

Acesso às políticas públicas sociais por mulheres trabalhadoras rurais do Nordeste durante a Covid-19

Claudia Suely Barreto Ferreira¹

Resumo

Este artigo visa analisar o acesso às políticas públicas sociais do Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais do Nordeste, Brasil, durante a pandemia ocasionada pela Covid-19. É uma pesquisa de cunho qualitativo e exploratório, na qual utilizaram-se entrevistas semiestruturadas com 31 participantes. Para isso, adotou-se a Análise de Conteúdo, com o suporte do *software* Iramuteq. Os resultados foram analisados a partir dessa ferramenta, intitulada “Classificação Hierárquica Descendente (CHD)”, em que foram geradas três categorias empíricas, denominadas: Políticas públicas de saúde: o atendimento na atenção básica à saúde em momentos da pandemia; Políticas sociais: o recrudescimento da violência contra a mulher; e Políticas públicas educacionais: a suspensão das aulas presenciais com adoção do ensino remoto. Concluiu-se, após análise dos resultados, que, na pandemia, a violência de gênero passou a ser mais presente no âmbito rural. Esse contexto resultou em dificuldades no acesso aos serviços públicos de saúde, nas políticas de proteção às mulheres em situação de violência e nas condições para garantir a permanência das crianças no sistema educacional público de forma remota.

Palavras-chave

Política pública. Covid-19. Violência de gênero. Atenção à saúde. Mulheres rurais.

¹ Doutora em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia, Brasil; professora adjunta da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil; membro e pesquisadora do Núcleo de Pesquisas Sobre o Cuidar/Cuidado (NUPEC-UEFS). E-mail: claudiasuelyferreira@gmail.com

Access to social public policies by rural working women in the Northeast during Covid-19

Claudia Suely Barreto Ferreira²

Abstract

This article aims to analyze the access to public social policies of the Movement of Countryside Women Workers of the Northeast/Brazil, during the pandemic caused by Covid-19. It is a qualitative and exploratory study, which used semi-structured interviews with 31 participants. Content Analysis was used, with the support of the Iramuteq. The results were analyzed using this software tool called Descending Hierarchical Classification (DHC), which generated three empirical categories called: Public Health Policies: Primary health care during the pandemic; Social Policies: The rise in violence against women; and Public Education Policies: The suspension of face-to-face classes with the adoption of remote teaching. After analyzing the results, it was concluded that gender-based violence became more present in rural areas during the pandemic. This context culminated in difficulties in accessing public health services and protective policies for women in situations of violence, as well as conditions for keeping children in the public educational system remotely.

Keywords

Public policy. Covid-19. Gender violence. Health care. Rural working women.

² PhD in Nursing and Health, Federal University of Bahia, State of Bahia, Brazil; assistant professor at the State University of Feira de Santana, State of Bahia, Brazil; member and researcher at the Research Center on Care/Caring (NUPEC-UEFS). E-mail: claudiasuelyferreira@gmail.com

Introdução

O acesso universal e equitativo às políticas públicas sociais constitui, dentre outros fatores, a oportunidade de acolhimento das pessoas e o atendimento às necessidades delas, sendo a defesa de igualdade de direitos e justiça social imprescindíveis, como salientam Assis e Abreu (2012). É fundamental que pessoas de todas as regiões do país tenham acesso efetivo às políticas públicas de saúde, sociais e educacionais. Por acesso efetivo entendemos, de acordo com Andersen (1995), aquele capaz de produzir impacto positivo nas condições de vida da população.

Travassos e Martins (2004) dissertam sobre acessibilidade a partir das peculiaridades da oferta que intervém na relação entre características dos indivíduos e usos dos serviços. Não há como restringi-la ao uso ou não dos serviços de saúde, ressalta-se que a acessibilidade abarca, sobretudo, as dimensões geográficas e sócio-organizacionais. A operacionalização adequada das dimensões do acesso inclui também os aspectos correlacionados à acessibilidade dos usuários do sistema público de saúde.

Adotamos a perspectiva teórica de política, do modelo de múltiplos fluxos de Kingdon (2003), que possibilita contemplar o exercício do poder e a racionalidade contida nas propostas de organização, reorganização e escolha de prioridades para as decisões em âmbito de políticas públicas (Cohn, 2008).

Entretanto, no Brasil dos últimos anos, as políticas públicas de saúde, sociais e educacionais, que neste estudo são denotadas como aquelas que fazem referência aos conteúdos concretos e simbólicos de decisões políticas, e do processo de construção e atuação dessas decisões, enfrentam uma desestruturação dos seus serviços, sobretudo no âmbito da zona rural, o que vai de encontro aos valores universais de defesa da vida, liberdade, igualdade e saúde propugnada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Diante dessa constatação, nos questionamos: durante a pandemia ocasionada pela Covid-19, como se deu o acesso às políticas públicas por mulheres trabalhadoras rurais participantes do Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais do Nordeste (MMTR-NE)?

Para o acesso efetivo às políticas públicas, são necessárias garantias do Estado, em especial aos grupos mais vulnerabilizados, no que concerne a uma vida digna, isto é, resguardar, ao menos, o direito à saúde, à educação e à proteção contra a violência. Ademais, é imperativa

uma sociedade que não admita, tampouco se conforme, com desigualdades de gênero, raça, classe e território.

