar em casa, pois seguem desempenhando atividades domésticas e de cuidado com os filhos, enquanto apenas 2 conseguem reservar algum tempo para o descanso. Dentre as mulheres que afirmaram não descansar, 5 são brancas, 1 é negra e 6 são pardas revelando que embora o trabalho reprodutivo recaia sobre todas as mulheres, ele se intensifica de forma particular entre aquelas marcadas pela intersecção entre gênero e raça conforme os estudos de Davis (2019)

Mulher, eu trabalho oito horas, né? O resto que sobra do dia, eu tô fazendo alguma coisa, né? Sempre tô fazendo, né? Eu não fico parada. Eu lavo, passo, cozinho, cuido do filho, meu esposo me ajuda, né? Assim, tem umas responsabilidades. Acho que depois que eu chego, até na hora de dormir, eu vou dormir umas nove horas, né? E quando eu não vou pra área, eu fico trabalhando no WhatsApp, que é a mesma coisa, né? Eu não sei nem te dizer se é umas cinco horas, se é... Enfim, é daí pra frente. É o tempo que eu demoro pra chegar em casa. O final de semana é o dia todo, até a hora de levantar, até a hora de dormir. É o dia todo. Final de semana, feriado... tudo. (Antônia, 43 anos, parda, Agente Comunitária de Saúde (ACS), mãe, trabalhadora UBS rural- Flor da Serra)

A gente não descansa, né? Quem trabalha... a mulher que trabalha fora e trabalha em casa também. Quando eu chego do trabalho, a primeira coisa que eu faço é fazer a janta. Terminando de fazer a janta, já vou ajeitando a casa, fazendo uma coisa e outra. Das 17h30 para 17h40 já tô descendo pra ir pro meu curso e chego em casa 22 horas da noite. [...] Quando eu volto, tenho que manter a cozinha organizada, porque eu não consigo dormir com a louça suja. Antes de dormir, eu lavo a louça que tem — já é uma rotina aqui em casa. Minha filha, quando janta, também lava o prato dela, mas o restante eu lavo antes de dormir. (Maria, 38 anos, parda, Auxiliar de serviços gerais, mãe, trabalhadora UBS rural- Flor da Serra)

Quando eu saio daqui eu passo na minha mãe, porque eu sempre... todo dia tenho que passar na mãe. De manhã, à tarde ou à noite. Eu saio daqui, já passo lá, resolvo alguma coisa na rua antes de ir para casa. Quando eu chego em casa, eu vou fazer minhas coisas de casa. [...] Eu cheguei em casa, eu boto roupa na máquina, enquanto a roupa tá lavando na máquina eu boto as panelas no fogo e ali quando elas tá no fogo, eu tô na pia. Umas três coisas numa hora. (Luiza, 43 anos, parda, técnica de enfermagem, mãe, trabalhadora UBS urbana- Centro de Saúde Bem Viver)

Ademais, ao serem questionadas sobre a existência de uma rede de apoio para auxiliar nas atividades domésticas e no cuidado com os filhos, 12 das 14 entrevistadas responderam à pergunta, uma vez que duas não possuíam filhos. Entre as respostas, 10 profissionais afirmaram contar com algum tipo de rede de apoio para auxiliar no cuidado das crianças e das atividades domésticas, enquanto 2 relataram não ter nenhum auxílio. Contudo, ao aprofundar quem compunha essa rede, observou-se que o cuidado continuava a recair majoritariamente sobre outras mulheres, 6 entrevistadas mencionaram que a ajuda vinha de figuras femininas do círculo privado como mães, filhas maiores de idade e vizinha, ao passo que apenas quatro apontaram o esposo como corresponsável pelo cuidado com os filhos, não observando uma obrigação. Esse dado é revelador das persistentes desigualdades de gênero na organização social do cuidado, conforme analisa Hirata (2016) ao discutir a divisão sexual e social do trabalho do cuidado

[...] o trabalho de cuidado de idosos, crianças, doentes, deficientes físicos e mentais foi exercido durante muito tempo por mulheres, no interior do espaço doméstico, na esfera dita “privada”, de forma gratuita e realizado por amor. O desenvolvimento das profissões relacionadas ao cuidado, a mercantilização e a externalização desse trabalho foram consequências, de um lado, do envelhecimento da população e, de outro, da inserção em massa das mulheres no mercado de trabalho. (Hirata, 2016, p.54)

Ainda que o discurso contemporâneo reforce a ideia de corresponsabilidade entre homens e mulheres, o cotidiano das trabalhadoras do SUS mostra que o cuidado segue sendo socialmente feminilizado e privatizado, sustentado pelas redes informais formadas por mulheres da mesma família ou comunidade. Assim, o que se apresenta como “rede de apoio”, é evidenciado a redistribuição do trabalho reprodutivo entre mulheres, perpetuando um ciclo de exploração invisível que se estende às profissionais do SUS.

Outro ponto crucial para além das redes de apoio e o descanso, é o tempo utilizado para realizar as atividades domésticas após o trabalho remunerado de 8 horas diárias. As profissionais entrevistadas ao serem perguntadas “*Quantas horas mais ou menos você acha que gasta com esse trabalho doméstico?*”, evidenciaram a intensidade da sobrecarga cotidiana que atravessa suas vidas. O que se observa é que o trabalho doméstico e de cuidado, historicamente naturalizado como uma extensão “feminina” do papel social da mulher não cessa com o término do expediente formal, mas se prolonga em uma segunda jornada não remunerada e invisibilizada. Fábria (31 anos, parda, enfermeira, mãe, trabalhadora UBS urbana- Bem-Estar) ao responder esta pergunta afirma: “Seis horas, sete horas. Acho que é.”, da mesma forma Elaine (47 anos, parda técnica em enfermagem, mãe, trabalhadora UBS rural- Jardim da vida) relata: “Acho que 24 horas”, Laura (46 anos, negra, técnica de enfermagem, mãe, trabalhadora UBS rural- Flor da serra) afirma que: “Trabalho doméstico... eu acho que por dia, umas quatro horas, no máximo.”, Vitória (45 anos, parda, técnica de enfermagem, mãe, trabalhadora UBS urbana- Centro de Saúde Bem Viver) também sintetiza: “Não sei contar as horas. Só a gente mesmo sabe, porque é muito cansativo o trabalho doméstico. Mas a gente vai tirando de letra, a gente que é mãe.”. Essa associação não é fruto do acaso, mas um processo de naturalização que desloca as relações de poder ao campo da biologia, enxergando na óptica do cuidado e da entrega à vida, a natureza feminina (Kubik; Vieira, 2023). Essa realidade é confirmada por dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), ao apontarem que 85% do trabalho de cuidado no país é realizado por mulheres. O levantamento mostra ainda que as mulheres dedicam em média 21 horas semanais para as atividades domésticas, enquanto os homens gastam 11 horas, ou seja, quase a metade do tempo. Esses números evidenciam que a divisão sexual do trabalho se mantém como um dos pilares da desigualdade de gênero, sustentando um modelo econômico que depende da disponibilidade constante das mulheres para o cuidado não remunerado.

No âmbito da atenção à saúde sexual e reprodutiva, evidencia-se uma profunda contradição entre o papel das trabalhadoras e as condições que elas mesmas vivenciam. As profissionais do SUS são convocadas a promover e garantir os direitos das mulheres sobre seus próprios corpos, assegurando o acesso ao planejamento reprodutivo, ao parto humanizado e à

atenção integral à saúde. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher orienta que o cuidado voltado a esse público deve contemplar a todas as fases do ciclo de vida feminina, englobando ações de prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde, com vistas a garantir um acesso equitativo e de qualidade aos serviços (Brasil, 2004). Contudo, essas mesmas mulheres que ocupam a condição de trabalhadoras e servidoras públicas, enfrentam múltiplas barreiras que revelam uma estrutura desigual, pois enquanto elas cuidam, raramente são cuidadas.

