



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Dandara Pimentel Freitas

**A gestão da saúde reprodutiva em uma Clínica da Família no município do
Rio de Janeiro: práticas de saúde na fronteira entre cuidado e violências**

Rio de Janeiro

2024

Dandara Pimentel Freitas

A gestão da saúde reprodutiva em uma Clínica da Família no município do Rio de Janeiro: práticas de saúde na fronteira entre cuidado e violências

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador (a): Prof.^a Dra. Claudia Mercedes Mora Cárdenas

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

F866	<p>Freitas, Dandara Pimentel</p> <p>A gestão da saúde reprodutiva em uma Clínica da Família no município do Rio de Janeiro: práticas de saúde na fronteira entre cuidado e violências / Dandara Pimentel Freitas – 2024. 141 f.</p> <p>Orientadora: Claudia Mercedes Mora Cárdenas</p> <p>Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.</p> <p>1. Serviços de Saúde Reprodutiva. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Direitos Sexuais e Reprodutivos. 4. Anticoncepção. 5. Racismo. 6. Violência Obstétrica. I. Cárdenas, Claudia Mercedes Mora. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.</p> <p>CDU 614.39:618(815.3)</p>
------	---

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Dandara Pimentel Freitas

A gestão da saúde reprodutiva em uma Clínica da Família no município do Rio de Janeiro: práticas de saúde na fronteira entre cuidado e violências

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 25 de março de 2024.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Claudia Mercedes Mora Cárdenas (Orientadora)
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Prof.^a Dra. Elaine Reis Brandão
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Laura Lowenkron
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Rio de Janeiro

2024

DEDICATÓRIA

A todas que vieram antes de mim. Às avós Antônia e Gersonita, mulheres sertanejas que, dentro de suas realidades, acreditaram e apostaram nos estudos como caminho para a liberdade.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho tornou-se possível graças a um tanto de gente querida com quem tive a sorte de cruzar caminhos. Destes encontros surgiram dúvidas, provocações, ideias e a necessária inspiração para os laboriosos processos de elaboração do projeto, condução da pesquisa e, finalmente, da escrita que aqui se apresenta.

Agradeço a minha família que, apesar da distância, faz-se sempre presentes do modo possível: minha mãe, Nilzete, meu pai, Marcus, minhas queridas irmãs, Jade e Indira, e à tia Fernanda. Obrigada pelo carinho desmedido, escuta atenta e apoio incondicional a cada passo dado. Levo vocês comigo aonde quer que vá.

À minha companheira Roberta pela inspiração, acolhimento e cumplicidade neste processo que, em sua companhia, fez-se mais leve e menos solitário. Obrigada por me brindar com este amor tranquilo, por sua inteligência que ilumina, pelas deliciosas conversas e pela sensibilidade e cuidado para com as angústias da vida acadêmica – mas não só. Você foi meu descanso.

Às grandes amigas Camilla e Fabiana, que partilham comigo desde as agruras de trabalhadoras do SUS à literatura feminista, em busca de caminhos pessoais e coletivos que nos deem sentido. Tanto aconteceu em nossas vidas nesses últimos dois anos... Obrigada pela confiança que construímos, pelas confidências que trocamos e por seguirmos compartilhando caminhos e sonhos.

A Bia, Gabriel, Julia, Marina, Pilar, Raquel, Thiago e Vanessa, “meu grupo” do coração, com quem compartilho trajetórias com constância e admiração mútua há sete anos. Obrigada pelas apostas, pelo carinho e pela inspiração. Nosso encontro é sinônimo de intimidade, brincadeira, alegria e leveza. Como um almoço de domingo. Brindemos em breve.

A Glorinha, pelas tardes de sábado “fazendo nada” em meio a ótimas conversas sobre tudo, pelos sambas, cafezinhos e aulas de cerâmica. Obrigada por sua perspicácia, cuidado, generosidade e senso de humor irretocável. Sua amizade é um respiro.

A Clara, por dividir parte deste percurso desafiador que é o mestrado e que, ainda na fase de elaboração do projeto de pesquisa, auxiliou-me brilhantemente na materialização de minhas inquietações iniciais. Obrigada pelas cervejinhas, viagens e pela troca sempre tão agradável.