Diante da conjuntura brasileira, sobressai que:

A existência de políticas públicas voltadas para a população rural sempre esteve fortemente relacionada com a capacidade desses grupos sociais se constituírem em movimentos, criarem organizações para apresentar suas demandas, adquirir legitimidade junto à sociedade e ao Estado, e, portanto de incidir sobre a agenda pública (León, 2001).

Com base no trecho acima, observa-se a relevância de movimentos de resistência feminista, como o MMTR-NE. Essas ativistas, mesmo sendo penalizadas pela desigual divisão sexual do trabalho, redesenham os estereótipos de gênero. Entre si, constroem e preservam redes de formação e mobilização, com capacitação continuada, e ocupam a cena pública, tornando-se referência política dentro e fora das comunidades. Com essas iniciativas, colocam em xeque parte do imaginário social que ainda supõe as mulheres exclusivamente voltadas ao espaço doméstico ou, quando ocupando espaços públicos, assumindo lugares submissos, que só atendem às necessidades patriarcais, do capital e da branquitude.

No referido movimento, o direito ao acesso às políticas públicas não é visto como uma possibilidade individual, mas é pautado como uma agenda coletiva, mesmo porque essa busca por exercer direitos, quando feita de forma individualista, é causadora de conflitos na comunidade. Da mesma forma, um diferencial do movimento nordestino é que uma liderança não pode se distanciar das pautas dos grupos que representa, visto que a luta é coletiva. Assim, o MMTR-NE tem a sua forma de resistir e, nesse sentido, se aproxima da tese de León (2001), que argumenta que as conquistas precisam considerar o processo histórico que cria a carência de poder e torna evidente a necessidade de alterar as estruturas sociais vigentes. Diante dessas considerações, este artigo visa analisar o acesso às políticas públicas de saúde, sociais e educacionais, por mulheres trabalhadoras rurais participantes do MMTR-NE durante a pandemia da Covid-19.

Metodologia

A pesquisa foi desenvolvida atendendo às Resoluções n. 466/2012 e n. 510/2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Obteve-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sob Protocolo n. 4.380.158. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, o

Rev. Ed. Popular, Uberlândia, v. 24, n. 1, p. 75-92, jan.-abr. 2025.

anonimato foi garantido pela adoção dos nomes de flores/plantas nordestinas, seguidas pela sigla do estado de origem.

Trata-se de estudo exploratório, com abordagem qualitativa, utilizando-se o protocolo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) para apresentar os resultados do estudo.

A primeira etapa consistiu no levantamento de literatura acerca da efetividade do acesso às políticas públicas por mulheres rurais. Buscamos por estudos completos e disponíveis em português, inglês ou espanhol. Esse levantamento foi feito em bases de dados, tais como: *SCOPUS*, *Web of Science*, *LILACS* e *Google Scholar*. Para a busca dos artigos, foram selecionados os termos a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), no qual realizamos combinações com auxílio do operador booleano “and” entre os quatro descritores selecionados: Acesso às políticas públicas; Covid-19; Violência de gênero; Atenção Básica à Saúde. A busca ocorreu entre os meses de outubro e dezembro de 2020, na qual foram encontrados 48 artigos. Após a leitura das publicações, excluíram-se 26, pois tergiversavam sobre temáticas dissidentes.

A aproximação com as integrantes do movimento para a realização das entrevistas pertinentes ao estudo foi feita a partir do contato com a coordenadora geral do movimento, que prontamente aceitou levar o requerimento de realização de pesquisa com integrantes do MMTR-NE a uma reunião coletiva, momento em que o requerimento foi aprovado. Em seguida, fomos surpreendidas pela pandemia da Covid-19, o que exigiu um redimensionamento da pesquisa para o modo de entrevistas remotas.

Devido à emergência em saúde pública ocasionada pela pandemia da Covid-19, o cenário deste estudo foi virtual. Participaram do estudo 31 mulheres que atenderam aos critérios de inclusão: estar associada ao MMTR-NE há, pelo menos, dois anos; que trabalhe e resida na zona rural dos estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e/ou Sergipe; ser usuária do SUS sem convênio privado de saúde; e ter idade entre 18 e 65 anos. Foram excluídas do estudo todas as mulheres que não atendiam aos requisitos supracitados.

Excetuando o aporte bibliográfico, os dados foram gerados de forma primária, por meio de entrevistas. A coleta foi realizada entre janeiro e março de 2021, por meio do aplicativo *Google Meet*, possibilitando a gravação em vídeo das entrevistas, com duração média de 90 minutos, armazenadas em repositório digital e transcritas. A técnica de geração de dados escolhida foi de entrevistas semiestruturadas. A aproximação foi feita por contatos por e-mail e telefone com as coordenadoras regionais do movimento. Após a primeira entrevista realizada,

as demais ocorreram por meio do método bola de neve (Bernard, 2005), no qual uma participante indica as mulheres elegíveis ao estudo. As entrevistas ocorreram sem desistências das participantes indicadas subsequentemente.

As informações oriundas das falas começaram a ser analisadas em abril de 2021, a partir da escuta sensível e análise dos vídeos gravados. As análises foram realizadas em local silencioso para a compreensão do todo. Concomitantemente, o conteúdo das falas foi transcrito em documento no programa *Microsoft Word* (versão 2013), de modo que também foram feitas notas no texto para que todas as informações, inclusive as da comunicação não verbal, fossem captadas, permitindo, assim, o enriquecimento e a preservação da essência dos relatos das participantes.