Durante as entrevistas, ao serem questionadas se a experiência da maternidade influenciava a forma como realizam o atendimento a gestantes e puérperas, observou-se que das 12 trabalhadoras que se declararam mães, 11 responderam que sim. Esse dado revela que para a maioria das participantes, a experiência de ser mãe constitui um elemento determinante na forma como se relacionam com as usuárias, especialmente na capacidade de compreender suas dores, angústias e vulnerabilidades

Afeta, porque a gente é mãe, né? É diferente quando a gente é mãe. Às vezes, as meninas dizem: ‘Aí, tu que é mãe, olha aqui’, porque a gente tem um olhar diferente. Eu acredito que, quando a gente é mãe, a gente tem um olhar mais atento aos sinais e sintomas — tanto das gestantes, como das puérperas e dos recém-nascidos. A gente tem um olhar diferenciado, muitas vezes até por algo que a gente mesmo viveu e que pode ser uma insegurança para aquela gestante. Então, a gente acaba compartilhando experiências, e isso é muito bom para ela. (Maria, 27 anos, branca, enfermeira, mãe, trabalhadora UBS urbana- Centro de Saúde Bem-Viver)

Afeta, porque eu tenho muito mais amor, muito mais cuidado, mais zelo. Ser mãe me fortalece, e também fortalece outras mães. Tanto nessa parte maternal como na de profissional. Ser mãe é exemplo, né? Você deixa de ser apenas uma pessoa que orienta para se tornar um exemplo. Então, com certeza, fortalece. (Juliana, 43 anos, parda, Agente Comunitária de Saúde, mãe, trabalhadora UBS rural- Flor da serra)

Esses depoimentos evidenciam que o “ser mãe” é percebido como um campo de empatia, pois de acordo com a declaração de Maria (38 anos, parda, auxiliar de serviços gerais, mãe, trabalhadora da UBS rural- Flor da serra) “[...] quando a gente é mãe, a gente entende a dor do outro.”. Essa expressão, embora revele sensibilidade e empatia nos atendimentos, também evidencia o quanto o cuidado é simbolicamente atrelado à condição materna das mulheres. O chamado “amor materno” deixou de ser apenas uma dimensão afetiva para se tornar um padrão de comportamento socialmente imposto e altamente valorizado, funcionando como um mecanismo de regulação da vida feminina. Através da idealização da maternidade, frequentemente sustentada por discursos religiosos e patriarcais, as mulheres são levadas a associar seu valor à capacidade de cuidar, sendo mobilizadas pelo sentimento de culpa e pela maternidade compulsória, que transformam o afeto em dever moral (Damasceno et al., 2021).

No primeiro capítulo deste trabalho, evidenciamos como o trabalho reprodutivo historicamente recaiu sobre as mulheres. A partir dos estudos de Federici (2019, 2021, 2023), discutiu-se como o amor foi transformado em uma engrenagem da dominação, atuando como mecanismo de controle e exploração feminina. Seguindo essa linha de reflexão, a influência da Igreja Católica na consolidação dessa concepção revela-se particularmente relevante, sobretudo considerando que 10 das entrevistadas se declararam católicas. Historicamente, a doutrina cristã contribuiu para a construção do ideal de maternidade como missão sagrada, vinculando a salvação feminina à abnegação e à devoção à família. Como analisa Badinter (1985), esse devotamento ilimitado foi concebido como uma forma de “dor expiadora”, permitindo à mulher redimir-se da culpa de Eva e aproximar-se da pureza de Maria. Dessa forma, a maternidade foi convertida em essência social, apresentada como “prova” de uma suposta vocação natural das mulheres para o cuidado, a renúncia e o sacrifício.

Consoante a isso, o instrumental possuía a temática acerca da saúde sexual e reprodutiva, possuindo um bloco com 5 perguntas, dentre elas “Você sente que tem liberdade para decidir sobre seu próprio corpo, por exemplo, se quer ter filhos e em que momento ter, ou escolher os seus métodos contraceptivos?” e “Em algum momento, você sentiu que sua decisão sobre ter ou não filhos foi influenciada por outras pessoas ou pelas condições do seu trabalho?”, foi possível evidenciar que a saúde sexual e reprodutiva não é apenas uma dimensão biológica ou individual, mas também atravessada por fatores sociais, culturais e institucionais. O bloco permitiu observar nuances importantes sobre a autonomia das trabalhadoras. Apesar de todas as 14 profissionais responderem que possuem liberdade de decisão, a análise revela que essa autonomia é relativamente condicionada, pois decisões sobre reprodução muitas vezes são mediadas ou validadas por outras pessoas, especialmente o cônjuge.

Sempre eu converso muito com meu esposo, sabe? Porque, assim, eu acho que deve ser falado os dois. Se eu quero... Se ele quer, a gente entra num acordo, vamos ter. Se ele não quer e eu também não quero, então vamos sentar para conversar. Mas assim, eu nunca tomo uma decisão sem sentar com ele. (Luiza, 43 anos, parda, técnica de enfermagem, mãe, trabalhadora UBS urbana- Centro de Saúde Bem Viver)

Esse dado evidencia uma tensão entre a liberdade formal com o direito de decidir sobre o próprio corpo, no qual se insere nas relações de poder e normas sociais de gênero. Mesmo em contextos em que as mulheres ocupam posições profissionais e possuem conhecimento técnico, às decisões reprodutivas ainda são permeadas por expectativas sociais de compartilhamento de decisões com o parceiro e a família refletindo um padrão cultural que coloca a figura masculina como co-decisora ou controlador do espaço reprodutivo. Como evidencia Paula (25 anos, branca,

não mãe, enfermeira, trabalhadora de UBS rural em Flor da Serra): “Sim, meus pais querem um neto, né? Então eles ficam cobrando, mas no trabalho, não, não sofro influência.”. Esse relato ilustra uma tensão central, pois embora a autonomia no ambiente profissional seja respeitada, as pressões familiares e culturais continuam a limitar a liberdade das mulheres de decidir sobre seu próprio corpo. Mesmo mulheres com formação técnica e inseridas em espaços profissionais, ainda enfrentam o patriarcado internalizado.

Em contradição ao afeto e à sensibilidade que se espera das trabalhadoras na relação com as usuárias, o descompasso das políticas públicas voltadas a elas mesmas torna-se evidente. As entrevistas revelaram que 9 trabalhadoras afirmaram ter recebido algum tipo de apoio durante a gestação, no entanto, ao detalhar o tipo de suporte, a maioria mencionou apenas o apoio econômico como o direito à licença-maternidade. Posteriormente, ao narrarem suas vivências gestacionais como período de parto e amamentação, foi o apoio familiar e não o institucional que apareceu como principal fonte de acolhimento. Essa constatação revela uma contradição estrutural, pois o Estado e as instituições de saúde reconhecem as mulheres prioritariamente como servidoras e não como sujeitos integrais de direitos. Vale destacar que entre as 9 trabalhadoras, apenas 4 estavam inseridas na área da saúde no período da gestação, o que reforça a incoerência de um sistema que prega o cuidado como princípio ético-político, mas falha em cuidar de quem o sustenta cotidianamente. Existe, portanto, uma tensão profunda entre o ideal de “saúde integral” e a prática institucional no qual é encontrado na política pública da saúde da mulher, que naturaliza a precarização e invisibiliza as necessidades das mulheres trabalhadoras. O cuidado quando se trata delas, deixa de ser um direito garantido coletivamente e passa a ser uma responsabilidade individualizada