A Rita Helena, com quem tive o prazer de partilhar a lida do trabalho e as caronas para casa, tecendo diálogos fundamentais ao amadurecimento das perguntas e reflexões que me

trouxeram até aqui. A Silvana, Clarice, Kelly, Gabi, Quesia, Carol, Larissa, Dyanna, Rosângela, Rosi, Juliana, Renata, Helena, Mari, Michele, Cris e tantas outras mulheres que estiveram comigo ombro a ombro, e que tanto me ensinaram tecendo cotidianamente o SUS. Todas têm meu mais profundo carinho e admiração.

Às minhas interlocutoras que, gentilmente, dispuseram-se a compartilhar histórias tão íntimas e delicadas, em meio ao inevitável constrangimento de serem entrevistadas. Desejo que minha escrita carregue o cuidado e a delicadeza que suas narrativas merecem.

Às minhas colegas de mestrado, com quem pude compartilhar este trecho de nossas jornadas, em especial a Vanessa, Elena e Giovana, com quem tive trocas acadêmicas e pessoais que enriqueceram em muito meu olhar sobre a pesquisa.

A Claudia Mora que, em orientação sempre atenta e cuidadosa, apontou caminhos possíveis e participou ativamente de cada uma destas etapas. Sua sensibilidade, delicadeza e precisão foram fundamentais para que eu pudesse dar contorno a esta pesquisa, sobre um tema que tanto me mobiliza e que, justamente por isso, em alguns momentos parecia-me inapreensível.

E, por fim, a todas as mulheres com quem cruzei caminhos nesta empreitada de ser médica de família e comunidade na APS carioca. São estes encontros que dão sentido a um trabalho tão desafiador e carregado de significados e afetações várias. São muitas destas mulheres que, ao me ocuparem em afeto e memória, tornaram-se minha maior inspiração para esta escrita. Suas histórias me mobilizam a seguir em frente.

Antes – agora – o que há de vir

Eu fêmea-matriz.

Eu força-motriz.

Eu-mulher

abrigo da semente

moto-contínuo

do mundo.

Conceição Evaristo

RESUMO

FREITAS, Dandara. **A gestão da saúde reprodutiva em uma Clínica da Família no município do Rio de Janeiro**: práticas de saúde na fronteira entre cuidado e violências. 2024. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

As práticas com atenção à saúde reprodutiva na Atenção Primária à Saúde estendem-se desde a oferta e prescrição de métodos contraceptivos ao seguimento pré-natal de risco habitual. Essas práticas são norteadas por protocolos que objetivam sua normatização em direção às políticas. Estas, por sua vez, são engendradas por mecanismos de governança consistentes em intervenções tecnocráticas que almejam a regulação da fecundidade e ensejam políticas populacionais. Nesse sentido, buscamos compreender a gestão da saúde reprodutiva na Atenção Primária à Saúde a partir da análise dos saberes, expectativas e representações em torno das práticas em questão, sob as perspectivas simbólico-interacionista e interseccional. Trata-se de um estudo etnográfico, realizado através de observação participante e entrevistas abertas a profissionais e usuárias de uma Clínica da Família situada em uma favela da zona norte do Rio de Janeiro. A entrada em campo trouxe à tona certo jogo de posicionalidades, em decorrência do duplo-papel exercido pela pesquisadora, também profissional de saúde. Por meio da observação de mediações e negociações nos guichês das equipes, desvelaram-se processos de estigmatização direcionados a mulheres negras, jovens e com “filhos demais”. A prescrição e manejo de meios e métodos contraceptivos contrapõem a retórica da “escolha livre e informada” ao paradigma da *norma contraceptiva*, enquanto responsabilização integral das mulheres pela gestão da fecundidade. O modo como às mulheres gerem a fecundidade, por sua vez, revelou-se contingencial e permeado por ambivalências e ausências. A laqueadura figurou como objeto de desejo, metaforizado através do “Passaporte” enquanto documento que autoriza as mulheres à sua realização. Os LARC (*long-acting reversible contraceptives*), por sua vez, ensejam discursos pautados na autonomia, subsumidos, entretanto, a reatualizações do paradigma controlista neomalthusiano, que baliza sua oferta diferencial a mulheres lidas como “vulneráveis”. A violência obstétrica emergiu enquanto categoria a partir da narrativa de uma das profissionais entrevistadas que, em interlocução com a narrativa de um parto violento por parte de uma das usuárias, apontou diferentes sentidos de agência, bem como a própria nomeação do que é violento enquanto processual. Por fim, práticas contra-hegemônicas de cuidado às mulheres, não centradas em sua fecundidade, surgiram a partir do “Grupo de Mulheres”, de cunho vivencial e com facilitação da narração das usuárias. Com base na entrevista à profissional facilitadora do grupo, impuseram-se questões ao *ser mulher* enquanto experiência unívoca e dissociada dos demais vetores de poder. A ausência de performances de sexualidades dissidentes dentre as usuárias foi um dado revelador de exclusões institucionais para além das intencionalidades profissionais, reiterando a vinculação, de cunho normativo, entre fecundidade, reprodução e “saúde da mulher”. O presente trabalho revelou, por fim, tensões entre escolha e norma, autonomia e coerções e cuidado e controle, através de práticas de saúde derivadas de mecanismos regulatórios da fecundidade, eufemizados pela linguagem de direitos na contemporaneidade. Estas técnicas têm lugar em uma matriz bio-necropolítica que autoriza e desautoriza maternidades, e, não obstante, dão lugar a agenciamentos por parte de usuárias e também profissionais, forjados em dinâmicas de poder que articulam raça, classe, gênero, território, geração e demais corporalidades.