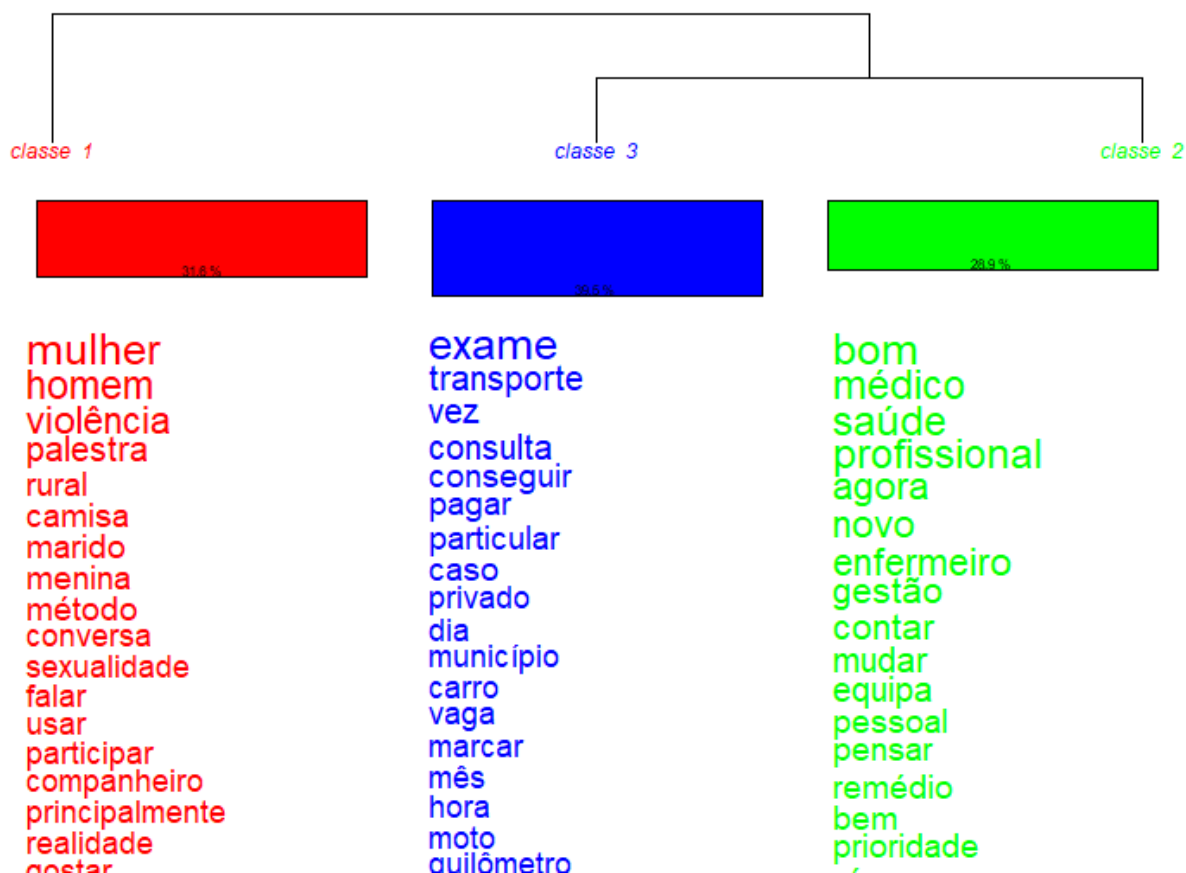
Os dados foram analisados pela técnica de interpretação das falas, intitulada como Análise de Conteúdo, conforme proposta por Minayo (2014), seguindo as etapas de pré-análise, exploração de material e de resultados. Entretanto, devido à complexidade do *corpus* empírico, percebemos a necessidade de utilizarmos um *software* que nos proporcionasse a melhor exploração das falas, elaboração de inferências e nomeação das categorias, considerando-se as semelhanças dos termos e as diferenças entre elas.

Para esse momento da análise utilizamos como ferramenta o Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), a partir do qual realizamos o agrupamento das palavras por ordem de relevância, doravante à frequência de termos lexicais, e os caracterizamos de acordo com a frequência das palavras que apareceram nas entrevistas.

O estudo apresentou um valor p maior ou igual a 0,0001 e qui-quadrado (χ^2), demonstrando a alta significância encontrada, denotando mais de 99,99% de certeza na análise.

Como ferramentas de análise do *software*, recorreremos à Classificação Hierárquica Descendente (CHD), a partir da qual foram construídas categorias correspondentes às classes de palavras geradas pelo programa (dendrograma), conforme Figura 1.

Figura 1 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do *Corpus* textual, referente a “Acesso aos serviços públicos”



Fonte: Dados empíricos da pesquisa (2021).

Resultados e Discussão

A análise da classe lexical originada do dendrograma, que versa sobre as significações diante das vivências perante o acesso aos serviços públicos de saúde no período pandêmico, corresponde a 31,6% do *corpus* textual deste estudo.

As palavras mais frequentes dessa classe lexical são: mulher, homem, violência, palestra, rural, marido, menina, método, conversa, sexualidade, falar, participar e companheiro, e, ao serem analisadas, no contexto em que se inserem nas falas, denotam as dificuldades enfrentadas por essas mulheres no âmbito dos serviços públicos, especificamente nos serviços de saúde na atenção primária, serviços de proteção à mulher no que tange à violência de gênero, e serviço público de educação com foco no Ensino Infantil e Fundamental I e II.

