

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

PAULO RICARDO FAVARIN GOMES

“QUE A SORTE SEJA LANÇADA”: BIOPOLÍTICA E CONTROLE DE CORPOS FEMININOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA NO SUL DO BRASIL

São Leopoldo, agosto de 2019

PAULO RICARDO FAVARIN GOMES

“QUE A SORTE SEJA LANÇADA”: BIOPOLÍTICA E CONTROLE DE CORPOS FEMININOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA NO SUL DO BRASIL

Dissertação de mestrado, composta pelo Projeto de Pesquisa; Relatório de Campo, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Orientadora: Prof. Dra. Laura Cecília López

São Leopoldo, 2019

G633q Gomes, Paulo Ricardo Favarin.
“Que a sorte seja lançada” : biopolítica e controle de
corpos femininos em uma Unidade Básica de Saúde da
região metropolitana no sul do Brasil / por Paulo Ricardo
Favarin Gomes. – 2019.
38 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do
Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva, São Leopoldo, RS, 2019.

“Orientadora: Dra. Laura Cecília López”.

1. Saúde da mulher. 2. Gestantes. 3. Unidade
Básica de Saúde (UBS). I. Título.

CDU: 613.99

SUMÁRIO

Projeto de pesquisa	1
Introdução e problemática.....	1
Justificativa	3
Referencial teórico	5
Objetivos.....	13
Metodologia	14
Aspectos éticos.....	17
Cronograma	18
Referências bibliográficas.....	18
APÊNDICE A - Roteiro assistência pré-natal	22
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ...	24
Relatório de campo	26

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

PAULO RICARDO FAVARIN GOMES

**PROJETO DE PESQUISA: A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DO SUL DO BRASIL: UMA
ANÁLISE BIOPOLÍTICA**

São Leopoldo, junho de 2018

Projeto de pesquisa

Introdução e problemática

A medicalização do corpo da mulher é um tema que mobilizou e mobiliza muitos pesquisadores no sentido de analisar como foi sendo produzido o controle sobre o corpo feminino calcado nas diferenças sexuais binárias e hierárquicas e regulando a reprodução não só individual, mas da população como um todo (VIEIRA, 2002; ROHDEN, 2009). Estudos antropológicos contemporâneos problematizam também o processo reprodutivo a partir da sua natureza social, da sua conceituação dicotômica e da construção de gênero que os perpassa (BLAZQUEZ- RODRIGUEZ, 2005).

Embora se verifique um processo abrangente de medicalização da sociedade no sentido da “intervenção política da medicina no corpo social, por meio do estabelecimento de normas morais de conduta e prescrição e proscricção de comportamentos” (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 22), a medicalização do corpo da mulher adquiriu contornos particulares. A exaltação do médico como o profissional responsável por ordenar e normalizar questões referentes ao corpo feminino esteve profundamente entrelaçada com a emergência da medicina, no século XVIII, como área de saber técnico-científico, de domínio masculino (COSTA ET AL, 2006). A própria medicalização produziu o binarismo sexual baseado na genitália e nas capacidades reprodutivas, tendo como padrão o corpo masculino e considerando o corpo feminino como desviante (ROHDEN, 2009).

A necessidade de controlar as populações, aliada ao fato da reprodução ser focalizada na mulher, transformou a questão demográfica em problema de natureza ginecológica e obstétrica, permitindo a apropriação médica do corpo feminino como objeto de saber – e poder –, levando assim à sua medicalização (VIEIRA, 2002; ROHDEN, 2009).

Nesse cenário, a medicalização da gravidez foi o centro do que a antropóloga Robbie Davis-Floyd (1994) chama do modelo tecnocrático de nascimento, que se tornou hegemônico no ocidente com a institucionalização do parto nos hospitais entre o século XIX e a primeira metade do século XX, correspondente a uma sociedade industrial cada vez mais caracterizada como tecnocrática, na medida em que supervaloriza e se organiza de maneira hierarquizada em torno das suas tecnologias. Nessa via, o modelo dominante de nascimento transformou a gravidez e o parto em condições médicas e delineou o lugar hierarquizado da ciência e da tecnologia, e das instituições que as disseminam e controlam.

Como ressaltam Carole Browner e Nancy Press (1996), o período pré-natal é o momento em que o processo de medicalização da gravidez entra em ação. Renovadas regulações do corpo, assim como novas subjetivações se dão através desse dispositivo de saúde, que teve uma grande expansão no Brasil nos últimos anos (ROBLES, 2015a). No país, essa assistência é orientada desde o ano de 2011 pela Estratégia Rede Cegonha do Ministério da Saúde, que preconiza a cobertura universal e a qualidade do atendimento da saúde materno-infantil, assim como a sua humanização (BRASIL, 2011).

Esse controle do corpo feminino grávido, insistentemente reafirmado e propagado no meio cultural, dá-se, em grande parte, por meio da disseminação do medo, com características de “risco”, como aborda Robles (2015b), ao destacar uma dimensão moral que é posta em jogo na regulação dos corpos de mulheres jovens oriundas das classes populares. A autora alude às “maternidades de risco” como sendo produzidas na assistência pré-natal pela via da regulação do corpo grávido na intersecção de marcadores de gênero, classe e idade. Mais do que condições orgânicas que possam levar a uma classificação de risco da sua gravidez, são destacadas condições morais que possam indicar que essas mulheres não saberão exercer uma maternidade “exemplar”. Ao mesmo tempo, o dispositivo de pré-natal é subjetivado pelas mulheres de maneiras diversas na medida em que ecoa nas suas histórias, nas suas vivências da maternidade individuais e coletivas, e assim abre possibilidades de agir diferenciadas.

Partindo desse contexto, busca-se analisar como se dá a assistência pré-natal às usuárias de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da região metropolitana do sul do Brasil, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de averiguar a existência de processos biopolíticos de controle sobre os corpos femininos, no que tange à saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres. Também, pretende-se contemplar as representações subjetivas dessas mulheres acerca do processo de gestar e das relações que se dão nessa assistência. O intuito é identificar, a partir da análise do relato das mulheres gestantes durante a assistência pré-natal, a existência de uma possível relação interseccional, por meio dos marcadores sociais especificados (gênero, classe, idade, raça), que possam acionar dispositivos específicos de controle sobre o corpo.

Assim, esse projeto visa a compreender como se dá o controle sobre os corpos femininos no período gestacional, utilizando-se como subsídio as literaturas existentes

acerca da temática, bem como o próprio relato das mulheres que serão entrevistadas, assim como por meio da observação participante na dinâmica da UBS definida como campo de pesquisa.

Este projeto se insere no âmbito de um projeto de pesquisa mais amplo, coordenado pela professora Dra. Laura Cecilia López, intitulado “Assistência pré-natal, humanização e micropolíticas: um estudo antropológico sobre as experiências de gestantes no contexto do SUS”, que focaliza a experiência de mulheres em relação à assistência pré-natal prestada pelo SUS, objetivando analisar as dinâmicas e as micropolíticas que constituem/mobilizam a rede de cuidado orientada às gestantes.

Essa pesquisa está sendo desenvolvida em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na UBS na qual se pretende pesquisar, sendo também objetivo da investigação relacionar as lógicas e práticas de assistência à gestação e a organização da equipe.

Para este projeto, abordar-se-á especificamente o acompanhamento na USB, que possui uma equipe estruturada numa hierarquia profissional, com a característica de ser centrada no profissional médico e com participação marginal dos outros membros, como os profissionais da enfermagem e outros.

De forma a representar a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), de modo preferencial e prioritário, a assistência é iniciada por meio da Atenção Básica (AB). A assistência na UBS, dá-se, prioritariamente, por demanda espontânea e estaria guiada pelo acolhimento e escuta do (a) usuário (a) de saúde, com o intuito de tornar o atendimento humanizado, com melhor resolutividade, assim, fortalecendo o vínculo com a equipe de saúde e usuários/comunidade (BRASIL, 2012).

Cabe ao presente projeto indagar: quais são os dispositivos biopolíticos acionados na UBS para a regulação dos corpos? Quais são as subjetivações dessas mulheres em relação a esses dispositivos?

Justificativa

O estudo epidemiológico “Nascer no Brasil” mostra que a cobertura da assistência pré-natal no país é praticamente universal, com valores elevados em todas as regiões brasileiras e entre mulheres de diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas. Porém, a adequação dessa assistência, até momento, é baixa. Foram identificadas diversas “barreiras” que provocam essa inadequação, tais como:

a) não realização do pré-natal; b) início tardio do acompanhamento, c) acesso dificultado a exames, d) falta de informações adequadas acerca do processo de parto e aleitamento, etc. Evidenciou-se a relação entre menor acesso/qualidade e marcadores de desigualdades sociais persistentes no país, mostrando situações de vulnerabilidade entre as mulheres indígenas e negras, aquelas com menor escolaridade, com maior número de gestações, e residentes nas regiões Norte e Nordeste (VIELLAS ET AL, 2014).

O estudo citado mostrou, também, que o número de consultas foi baixo, para aquelas mulheres que relataram gestação indesejada, insatisfação com a gestação e para mulheres que tentaram interromper a gravidez, evidenciando a importância do acompanhamento e a necessidade de estratégias sobre saúde sexual e reprodutiva para essas mulheres (VIELLAS ET AL, 2014).

Face ao exposto, o presente projeto de pesquisa demonstra aderência à linha na qual se insere, “Vulnerabilidades em Saúde e Bioética”, na medida em que busca, utilizando-se do método qualitativo, analisar as práticas de assistência pré-natal realizadas em uma UBS da região metropolitana do sul do Brasil, considerando marcadores de gênero, sexualidade, classe, raça e idade, que possam estar associados às desigualdades nessa assistência. Justifica-se, assim, a relevância da pesquisa no sentido de poder contribuir para o aprimoramento das práticas de saúde relacionadas ao pré-natal no âmbito do SUS.

Além do mais, estudos sobre assistência pré-natal são escassos no Brasil, no que tange o aspecto qualitativo, existindo uma variedade de estudos quantitativos que, em sua maioria, abarcam a avaliação de indicadores referentes ao pré-natal a partir das orientações do Ministério da Saúde, tais como o estudo de Dominguez et al (2015); Saavedra e Cesar (2015), além do estudo de grande repercussão “Nascer no Brasil”, o qual apontou desigualdades de acesso e qualidade relacionadas a marcadores sociais da diferença. No entanto, não abarca as questões subjetivas e as nuances existentes nos processos da assistência, principalmente acerca do exercício do biopoder sobre os corpos femininos.