“O trabalho assalariado pode ser uma necessidade, mas não uma estratégia política coerente. Enquanto o trabalho reprodutivo for desvalorizado, enquanto ele for considerado um assunto privado e uma responsabilidade exclusiva das mulheres, estas sempre enfrentarão o capital e o Estado com menos poder do que os homens e em condições de extrema vulnerabilidade social e econômica.” (Federici, 2019, p.230)

Um dado interessante surgiu quando a mesma pergunta foi direcionada às participantes que não são mães. Reformulou-se a questão para o campo das expectativas: “*Quais direitos trabalhistas vocês acreditam que teriam assegurados caso se tornassem mães?*”, ambas responderam que provavelmente teriam direito à licença-maternidade, porém demonstraram incerteza quanto à possibilidade de retorno ao trabalho após o período de afastamento. A partir dessas expressões, observa-se que os depoimentos não evidenciam apenas o desconhecimento ou a fragilidade na efetivação dos direitos trabalhistas relacionados à maternidade das trabalhadoras,

mas também um medo de demissão ou de perda de espaço profissional. Tal receio se intensifica considerando que 12 das entrevistadas são trabalhadoras contratadas pela prefeitura, localizadas em municípios de pequeno porte, onde a pressão gerencial, a rotatividade contratual e a precarização das relações de trabalho comprometem a efetividade dos direitos formalmente assegurados. Desse modo, enquanto o SUS institui normas e campanhas voltadas à promoção da saúde reprodutiva, invisibiliza os dilemas e as contradições vivenciadas por suas próprias trabalhadoras. Essa desconexão entre o discurso normativo e a prática cotidiana reflete o que Hirata (2002) aponta ao discutir a divisão sexual do trabalho, quando evidencia que as mulheres são historicamente mais vulneráveis às formas precárias de inserção laboral, menos protegidas pela legislação e pela representação sindical, o que as torna mais expostas às instabilidades do mundo do trabalho.

Além dessas lacunas institucionais, quando analisadas sob a perspectiva da justiça reprodutiva, o fato de a categoria ser majoritariamente composta por mulheres torna as situações de violência ainda mais frequentes e naturalizadas. De acordo com dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2020), mais de 80% da categoria profissional é formada por mulheres, em sua maioria entre 31 e 41 anos. Esses índices ajudam a compreender as experiências relatadas nas entrevistas, materializadas no cotidiano das trabalhadoras. Todas as entrevistadas afirmaram já ter vivenciado algum tipo de violência, sendo a verbal a mais recorrente. Essa forma de agressão, frequente nas instituições, reflete a persistência de uma cultura que subestima e desqualifica as mulheres, sobretudo em espaços hierarquizados e marcados por relações de poder (Oliveira et al., 2022). O gênero nesse contexto opera como um marcador que intensifica a vulnerabilidade e legitima práticas de humilhação, desrespeito e silenciamento, expressando a permanência de estruturas patriarcais e raciais que naturalizam o desvalor do trabalho feminino. Dentre as entrevistadas, a única trabalhadora que se autodeclarou negra afirmou ter vivenciado todas as formas de violência, inclusive o assédio sexual por parte de um médico da mesma instituição de trabalho

“Foi na época em que tinha um médico aqui, que ficava com um enxerimento pro meu lado, pegando na minha perna. Eu disse que não gostava. Depois ele se aproximou, falou uma palavra no meu ouvido e disse assim: “Fulano de tal tem vontade de te comer.” (Laura, negra, 46 anos, técnica em enfermagem, mãe, trabalhadora UBS rural-Flor da serra)

Laura, ao longo da entrevista, continuou relatando múltiplas violências vivenciadas na instituição em que trabalha, motivadas pela cor de sua pele. Uma delas ocorreu na época em que foi transferida de outra unidade

“Todo mundo podia trabalhar, subir no transporte, eu não podia. Todo mundo não cumpria horário, e eu tinha que cumprir as oito horas. Muitas vezes eu tinha que pegar carona com o carro descendo e outras coisas. Não podia subir no carro do PSF, não podia descer... Então, foi muito difícil.” (Laura, negra, 46 anos, técnica em enfermagem, mãe, trabalhadora UBS rural- Flor da serra)

As experiências narradas por Laura materializam o que Sueli Carneiro (2023) define como a estrutura hierárquica do racismo, pois o racismo constitui um dos pilares fundamentais sobre os quais se estruturam as relações sociais no Brasil e permanece como um eixo central na produção e reprodução das desigualdades contemporâneas. Mais do que uma herança do passado escravista, ele constitui um sistema de poder que organiza as hierarquias sociais, definindo quem é reconhecido como sujeito pleno de direitos e quem é relegado às posições subalternas do cuidado, da precariedade e da violência. Lélia Gonzalez (1984, p.224) aprofunda essa compreensão ao demonstrar que o racismo estrutura também as relações de gênero, de modo que as mulheres negras são duplamente atravessadas pela exploração, pois são alvo de opressões tanto por serem mulheres quanto por serem negras. Dessa forma, essa articulação entre raça, gênero e classe como destaca Angela Davis (2016), é o alicerce das formas contemporâneas de desigualdade e explica por que a divisão social do trabalho continua a reproduzir hierarquias herdadas da colonialidade. Desse modo, compreender o racismo como base das relações sociais é fundamental para desvendar as contradições presentes nas instituições públicas e na própria lógica do cuidado, que ainda opera sob estruturas de dominação historicamente racializadas.

Os depoimentos das entrevistadas sobre “Você acha que o fato de trabalhar na área da saúde influencia suas escolhas sobre ter filhos, planejar a gravidez ou utilizar métodos contraceptivos?” revelam um aspecto importante das contradições vividas por essas trabalhadoras. A maioria afirmou que o trabalho “influencia”, e ao serem questionadas de que forma isso acontece, foi possível observar que a questão do planejamento reprodutivo foi o principal motivo. Nota-se que embora as profissionais estejam inseridas em um espaço institucional responsável por orientar e operacionalizar políticas de planejamento familiar, elas próprias não são contempladas por políticas semelhantes que considerem suas condições de trabalho, sobrecarga e saúde reprodutiva

Influência, porque, tipo, antes de eu ser enfermeira, eu pensava em ter dois filhos. Ai hoje em dia, eu não tenho mais essa cabeça, quero ter só um e pronto, entendeu?. Na minha rotina atual, eu não consigo planejar outra criança. Por mais que a minha filha tenha nove anos e já não necessite tanto de mim, é uma criança independente, que faz as atividades dela sozinha e tudo mais, eu não consigo imaginar onde colocaria uma segunda criança na minha rotina maluca. (Maria, 27 anos, branca, enfermeira, mãe, trabalhadora UBS urbana- Centro de Saúde Bem-Viver)

Dentre os outros depoimentos, foi notório perceber a mesma linha de pensamento, Laura (46 anos, negra, mãe, técnica de enfermagem, trabalhadora UBS rural- Flor da serra) afirma, “Sim, se eu tivesse trabalhado bem antes, eu acho que sim. A minha cabeça seria outra. Lógico que eu queria ter tido filhos, mas não a quantidade que eu tive de filhos, e talvez teria sido o momento certo. Paola (37 anos, branca, dentista, não mãe, trabalhadora UBS rural- Flor da serra) também observa de fora a vivência de vida dos outros profissionais, e complementa: “Com certeza. A gente vê muitas dificuldades dos profissionais em conciliar, porque o tanto de hora que a gente gasta no trabalho, acaba tirando essa hora de convívio familiar. Os depoimentos de Laura e Paola revelam, de forma contundente, como a ausência de políticas estruturadas de apoio à maternidade e à conciliação entre trabalho e vida pessoal impacta diretamente as mulheres trabalhadoras do SUS. Laura expressa sua trajetória, como mulher negra, mãe e trabalhadora da zona rural, materializa o que Collins (2019) e Davis (2016) retratam em seus estudos, no qual a mulher negra ocupa o lugar mais vulnerável na hierarquia social e laboral, sustentando o cuidado dos outros, mas sendo desassistida quando se trata de seu próprio direito de escolha. A percepção de Laura evidencia que as decisões reprodutivas não são individuais nem espontâneas, mas fortemente determinadas pelas condições materiais, pelo contexto socioeconômico e pelas políticas ou pela falta delas que estruturam o cotidiano das mulheres.