As participantes do estudo, em maioria, possuem faixa etária de 35 a 44 anos, muitas são mulheres casadas ou em união estável (52%), se autodeclararam de cor/raça negra (68%) e de religião católica (87%). Cerca de um terço (35%) apresentou nível de escolaridade superior.

A renda mensal individual para quase metade dessas mulheres (48%) é de um salário mínimo, com equivalência a R\$1.100,00 no período em que se realizou a pesquisa.

No que se refere à contaminação pela Covid-19, destaca-se que 19% das participantes desta pesquisa relataram contaminação com o vírus. Embora essa não tenha sido uma questão fundante para a pesquisa, ficou evidente que para essas mulheres o sofrimento de terem sido contaminadas pelo vírus, em algum momento da pandemia, foi algo latente e que precisava ser discutido.

A classe lexical em estudo originou as categorias empíricas, denominadas: o atendimento na Atenção Básica à Saúde em momentos da pandemia; o recrudescimento da violência contra a mulher; e a suspensão das aulas presenciais com adoção do ensino remoto.

No Brasil, o vírus chegou primeiro às classes mais abastadas, que logo receberam assistência nos espaços hospitalares privados mais bem estruturados do país. Em contraste, a primeira morte noticiada foi a de uma trabalhadora doméstica, conforme descrito por Eurico, Gonçalves e Fornazier (2021), evidenciando que, embora o vírus SARS-COV-2 – vírus responsável pela Síndrome Respiratória Aguda Grave que ocasiona a Covid-19 – não apresente seletividade social no contágio, os impactos da infecção tiveram repercussões diferentes a depender da raça, classe, gênero e território de residência das pessoas contaminadas.

Nas pessoas com baixo nível de escolaridade associado à pobreza, o estudo revela a dificuldade no cumprimento dos protocolos sanitários por falta de informação e recursos, além da impossibilidade de manterem a quarentena sem trabalhar e ver a renda familiar cair (Estrela *et al.*, 2020).

Diante desses resultados, refletimos a quem é dado o direito de viver bem em um país que, assolado por um vírus altamente contagioso e letal, os investimentos em ações de detecção e isolamento de casos se mostram insuficientes, assim como as políticas públicas essenciais para proteger os grupos mais vulneráveis. Neste estudo, entendemos como grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade, cujas mulheres possuem baixa renda e escolaridade, são moradoras de áreas rurais ou regiões isoladas e remotas, foram afetadas (Sorpreso; Soares Júnior; Baracat, 2015).

O atendimento na Atenção Primária à Saúde em momentos da pandemia

Diante do desafio imposto pela pandemia da Covid-19, seria essencial que os serviços de saúde tivessem seu amplo funcionamento garantido em todos os níveis, desde o primário até o terciário. Para isso, haveria a exigência de investimentos substanciais em instalações,

equipamentos e equipes. Entretanto, concordamos com Medina *et al.* (2020) quando afirmam que o que se viu no país foi uma resposta sanitária centrada nos serviços hospitalares, com ações voltadas para a ampliação do número de leitos, especialmente Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e respiradores pulmonares.

A fala da entrevistada Mandacaru/PE ilustra bem este aspecto:

Durante a pandemia, teve atendimentos emergenciais porque montaram hospitais e, com isso, ficamos sem atendimento nos postos de saúde porque os esforços e os profissionais eram direcionados para os hospitais e para os casos de COVID. Os acompanhamentos de rotina ficaram suspensos.

Obviamente, a estruturação da atenção especializada é um fator de relevância quando pensamos na emergência epidemiológica na qual o país está imerso. A importância de uma estruturação adequada da atenção especializada não diminui a essencialidade da atenção primária em saúde, visto que, diante dessa pandemia, as intervenções eficazes para o seu controle eram direcionadas às medidas de saúde pública preventivas, como: uso de máscaras, isolamento ou distanciamento social, detecção e vigilância dos casos, visando reduzir o número de pessoas contaminadas e, conseqüentemente, de pessoas com sintomas graves associados ao vírus.

Na presente pesquisa, as entrevistadas afirmam que as Unidades de Saúde da Família (USF) fecharam para atendimento de rotina durante o ápice da pandemia, nos mais diferentes estados do Nordeste. Com a descontinuidade nos acompanhamentos de rotina inerentes às unidades muitas pessoas ficaram desassistidas, pois os serviços de atenção primária são os únicos que elas relatam dispor, e a ausência deles teve como resultado um maior aprofundamento das desigualdades sociais, para além das iniquidades relacionadas à saúde populacional. Bromélia/BA relata que “na pandemia foi assim, em torno de quase dois a três meses o PSF fechado. [...] Se a gente tivesse uma base de apoio, [...] o PSF, por exemplo, poderia ser o caminho, um apoio para pelo menos não haver esse sentimento de solidão nesse processo”.

O sentimento de solidão, associado a outros aspectos frequentes e indutores de sofrimento mental durante a pandemia, como o desemprego, a alta da inflação, o medo da morte, e o luto pela perda de familiares, teriam impactos menores se houvesse a certeza da continuidade dos serviços primários de saúde e do apoio dos profissionais às pessoas em situação de vulnerabilidade com as quais essa população se sentia vinculada.