No presente estudo estão em jogo as dinâmicas, os dispositivos acionados, na medida em que nos interessa, seguindo a Robles (2015a), a análise das mudanças nas formas de regulação que a expansão de um dispositivo sanitário produz nos corpos grávidos, assim como as formas de subjetivação que essas mudanças têm produzido.

Referencial teórico

Adota-se, neste projeto, um enfoque biopolítico para entender a gestação como fenômeno da vida, baseado no pensamento de Michel Foucault (1993, 2008), que entende a biopolítica a partir de um duplo movimento: sendo ela tanto a apreensão da vida pela política quanto o avanço da concepção da vida enquanto resistência à forma pela qual o Estado se encarrega do controle da população.

Para Foucault (1993), o poder não se localiza em um único ponto, nem se polariza segundo uma única forma de tensão social. Sobretudo, o poder é absolutamente relacional e presente em toda a espessura do corpo social, atravessando indistintamente Estado e sociedade civil. As relações de poder se configuram em uma rede de micropoderes, que não atingem uma configuração definitiva (FOUCAULT, 1993).

De acordo com Escobar (1985, p. 210), na filosofia foucaultiana

o poder não tem identidade. Não poderíamos localizar sua figura em instituições, em 'aparelhos', que sujeitariam os cidadãos a um Estado. Ele não é uno, sempre idêntico a si mesmo, mas *efeito* de uma multiplicidade de correlações de forças imanentes ao campo em que se exercem, e constitutivas desse campo. Por outro lado, ele não é uma estrutura, isto é, sua forma não é a da lei, da regra, mas a do jogo: através de lutas, afrontamentos, tenho transformação, inversão ou reforço das correlações de forças. Finalmente, ele não possui uma matriz única (dominante- dominado), a partir da qual surgem ramificações que atravessam todo o tecido social; o que tenho são correlações de forças que encontram umas nas outras apoios, formando sistemas ou cadeias, ou, ao contrário, formando defasagens, contradições. O poder aparece dessa maneira como o efeito produzido por um campo de relações de forças.

A reflexão de Foucault enfatiza essa trama de poderes que se exercem entre os corpos, na forma como eles são investidos politicamente. A partir dessa relação estreita entre política e corpo, pode-se entender a importância do papel que a medicina vai passar a exercer, na determinação das formas e das normas pelas quais o corpo humano politizado será constituído (NETO, 2010).

E é justamente no sexo que Foucault consegue vislumbrar uma espécie de “cruzamento” entre a dimensão disciplinar e a dimensão biopolítica do poder. O dispositivo sexualidade¹ é compreendido como “um dos domínios em que o poder

¹ De acordo com Foucault (2012, p. 158-159), o sexo “se encontra na articulação entre os dois eixos ao longo dos quais se desenvolveu toda a tecnologia política da vida. De um lado, faz parte das disciplinas do corpo:

disciplinar e a biopolítica se entrelaçam numa estratégia de controle ao mesmo tempo individualizante e massificador”, uma vez que o “acesso ao corpo via dispositivo individualiza o controle e, ao mesmo tempo, torna possível a regulação do conjunto dos vivos”. Isso resulta no “investimento político das taxas de natalidade e fluxos de doenças que, por sua vez, acabam produzindo efeitos de conjunto sobre a população” (AYUB, 2014, p. 62).

É o sexo que, na linguagem foucaultiana, se configura como “acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie”, o que explica a preocupação com a temática da sexualidade no século XIX. Na sexualidade, o dispositivo de soberania e a antiga questão do “sangue” – sobre a qual se articula o dispositivo de aliança – são utilizados para vivificar e sustentar, permitindo a afirmação de que vivemos em uma sociedade do “sexo”, na qual “os mecanismos de poder se dirigem ao corpo, à vida, ao que a faz proliferar, ao que reforça a espécie, seu vigor, sua capacidade de dominar, ou sua aptidão para ser utilizada”. (FOUCAULT, 2012, p. 159-161).

A constituição do saber médico e o processo de medicalização da sociedade, à par da constituição da dimensão biopolítica do Estado moderno, produziu o binarismo sexual baseado na genitália e nas capacidades reprodutivas (ROHDEN, 2009). Nesse cenário, o gênero feminino é produzido como verdade pela incontestabilidade da ciência, é inexoravelmente natural, sendo essa natureza incontrolável, que precisa dos procedimentos médicos para ser domesticada no espaço estreito de uma normalidade reprodutora (VIEIRA, 2002; ROHDEN, 2009).

Martins (2004) investiga o processo de dominação a partir do qual, desde os séculos XVI e XVII, a figura masculina tem se utilizado na ciência para demarcar a supremacia da figura do homem sobre a natureza, tendo como subsídio os processos segregadores e dicotômicos como natureza/cultura, emoção/razão, corpo/mente, particular/universal, etc. Desse modo, a partir do estudo dos corpos, estabeleceu-se um conjunto de “diferenças” encontradas no sexo feminino, o que acabou por produzir uma objetificação do corpo da mulher.

A preocupação em relação ao sexo do indivíduo, no sentido de defini-lo, é recente no processo social, sendo observado no período do século XVIII, uma vez que

adestramento, intensificação e distribuição das forças, ajustamento e economia das energias. De outro, o sexo pertence à regulação das populações, por todos os efeitos globais que induz. Insere-se, simultaneamente, nos dois registros; dá lugar a vigilâncias infinitesimais, a controles constantes, a ordenações espaciais de extrema meticulosidade, a exames médicos ou psicológicos infinitos, a todos um micropoder sobre o corpo; mas, também, dá margem a medidas maciças, a estimativas estatísticas, a intervenções que visam todo o corpo social ou grupos tomados globalmente”

se necessitava realizar a construção do saber sobre a natureza e a estruturação da sociedade (MARTINS, 2004).

Martins (2004) refere que muita bibliografia foi produzida a partir da análise médica e jurídica, iniciado na metade do século XVIII acerca das diferenças sexuais entre homens e mulheres, de produção tanto por escritores liberais, como também grande parte dos conservadores. As obras abordavam temas como sexo, casamento e amor, as quais tornaram-se campeãs de venda e foram utilizadas como norteadoras no conhecimento sobre o sexo de homens e mulheres no século XIX. Dentre tantos textos, cabe ressaltar o manual intitulado *Hygiene e Physiologia do Amor nos Dois Sexos* que, segundo Martins (2004), era ferramenta reprodutora das “descobertas” da época, como a organicidade nervosa e quase doentia do sexo feminino, sem deixar de lado a exaltação das qualidades morais e a força civilizadora das mulheres, o que denota grande capacidade de desmerecer e dominar as mulheres, uma vez que esse manual aborda, em grande parte dele, aspectos relacionados “à fisiologia, ao corpo e ao comportamento sexual feminino” (MARTINS, 2004, p. 24).

Acerca da utilização pioneira por Michel Foucault do termo “biopolítica” na obra “História da Sexualidade I”, é importante referir que a expressão já havia sido empregada pelo filósofo em uma conferência realizada no Brasil em 1974, intitulada “O nascimento da medicina social” (2003). Nessa conferência, Foucault desnuda o processo que conduz à politização do corpo da população por meio da medicina. Seu objetivo, como anuncia no início da conferência, é demonstrar que “a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social”, ou seja, que a medicina “é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente”. (FOUCAULT, 2003, p. 79).

A referência à biopolítica aparece logo na sequência, quando o filósofo afirma que o capitalismo que se desenvolve no final do século XVIII e alvorecer do século XIX foi responsável pela socialização de um primeiro objeto que foi o “corpo”, considerado enquanto “força de produção”. Aqui, Foucault salienta que “o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo”. Segundo o autor, “foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica”. (FOUCAULT, 2003, p. 80).

Feitas essas considerações acerca da gênese do conceito de biopolítica em Foucault, com as devidas considerações acerca da sexualidade apontadas por outras autoras parte-se, agora, à obra de Alfonsina Faya Robles (2015b), mais especificamente quando a autora faz alusão à categoria “risco”, na contemporaneidade brasileira, sobre sua expansividade nos estratos sociais como forma de categorização e gestão da vida e da saúde. A autora refere que essa categoria opera em dois níveis biopolíticos, quais sejam a) vigilância epidemiológica das populações; b) nível micro de prescrição de comportamentos, as quais atuam como ferramentas de autotransformação moral em detrimento das doenças e deficiências.

A categoria de risco confere, ainda, à mulher em período gestacional um determinado *status* em relação às outras gestantes que não são categorizadas desse modo. Assim, espera-se dessas mulheres, por parte dos profissionais de saúde, bem como pelos indivíduos que constituem seu meio social, uma posição e determinado autocuidado, imposto, sobre seu corpo, para que ele mantenha a segurança do feto (ROBLES, 2015b).

Essas imposições partem, principalmente, de dois tipos de técnicas: medicalização e sanitização. Na primeira, estão agregadas as intervenções medicamentosas às quais o corpo da mulher em “risco” deve ser submetido. Na segunda, diz respeito àquelas consideradas, segundo a pesquisa da autora, como “incapazes” ou “indignas” por serem jovens e, muito provavelmente, pertencerem a uma condição social marginalizada (ROBLES, 2015b).

O processo de regulação dos corpos femininos, na realidade brasileira, tem se dado por meio dos dispositivos de regulação e pela grande expansão dos serviços de saúde, principalmente a partir dos anos 1990, com a implementação do SUS. Devido a análise dos seguintes indicadores: a) baixa taxa de natalidade, b) aumento da utilização de métodos contraceptivos e c) alta mortalidade infantil, foram implementadas estratégias e programas de saúde, voltados, na sua grande maioria, para as populações que indicavam dados epidemiológicos considerados problemáticos, partindo do pressuposto dos indicadores citados previamente, ou seja, nas quais se localizavam as camadas mais pobres da sociedade (ROBLES, 2015a).