A ausência de creches públicas suficientes, a sobrecarga de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde e a divisão sexual do trabalho, que ainda atribui às mulheres a responsabilidade quase exclusiva pelos cuidados familiares, limitam a autonomia sobre o corpo e a vida. Já Paola, embora seja uma mulher branca e sem filhos, evidencia a dimensão subjetiva da sobrecarga das trabalhadoras da saúde. Sua observação sobre a dificuldade de conciliar a vida profissional com o convívio familiar demonstra como a lógica produtivista do SUS, muitas vezes pressionada por metas, escassez de recursos humanos e sobrecarga institucional, impacta o equilíbrio entre o cuidar do outro e o cuidar de si. Ainda que Paola não vivencie diretamente as tensões da maternidade, sua fala revela uma consciência crítica sobre a feminização do trabalho no SUS, em que o ideal de cuidado se transforma em um fardo socialmente naturalizado, mas emocionalmente exaustivo.

Essa ausência revela um paradoxo pois o Estado formula e implementa políticas de planejamento familiar e atenção à saúde sexual e reprodutiva voltadas às usuárias do SUS, mas ignora as mesmas dimensões quando se trata das trabalhadoras da saúde, justamente aquelas responsáveis por operacionalizar essas políticas no cotidiano. Essa contradição explicita o caráter seletivo e hierarquizado das políticas públicas, que não reconhecem as profissionais como sujeitas de direitos, mas apenas como executoras de cuidados. Como analisa Conceição (2021), o

discurso biomédico e institucional tende a reduzir a autonomia das mulheres à capacidade de decisão técnica, apagando as dimensões políticas e afetivas que envolvem o exercício dos direitos reprodutivos.

A articulação entre uma medicina da mulher e a diferença sexual é fundamental para a concepção hegemônica de planejamento reprodutivo. Na medida em que a capacidade reprodutiva da mulher é vista como uma função social, ela é acompanhada de perto por uma regulação de seu corpo por parte das ciências, do Estado e também das agências não-estatais. (Conceição, 2021, p.249)

Assim, o saber técnico das profissionais da saúde, em vez de promover uma consciência crítica sobre suas próprias condições de vida, pode reforçar uma visão distante de si, em que a mulher trabalhadora reconhece a importância da saúde reprodutiva apenas como parte do seu ofício e não como parte de sua própria existência. Como destaca Federici (2019), a desvalorização do trabalho reprodutivo, tanto o doméstico quanto o institucional, é um mecanismo fundamental do capitalismo patriarcal, pois mantém as mulheres presas a funções de cuidado sem que esse cuidado se traduza em reconhecimento ou em autonomia real.

Embora o Estado do Ceará tenha instituído iniciativas relevantes, como o Ceará por Elas, a Rede Cegonha, o Projeta Jovens Mães (Projema) e o Plano Estadual de Políticas para as Mulheres (PEPM), tais programas ainda se mostram insuficientes diante da complexidade das desigualdades que marcam a vida das mulheres trabalhadoras. A ausência de políticas voltadas à garantia de condições concretas de reprodução social como creches públicas em tempo integral, políticas de licença-maternidade ampliadas, redistribuição das tarefas domésticas e reconhecimento do cuidado como trabalho, evidencia a distância entre o discurso oficial de promoção dos direitos das mulheres e a realidade cotidiana vivenciada por elas. Essa contradição revela uma dimensão estrutural do problema, amplamente reconhecida pela literatura feminista contemporânea como crise do cuidado (Tronto, 2007).

Durante a pandemia de Covid-19, essa crise se intensificou de maneira dramática, revelando de forma incontornável as contradições estruturais que sustentam a organização social do cuidado. O fechamento das escolas, creches e demais equipamentos públicos de apoio às famílias transferiu de maneira abrupta e desproporcional a responsabilidade pelo cuidado cotidiano das crianças, dos idosos e dos enfermos para dentro dos lares, recaindo quase exclusivamente sobre as mulheres. Essa sobrecarga não apenas ampliou as desigualdades de gênero no âmbito doméstico, como também impactou de modo particular as mulheres que atuavam na linha de frente do combate ao vírus, especialmente enfermeiras, técnicas, médicas e técnicas de enfermagem. Essas trabalhadoras vivenciaram jornadas exaustivas, marcadas pela

intensificação das demandas profissionais e pela impossibilidade de separar os tempos do trabalho e da vida privada. O limite entre o espaço público do trabalho e o espaço privado do lar tornou-se ainda mais difuso, revelando que, mesmo em contextos de crise sanitária, as responsabilidades do cuidado permanecem sendo naturalizadas como atribuições femininas (Santos et al., 2020).

Tal situação escancara a fragilidade das políticas públicas voltadas ao cuidado e a ausência de estratégias que garantam às trabalhadoras da saúde o direito à proteção social, à saúde mental, à maternidade digna e ao exercício pleno de seus direitos reprodutivos. O Sistema Único de Saúde (SUS) apesar de sua relevância histórica, também se revelou atravessado por essas contradições. Enquanto as trabalhadoras garantiam o direito à saúde da população, suas próprias necessidades reprodutivas e de autocuidado eram ignoradas. Essa invisibilidade reforça a lógica patriarcal e neoliberal que estrutura o campo da saúde, na qual o cuidado é concebido como um ato vocacional e não como um trabalho socialmente necessário. Pensar os direitos sexuais e reprodutivos a partir da ótica da justiça reprodutiva conceito formulado por feministas negras estadunidenses e latino-americanas, significa reconhecer que o acesso à contracepção, ao pré-natal e aos serviços de saúde não é suficiente para garantir a autonomia reprodutiva das mulheres. É preciso assegurar as condições materiais, simbólicas e institucionais que tornem possível o exercício real desse direito. A justiça reprodutiva amplia o debate ao compreender que a liberdade das mulheres de decidir sobre seus corpos está intrinsecamente ligada às condições de existência como ter tempo, renda, moradia, acesso à creche e proteção no trabalho. Nesse sentido, políticas públicas que se restrinjam a ofertar métodos contraceptivos sem garantir infraestrutura de apoio, segurança no trabalho e políticas de conciliação entre maternidade e vida profissional acabam reforçando as desigualdades que pretendem enfrentar

No contexto do SUS, essa discussão ganha especial relevância. O Estado formula e implementa políticas voltadas às usuárias como a Rede Cegonha, o Ceará por Elas e o Projeta Jovens Mães, mas frequentemente ignora as condições de vida e trabalho das próprias mulheres que executam essas políticas. Essa omissão revela um paradoxo estrutural, pois o cuidado que as trabalhadoras da saúde oferecem a outras mulheres não lhes é assegurado de volta. Ao negligenciar o direito ao cuidado das profissionais, é reafirmado um modelo de política pública que reproduz hierarquias de gênero e classe, reforçando a ideia de que algumas mulheres existem para cuidar, enquanto outras têm o direito de ser cuidadas. Assim essas sobreposições impactam diretamente o cotidiano dessas trabalhadoras, refletindo-se em jornadas longas, na acumulação de vínculos e na ausência de condições adequadas para o exercício da maternidade como também a sua saúde, como creches próximas ao local de trabalho, suporte à saúde mental e

espaços de amamentação. Ao mesmo tempo, são essas mesmas profissionais responsáveis por garantir atenção primária à saúde de usuárias que compartilham das mesmas vulnerabilidades, revelando uma contradição estrutural (Barrocas et.al., 2025). Dessa forma, se faz crucial a perspectiva da justiça reprodutiva para responder a essa problemática, pois além de articular os direitos sexuais e reprodutivos à noção de justiça social, reconhece a autonomia das mulheres sobre seus corpos dependendo de condições materiais e estruturais.