A atenção primária em saúde precisava ter sido fortalecida e não desestruturada. Convém ressaltar que o desmantelamento da Estratégia Saúde da Família (ESF) não iniciou

com a pandemia, nem com o governo Bolsonaro. Na verdade, esse governo deu continuidade ao que já vinha sendo posto desde 2017, e isso pode ser pontuado com as seguintes ações:

A redução de agentes comunitários de saúde, flexibilização de carga horária de profissionais, abolição da prioridade para a ESF, extinção dos Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), perda de profissionais com a finalização do Programa Mais Médicos, desincentivos a abordagem territorial com o novo modelo de financiamento da atenção básica com base em número de cadastrados (Medina *et al.*, 2020).

Todas essas medidas fragilizaram a atenção primária em saúde, dificultando as ações para combate à disseminação do vírus no país. Há, sem dúvidas, um aumento das disparidades sociais em decorrência do vírus e um silenciamento governamental no que tange às possibilidades de diminuí-las.

O atendimento na ESF é necessário e, quando há descontinuidade desta oferta, a efetividade e resolubilidade das necessidades de atenção à saúde, essenciais para a proteção populacional, são atingidas.

Outro aspecto que chamou a atenção na pandemia foi a alteridade, essencial às pessoas que se dispõem a cuidar de outrem, pois se não há sensibilidade, acolhimento e capacidade de entender o lugar de sofrimento do outro, dificilmente a população acessará os mecanismos de proteção social. Há de se pensar que, sem recursos adequados e apoio, inclusive psicológico, as pessoas tendem a se tornar vítimas da atual crise epidemiológica e sanitária, em alguns casos com fatalidades, haja vista os mais de 715.026 mortos no país (Brasil, 2022) – número contabilizado até o momento em que finalizamos a redação deste artigo.

No que concerne aos profissionais da saúde, é evidente que eles necessitam de condições seguras para a realização de seus trabalhos, incluindo um maior arcabouço logístico, treinamentos, suporte para saúde mental e parcerias diversificadas com diversas instituições, incluindo as de Ensino Superior. Entretanto, houve uma letargia no plano de gerenciamento de risco em todos os âmbitos do setor da saúde, desde o municipal e estadual ao federal, o que ocasionou prejuízos à saúde dos profissionais de saúde e tornou o atendimento deles à saúde populacional uma realidade mais difícil.

Na pandemia, os profissionais precisavam ser formados, ter humanizado eles para eles terem cuidado da gente. Além de ter piorado o serviço, ainda tem o fato deles estarem apavorados. [...] Se eles não tocavam no povo antes da pandemia, agora está pior ainda. Nas urgências é todo mundo, uns com medo dos outros (Girassol/RN).

A interrupção temporária do atendimento rotineiro na atenção primária à saúde, além do despreparo dos profissionais da saúde e a falta de recursos diante da pandemia, são fatores passíveis de ocasionar diversas iniquidades. E, quando essa lacuna atinge mulheres e, subsequentemente, os atendimentos à saúde reprodutiva e sexual delas, a possibilidade de gestações indesejadas, abortos inseguros, contaminação com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), é maior. Como consequência, aumenta-se o número de óbitos por causas evitáveis em mulheres com idade reprodutiva.

Brandão e Cabral (2021) apontam para a interseccionalidade e a justiça reprodutiva como aportes teóricos oriundos dos estudos feministas para fundamentar a discussão sobre a forma como a pandemia afeta diretamente a saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

Ressalta-se que foram divulgadas notas técnicas do Ministério da Saúde, nas quais se reforçava a necessidade de manter o atendimento às mulheres durante a gestação e o puerpério, bem como a investigação de casos em que a interrupção da gestação representasse risco para a saúde da mulher (Medina, 2020). No entanto, as ações para garantir esses direitos não eram evidenciadas nos serviços de saúde, como constatamos no relato abaixo:

Uma amiga que tem 17 anos, recentemente ela entrou em trabalho de parto e encaminharam para outro lugar, não conseguiu vaga em cidades próximas de referência nossa. E aí, depois que ela teve o bebê, um silenciamento total do serviço de saúde, uma total falta de assistência (Jurema/PE).

As políticas voltadas para a saúde da mulher, bem como a oferta de serviços diminuídos ou ausentes, podem significar a possibilidade de sobrevivência daquelas mulheres que vivem em condições de habitação precárias, com renda insuficiente e jornadas múltiplas de trabalho. Mulheres essas, majoritariamente negras como as que aqui foram apresentadas, revelando mais uma vez a distribuição desigual das penalidades dos efeitos pandêmicos sobre mulheres trabalhadoras, pobres, negras e rurais.

O recrudescimento da violência contra a mulher

No cenário pandêmico, adotou-se como principal medida de proteção contra a contaminação pelo vírus o isolamento ou distanciamento social. No entanto, tal protocolo colaborou para o aumento da violência de gênero e, por conseguinte, dos abusos sexuais, visto que as mulheres passaram a ser obrigadas a conviverem de forma mais intensa no mesmo espaço do agressor.

Reigada e Smiderle (2021) sinalizam que esse já era um fenômeno esperado e alertado pelas autoridades, pois o convívio prolongado, acrescido das dificuldades financeiras e da interrupção de atividades de trabalho e lazer, cria tensões que podem escalonar para agressões que se diversificam, conforme diferentes condicionantes a que as famílias estão submetidas. Nas falas das entrevistadas é possível detectar alguns desses condicionantes:

Muitos homens pegaram covid e transmitiram para [...] suas esposas, e pegaram principalmente nos bares porque não deixaram de frequentar. Mas é assim, um único homem com atitude irresponsável contamina uma família inteira; é aquele mesmo ciclo de IST, que o homem está sempre com aquele papel de receptor e transmissor (Jurema/PE).