O dispositivo de regulação, supracitado, tem por objetivo priorizar a saúde materno-infantil em detrimento da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, afastando-se, assim, do processo de saúde de gênero para contemplar a “saúde da

família”. Com isso, volta-se, novamente para as camadas populares, sendo que as mulheres pertencentes a esses estratos configuram o foco principal de dominação e, conseqüentemente, de criação de multiplicadoras dos processos. Tal efeito se coaduna com a obra de Escobar (1985, p. 210), quando o autor analisa a obra foucaultiana e discorre sobre a inexistência fixa da figura do dominador e do dominado, ou seja, as mulheres das camadas populares passam a assumir a figura do regulado (ROBLES, 2015).

Como ferramentas norteadoras aos profissionais de saúde e que reforçam e propagam a categorização de risco, abordada por Robles (2015b), dentre os manuais existentes formulados pelo Ministério da Saúde, no Brasil, dois deles, o caderno de Atenção Básica nº 32 – Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco – e o Manual Técnico – Gestação de Alto Risco – são utilizados para identificar e categorizar as mulheres nessas duas modalidades, podendo ocorrer a altera o da categoria de baixo risco para alto risco durante a avalia o de todo o processo gestacional (BRASIL, 2010).

Em rela o ao Manual Técnico – Gesta o de Alto Risco – (BRASIL, 2010) logo na sua apresenta o, salienta-se que   uma obriga o do Ministério da Saúde promover e garantir a maternidade segura, além de tornar o processo mais humanizado, com especial aten o para uma pequena parcela de mulheres grávidas portadoras, ou que apresentarão alguma doença, durante seu período gestacional. Também, usa-se o termo “uniformizar as condutas”, com o intuito de facilitar e otimizar a assistência do profissional de saúde.

Mais adiante, na introdu o do manual Gesta o de Alto Risco, explica-se o enfoque de risco, como a maior probabilidade de adoecer e morrer, por meio da avalia o clínica das necessidades da mulher gestante e da resposta a essas necessidades que devem ser objeto da equipe de saúde.

Não obstante, seguindo nesse manual, observam-se critérios considerados desfavoráveis às mulheres no quesito risco, e que podem e devem ser questionados, pois perpetuam uma série de estigmatiza es no meio cultural, como: características individuais e condi es sóciodemográficas – idade menor que 15 anos; situa o conjugal insegura; conflitos familiares; exposi o a riscos ocupacionais: estresse, rotatividade de horário laboral, etc. O aspecto risco psicossocial   abordado como nota apenas para mulheres menores de quinze anos, com a possível associa o   não aceita o da gravidez e   imaturidade emocional, de modo que se caracteriza uma enorme incúria aos aspectos psíquicos das mulheres gestantes que não contemplam

a faixa menor de quinze anos de idade.

López (2016) analisa, a partir do caso da morte materna de Alyne da Silva Pimentel Teixeira², ocorrido no ano de 2002, como a dimensão racial da mortalidade materna é negligenciada no Brasil. Esse caso chegou a instâncias internacionais como a CEDAW³, e o Estado brasileiro foi punido por essa morte, já que se deveu aos abusos e negligências das instituições de saúde. Além da indenização à família de Alyne, o Estado brasileiro teve que responder pelo aprimoramento das suas políticas públicas direcionadas à saúde reprodutiva. Entre essas respostas, foi delineada a Estratégia Rede Cegonha, tendo como meta principal a redução da mortalidade materna e neonatal. Porém, destaca López, o racismo praticado nas instituições de saúde, que foi destacado pelo julgamento da CEDAW como um dos principais motivos que levaram à morte de Alyne, foi reduzido a uma dimensão de risco individual no contexto da ERC (Estratégia Rede Cegonha).

Mesmo com a criação e implementação da ERC, por meio da Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011, a qual tem por objetivo estabelecer um sistema de rede, entre os serviços de assistência às mulheres em pré-natal, para que seja assegurado o planejamento reprodutivo, bem como à humanização à assistência à gestante, não ocorreram mudanças significativas no que diz respeito a desconstrução da classificação de risco, como apresentada pelo Manual Técnico Gestação de Alto Risco do ano de 2010.

Nos tópicos seguintes, do Manual Técnico Gestação de Alto Risco citado anteriormente e relacionados ainda aos critérios sinalizadores como observância de risco, listam-se itens como: histórico de abortamentos, doenças que vão de hipertensão arterial sistêmica à neoplasias e má formações nos órgãos reprodutivos femininos, estabelecendo uma enorme incongruência com a apresentação do próprio manual, quando é descrito que existe uma pequena parcela das mulheres que necessitam de intervenções com enfoque na categoria risco (BRASIL, 2010). Além disso, utilizam-se os termos “manejar a gestante” e “controlar” em grande parte do

² Alyne da Silva Pimentel Teixeira procurou assistência na rede pública em Belford Roxo, Rio de Janeiro, no dia 14 de novembro de 2002, por complicação na gestação (estava no sexto mês). Devido má assistência, evoluiu para morte do feto. Retornou ao local de origem, foi submetida ao procedimento de curetagem (raspagem da placenta no útero), piorou, foi transferida para outro hospital de outro município, aguardando em um corredor, por falta de leito, indo a óbito por hemorragia digestiva, resultante do parto do feto morto, no dia 16 de novembro de 2002 (BRASIL, 2013).

³ Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher.

manual, caracterizando a objetificação do corpo feminino.

A partir da análise das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017), pode-se observar que não ocorreram grandes alterações quanto a categorização de risco, apesar da introdução deste manual demonstrar grande preocupação com os aspectos da subjetividade das mulheres, de modo a sensibilizar às equipes de saúde, no que tange o aspecto psíquico, encontram-se, ainda, indicações de risco gestacional e, conseqüentemente, trabalho de parto para: cesarianas prévias, doenças hematológicas, como anemia falciforme, comumente associada à raça/etnia negra, como demonstrada pela análise de López (2016) às questões incongruências à assistência de mulheres negras e pobres. Além disso, a condição de apresentação fetal, na qual se prefere que seja cefálica (com a cabeça do bebê para a saída do canal vaginal), chama-se de anômala quando diferente dessa, como pélvica ou transversa, fato que pode contribuir para o fortalecimento da patologização da condição de gravidez (BRASIL, 2017)

Em consonância com a análise de Escobar (1985) acerca da obra foucaultiana sobre a não linearidade da condição de dominador e dominado, Robles (2015), aborda os aspectos da designação das mulheres grávidas ao papel de “mãe”, que são constituídas em ferramentas pelo sistema de saúde, para que se atinja o universo o qual se pretende intervir. Também, a partir da primeira consulta da mulher gestante, tem-se o registro em seu “cartão de gestante” todas as informações necessárias que nortearão e guiarão os profissionais de saúde para atuarem em sistema de vigilância sobre essas mulheres, tornando o “ambiente” do pré-natal um campo fértil para a produção de novas designações de outras mulheres.

Leal e Lewgoy (1994, p. 65-66) reforçam o processo de autotransformação imposto às mulheres, demonstrada na pesquisa de Robles, seguindo a proposição “fez, tem que assumir”, a qual está plena de imposições e subjetivações das quais poucas pessoas conseguem libertar-se, como, por exemplo: há uma pessoa no útero? Em caso afirmativo, existe toda uma carga político-social-religiosa sobre esse questionamento e a devida afirmação em relação à possibilidade do aborto, principalmente, se essa alternativa parte daquela que está gerando “o novo ser”. A PEC 181/2015⁴, ainda em trâmite na Câmara dos Deputados, no Brasil, cristaliza, em

⁴ Apelidada de “PEC cavalo de Tróia” pelos movimentos feministas e de autoria do Senador Federal Aécio Neve (PSDB/MG), a PEC 181/2015 propõe a extensão da licença maternidade, de 120 dias, para mulheres que tiverem filhos prematuros, enquanto necessitarem ficar internados, não excedendo ao prazo de 240 dias. A partir da apreciação pela Câmara dos Deputados, o Deputado Jorge Tadeu

certa medida, essa perspectiva.

Este tema nos leva a uma discussão sobre direitos reprodutivos e a consequente liberdade à concepção, ou seja, do direito à mulher a ter o domínio sobre seu próprio corpo. Nesse sentido, Mattar e Diniz (2012) fazem uma breve descrição sobre a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a qual foi adotada pela ONU (Organização das Nações Unidas) em 1948, por meio de assembleia geral.

Assim, a partir da análise da linha do tempo, obteve-se as estruturações acerca da promoção e da não violação aos direitos humanos, com a consequente inserção dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos, as quais ocorreram no Teerã – Irã, 1968 – com a seguinte definição: “os pais têm como direito humano básico decidir de forma livre e responsável sobre o número e o espaçamento de seus filhos...”. Em Bucareste – Romênia, 1974 – o termo “os pais” foi ampliado para “casais” e “indivíduos”, acompanhando a evolução dos debates da época. Em Amsterdã – Holanda, 1984 – feministas inseriram o termo direitos reprodutivos, o qual englobava a verdadeira noção daquele utilizado como saúde da mulher. Como arcabouço dos direitos reprodutivos, estavam contemplados os debates acerca do aborto e anticoncepção, bem como a própria desconstrução da figura materna, tão imposta pela sociedade, Estado e pelos movimentos religiosos (MATTAR; DINIZ, 2012).

No Cairo – Egito, 1994 – ocorreu grande conquista, uma vez que a mulher passa a ocupar lugar de sujeito, deixando de ser apenas objeto. Esse fato deveu-se a força dos movimentos feministas que se preocupavam com a grande intervenção política-religiosa-social sobre os corpos das mulheres (MATTAR; DINIZ, 2012).

Por isso, no Cairo, destacou-se no parágrafo 7.3 a seguinte inserção: “...Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência...” (ONU, 1994, parágrafo 7.3).

Cabe ressaltar que, a partir da inserção da condição de livre escolha à reprodução, no texto supracitado, tem-se o importante ganho de espaço para debate, mesmo que incipiente, para que as mulheres pudessem se posicionar, com mais força e a reclamar o direito sobre seus corpos.