5. Considerações finais

A presente pesquisa partiu do propósito de analisar como a interseccionalidade entre raça, gênero e classe impacta o cotidiano das trabalhadoras do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito das UBS na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, destacando os desafios e desigualdades no cuidado com a saúde. A partir dessa problematização, buscou-se compreender como o Estado, mesmo sendo o principal promotor das políticas de saúde e cuidado, reproduz em suas próprias estruturas contradições de um sistema patriarcal, racista e capitalista, que sobrecarrega as mulheres trabalhadoras e negligencia suas próprias condições de vida e reprodução social.

Ao longo dos capítulos, evidenciou-se que o trabalho de cuidado, historicamente associado ao feminino, é o pilar invisível que sustenta a economia e a reprodução da vida, mas que permanece desvalorizado e naturalizado. Inspiradas nas reflexões de Silvia Federici (2019, 2020, 2021) e Angela Davis (2019), compreende-se que o patriarcado e o racismo são engrenagens indispensáveis à lógica capitalista, que instrumentaliza o corpo das mulheres, especialmente das mulheres negras para a manutenção da força de trabalho e da acumulação de capital. No contexto da saúde, essa estrutura se manifesta na precarização do trabalho, na sobrecarga física e emocional e na ausência de políticas públicas que reconheçam o cuidado com as trabalhadoras como parte essencial da promoção da saúde integral.

A abordagem metodológica feminista e interseccional adotada permitiu compreender que a vivência das trabalhadoras do SUS extrapola a dimensão profissional, revelando um cotidiano permeado por tensões entre o cuidar e o ser cuidada. As entrevistas realizadas evidenciaram que essas mulheres, embora sejam as principais agentes de cuidado dentro das Unidades Básicas de Saúde, enfrentam limitações institucionais e simbólicas que comprometem seus próprios direitos reprodutivos. A ausência de políticas de planejamento familiar voltadas às profissionais da saúde, por exemplo, revela um paradoxo ético e político, o Estado formula políticas de cuidado para as usuárias, mas não garante as mesmas condições para as mulheres que sustentam o

sistema público de saúde. Essa contradição aprofunda as desigualdades e reforça a invisibilidade do trabalho reprodutivo dentro das instituições públicas.

Constatou-se também que mesmo após avanços significativos na consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos e na criação de políticas como a Política Nacional de Cuidados (Lei nº 15.069/2024), a efetivação desses direitos ainda esbarra em uma estrutura institucional marcada pela hierarquia de gênero e pela lógica produtivista que desumaniza as relações de trabalho. As trabalhadoras da saúde continuam a exercer jornadas extenuantes, conciliando demandas domésticas, maternidade e o exercício profissional, frequentemente sem suporte emocional, social ou estatal. Essa realidade expressa que a justiça reprodutiva, enquanto marco ético e político, permanece como um horizonte a ser conquistado e não como um direito plenamente garantido.

Para o Serviço Social, este estudo possui relevância ímpar, pois amplia o debate sobre a centralidade do cuidado na reprodução social e sobre a necessidade de repensar as políticas públicas de saúde sob a ótica interseccional e feminista. O Serviço Social, enquanto profissão comprometida com a emancipação humana e com a defesa intransigente dos direitos sociais, deve se posicionar criticamente diante das estruturas que perpetuam a desigualdade e o sofrimento das mulheres trabalhadoras. Assim, reafirma-se o papel do assistente social como agente de transformação, capaz de tensionar práticas institucionais e promover o reconhecimento do cuidado como dimensão política e não apenas como tarefa moral ou afetiva. Do ponto de vista social, a pesquisa contribui para desvelar as contradições do SUS como política pública universal, mas que em sua operacionalização cotidiana, reproduz desigualdades históricas que atingem principalmente as mulheres negras e periféricas. Ao evidenciar as lacunas existentes entre o discurso de universalidade e as práticas concretas, o trabalho reitera a urgência de políticas de cuidado que também cuidem de quem cuida, garantindo às trabalhadoras o direito à saúde integral, ao descanso, à maternidade digna e à autonomia sobre seus corpos.

Por fim, compreende-se que o enfrentamento das desigualdades de gênero, raça e classe exige um compromisso político coletivo e contínuo. O presente estudo não se encerra em si mesmo, mas abre caminhos para novas investigações que aprofundem as relações entre justiça reprodutiva, condições de trabalho e políticas de cuidado. Pesquisas futuras podem se debruçar sobre temas envolvendo as trabalhadoras do SUS. Assim, reafirma-se que o direito à saúde e à reprodução não se limita à ausência de doenças, mas envolve condições dignas de vida, reconhecimento e equidade. Cuidar de quem cuida é uma urgência ética e política, indispensável para a construção de um SUS verdadeiramente democrático, feminista e antirracista. O

reconhecimento do cuidado como direito e como trabalho é um passo fundamental para uma sociedade mais justa, solidária e emancipada.

6. Objetivo Geral

Analisar como a interseccionalidade entre raça, gênero e classe impacta o cotidiano das trabalhadoras do SUS na garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, destacando desafios e desigualdades no cuidado com a saúde.

6.1 Objetivos Específicos

1. Investigar de que maneira a raça, gênero e as condições de trabalho influenciam a atuação das trabalhadoras do SUS na oferta de serviços relacionados aos direitos sexuais e direitos reprodutivos;
2. Examinar as desigualdades estruturais causadas pelo racismo, que impactam a qualidade do cuidado em saúde sexual e reprodutiva das trabalhadoras do SUS;
3. Compreender de que forma as relações de raça e gênero influenciam o cuidado prestado e o acesso da população aos serviços de saúde no SUS.

Referências bibliográficas

AKOTIRENE, Carla; LOPES, Gabriel William. **Construindo análises sociais abrangentes: contribuições da interseccionalidade**. 2020.

ÁVILA, Maria Betânia; GOUVEIA, Tânia. **Notas sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais**. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. M. (Org.). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. In: Um amor conquistado: o mito do amor materno. 1985. p. 370-370.

BARROCAS, Bruna Luiza Borba et al. **Maternidade, maternagem e saúde mental das mães trabalhadoras do SUS**. RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218, v. 6, n. 8, p. e686676-e686676, 2025.

BRASIL. **Decreto nº 12.562, de 16 de janeiro de 2025**. Regulamenta a Política Nacional de Cuidados, institui o Plano Nacional de Cuidados e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 17 jan. 2025.

BRASIL. Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024. **Institui a Política Nacional de Cuidados**. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 dez. 2024. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2024/lei-15069-23-dezembro-2024-796797-publicacao-original-173901-pl.html>. Acesso em: 09 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

CARNEIRO, Sueli. **Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser**. Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2023.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2015.

CELLARD, André. **A análise documental**. In: POUPART, Jean et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Mulheres negras e a realidade da enfermagem brasileira**. Brasília: COFEN, 2020.

COLLINS, Patrícia Hill. **Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2019.

COLLINS, Patrícia Hill. **Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória**. *Parágrafo*, v. 5, n. 1, p. 6-17, 2017.

COLLINS, Patrícia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2021.

CONCEIÇÃO, Hevelyn Rosa Machert da. **As mulheres nas políticas públicas de saúde dos anos 2000: tecnologias de produção do sexo e do gênero no imbricamento entre Estado e movimentos sociais**. 2021. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. **Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista**. *Physis*, v. 6, p. 147-177, 1996.