Magalhães (2020) enfatiza que alguns estudos realizados pela Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (ABEAD) fazem a correlação entre a ingestão de bebida alcoólica a um maior número de casos de agressões contra a mulher, e até feminicídios. Além disso, o aumento na ingestão de álcool durante o período de isolamento social causa um efeito colateral, o aumento da impulsividade, que possibilita atitudes mais violentas. Dessa forma, as participantes de nosso estudo também relataram formas como a violência de gênero ocorria em situações de abuso de álcool, tanto por mulheres como por homens:

Meu marido é assim, posso dizer, quase alcoólatra. [...] Sempre a gente tem aqueles sufocos, aquelas discussões que machucam a gente, né? Mas na questão de constrangimento, de sexo mesmo, que nem sempre a gente quer e, às vezes, a gente faz só para agradar, mesmo sem querer (Guarujá/BA).

O uso excessivo de álcool pode inibir a capacidade de negociar práticas sexuais seguras, entre outras questões. Somado à pobreza e a outras situações de vulnerabilidade, pode ocasionar situações de violência extrema contra as mulheres: “Aqui na zona rural tem muitas mulheres que são alcoólatras, que ficam nos bares e que são estupradas lá mesmo. [...] Ninguém está nem aí, porque a mulher que está na cachaça ninguém se importa” (Helicônia/BA).

Em ambos os relatos, a violência sexual contra a mulher é evidenciada. Esse dado torna-se mais preocupante diante do enfraquecimento de estruturas de proteção à mulher, tanto comunitárias quanto governamentais, a exemplo da redução de medidas preventivas, como a suspensão das prisões preventivas e audiências no período pandêmico (Reigada; Smiderle, 2021).

A violência gerada pelo maior convívio doméstico também pode ser percebida no aumento do trabalho invisível, que traz mais sobrecarga à rotina das mulheres, tornando-as mais

suscetíveis à violência doméstica, psicológica e coerção. O ambiente domiciliar, que por vezes era traduzido como refúgio, lugar de conforto e acolhimento, passou a ser visto como lugar de opressão, como é posto pela participante abaixo:

Esse processo de pandemia me deixou muito pra baixo, porque a gente sempre foi de perceber que uma companheira está precisando de ajuda, de receber também, e tudo isso a gente perdeu. [...] Hoje a gente faz tudo no lugar de opressão; querendo ou não, nossa casa é esse lugar. A pandemia deixou nós, mulheres, mais oprimidas, porque enquanto eu saía para viajar eu deixava muita coisa, eu me desligava do trabalho de casa, dos filhos... e, por uns dias, a gente tinha a possibilidade de viver outra realidade, e isso acabou (Malva/CE).

É importante destacar que o distanciamento/isolamento social trouxe à tona a sobrecarga das mulheres às atividades domésticas, pois existe uma desigual divisão de tarefas domésticas, que atinge especialmente mulheres casadas e com filhos. Sobre isso, Biroli (2018) argumenta que a exploração do trabalho gratuito de cuidado feito pelas mulheres libera os homens para o exercício da cidadania na esfera pública, mas cristaliza esse homem em posição de poder dentro da própria família. Em adição, Sabadell (2005) ressalta que, no âmbito privado, produzem-se graves violações dos direitos das mulheres. Esse espaço permanece fora do alcance efetivo das normas que protegem as mulheres, ao contrário dos espaços públicos, o que acaba por garantir a “privacidade” dos homens.

Suspensão das aulas presenciais com adoção do ensino remoto

Os desafios enfrentados pelo setor da educação pública no país não começaram com a pandemia de Covid-19. No entanto, a crise sanitária intensificou problemas já existentes, que se agravaram ainda mais devido às escolhas políticas do governo Bolsonaro, marcado pela redução de investimentos em políticas públicas essenciais para um enfrentamento mais equitativo da pandemia.

Em março de 2020, quando foi decretada a pandemia no país e as medidas de distanciamento/isolamento fizeram-se necessárias, as aulas presenciais foram suspensas imediatamente. Como alternativa para a manutenção do sistema educacional, ficou estabelecido o ensino remoto apesar das iniquidades existentes no país e do despreparo das instituições e professores, sobretudo do ensino público. Dessa forma, iniciou-se um modelo em que as desigualdades sociais não foram corretamente consideradas.

No Brasil, a má distribuição de renda é fator constituinte das desigualdades tecnológicas e de acesso a serviços essenciais, como os de saúde e educação. Desse modo, manter pessoas com as mais diversas situações econômicas e sociais assistindo aulas *online*, sem lhes garantir o acesso ao meio virtual a partir de internet de boa qualidade e equipamentos necessários, representou uma sentença de perpetuação e agravamento das desigualdades preexistentes.