Em contrapartida, o que se acompanha na atualidade, é uma grande onda de processos retrógrados e de movimentos que intentam em deslegitimar todos o esforço

Mudalem (DEM/SP), representante da chamada bancada evangélica, propôs a alteração na constituição para que a vida humana seja considerada “desde a concepção”. Desse modo, dá-se margem a interpretação da criminalização do aborto, nos casos de estupro ou interrupção da gestação nas situações que possam causar morte à mulher (BRASIL, 2015).

e toda vitória histórica das batalhas travadas pelas mulheres e por aqueles que lutam juntos a elas. Como exemplo, temos os constantes “ataques” políticos da extrema direita, no Brasil, por meio da PEC 181/2015, e pelo mundo, a exemplo da Itália⁵⁵, com o intuito de descaracterizar a figura que a mulher deseja ser, ou seja, (re)torná-la à condição de “mulher”, ou seja, com as características sociais “femininas”, padronizadas e impostas, daquela a quem cabe a responsabilidade de ser mãe, gerar filhos, “manter” a economia do país, dar “bons exemplos” e ser a portadora do considerado “bons costumes”.

Exemplo da apropriação do corpo feminino por meio do Estado, no Brasil, foi publicado artigo no jornal Folha de São Paulo, na data de 09 de junho de 2018, intitulado: “Justiça, ainda que tardia”, no qual é descrito a situação de uma mulher que foi obrigada a passar por um procedimento de esterilização cirúrgica, sendo conduzida coercitivamente por meio da decisão de um promotor, o qual se quer teria elegido um curador para a mulher, procedimento que deve ser realizado na falta dela auto representar-se. O fato chocante, mas ao mesmo tempo, ganha grande discussão nas redes sociais, porém torna-se pouco evidente nos canais abertos de televisão, muito provavelmente pela condição de vulneração que se encontra a mulher, que teve seu direito de autonomia totalmente infringido pelo magistrado que deferiu o processo, além de ferir a Constituição Federal – nº 226, parágrafo 7 - no que diz respeito à correção pelo Estado sobre a decisão da paternidade, a qual é de livre escolha do casal e deve ser propiciado pelo Estado, os recursos para tal exercício (VIEIRA, 2018). Partindo desse referencial, é descrito o objetivo geral e seus respectivos objetivos específicos, no tópico que segue.

Objetivos

Objetivo geral:

Analisar como se dão as regulações sobre os corpos e as sexualidades femininas, assim como as subjetivações, a partir das práticas de saúde que envolvem

⁵ Em notícia de 02 de junho de 2018, o Ministro da Família – Lorenzo Fontana – diz que não há interesse em debate sobre leis antigas e estabelecidas, como aborto e direitos civis às pessoas que não se enquadram no padrão de família constituída por um homem, uma mulher e filhos e que, juntamente a outros parlamentares, entende que é necessário que as pessoas deem sua contribuição diante da crise demográfica, ou seja, aumentem os índices de natalidade (LUCA, 2018).

o pré-natal de gestantes, usuárias do Sistema Único de Saúde, assistidas em uma UBS da região metropolitana do sul do Brasil.

Objetivos específicos:

- Indagar as concepções de maternidade e do processo de gestar por parte das mulheres grávidas;
- Entender como operam os processos de medicalização e de sanitização da gravidez;
- Compreender como se dá o controle biopolítico dos corpos e sexualidades femininas das gestantes, relacionados a marcadores sociais como idade, etnia/raça e classe social.

Metodologia

O projeto ora apresentado utiliza-se de pesquisa qualitativa, com algumas características etnográficas, uma vez que se contempla o espaço observacional ao acompanhar a mulher em um ambiente por ela utilizado, na qual se pode captar um duplo movimento, sendo que “o que se propõe é um olhar de perto e de dentro, mas a partir dos arranjos dos próprios atores sociais” (MAGNANI, 2009, p. 18).

No entanto, focar-se-á na resposta das entrevistadas, que serão guiadas por um roteiro semiestruturado, o qual permite a realização de perguntas abertas, ou seja, de modo livre e que estejam relacionadas ao objetivo do estudo, assim, tanto o entrevistador como o entrevistado podem realizar inferências, as quais permitem divergências e convergências, que ampliem e/ou facilitem o processo do estudo (BRITTEN, 2005, p.21-29).

Nessa abordagem, objetiva-se desnudar o processo estrutural do próprio entrevistado, de tal maneira que se evita o modelo impositivo, como os utilizados nas pesquisas clínicas, ao ponto de permitir a emersão das inúmeras possibilidades, sejam de conceitos, subjetivações, etc. Desse modo, traçar uma correlação com a própria fala e questionamentos iniciais (BRITTEN, 2005, p.21-29).

Serão acompanhadas as experiências de atendimento pré-natal de mulheres na região metropolitana do sul do Brasil. A partir de uma abordagem interpretativa, pretende-se realizar e analisar entrevistas com as mulheres gestantes em assistência pré-natal da UBS, uma vez que este espaço está contemplado dentro do projeto

coordenado pela Professora Laura Lopez, junto à Secretaria da Saúde, levando em consideração a maior consolidação do trabalho. A referida UBS está localizada na região metropolitana no sul do Brasil e não possui a característica de Saúde da Família, desse modo, contempla um número populacional maior, conforme orientação do Ministério da Saúde, de até 30 mil habitantes, ou seja, atuam em caráter substitutivo à atuação das Estratégias de Saúde da Família (BRASIL, 2006).

Objetiva-se, prioritariamente, entrevistar as mulheres gestantes em suas consultas de rotina do pré-natal, contemplando o processo observacional a partir das respostas e dos relatos dessas mulheres, não somente na condição objetiva de usuárias do sistema único de saúde, como também em seus aspectos subjetivos. Selecionaremos 10 mulheres usuárias desse serviço, por meio da apresentação dos pesquisadores e do propósito da entrevista, mediante à autorização da gravação da entrevista na sala de espera, com apoio de um roteiro, previamente elaborado, com o intuito de captar a diversidade de experiências, identificando os bairros nos quais residem, através de marcadores de classe social, raça e idade.

As entrevistas serão gravadas em áudio, por meio de software de dispositivo móvel (celular). Posteriormente serão transcritas e analisadas, mediante a utilização do referencial teórico necessário. Caso surjam questionamentos durante ou após a finalização da transcrição, será utilizado o contato com a entrevista, para tal, solicitaremos seus números de telefone para contato e e-mail, caso possuam esses.

Também, observar-se-á a dinâmica das entrevistas e como se desenvolverão essas dinâmicas com as entrevistadas, pelo fato de um dos entrevistadores ser do sexo masculino abordando questões inerentes à sexualidade e, principalmente, suas construções subjetivas acerca do universo da gestação.

Até o momento, foram realizadas cinco entrevistas, junto à equipe de pesquisa, utilizando o roteiro de entrevista do projeto maior (Apêndice I). Ainda, pretende-se realizar mais 5 entrevistas, com as devidas adequações do roteiro, o que permitirá abarcar dimensões perseguidas neste projeto.

A seguir, faz-se uma breve caracterização das entrevistadas até o momento, bem como sucinto relato do que despontou das suas narrativas.

NOME	IDADE	RAÇA	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	GESTAÇÕES	BAIRRO
Samanta	31	Branca	TÉCNICO-ENSINO MÉDIO	AUTONOMA	3ª	Santos Dumont
Felícia	19	Branca	ENSINO MÉDIO COMPLETO	ESTUDANTE	1ª	Campina
Jacira	32	Branca	ENSINO SUPERIOR COMPLETO	AUTONOMA	1ª	Feitoria

Nádia	20	Branca	ENSINO MÉDIO INCONPLET	RECEPCIONISTA 1ª	Feitoria
Jenifer	25	Parda	TÉCNICO - ENSINO MÉDIO	AUX. ESCRITÓRIO 2ª	Rio do Sinos

À entrevista, as mulheres trouxeram diversos relatos com muitos significados para a pesquisa. Duas das cinco entrevistadas estão utilizando a UBS por não possuir mais plano de saúde complementar e por conhecerem um dos médicos, que atua na UBS do campo de pesquisa, por intermédio da utilização desses planos de saúde que possuíam. Devido a isso, geram expectativas de serem assistidas de acordo com suas experiências nas unidades de atendimentos de seus planos anteriores e buscam essa contemplação, como por exemplo: a) receber atendimento em horário agendado e não a partir de determinado horário e por ordem de chegada; b) escolher o tipo de parto.

Mesmo com a existência da Rede Cegonha, a qual preconiza a preferência ao parto vaginal, exceto em condições clínicas que a paciente necessite de intervenção por meio da cesariana, essas entrevistadas, que têm interesse em escolher o tipo de parto, acreditam que a exigência, pelo parto vaginal, seja somente no serviços públicos, como exemplo da entrevistada Jacira, que contempla seu parto por meio da cesariana, por ter relatos de desumanização do trabalho de parto normal e por relatar problema de saúde prévio (relacionado à coluna), mesmo que o especialista ortopedista tenha referido não haver restrições. Também, há interesse pelo parto normal por parte das outras quatro entrevistadas, no entanto, por duas delas terem histórico de cesariana, foram informadas pelo profissional médico que não poderiam mais passar pelo parto normal, o que nos permite repensar alguns questionamentos acerca da influência dos planos complementares e das condutas médicas acerca do processo de saúde sexual e reprodutiva das mulheres gestantes.

Também, identificou-se que a maior parte das entrevistadas costuma pesquisar e informar-se sobre o tipo de parto, porém, não costuma questionar o profissional médico e tampouco ocorre a iniciativa pelo assunto, no entanto, muitas afirmam que se sentem à vontade para realizar questionamentos com outras profissionais da equipe (Enfermeira; Nutricionista; Técnicas de Enfermagem), permitindo à presente pesquisa questionar os processos interacionais entre profissional médico e usuária.

A seguir, segue tópico acerca dos aspectos éticos que serão contemplados na presente pesquisa.

Aspectos éticos

Serão levados em consideração procedimentos éticos, fruto do diálogo com o

grupo de pessoas pesquisado, no sentido de não ferir parâmetros éticos e visando resguardar o respeito aos sujeitos participantes da pesquisa.

O projeto mais amplo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS através da Resolução 155/2015 (Apêndice II).

Será utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), sendo este a autorização dada de forma voluntária pelos sujeitos pesquisados após um diálogo sobre os objetivos e propósitos do projeto em curso. Assegura-se às pessoas participantes da pesquisa a garantia de sigilo de dados pessoais confidenciais ou que, de algum modo, possam provocar constrangimentos ou prejuízos ao sujeito de pesquisa. A intenção é a de tornar anônimo o material ou dados obtidos. O TCLE (Apêndice III) será apresentado em duas vias e será entregue uma cópia ao sujeito de pesquisa, após a assinatura.