COSTA, Ana Maria; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos da Costa. **O que querem as mulheres? Saúde e direitos sexuais e reprodutivos**. *Saúde em Debate*, v. 48, p. e140ED, 2024.

DA CONCEIÇÃO, Antonio Carlos Lima; DE ARAS, Lina M. Brandão. **Por uma ciência e epistemologia(s) feminista: avanços, dilemas e desafios**. *Cadernos de Gênero e Tecnologia*, v. 8, n. 29/30, p. 10-19, 2014.

DAMACENO, Nara Siqueira; MARCIANO, Rafaela Paula; MENEZES, N. R. C. D. **As representações sociais da maternidade e o mito do amor materno**. *Perspectivas em Psicologia*, v. 25, n. 1, p. 199-224, 2021.

DAMASCO, Mariana Santos. **Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1996)**. Rio de Janeiro, 2009.

DAVIS, Ângela. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2016.

DE MIRANDA, Maria Lucilia Moraes; DO NASCIMENTO, Adriana Galvão; LEMOS JUNIOR, Eloy Pereira. **Mulheres negras e a justiça reprodutiva: direitos sexuais e reprodutivos de forma ampliada, justiça social**. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 9, n. 11, p. 211-222, 2023.

DE REZENDE, Damaris Tuzino; TÁRREGA, Maria Cristina Vidotte Blanco. **Colonialidade do corpo feminino negro: trabalho reprodutivo no período escravocrata brasileiro e justiça racial**. *Revista Videre*, v. 13, n. 27, p. 227-243, 2021.

DE SOUZA MINAYO, Maria Cecília; COSTA, António Pedro. **Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa**. *Revista Lusófona de Educação*, n. 40, p. 11-25, 2018.

DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos). **Boletim Especial — 8 de março, Dia da Mulher: As dificuldades das mulheres chefes de família no mercado de trabalho**. São Paulo: DIEESE, 2023. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2023/mulheres2023.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2025

DOS SANTOS, Betânia Maria Pereira. **A face feminina na linha de frente contra a pandemia de COVID-19**. *Nursing*, v. 24, n. 275, p. 5480-5483, 2021.

FEDERICI, Sílvia. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Editora Elefante, 2023.

FEDERICI, Sílvia. **O patriarcado do salário: notas sobre Marx, gênero e feminismo**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2021. v. 1.

FEDERICI, Sílvia. **O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista**. São Paulo: Editora Elefante, 2019.

FERNANDES, Alexandre de Oliveira; SOUZA, Marcos Lopes de; PEROVANO FILHO, Natalino (Orgs.). **Metodologias contracoloniais em relações étnicas, raciais e de gênero**. Curitiba: Appris, 2023.

GÊNERO E NÚMERO; SOF – Sempre Viva Organização Feminista. **Sem parar: o trabalho e a vida das mulheres na pandemia**. Relatório de pesquisa. [S. l.]: Gênero e Número / SOF, 2020. Disponível em: https://mulheresnapandemia.sof.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_Pesquisa_SemParar.pdf. Acesso em: 18 nov. 2025.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOES, Emanuelle Freitas. **Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional**. 2018.

GOES, Emanuelle Freitas. **Dilemas interseccionais: racismo e aborto no Brasil**. *Cadernos de Gênero e Diversidade*, v. 9, n. 1, p. 31-46, 2023.

GÓES, Juliana. **Ciência sucessora e a(s) epistemologia(s): saberes localizados**. *Revista Estudos Feministas*, v. 27, n. 1, p. e48373, 2019.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano**. São Paulo: Schwarcz/Companhia das Letras, 2020.

GRANGER, Gilles-Gaston. **Modèles qualitatifs, modèles quantitatifs dans la connaissance scientifique**. In: HOULE, G. (Org.). *Sociologie et Sociétés*, v. XIV, n. 1, p. 7-15, 1982.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas**. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*, v. 2, p. 55-92, 1995.

HARAWAY, Donna. **Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial**. *Cadernos Pagu*, n. 5, p. 7-41, 2009.

HARDING, Sandra G. **The science question in feminism**. Cornell University Press, 1986.

HIRATA, Helena. **Globalização e divisão sexual do trabalho**. *Cadernos pagu*, pág. 139-156, 2002.

HIRATA, Helena. **O trabalho de cuidado**. *Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos*, v. 13, n. 24, p. 53–64, 2016.

IBGE. **Censo Demográfico 2022: Redenção-CE**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 14 ago. 2025.

IBGE. **Censo 2022: pela primeira vez, menos da metade das famílias do país são formadas por casais com filhos**. Agência de Notícias IBGE, 05 nov. 2025. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/44960-censo-2022-pela-primeira-vez-menos-da-metade-das-familias-do-pais-sao-formadas-por-casais-com-filhos>. Acesso em: 28 dez. 2025

IBGE. **Mulheres dedicam quase o dobro do tempo dos homens em tarefas domésticas**. Agência de Notícias IBGE, 26 abr. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24267-mulheres-dedicam-quase-o-dobro-do-tempo-dos-homens-em-tarefas-domesticas>. Acesso em: 05 nov. 2025.

JAGGAR, Alison M.; BORDO, Susan R.; FREITAS, Britta Lemos de (Trad.). **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

LEMOS, Adriana. **Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde**. *Saúde em Debate*, v. 38, p. 244-253, 2014.

LIMA, Nathalia Diórgenes Ferreira. **Preto é o lugar onde eu moro: o racismo patriarcal brasileiro**. *Revista Katálisis*, v. 25, p. 242–251, 2022.

LIMA, Nathalia Diórgenes Ferreira. **Entre silêncios, interdições e pessoalidades: uma análise racial das histórias sobre aborto no sertão**. 2020.

LOPES, Fernanda. **Justiça reprodutiva: um caminho para justiça social e equidade racial e de gênero**. *Organicom*, v. 19, n. 40, p. 216-227, 2022.

LOPES, Maiara Oliveira; SOARES, Themis Cristina Mesquita; BEZERRA, Sara Taciana Firmino. **Ressignificando o papel da Atenção Primária como porta de entrada para oferta do serviço e organização do território**. *Espaço para a Saúde*, v. 24, 2023.

LUGONES, María. **Rumo a um feminismo descolonial**. *Revista Estudos Feministas*, v. 22, p. 935-952, 2014.

MANO, Maíra Kubik Taveira; ALMEIDA, Eliane Vieira Lacerda. **Justiça reprodutiva: entre o público e o privado**. *Revista de Gênero, Sexualidade e Direito*, v. 9, n. 1, p. 74–94, 2023.

MESSIAS, Heloise et al. **Entre a maternagem e a carreira profissional: a realidade das trabalhadoras de saúde do SUS**. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 1, n. 4, p. 96-101, 2025.

NASCIMENTO, Abdias. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. Editora Perspectiva SA, 2016.

NUNES, Luceime Olivia et al. **Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata**. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, p. e175, 2018.

OLIVEIRA, Camilla et al. **Violência verbal, psicológica e assédio moral no trabalho contra profissionais de enfermagem**. *Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza*, v. 11, 2022.

OLIVEIRA, Rayane Noronha. **Justiça reprodutiva como dimensão da práxis negra feminista**. *Germinal*, v. 14, n. 2, p. 245-266, 2022.

OMS; UNICEF. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: relatório final, Alma-Ata, 1978**. Brasília: OMS; UNICEF, 1979.

OXFAM. **Tempo de cuidar: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade**. 2020.

PINA, Melissa Martins; SOUZA, Marta Rovey de; PARREIRA, Fernanda Ramos. **Equidade de gênero e raça: lacunas e percepções na visão de trabalhadoras do SUS**. *Caderno Pedagógico*, v. 21, n. 13, p. e12287, 2024.