Além da falta de recursos para reduzir as desigualdades no sistema de ensino do país, outro aspecto ressaltado para as mulheres é a mudança do ensino para o domicílio. Isso, especialmente nos casos do Ensino Infantil e do Ensino Fundamental I e II, acaba por aumentar ainda mais a sobrecarga de trabalho para essas mulheres. Sobre essa afirmação, destaca-se o seguinte relato:

A questão do ensino remoto foi o caos. Aqui o município decidiu que quem tem condições financeiras, faz aula on-line, e quem não tem, pega as atividades nas escolas. [...] Foi só mais uma sobrecarga para as mulheres, porque se você sai pela manhã, você vai atrasar suas atividades em casa. Se você sai à tarde, da mesma forma. [...] Quando você chega em casa, ainda tem que ensinar as atividades aos seus filhos (Jurema/PE).

A fala supracitada ressalta o quão significativas são as desigualdades sociais de gênero na família e na sociedade. Quando se refere às questões relativas à educação dos filhos e ao acúmulo do trabalho remunerado e não remunerado, Bertelli, Moser e Gelinski (2021) destacam que as mulheres são as mais atingidas e que a distribuição dos recursos decorrentes dos estruturantes de gênero, raça e classe social é bastante desigual, algo que foi identificado no relato seguinte: “Agora você imagina as pessoas que não tiveram a oportunidade de estudar, e agora se veem tendo que ensinar aos filhos. [...] Essas pessoas têm nome. São mulheres como eu, são mulheres negras, são mulheres rurais, são mulheres periféricas” (Jurema/PE).

Outra questão importante é que, mesmo quando as crianças e adolescentes frequentam o ambiente escolar, as mulheres continuam majoritariamente a contar com o apoio de outras mulheres. Da esfera privada à pública, elas preponderantemente exercem atividades relacionadas ao cuidado e ensino, sobretudo no Ensino Infantil. Não por acaso, essas atividades também são desvalorizadas financeiramente, pois, por muito tempo, eram vistas como atribuições inerentes ao sexo feminino, sem haver necessidade de retribuição financeira para tais encargos. Essa observação também foi feita pela participante da pesquisa: “A maioria das professoras são mulheres, então nós tínhamos outras mulheres para partilhar a responsabilidade que não ficava só para a gente... eram as professoras, as merendeiras. [...] Agora, ficou um ciclo infundável de cobranças de ter que cuidar da casa e tem que dar conta de tudo” (Jurema/PE).

Os efeitos da pandemia foram sentidos pelas mulheres de forma intensificada. As desigualdades de gênero são traduzidas no sofrimento da sobrecarga do trabalho doméstico, nas violências sofridas em domicílio, nas dificuldades de acessar os serviços públicos de saúde e educação. Além disso, perde-se a parceria frequente de outras redes de apoio externas ao cuidado do núcleo familiar, como as escolas. Na zona rural do Nordeste, todos esses aspectos são reais e visíveis. Desse modo, a questão posta sobre o acesso à educação remota ser possível na zona rural traz, para nós, a certeza de que só é possível se houver investimento e consciência do poder público da importância que a educação pública tem no nosso país.

Entendemos como fatores limitantes do presente estudo o alcance dificultado às mulheres que residem em comunidades rurais na região Nordeste, algo que foi explicitado, sobretudo, no contexto pandêmico em que ocorreu a coleta de dados. Além do alcance geográfico, houve limitações de acesso à internet por essas mulheres, o que interferiu no número de mulheres abordadas. Conseqüentemente, o quantitativo de participantes foi reduzido. Outra questão latente é o número reduzido de pesquisas direcionadas à temática estudada, dificultando a discussão direcionada especificamente às mulheres trabalhadoras rurais que participam de movimentos sociais, sendo estas as limitações identificadas no presente estudo.

Assim, faz-se necessário que novos estudos ampliem o conhecimento nesta área, sobretudo na investigação de outros aspectos relacionados ao acesso às políticas públicas por mulheres que vivem e trabalham na região Nordeste do país.

Ao compartilhar os resultados deste estudo com as integrantes do MMTR-NE, esperamos que, ao pontuarmos as nuances identificadas, possamos contribuir com as pautas de reivindicação dessas mulheres, ampliando as possibilidades de contestação dentro desse movimento social. No âmbito da Academia, acreditamos que a divulgação deste estudo tem potencial para ampliar a rede de apoio do MMTR-NE, inclusive incentivando novas pesquisas que abordem o movimento social em questão.

Ao divulgarmos as dificuldades enfrentadas por essas mulheres da zona rural dos nove estados nordestinos para acessar os serviços públicos, pretendemos ajudar a pressionar os gestores públicos para que repensem a qualidade e efetividade dos serviços ofertados para que, de fato, possam atender às necessidades dessas mulheres.

No âmbito da enfermagem e equipe multidisciplinar da saúde, ressaltamos que identificamos lacunas no atendimento às mulheres que vivem e trabalham na zona rural. Portanto, cabe aos colegas repensarem como estão ofertando seus cuidados, pois os relatos expostos neste estudo denotam a necessidade de se estabelecer uma relação de acolhimento e

maior engajamento para qualificar os serviços prestados por profissionais que atuam na zona rural.

Aos profissionais que planejam e desenvolvem as políticas públicas no Brasil, ressaltamos a necessidade de as ações serem planejadas e desenvolvidas de modo a possibilitar a ampliação do acesso dessas mulheres, com vistas ao rompimento das iniquidades sociais a que estão submetidas cotidianamente.