Cronograma

Fase do Projeto	1º Ano		2º Ano	
	1º sem.	2º sem.	1º sem.	2º sem.
Revisão de literatura	X	X		
Trabalho de campo			X	
Sistematização e Análise dos Dados				X
Elaboração de produto final				X

Referências bibliográficas

AYUB, João Paulo. **Introdução à analítica do poder de Michel Foucault**. São Paulo: Intermeios, 2014.

BLAZQUEZ-RODRIGUEZ, María I. *Aproximación a la antropología de la reproducción*. **Revista de Antropología Iberoamericana en red**, n. 42, p. 1-25, jul.- ago./2005.

BRAGA, N. A. Redes sociais de suporte e humanização dos cuidados em saúde. In: DESLANDES, S. F. (org.). **Humanização dos Cuidados em Saúde**. Conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

BRASIL. **Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Ministério da Saúde, Brasil, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Atenção Básica, séries pactos pela saúde**. Vol. 4., 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 371 de 7 de maio de 2014**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.ht>. Acesso em: 18 nov. 2017.

BRASIL. **PEC 181/2015**. Câmara dos Deputados. Disponível em: <<http://camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2075449>>. Acesso em: 02 de jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento a Demanda Espontânea – queixas mais comuns na atenção básica**. Brasília-DF., vol II, n. 28, 2012.

BRASIL. **Entenda o caso Alyne. Senado Notícias** – Agência Senado. 2013. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2013/11/14/entenda-o-caso-alyne>>. Acesso em 16 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco: manual técnico**. 5. ed. – Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. 1ª ed. – Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em 16 de jun. 2018.

BRITTEN, N..Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N.. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Trad. Anayr Porto Fajardo. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 21-29.

BROWNER, C. H.; PRESS, N.. **The Production of Authoritative Knowledge in American Prenatal Care. *Medical Anthropology Quarterly***. Vol 10, n. 2, p. 141-156, 1996.

BUTLER, J.. *Performatividade, precariedade y políticas sexuales. **Revista de Antropología Iberoamericana***. Vol. 4, n. 3, p. 321-336, set.-dez./2009.

COSTA, T.; STOTZ, E. N.; GRYSZPAN, D.; SOUZA, M. do C. B. de.. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Vol. 10, n. 20, p. 363-380, jul.-dez./2006.

COUTO, G.. **Preparação para o parto: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural**. Loures: Lusociência, 2003.

DAVIS-FLOYD, R. E.. *The Technocratic Body: American childbirth as cultural expression. **Social Science & Medicine***. vol. 38, n. 8, p. 1125-1140, 1994.

_____. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol.75, p. 5-23, 2001.

ESCOBAR, A. J. V.. **Genealogia e política**. In. RIBEIRO, R. J. (org.). *Recordar Foucault: os textos do Colóquio Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1985, p. 209-218.

FOUCAULT, M.. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 22. reimpr. Rio de Janeiro: Graal, 2012.

_____. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

_____. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **O nascimento da medicina social**. In. FOUCAULT, M.. *Microfísica do poder*. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003, p. 79-98.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F.. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol.16, n. 40, p.21-34, jan.-mar./2012.

HELMAN, C. G.. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009. LÓPEZ, L.C.. Mortalidade Materna, Movimento de Mulheres Negras e Direitos

Humanos no Brasil: um Olhar na Interseccionalidade de Gênero e Raça. TOMO-**Revista do Programa de Pós-graduação em Sociologia**. Universidade Federal do Sergipe. nº 28, p. 136-167, jan/jun.2016. Disponível em:

<<https://seer.ufs.br/index.php/tomo/article/view/5424/4447>>. Acesso em: 16 jun. 2018.

LUCA, M. N.. Fontana: “*famiglia gay? Mi attaccano perchè sono cattolico*”. *Ma Salvini lo sottoppa: “sue idee non in contratto*”. **Repubblica.it**. Disponível em:

<http://www.repubblica.it/cronaca/2018/06/02/news/fontana_famiglie_gay_non_esistono-197976404/?ref=fbpr&refresh_ce>. Acesso em: 02 de jun de 2018.

MAGNANI, J. G. C.. **Etnografia como prática e experiência**. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 15, n. 32, p. 129-156, jul./dez. 2009.

MARTINS, A. P. V.. **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

NETO, L. F.. **Biopolítica em Foucault**. Florianópolis: UFSC, 2010.

NOGUEIRA, A. T.; LESSA, C.. *Mulheres contam o parto*. 1. ed. São Paulo: Itália Nova, 2003.

REVEL, J.. **Dicionário Foucault**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

ROBLES, A. F.a. Dossiê: partos, maternidades e políticas do corpo. Regulações do corpo e da parentalidade durante o pré-natal em mulheres jovens de camadas populares. **Civitas**. Porto Alegre, vol 15, n. 2, p. 190-213, 2015.

_____. b. Da gravidez de “risco” às “maternidades de risco”. Biopolítica e regulações sanitárias nas experiências de mulheres de camadas populares de Recife. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol 25, n. 1, p. 139-169, 2015.

ROHDEN, F.. *Uma ciência da diferença*: sexo e gênero na medicina da mulher. 2. ed. rev.. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

TORNQUIST, C. S.. Armadilhas da Nova Era: Natureza e Maternidade no Ideário da Humanização do Parto. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, ano 10, p. 483-492, 2002.

_____. **Parto e Poder**: O movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese (Doutorado em Antropologia) – Programa de Pós Graduação em Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 85-100, 2014.

VIEIRA, E. M.. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

VIEIRA, O. V.. Justiça, ainda que tardia. **Folha de São Paulo**. São Paulo-SP, 09 de jun. 2018. Disponível em:

<<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/oscarvilhenavieira/2018/06/justica-ainda-que-tardia.shtml>>. Acesso em: 11 de jun. de 2018.

APÊNDICE A - Roteiro assistência pré-natal

Nome:

Idade:

Raça/cor:

Ocupação:

Participa de alguma política social/benefício (ex. Bolsa Família)

Escolaridade:

Bairro em que mora:

De quantos meses está? Data provável de parto:

Queria conversar contigo sobre tua gestação, tanto sobre o atendimento quanto sobre tua experiência mais ampla.

Eixo: experiências amplas sobre gravidez e nascimento

- 1) Me conta da tua gravidez, foi planejada, veio de surpresa? Tu desejavas?
- 2) Usavas algum método anticoncepcional? Qual? Como tu conheceu?
- 3) É a primeira gravidez? Tens outros filhos?
- 4) Como está composta a tua família? Com quem moras?
- 5) E o pai da criança, mora contigo? Ele está presente na tua gravidez?
- 6) Na tua família, como são vivenciadas as gestações, a chegada de novos bebês, a criação dos filhos? É um assunto só de mulher ou os homens participam?
- 7) Que coisas/informações falam na tua família, e outras mulheres próximas a ti, amigas, sobre gravidez, parto, bebês?
- 8) Como foi a experiência de parto/nascimento de outras mulheres próximas (familiares, amigas)? Conhece outras histórias? Essas mulheres compartilham as suas histórias?
- 9) O que tu imaginavas da gravidez e o que de fato estás vivenciando?

Eixo: assistência em saúde e pré-natal e cuidados de si

- 1) Podes me contar como é a tua história em relação à assistência em saúde?
- 2) Quais são os cuidados com tua saúde de antes (com alguma doença específica, prevenção, exames ginecológicos de rotina, outros cuidados na vida cotidiana) e agora na gravidez? Esses cuidados mudaram com a gravidez?
- 3) Como são os cuidados com saúde na tua família?
- 4) Tu frequentavas esta UBS? Já conhecias a equipe?
- 5) Frequentas algum outro atendimento em saúde?
- 6) Como está sendo o pré-natal aqui com as profissionais da saúde? (puxar para que a entrevistada explique, para além de dizer se é bom ou não...)
- 7) Já te atendias com essa equipe de saúde da família?
- 8) Por que estás fazendo o pré-natal aqui? [perguntar se em outra gravidez se atendeu aqui ou em outra UBS]
- 9) Qual é a equipe que te atende?
- 10) Quais exames eles pedem? Onde tu faz?
- 11) As profissionais falam contigo sobre tua gravidez além das coisas mais clínicas? Elas te transmitem informações suficientes (te sentes contemplada)? Te sentes

com liberdade para perguntar o que tiver dúvidas? Sentes que elas te ouvem, te acolhem?

- 12) E a agente de saúde, passa pela tua casa? Achas que faz diferença?
- 13) É fácil para ti vir aos atendimentos? Ou interfere com outros horários? Ex. trabalho.
- 14) Falaram sobre parto? O que imaginas em relação ao parto?
- 15) Qual será a maternidade? Já conheces?
- 16) Conversas com outras gestantes na sala de espera?
- 17) Gostarias de ter grupo de gestantes?
- 18) Tu sentes algum tipo de discriminação (cor da pele, idade, número de filhos, bairro em que moras, classe social) nos atendimentos em saúde (aqui ou em outros)?
- 19) Tu te sentes agredida por algum profissional da saúde por estar grávida?

Você gostaria de fazer mais algum comentário sobre o que foi conversado ou acrescentar algo que ainda não foi mencionado?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
 Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAPPG)
 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão agosto/2013

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****RESOLUÇÃO 155/2015**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 15/167 **Versão do Projeto:** 19/10/2015 **Versão do TCLE:** 19/10/2015

Coordenadora:

Profa. Dra. Laura Cecilia López (PPG em Saúde Coletiva)

Título: Assistência pré-natal, humanização e micropolíticas: um estudo antropológico sobre as experiências de gestantes no contexto do SUS.

Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 466/12, item XI.2, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 19 de outubro de 2015.


 Prof. Dr. José Roque Junges
 Coordenador do CEP/UNISINOS

**Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

PAULO RICARDO FAVARIN GOMES

RELATÓRIO DE CAMPO

São Leopoldo, agosto de 2019

Relatório de campo

O interesse pela presente pesquisa deu-se pela continuidade do tema, o qual foi objeto de minha monografia na graduação. Após assistir o documentário “Renascimento do Parto”, ainda na graduação, me fez perceber inúmeras questões que afetam diretamente nosso meio social, como a reprodução da violência e a demanda das questões referente à saúde mental.

As entrevistas referentes ao tema: saúde sexual e reprodutiva das mulheres em pré-natal, aconteceram numa unidade básica da região metropolitana localizada no sul do Brasil, no ano de 2018.