RATTNER, Daphne. **Da saúde materno-infantil ao PAISM**. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 103-108, 2014.

RIVERA, Maria F. de A.; SCARCELLI, Isabela R. **Contribuições feministas e questões de gênero nas práticas de saúde da atenção básica do SUS**. *Saúde em Debate*, v. 45, n. s1, p. 39–50, 2021.

ROLAND, Edna. **Direitos reprodutivos e racismo no Brasil**. *Revista Estudos Feministas*, v. 3, n. 2, p. 506-506, 1995.

ROSS, Loretta J. **Justiça reprodutiva como ativismo feminista interseccional**. *Souls*, v. 19, n. 3, p. 286-314, 2017.

SANTOS, Gabriela de Brito Martins et al. **Cuidado de si: trabalhadoras da saúde em tempos de pandemia pela Covid-19**. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, p. e00300132, 2020.

SILVEIRA, Paloma Silva; PAIM, Jairnilson Silva; ADRIÃO, Karla Galvão. **Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975–1988**. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 276-291, 2020.

SOUTO, Kátia; MOREIRA, Marcelo Rasga. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres**. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 130, p. 832-846, 2021.

TEIXEIRA, Alessandra; GALLO, Mel Bleil. **Nosso útero, nosso território: justiça reprodutiva e lutas decoloniais por aborto e maternidade**. *(Syn)thesis*, v. 14, n. 2, p. 52-66, 2021.

TELO, Shana Vieira. **Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na atenção primária à saúde.** 2016.

TOMASI, Elaine et al. **Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde no Sul e Nordeste do Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, 2008.

TRONTO, Joan. **Assistência democrática e democracias assistenciais.** *Sociedade e Estado*, v. 22, p. 285-308, 2007.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

Apêndices

APÊNDICE A1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) UTILIZADO NA ENTREVISTA COM AS TRABALHADORAS DO SUS

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a sra. para participar como voluntário da pesquisa **“Justiça reprodutiva e racismo no âmbito da atenção básica à saúde em municípios de pequeno porte: cuidado à gestação e ao abortamento na Região do Maciço do Baturité”**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Nathalia Diorgenes Ferreira Lima, com endereço na Avenida Godofredo Maciel, 20440 bloco G, apartamento 404, Maraponga, Fortaleza/CE, celular: 81 998265723 (inclusive ligações a cobrar), e-mail nathaliadiorgenes@unilab.edu.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

A senhora estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- ☐ Essa é uma pesquisa que tem como principal objetivo analisar, na perspectiva da justiça reprodutiva, como profissionais de saúde constroem o cuidado às situações de gestação e abortamento de mulheres negras nas Unidades de Saúde da Família em municípios de pequeno porte na Região do Maciço do Baturité, Ceará. Nas entrevistas, a pesquisadora perguntará sobre sua atuação profissional e direitos reprodutivos, mas você estará livre para se recusar a responder qualquer uma delas ou até mesmo para retirar o seu consentimento em participar da entrevista. Caso seja autorizado, as entrevistas serão gravadas, para que possam ser transcritas posteriormente. As entrevistas serão armazenadas em pastas de arquivos e arquivos digitais, mas somente terão acesso às essas informações a pesquisadora e equipe de pesquisa.
- ☐ Sua contribuição se dará através da participação em uma ou mais entrevistas, de cerca de meia hora, em local que você ache mais conveniente ou que a instituição disponibilize. A ideia é que esta aconteça no espaço mais reservado possível, como na sala de aula ou em alguma sala do setor administrativo serviço. A entrevista será presencial e acontecerá individualmente, conterá perguntas sobre a sua vida na prisão e tem o objetivo de resgatar fatos e aspectos vivenciados nesse período. O convite a sua participação se deve ao fato de ter mais de 18 anos e ser trabalhadora de Unidade Básica de Saúde da Família. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória. Você poderá interromper ou não participar mais da pesquisa, se assim quiser, e sem perdas, ou seja, não haverá penalização de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. O sigilo e a confidencialidade estão assegurados pelas premissas éticas que norteiam esta pesquisa, bem como pelo termo em questão.
- ☐ RISCOS diretos para o voluntário: algumas pessoas sentem algum tipo de constrangimento ao serem solicitadas a falar sobre sua atuação profissional e direitos reprodutivos, outras se sentem constrangidas por seus depoimentos serem gravados. Para minimizar esses riscos, caso seja possível, você poderá escolher o lugar que achar mais conveniente para a entrevista, e pode se recusar a responder qualquer pergunta que ache inadequada. A entrevista só poderá acontecer em um espaço que garanta o sigilo das informações prestadas. Além disso, será garantida escuta psicológica para quaisquer danos

APÊNDICE A2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) UTILIZADO NA ENTREVISTA COM AS TRABALHADORAS DO SUS

comprovadamente decorrentes da sua participação na presente pesquisa.

☐ BENEFÍCIOS diretos e indiretos para os voluntários: O benefício direto decorrente da sua participação está no fato de que refletir sobre sua atuação profissional e como vivencia seus direitos reprodutivos, como a maternidade, sendo uma trabalhadora do SUS. Como benefício indireto, tem-se o fortalecimento do debate em torno da justiça reprodutiva para mulheres.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações, entrevistas e diários de campo) ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, situado na Sala 13A, Bloco Administrativo II, Campus da Liberdade, Avenida da Abolição, nº 3, Centro, CEP: 62.790-000, Redenção – Ceará – Brasil, com Tel: 3332.6190 e E-mail: cep@unilab.edu.br; ou acesse a Plataforma Brasil no link: <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO

Eu, ____, CPF ____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar da pesquisa “Justiça reprodutiva e racismo no âmbito da atenção básica à saúde em municípios de pequeno porte: cuidado à gestação e ao abortamento na Região do Maciço do Baturité” como voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar:

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE B- INSTRUMENTAL UTILIZADO PARA CONDUÇÃO DAS ENTREVISTAS COM AS PROFISSIONAIS DO SUS



INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS CURSO DE SERVIÇO SOCIAL ROTEIRO ENTREVISTA

Prezadas(os) profissionais do [nome do posto de saúde],

Essa entrevista compõem o núcleo de pesquisa “Justiça reprodutiva e racismo no âmbito da atenção básica à saúde em municípios de pequeno porte: cuidado à gestação e ao abortamento na Região do Maciço do Baturité”, vinculada à Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), coordenada pela Prof^a. Dr^a Nathália Diórgenes e composta pela seguinte equipe de discentes: Evelin Alves da Silva, Evilly Sandy Diniz de Oliveira e Maria Kailane Nogueira Lima.

O objetivo do estudo é compreender de que maneira a justiça reprodutiva tem sido garantida no município, identificando os avanços e os desafios enfrentados nesse processo pensando nos usuários e trabalhadoras do SUS.

Antes de iniciarmos a entrevista, gostaria de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária. Isso significa que você pode escolher não responder ou parar a qualquer momento, sem nenhuma consequência. As informações que você compartilhar serão utilizadas apenas para fins acadêmicos e serão tratadas com sigilo e respeito. Nenhuma resposta será divulgada com identificação, e você não é obrigada a responder nenhuma pergunta com a qual não se sinta confortável, além disso, seu local de trabalho também não será divulgado na pesquisa. Caso concorde em participar, podemos dar início agora.

Data:
Hora:
Duração da entrevista:
Local da entrevista:

Perfil da entrevistada
Nome:
Nome fictício:
Idade:
Qual a renda familiar:

APÊNDICE B2- INSTRUMENTAL UTILIZADO PARA CONDUÇÃO DAS ENTREVISTAS COM AS PROFISSIONAIS DO SUS

Tem parceiro ou parceira:
Qual sua cor?