Considerações finais

Diante do exposto, é possível pensar que, nesse contexto de crise política e social, exacerbado pela pandemia, a falta de recursos para garantir direitos, somada às medidas de isolamento e distanciamento social, tornaram o ciclo de violência de gênero corriqueiro para muitas mulheres. Desse modo, constata-se que as mulheres, majoritariamente negras e residentes na zona rural do Nordeste, que participaram desse estudo, sofreram sérias limitações diante do contexto pandêmico pela dificuldade de acesso a políticas públicas capazes de satisfazer as necessidades delas de saúde, educação e não submissão à violência.

A resistência feminina nesse âmbito tem sido marcada pela luta por sobrevivência diante das dificuldades de acesso às políticas públicas sociais por mulheres rurais, o que foi exacerbado diante da pandemia epidemiológica e sanitária. Uma das possibilidades de ingressar nas políticas públicas sociais é a partir do não silenciamento diante das mazelas sofridas. Assim, continuar a ampliar as vozes dessas mulheres, constantemente silenciadas, é uma forma de resistir e persistir na luta pela efetivação dos direitos constitucionais de acesso aos serviços públicos sociais, especialmente para mulheres rurais, trabalhadoras, nordestinas, de baixa renda e, em maioria, negras.

Referências

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, Washington, v. 36, n. 1, p. 1-10, mar. 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7738325/>. Acesso em: 7 fev. 2025.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012. DOI 10.1590/S1413-81232012001100002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v4VLzqP6s5fpR8mLgP/?lang=pt>. Acesso em: 7 fev. 2025.

BERNARD, H. R. **Research methods in anthropology**: qualitative and quantitative

approaches. 4. ed. Lanham: Altamira Press, 2005.

BERTELLI, E.; MOSER, L.; GELINSKI, C. R. O. G. Famílias, mulheres e cuidados: efeitos da pandemia de covid-19 em Santa Catarina. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, Viçosa, v. 32, n. 1, p. 35-54, 2021. DOI 10.31423/oikos.v32i1.11335. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/oikos/article/view/11335>. Acesso em: 15 jan. 2025

BIROLI, F. **Gênero e desigualdades: os limites da democracia no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2018.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de covid-19 no Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 25, n. 1, 2021. DOI 10.1590/interface.200762. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/PrkQZTHQFkMYVQQLHJxKPNF/>. Acesso em: 7 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel coronavírus**. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 7 fev. 2025.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2008. p. 219-246.

ESTRELA, F. M. *et al.* Pandemia da covid-19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3431-3436, set. 2020. DOI 10.1590/1413-81232020259.14052020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bbcZzgN6Sns8mNPjKfFYRhb/?lang=pt>. Acesso em: 7 fev. 2025.

EURICO, M.; GONÇALVES, R.; FORNAZIER, T. Racismo e novo pacto da branquitude em tempos de pandemia: desafios para o serviço social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 84-100, jan. 2021. DOI 10.1590/0101-6628.239. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/5GqfkcSgwKxcvBjnYBzJmHC/?lang=pt>. Acesso em: 6 fev. 2025.

KINGDON, J. W. **Agendas, alternatives and public policies**. 2. ed. Londres: Longman, 2003.

LEÓN, M. El empoderamiento de las mujeres: encuentro del primer y tercer mundos en los estudios de género. **La Ventana**, Guadalajara, v. 2, n. 13, p. 94-106, 2001. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5202169>. Acesso em: 7 fev. 2025.

MAGALHÃES, E. Femicídio e suas interfaces com o patriarcado em tempos de covid-19. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, v. 20, n. 224, p. 81-91, 21 set. 2020. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/54784>. Acesso em: 7 fev. 2025.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, 2020. DOI 10.1590/0102-311X00149720. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rYKzdVs9CwSSHNRPTcBb7Yy>. Acesso em: 6 fev. 2025.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: *Rev. Ed. Popular*, Uberlândia, v. 24, n. 1, p. 75-92, jan.-abr. 2025.

Paulo: Hucitec, 2014.

REIGADA, C. L. L.; SMIDERLE, C. A. S. L. Atenção à saúde da mulher durante a pandemia COVID-19: orientações para o trabalho na APS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, 2021. DOI 10.5712/rbmfc16(43)2535. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2535>. Acesso em: 6 fev. 2025.

SABADELL, A. L. Perspectivas jussociológicas da violência doméstica: efetiva tutela de direitos fundamentais e/ou repressão penal. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, v. 840, p. 429-456, out. 2005. Disponível em: https://site.mppr.mp.br/sites/hotsites/arquivos_restritos/files/migrados/File/Projeto_Semear/GP/Material_de_apoio/4_Ciclo/PERSPECTIVAS_JUSSOCIOLOGICAS_DA_VIOLENCIA_DOMESTICA_EFETIVA_TUTELA_DE_DIREITOS_FUNDAMENTAIS_E_OU_REPRES_SAO_PENAL.pdf. Acesso em: 6 fev. 2025.

SORPRESO, I. C.; SOARES JÚNIOR, J. M.; BARACAT, E. C. Mulheres com vulnerabilidade sexual: anticoncepção reversível de longa duração pode ser a solução? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 37, n. 9, p. 395-396, set. 2015. DOI 10.1590/SO100-720320150005456. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/Z3LSTVzYWLzMvLkzrRYb4pG/>. Acesso em: 1º out. 2024.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004. DOI 10.1590/S0102-311X2004000800014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/>. Acesso em: 28 jun. 2024.

Submetido em 6 de maio de 2024.

Aprovado em 8 de outubro de 2024.