A população que utiliza este estabelecimento é composta por todos os sexos e idades, para a realização de vacinas, consultas de enfermagem e testagem de exames (teste rápido para HIV e Sífilis), além da consulta de enfermagem, com assistência especial ao pré-natal para gestantes.

Os diálogos ocorreram em dias da semana específicos devido aos dias de atendimento às gestantes em pré-natal, sempre no turno da manhã do ano de 2018.

A entrada do estabelecimento de saúde é composta por bancos de madeira, nos quais os usuários, em geral, se distribuem, incluindo as atrizes principais do estudo. Por isso, a predominância dá-se pelas usuárias, ou seja, pelas mulheres que estão em acompanhamento pré-natal. Após a entrada principal, existe outro *hall*, o qual é composto pela recepção e pela área de aguardo para triagem, bem como para as consultas médicas e de enfermagem, além da sala de vacina, banheiro, com disponibilidade de condicionador de ar para o conforto dos(as) usuários(as), mas nem sempre em funcionamento, evidenciado durante as entrevistas realizadas.

Durante o aguardo para as consultas, as gestantes passam por triagem para a aferição de peso e altura, além do registro dos sinais vitais, tais como: a) pressão arterial, b) frequência respiratória, c) glicemia capilar, posteriormente, são direcionadas ao espaço de espera, que pode ser tanto na área da entrada da UBS, quanto no espaço conjugado das outras salas, de modo que devem permanecer atentas ao chamado, o qual ocorre somente após a chegada do (a) profissional médico ao estabelecimento.

O espaço físico do local não proporciona um ambiente privativo, assim as entrevistas ocorreram integralmente em espaço compartilhados e podiam ser escutadas por todas as pessoas que estivessem próximas, o que, em certa medida, pode ter contribuído para a omissão e/ou constrangimento sobre algumas questões durante a realização dos diálogos.

Para isso, perguntávamos sempre sobre a vontade e disponibilidade de suas participações e, quando era possível, solicitávamos uma sala para conversarmos com maior tranquilidade, fato que ocorreu em duas entrevistas, com Nádia e Jenifer.

As gestantes são orientadas a chegar a partir das oito horas, mas o atendimento é iniciado pelas onze horas da manhã, na maioria das vezes, finalizando ao meio dia. Isso ocorre devido à orientação médica, com a justificativa de que não ocorram atrasos. Essa norma causa grande desconforto às usuárias, evidenciado durante as entrevistas e mesmo na fala delas e de seus acompanhantes.

Partindo para o diálogo com as mulheres gestantes, no “primeira fase da pesquisa” a abordagem e entrevista foram realizadas com a participação da professora Laura López, na primeira entrevista e a mestra em Saúde Coletiva Roniele Sarges, nas cinco entrevistas iniciais, que subsidiaram a construção do projeto para a qualificação. Após a qualificação do projeto, as entrevistas foram conduzidas somente pelo mestrando Paulo, sendo realizado um total de quatro entrevistas no mesmo local indicado. Ao todo, foram nove entrevistadas.

Importante ressaltar que os questionamentos e os diálogos foram realizados por meio de um roteiro semiestruturado, previamente construído e que integra a pesquisa maior em que se insere a presente dissertação, intitulada “Assistência pré-natal, humanização e micropolíticas: um estudo antropológico sobre as experiências de gestantes no contexto do SUS”.

Para uma melhor visualização e entendimento, apresento um breve quadro com o perfil sócio demográfico, a partir de algumas características das mulheres entrevistadas:

NOME	IDADE	PROFISSÃO	Nº GESTAÇÕES	BAIRRO
Samanta	31	AUTONOMA	3ª	SANTOS DUMONT
Felícia	19	ESTUDANTE	1ª	CAMPINA
Jacira	32	AUTONOMA	1ª	FEITORIA
Nádia	20	RECEPCIONISTA AUX.	1ª	FEITORIA
Jenifer	25	ESCRITÓRIO	2ª	RIO DO SINOS
Alessandra	17	DESEMPREGADA	1ª	CHARRUA SANTOS
Rosangela	32	DO LAR	2ª	DUMONT
Júlia	29	AUX. LIMPEZA	2ª	FEITORIA
Cheila	22	DO LAR	2ª	RIO DO SINOS

No dia 7 de março de 2018, iniciamos a primeira das nove entrevistas realizadas na UBS e as últimas entrevistas foram finalizadas em novembro do referido ano.

Samanta, reside no Bairro Santos Dumont, trinta e um anos de idade e com cinco meses de gestação, primeira entrevistada, realizou as consultas anteriores de pré-natal na UBS do centro e a continuidade deu-se por querer a assistência com o médico X, por conhecê-lo por meio da utilização do serviço complementar de saúde, plano privado e pela importância e cuidado que o médico dispensou nas outras gestações

Disse que teve conhecimento da ocorrência de cursos para gestante naquele local, mas que não chegou a utilizar e tampouco presenciou qualquer atividade diferenciada, devido ao horário ofertado naquele momento e desconhece a oferta de cursos na atualidade.

Por meio de seus relatos, percebemos que a relação médico e usuária é descrita com um misto de respeito, gratidão e obediência. Suas colocações demonstram certa necessidade em contrapor riscos e benefícios entre parto normal e cesárea. Em determinado momento, fez alusão à situação de outra mulher que teve parto normal e adquiriu processo infeccioso, disse que em sua cesárea também adquiriu infecção, mas que ocorreu por culpa própria, por não atentar em movimentar-se com cuidado, mesmo afirmando não ter recebido orientação alguma para tal. Além disso, diz que a maioria das mulheres que conhece e que tiveram filhos, foi por meio da cesárea.

Seu primeiro filho nasceu por cesariana, relatou que a médica disse que foi provavelmente pela má respiração e, por isso, sua barriga acabou subindo, o que impossibilitou a realização do parto normal. Seu desejo era de ter tido um parto normal e para a atual gestação, também quer assim, mas aguardará a decisão do médico.

Disse que não tem interesse no relato de outras mulheres, para não absorver as experiências negativas. No entanto, tem vontade de que seu parto seja normal e que após esta última gestação quer “encerrar a fábrica” (com risos). Mas que aguardará a conduta do médico para definir o tipo de parto.

Quando há a necessidade de consulta via emergência hospitalar, a entrevistada diz que as mulheres precisam relatar todos o seu processo de pré-natal, mesmo que seja necessário ir mais de uma vez, porque não ocorre comunicabilidade entre os serviços de atenção primária e terciária, além do rodízio dos profissionais médicos (as).

Isso fica evidenciado em seu relato, quando a filha da primeira gestação necessitou de assistência e foi diagnosticada com sapinho, mas não orientaram que ela, mãe,

higieniza-se as mamas, o que prejudicou a amamentação. Por isso, como ela explica, as gestantes são orientadas a sempre estarem com suas cadernetas de gestante ao momento de cada tipo de consulta que precisem.

14/03/2018: entrevistada Felícia, dezenove anos de idade, primigesta, reside e realizava suas consultas no bairro Campina, mas foi para a UBS do centro devido ao horário de estágio. Estava aguardando a primeira consulta.

Nos contou que deseja que seu parto seja normal, apesar de realizar pesquisa na internet e ter visto vídeos que a assustaram um pouco, porém já ouviu coisas boas e ruins sobre cesárea, assim como sobre o parto normal. Seu marido tem receio em participar na hora do parto, somente em pensar na ideia o assusta, mas ela disse que não quer ficar sozinha e que ele tem que participar. Devido ao trabalho, ele [o marido] não participou e não participará a nenhuma consulta, nem mesmo em seu bairro, o que causa grande insatisfação para ele, pois gostaria que ele participasse mais.

Em relação a sua família, prefere não comunicar quando precisa ir à consulta, porque percebe pouca valorização, principalmente pela sua mãe, a qual demonstra muitos receios devido a sua criação no interior.

Ao longo da entrevista, Felícia disse que sogra trabalha no estabelecimento do campo de pesquisa, assim, a indicação para a continuidade do acompanhamento do pré-natal foi pela própria sogra, que disse que o médico X é muito bom. A entrevistada não conhece os profissionais que assistem nesse local, mas ouviu dizer que o médico X é voluntário na UBS, porque ele atende no privado.

Sobre o pré-natal, disse não ter dúvidas, mas que o parto e pós-parto lhe causam muito medo, desse modo busca informações pela internet e com alguns familiares.

Em sua UBS anterior, tinha a disponibilidade de auxílio [esclarecer dúvidas ou buscar assistência para problemas imediatos] no próprio local, em situações mais urgentes, como sangramento, era orientada a ir para emergência do hospital. Disse que sabe que vai ganhar no hospital da cidade, o qual é o único no município que possui maternidade pública, e que já conhece, exceto a maternidade, apesar de falarem muito mal do estabelecimento, demonstrando receio com esse fato.

Escuta muito sobre seu peso por parte do médico e dos outros profissionais da saúde, disse que sempre foi gordinha e não entende o por que dessa preocupação, uma vez que percebe que têm muitas mulheres gordinhas que ganham bebê.

Até o momento, refere não ter recebido nenhuma orientação sobre sua saúde sexual e reprodutiva, no entanto diz não ter dúvidas acerca do tema. Ao ser questionada sobre

suas necessidades como mulher, sente-se contemplada nas consultas anteriores e diz que não entende que sejam apenas orientação para a bebê, pois abordam temas como exercícios físicos e alimentação. Essa situação é interessante, uma vez que todo o universo feminino parece ser reduzido a essas intervenções e, ainda assim, passa despercebido, mesmo quando questionado. Obviamente, levamos em consideração o momento da entrevista e a condição de entrevistada, aguardando sua primeira consulta de pré-natal.

26/04/2018: Entrevistada Jacira, reside no bairro Feitoria, com trinta e dois anos de idade, vinte e quatro semanas de gestação e a gravidez foi planejada, branca, profissional designer.

Disse que não seguiu acompanhamento em seu bairro, porque a ginecologista estaria de férias, então optou pela UBS no centro. Devido às interferências familiares em sua gestação, no relacionamento anterior, confirmaram e informaram sobre a gravidez atual, para seus familiares, somente depois da estabilidade do quadro. Como tem profissional da enfermagem na família, por parte do marido, recebe muitas informações acerca dos processos da gestação. Falou que tem preferência pela cesárea por problemas na coluna (hérnia de disco na lombar) e por cirurgias anteriores, também tem conhecimento da assistência pelo SUS e sobre experiências negativas em relação ao parto normal.