1. Identificação e contexto de vida

1. Qual é a sua profissão e há quanto tempo atua na área da saúde?
2. Qual sua religião? Você é praticante?
3. Onde você mora? É considerado uma área urbana ou rural?
4. Qual a sua composição familiar?
5. Você reside próximo da sua família?
6. Você tem filhos? Quantos?
7. Você possui alguma rede de apoio que lhe ajude a fazer as atividades domésticas ou cuidar das crianças? Se sim, quem?

2. Estrutura e Recursos da Unidade de Saúde e acesso a unidade

8. Na sua opinião, o que você acha da estrutura do local onde trabalha?
9. Os materiais e equipamentos necessários para o atendimento obstétrico estão sempre disponíveis ou existe falta recorrente de algum insumo essencial, como medicamentos, instrumentos ou materiais de higiene?
10. A estrutura da unidade de saúde onde você trabalha é adequada para atender e acolher gestantes e mulheres em situação de abortamento? De que forma?
11. Todos os usuários do equipamento têm acesso fácil à unidade? Se não, por quais motivos?
12. E a equipe enfrenta dificuldade de chegar até onde trabalha?

3. Barreiras Atitudinais

13. Você sente que sua cor influencia a forma como você é tratada em seu trabalho?
14. Na sua opinião, o que é o racismo?
15. Quais situações relacionadas a racismo você já presenciou ou viveu nas unidades em que trabalha?
16. Na sua opinião, o racismo pode afetar o atendimento de mulheres negras nos serviços de saúde da atenção básica?
17. Já sofreu algum tipo de violência pelos outros funcionários ou usuários? Se sim, quais dessas você já vivenciou?
 - () Racismo (ato discriminatório baseado na cor de pele ou origem étnico-racial, podendo se manifestar por meio de falas, atitudes, exclusão ou tratamento desigual.)
 - () Violência Verbal (uso de palavras agressivas, ofensas, gritos ou humilhações para intimidar ou desqualificar alguém,)
 - () Violência Sexual (qualquer comportamento de cunho sexual sem consentimento, comentários inapropriados, assédio, toques indesejados ou coerção.)
 - () Violência Moral (calúnia, difamação, boatos, exposição pública vexatória ou qualquer conduta que prejudique a imagem ou reputação)

APÊNDICE B3- INSTRUMENTAL UTILIZADO PARA CONDUÇÃO DAS ENTREVISTAS COM AS PROFISSIONAIS DO SUS

() Violência psicológica (manipulação emocional, intimidação, ameaças ou qualquer ação que cause dano emocional que abale a autoconfiança)

18. Você se sente à vontade para nos contar como aconteceu?
19. Quais são as maiores dificuldades que você enfrenta devido ao local onde trabalha?
Afeta também na rotina como mãe?
20. Na sua opinião, quantos filhos uma mulher tem que ter?

4. Maternidades e condições das trabalhadoras do SUS

21. Quantas horas você trabalha por dia? contando com o transporte?
22. Quais são os principais desafios que você enfrenta ao conciliar o trabalho e a maternidade?
23. O que você faz ao chegar do trabalho? Você pode descansar ou ainda faz alguma atividade doméstica?
24. Quantas horas mais ou menos você acha que você gasta com o trabalho doméstico?
25. Você acha que o fato de trabalhar na área da saúde influencia suas escolhas sobre ter filhos, planejar a gravidez ou utilizar métodos contraceptivos?
26. Você usa algum anticoncepcional? Se sim, você poderia nos dizer qual?
27. Você acha que ele é adequado para a sua rotina? (já esqueceu de tomar alguma vez? Te causa desconforto? Você se sente segura com ele? alguma vez que você engravidou foi utilizando esse anticoncepcional?)
28. Como foi a orientação sobre o anticoncepcional? Alguém lhe receitou o anticoncepcional ou você mesma lhe orientou?
29. Você sente que sua experiência como mãe afeta a forma como você atende gestantes e puérperas? (o fato de você ser mãe te ajudou a ter empatia com as outras mulheres?)
30. Durante a gestação, você recebeu algum apoio social? Se sim, pode contar essa experiência?
31. Como foi o seu processo de gestação e parto?
32. Você já fez laqueadura? Se sim, como foi o processo? (foi fácil de conseguir? Você foi bem informada? ficou satisfeita por ter feito?)
33. Você teve algum direito trabalhista garantido? Se sim, quais?
34. Houve dificuldades para retornar ao trabalho? (com quem deixou os filhos? conseguiu amamentar?)
35. Você pode nos contar como foi o processo de amamentação?

5. Saúde sexual e saúde reprodutiva

36. Você sente que tem liberdade para decidir sobre seu próprio corpo, por exemplo, se quer ter filhos e em que momento ter, ou escolher os seus métodos contraceptivos? Você usa algum contraceptivo? Qual?
37. Em algum momento, você sentiu que sua decisão sobre ter ou não filhos foi influenciada por outras pessoas ou pelas condições do seu trabalho?
38. Na sua experiência, as ações de saúde apoiam ou limitam as escolhas reprodutivas das trabalhadoras do SUS ou das usuárias? Se sim, como isso acontece?

APÊNDICE B4- INSTRUMENTAL UTILIZADO PARA CONDUÇÃO DAS ENTREVISTAS COM AS PROFISSIONAIS DO SUS

39. . Como é realizada a orientação sobre contraceptivos, amamentação, parto e planejamento familiar na unidade de saúde?

6. Pré-natal

40. Quais protocolos a sua unidade utiliza para o atendimento pré-natal de mulheres? Na sua opinião, eles atendem às necessidades das mulheres negras também? Por quê?
41. Você acha que o posto tem todos os equipamentos necessários para realizar os atendimentos de pré-natais?
42. O que mais te incomoda ao realizar o pré-natal das mulheres?
43. Você sente que há diferença entre o atendimento pré-natal oferecido nos contextos rurais e urbanos? Pode contar mais?
44. Você acha que as mulheres das zonas rurais têm apoio para a maternidade no posto de saúde?

7. Violência obstétrica

45. O que você pensa sobre a manobra de kristteller e a episiotomia no momento do parto?
46. Você acha que muitas mulheres aqui da região já passaram por isso?
47. Você acha que as mulheres recebem informações suficientes sobre contraceptivos, amamentação, parto, direito ao aborto legal?
48. Você já presenciou aqui no posto de saúde, situações como: consultas de pré-natal com uma curta duração, falas do tipo “na hora de fazer tava bom”, ou algum relato de gestante reclamando da qualidade do atendimento?
49. O que vocês fazem quando chegam uma mulher gestante vítima de violência doméstica ou familiar?
50. Você acha que o atendimento às parturientes é feito de forma humanizada? De que forma?
51. Você acredita que situações de maus tratos e negligências com as gestantes é mais prevalente entre mulheres das regiões serranas e/ou entre mulheres negras? Por quê?

7. Aborto

52. Você sabe em quais casos o aborto é legalizado no Brasil?
53. O posto de saúde informa o direito ao aborto legal para as usuárias que sofreram violência sexual?
54. As mulheres da região têm acesso a informações claras sobre as situações em que o aborto é legalizado?
55. E sobre aborto clandestino, você escuta muitas histórias aqui sobre aborto na região?
56. Alguma mulher já chegou no posto de saúde querendo fazer um aborto?
57. Quais desafios você enfrenta ao cuidar de mulheres que recorrem à unidade básica de saúde em situações de abortamento?
58. Como você enxerga a relação entre a criminalização do aborto e os direitos das mulheres no cuidado a saúde?
59. O que você faria se chegasse uma usuária buscando cuidado após ter feito um aborto? (Tem medo de atender por ser ilegal?)