No dia da entrevista, a usuária iria passar pela consulta com o médico para verificar a possibilidade de agendar a cesárea pelo SUS ou de modo particular, estava com laudo do ortopedista para mostrar ao médico, conforme ele a orientara, com o intuito de dar encaminhamento à cesárea. Segundo a entrevistada, “querer” pelo SUS, não funciona. Disse, ainda, que foi orientada pelo seu próprio ortopedista de que não há influência de que seu problema de saúde possa interferir no tipo de parto.

Em relação a escolha pela cesárea em detrimento ao parto normal no âmbito do SUS, opta devido à “desumanização da coisa”, e que existe “muita espera”. Aborda o relato da experiência de sua comadre, a qual não tinha dilatação durante o trabalho de parto e, por isso, precisou de muito tempo de espera, disse que a comadre “foi rasgada”, além de saber de situações de outras mulheres, como “necessidades do nenê dentro da mãe”, “cordão enrolado” e que no plano de saúde isso é mais cuidado.

Se tivesse um local apropriado e que a deixasse calma, optaria pelo parto normal, mas somente desse modo.

O atendimento é aguardado das nove horas até por volta das onze e meia. O doutor X é bem elogiado, assim como relato das outras entrevistadas da UBS.

Em relação às questões sobre a saúde sexual e reprodutiva, fez ecografia e disse

que pela presença de hematoma na região uterina, não estava em atividade sexual, até a liberação do médico, o qual informou não existir nenhuma restrição e que considera o ato sexual como uma atividade que faz bem.

A entrevistada e o marido estavam preparando as finanças para a possibilidade de realizar a cesárea, caso não seja ofertado pelo SUS. Refere não conhecer o Hospital da cidade, mas que disse que irá conhecer.

Devido às atividades laborais, seu marido não consegue acompanhá-la nas consultas, mas sim nos exames que são solicitados. Isso deve-se a demora na espera para receber a consulta no dia agendado, como são autônomos, perderiam clientes. Disse que o marido tem uma filha e que ajuda com muitas orientações sobre a gestação e é bastante preocupado com a saúde e com os cuidados diários.

Desconhece a oferta de atividades de orientação específica para gestantes pela UBS. Porém, conhece de outros locais. Utiliza aplicativos, como whatsapp, para troca de experiências com outras mulheres, principalmente com as que terão os seus bebês no mês de agosto de 2018. Os grupos são de mulheres do Brasil, mas sente falta da proximidade física.

Contou que está surpreendida com o atendimento pelo SUS, até o momento e que “todo mundo” conhece o médico X e o consideram um bom profissional. Fala que pelo SUS o problema é a demora para a realização de exames e que conseguiu realizar somente uma ecografia, as outras teve que fazer particular e relata que quem não tem condições de pagar acaba sofrendo. Disse que as clínicas particulares que possuem convênio com o SUS têm um limite de exames para realizar, por isso, sempre passa da data de realização do procedimento. Ainda em relação a esses serviços, disse, “aqui é uma coisa e lá é outra” e, com isso, não se preocupa em “gastar a saliva” reclamando, porque é assim mesmo.

10/05/2018: Nádia, vinte anos, trinta e uma semanas, primigesta, casada, recepcionista em salão de beleza, terceiro ano do ensino médio, branca, mora no bairro Feitoria.

Engravidou após ter decidido não tentar mais para dedicar-se a vida profissional. Referiu ter grande apoio familiar e entende que muitas mulheres não têm essa rede, fato que a faz ter um processo diferenciado, segundo a entrevistada.

Disse que conhece muitas mulheres sem o mínimo de condições financeiras e psicológicas para criar seus filhos e que isso deve acontecer pela falta de suporte familiar. Frequentava a UBS em seu bairro, inclusive o teste para gravidez foi realizado lá. Não pode dar continuidade pelo fato do atendimento ser somente com enfermeira, sem profissional

médico. Disse que procurou poucas vezes os profissionais de saúde para acompanhamento de sua vida sexual e reprodutiva, principalmente depois de começar a morar junto com seu marido. Afirmou que tem vergonha de tirar algumas dúvidas com a médica, porque a profissional é muito direta e parece ser fria, talvez pelo fato dela, entrevistada, não ter nenhum problema de saúde ou complicação, por isso, pergunta para as enfermeiras. Gostaria de sentir-se mais à vontade nas consultas e que isso não ocorre pela objetividade da médica, relatando como uma crítica construtiva.

Diz ter ouvido falar tanto mal quanto bem em relação ao hospital da cidade e se pudesse conhecer, gostaria de conhecer o local no qual terá seu parto. Também, que deseja parto normal para facilitar o processo de recuperação, recebendo informações da mãe que o parto normal é bom e, da sogra, que o parto cesárea é melhor.

Refere ler muito sobre as questões da gestação, seja pela internet ou aplicativos e que ajudam muito, inclusive “tiram dúvidas que na consulta não é nem dito”.

Sempre desejou parto normal desde que pensava em ter filhos. Elogia o SUS e não entende por que muitos reclamam, fazendo reflexão de que talvez para as gestantes seja mais facilitado o acesso, porque percebeu que aos idosos não é tão simples assim.

Demonstra grande objetividade em sua fala, e faz suas colocações sem receio. Esse posicionamento parece estar atrelado à própria fala da gestante, quando diz ter apoio familiar, além do interesse por tirar suas dúvidas pelos meios disponíveis para informação, como internet, aplicativos e com apoio de sua rede familiar.

11/05/2018: Jenifer, vinte e cinco anos, reside no bairro Rio dos Sinos, com trinta e quatro semanas de gestação, ensino médio completo, com técnico em radiologia. Não gosta e não se identifica por raça, mas as pessoas costumam defini-la como parda e, quando necessário, aceita, até porque está em sua identidade.

Segunda gestação, não planejada pela mulher, mas planejada pelo marido, o qual faz esse relato após ela ter dito que não planejou, mesmo ela usando anticoncepcional por via oral. O marido a acompanha durante os exames, primeira vez na consulta, disse que estava sonhando com esta gestação e a gestante diz que não esperava, sempre com alguns risos comedidos ao final das falas. Seus familiares moram em outra cidade. O casal e o primeiro filho mudaram-se para município, no qual localiza-se a UBS de pesquisa, por isso, não têm contato direto com outros familiares, apenas com a sogra, mas também sem proximidade.

Ao ser questionada sobre a rede de apoio, diz: “só nós dois”. As dúvidas acerca da saúde sexual reprodutiva são feitas ao profissional médico, mas ela disse que quanto mais

“velho” é o profissional mais restrições ele cria, orientando ela a não realização do ato sexual. Sobre amamentação, diz que teve que parar de amamentar, por não saber, mas que agora sabe e foi orientada para o pós-parto.

Nos contou que queria parto normal na primeira gestação, mas evoluiu para cesárea, porque deixaram ela muito tempo em trabalho de parto, segundo o marido, foi má conduta médica e que seu filho estava morrendo.

Pelo parto anterior ter sido tão traumático, não queria o segundo filho. O médico, na atual gestação, já indicou que terá que ser cesárea e ela disse que sabe que não conseguirá ter parto normal, porque o médico já falou isso para ela, mas se existisse essa possibilidade, ela gostaria.

Conhece o hospital da cidade, inclusive a maternidade e não tem o que reclamar. Está satisfeita com o tempo das consultas e com as dúvidas sanadas, mesmo aguardando das nove horas até as onze da manhã. Disse que o profissional é bem preocupado.

Passou por constrangimento no posto em que fazia acompanhamento, no bairro em que reside atualmente, porque a médica era “muito estúpida” e por isso, nem foi mais lá e sim direto na UBS centro.

Os horários para consultas são adequados para o casal, apesar da demora do profissional médico, sendo ofertado comprovante para o trabalho. Seu marido é autônomo, por isso não está sempre disponível às consultas.

Informações que nos contou e que podem ter influenciado na via do parto da primeira gestação:

- Gravidez de risco relatada, na primeira gestação a entrevistada teve pressão alta, na segunda diabetes gestacional, infecção do trato urinário, colelitíase (pedra na vesícula).

A crítica da entrevistada é para que haja mais informação como, por exemplo, a realização de vasectomia para os companheiros para evitar outras gestações. O marido também disse que está disposto para preservar a vida de sua companheira, gosta dela e não pensa em separação.

A entrevistada disse que muitas mulheres optam pela cesárea devido ao medo das informações que são propagadas. O marido acrescentou que a gestante deve ter um atendimento delicado e com dedicação e que falta educação aos acompanhantes. A entrevistada falou que isso é no hospital, mas o marido disse que isso ocorre inclusive na UBS. Seu marido falou mal do hospital da cidade, disse que é horrível e que os profissionais se escondem atrás do papel (lei que proíbe o desacato ao funcionário público) e que muitos

precisam passar por uma reciclagem para tratar melhor as pessoas, não somente para com eles, mas com todos. A gestante disse que isso não ocorre pela parte dos enfermeiros (as), mas pelos médicos, porque demorou uma semana para ser avaliada pelo cirurgião, após várias idas à ouvidoria

Fica evidentemente claro, nessa primeira fase das entrevistas, as quais antecedem o projeto de qualificação, que as mulheres procuram a UBS do centro pela própria indicação de outros serviços, os quais não possuem médicos nas UBS de seus bairros ou por conhecer o médico X, assim como pela indicação de pessoas próximas por também conhecerem o profissional médico.

01/11/2018: Alessandra e o marido, dezessete anos de idade, acredita que está com vinte e sete semanas de gestação, aguarda a segunda consulta com o médico X, moradora no bairro Charrua. Consulta na UBS do centro, porque a UBS mais próxima de sua referência é no bairro Paim, o qual atende somente usuários de lá, ambos desempregados, tem sua fonte de renda por pensão.

O marido a acompanha sempre nas consultas e demonstra estar satisfeito com a gravidez, mas a entrevistada parece não demonstrar a mesma empolgação. Alessandra nos contou que vai aos outros postos somente para tomar vacina e que não tem costume de fazer questionamentos acerca da sua saúde sexual e reprodutiva.

A grande queixa do casal é pela demora ao atendimento para consulta e, nesse ponto, não se sentem bem atendidos, porque têm que ficar a manhã toda aguardando.

Alessandra disse querer parto normal, porque é melhor para se recuperar, mas o médico já informou que o parto é decidido somente na hora e não tem como saber antes.

A entrevistada não encontra dificuldades à assistência pelo fato do profissional ser do sexo masculino. Disse que fica com mais dúvidas em relação ao parto e sobre os cuidados com o corpo, principalmente quando várias pessoas falam suas experiências.

O marido retoma a questão da demora, quando são questionados se sofreram algum tipo de discriminação.

Alessandra conhece o Hospital da cidade, porém não a maternidade e refere não ter interesse em conhecer o estabelecimento no qual receberá a assistência, “só na hora”, afirma.

A entrevista dá-se de maneira rápida e dinâmica. Alessandra parece ser tímida, soltando-se aos poucos durante a entrevista, mas não fornece respostas com elaboração de pensamentos, caracterizado por muitas respostas como sim e não às perguntas realizadas. Não parece estar inserida dentro do contexto da gestação no sentido de realizar

questionamentos acerca do momento e de seu próprio corpo, talvez pelo relato de surgirem mais dúvidas quando faz alusão à sua experiência com pessoas próximas.

01/11/2018: Rosangela, do lar, trinta e dois anos de idade, trinta e uma semanas e 5 dias de gestação, está aguardando a penúltima consulta e está na segunda gestação. Moradora no bairro Santos Dumont e não faz parte de projetos sociais. Ouviu que o atendimento na UBS do centro é melhor, por isso não utiliza a UBS do seu bairro, além disso, sua irmã realizou dois pré-natais com o médico X, então, decidiu ver como era e está satisfeita por ele ser atencioso.

Disse que a primeira gestação pareceu ser mais rápida [início e fim], sem problemas de saúde. Nos contou que tudo mudou [fazendo referência a idade], principalmente seu psicológico e que não tem vontade de ter relação sexual, “se sente menos”. O parto da primeira gestação foi por cesárea e não tinha nenhuma informação e conhecimento, por isso, não pode realizar nenhuma intervenção, ficando sujeita às condutas sem realizar questionamentos. Disse que deveria ter ganhado antes, fazendo alusão à primeira gestação, pois teve seu filho passando das 41 semanas e se fosse ganhar no dia que estava agendada, seu nenê nasceria morto.

Na atual gestação, nos disse “que a sorte que seja lançada”. O médico a orientou para que não permitisse que induzam o parto, assim, ele marcou em sua caderneta de gestante que deve ser realizado cesárea, com “praticamente 90%” de chance, mesmo que a vontade da entrevistada fosse pelo parto normal.

Esse posicionamento do médico é visto como um cuidado muito importante, por parte da entrevistada, prevenindo a possibilidade do parto normal, com fins de cuidar da sua saúde e bem-estar, tanto dela quanto do bebê, sem a percepção de anulação no plano de pré-natal e parto.

Disse que fica apavorada com as pessoas acima de 50 anos, que fazem “um bicho de sete cabeças” sempre que ocorre alguma alteração, por isso, procura não falar nada com essas pessoas para evitar de ficar nervosa.

Sana suas dúvidas com médicos, pela caderneta e pela internet, porque existem muitas informações falsas em outros meios de procura. Relatou que no início tinha muito receio do Hospital Centenário, mas pela experiência que teve na primeira gestação, sanou esse receio.

Disse que pela sua idade atual, trinta e dois anos, a gestação já é mais delicada, mesmo tendo o conhecimento de que há muitas mulheres de sua idade que estão “ganhando de parto normal”. O marido acompanha bastante, mas por ser autônomo, nem

sempre vai às consultas. Refere que a gestação está ocorrendo como “tudo tem que ocorrer”.

01/11/18: Júlia, vinte e nove anos de idade, auxiliar de limpeza de escritório, está com dezoito semanas de gravidez, na segunda gestação, parto normal na primeira, que ter parto normal novamente. Moradora no bairro Feitoria, fez acompanhamento na cidade vizinha durante a primeira gestação. Foi indicada pelas amigas à UBS centro de seu município, mas conhecia o médico X da primeira gestação pelo plano privado. Não faz parte de nenhum projeto social e não passou por situação de discriminação.

Costuma esclarecer suas dúvidas por meio das consultas e pela caderneta da gestante. Disse que não tem muito contato com a família para esclarecer seus questionamentos, apenas com a mãe e o marido, o qual não pode acompanhá-la devido ao horário de trabalho.

Refere que o profissional médico passa muita segurança devido ao tempo de experiência que possui e que quando tem dúvidas em relação a sua saúde sexual e reprodutiva, faz pesquisas pela internet.

Pretende ter seu bebê no Hospital público da cidade vizinha, mesmo sabendo que o Hospital de referência é o da sua cidade, porque escuta falar mal do atendimento, mesmo não conhecendo e não tendo vontade de conhecer. Referiu com muita segurança e tranquilidade que está tudo organizado em sua cabeça.

Relata estar acima do peso e que isso foi dito pelo médico X, assim pode ter problemas como pressão alta e pré-eclâmpsia, fato que ocorreu com sua irmã, de modo bem complicado, pois seu sobrinho teve que ficar em incubadora.

A entrevistada é muito objetiva em suas respostas e parece não se sentir “presa” às orientações de rede de referência, mas demonstra satisfação ao atendimento na UBS centro.

01/11/2018: Cheila, vinte e dois anos de idade, trinta e nove semanas e três dias de gestação, está na segunda gestação, deseja parto normal, porque o anterior foi por cesárea. Do lar, contou que iniciou o pré-natal aos quatro meses de gestação. Moradora no bairro Rio do Sinos, na UBS de referência não há enfermeira (o).

O primeiro parto foi realizado no Hospital da cidade e foi indicada para realizar o pré-natal com o médico X. Chega bem cedo para ser a primeira ao atendimento, fala que o médico já está aposentado e que atende as gestantes porque gosta do ofício, relato que surgiu na primeira fase das entrevistas.

Procura os serviços de saúde somente quando se sente mal, fora isso, não costuma

procurar. Disse que o médico está disponível de segunda à quinta pela manhã para sanar suas dúvidas, mas nunca precisou procurá-lo.

Quando ela o questionou sobre o tipo de parto, o médico falou que cada gestação é individual, mesmo ela desejando seu parto seja normal, porque todo mundo fala que é melhor que cesárea.

Seu primeiro filho teve convulsão e epilepsia, de modo que não tem recordações sobre dor ou complicações na primeira gestação, ou seja, não teve tempo para preocupar-se com seu corpo e suas necessidades devido à preocupação e pelo quadro de saúde de seu filho. Disse que “acha dez vezes melhor ser atendida por homem do que por mulher” na assistência, de modo geral.

A primeira vez que teve infecção nos rins, após ir quatro vezes ao hospital e sem resolução, foi à UPA (Unidade de Pronto Atendimento), sendo encaminhada ao hospital de seu município para fazer tratamento com antibiótico. Ficou internada por quatro dias por desenvolver pré-eclâmpsia. Assim, quando ocorreu a dor novamente, foi direto à UPA.

Utilizou o benefício do programa bolsa família, no ano de 2017, mas como o marido começou a trabalhar de carteira assinada, ele não fez o cadastramento. Não tem nenhuma reclamação quanto à assistência, mas reconhece que muitas pessoas reclamam do atendimento pelo SUS.

Sua mãe é sua mentora, assim pergunta tudo para ela devido a sua experiência. Estava com medo de ganhar no hospital da cidade, mas como uma amiga foi bem atendida isso a deixou mais tranquila.

Planejava em ir para outra cidade para ganhar seu bebê, até então, mas ouviu rumores que também não estava bom, principalmente por depender do profissional que estará no plantão.

Após a realização de cada entrevista, realizamos a escuta da gravação, que ocorreu por meio dos dispositivos celulares dos entrevistadores, e a transcrição foi realizada em documento *Microsoft Word*, para que realizássemos a análise e correlação com a bibliografia eleita.

É importante ressaltar como a participação ao plano de parto e ao pré-natal são vetados, de modo nada explícito e como as conduções para o tipo de parto dão-se pela cesárea ou pela incógnita de ser apenas no momento para descobrir. Além disso, percebemos como as entrevistas reproduzem as “verdades” ditas pelo profissional, como garantir que aqueles que tiveram parto cesárea em uma gestação anterior devem ter, quase

que obrigatoriamente, o parto cesáreo na gestação atual.

Questões de subjetividades, como medo, desânimo em relação a vida sexual, inseguranças, não são demonstradas como sanadas ou mesmo tratadas pelo profissional médico, pelo contrário, observamos um modelo tecnocrático e biomédico, com certa fantasia de atendimento humanizado e qualificado por meio das falas das mulheres entrevistadas, as quais elogiaram muito o profissional. Também, nos causou grande estranheza que esse mesmo profissional que sana todas as suas dúvidas, atende muitas mulheres em um tempo tão pequeno de consultas, uma vez que ele chega em torno das onze ou onze e meia da manhã e finaliza os atendimentos ao meio dia e consegue atender mais de dez gestantes nesse período, ou seja, disponibiliza de trinta minutos a uma hora para sanar todas as dúvidas, de cada uma.

Por fim, a falta de um espaço adequado, até mesmo pelo pouco tempo que tivemos, nos faz crer que encontraríamos muitas outras situações sobre as vivências de cada mulher entrevistadas, algo que possibilitaria maiores discussões para o tema da pesquisa e para muitos outros, no que tange a saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

As categorias que contemplam o artigo surgiram a partir dos relatos das entrevistadas. Situações de indicação para cesariana e regulação por meio do saber foram as mais evidentes, logo, utilizamos elas para a produção da escrita. Encontramos falas com alguma presença de resistência, mas como tivemos espaço e tempo delimitados, já descrito em parágrafos anteriores, não conseguimos explorar com maior atenção.

Essa pesquisa demonstra importante relevância para a discussão do tema, qual seja a saúde sexual e reprodutiva das mulheres e abrange muitas outras questões no âmbito social, uma vez que traumas ocorridos, em particular no pré-natal e parto, tendem a agravar as relações humanas, já que é o ponto de partida para a vida de cada um de nós.