Palavras-chave: Direitos sexuais e reprodutivos; atenção primária à saúde; relação profissional-paciente; violência de gênero; racismo.

ABSTRACT

FREITAS, Dandara. **The institutional management of reproductive health in a primary health care facility in the city of Rio de Janeiro: health practices on the border between care and violence.** 2024. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Practices that target reproductive health in Primary Health Care range from the provision and prescription of contraceptive methods to prenatal care. These practices are guided by protocols, which aim to standardize them towards policies. These, in turn, are engendered by governance mechanisms through technocratic interventions that aim to regulate fertility and give rise to populational policies. In this sense, we seek to understand the institutional management of reproductive health in Primary Health Care, based on the analysis of knowledge, expectations and representations surrounding the practices in question, from symbolic-interactionist and intersectional perspectives. This is an ethnographic study, carried out through participant observation and open interviews with professionals and users of a PHC facility located in a favela in Rio de Janeiro. Entering the field brought to light a certain game of positionalities, due to the dual role played by the researcher, also a health professional. Through observation of mediations and negotiations at the teams' counters, stigmatization processes directed at young black women and those with “too many children” were revealed. The prescription and management of contraceptive means and methods contrasts the rhetoric of “free and informed choice” with the paradigm of *contraceptive norm*, as women are fully responsible for fertility management. The way women manage fertility, in turn, revealed itself to be contingent and permeated by ambivalences and absences. Tubal ligation appeared as an object of desire, metaphorized through the “Passport” as a document that authorizes women to perform it. LARC (long-acting reversible contraceptives), in turn, give rise to discourses based on autonomy, subsumed, however, by re-updating the neo-Malthusian controlist paradigm, which defines its differential offer to women seen as “vulnerable”. Obstetric violence emerged as a category from the narrative of one of the interviewed professionals who, in dialogue with the narrative of a violent birth by one of the users, pointed out different meanings of agency, as well as the very naming of what is violent as a procedural. Finally, counter-hegemonic practices of care for women, not centered on their fertility, emerged from the “Women's Group”, with an experiential nature and facilitation of women's narration. Based on the interview with the professional facilitator of the group, questions were imposed on being a woman as a univocal experience, dissociated from other vectors of power. The absence of performances of dissident sexualities among users was revealing of institutional exclusions beyond professional intentionality, reiterating the normative link between fertility, reproduction and “women's health”. The present work finally revealed tensions between choice and norm, autonomy and coercion, and care and control, through health practices derived from fertility regulatory mechanisms, euphemized by the language of rights in contemporary times. These techniques take place in a bio-necropolitical matrix that authorizes and disauthorizes maternities, and, nevertheless, give rise to agencies on the part of users and also professionals, forged in power dynamics that articulate race, class, gender, territory and generation.

Keywords: Reproductive rights; primary health care; professional-patient relationship; gender violence. racism.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Registro de um dos corredores da unidade.....	56
Quadro 1 –	Dados sobre as entrevistadas.....	64
Figura 2 –	Registro do “Passaporte”.....	89
Figura 3 –	Folder sobre violência obstétrica.....	108
Figura 4 –	Verso do folder sobre violência obstétrica.....	109

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB –	Atenção Básica
ACS –	Agente Comunitário de Saúde
APS –	Atenção Primária à Saúde
CAB –	Caderno de Atenção Básica
CAP –	Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento
CEAP –	Centro de Articulação de Populações Marginalizadas
CEP –	Comitês de Ética em Pesquisa
CIPD –	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CMPI –	Comissão Mista Parlamentar de Inquérito
DIU –	Dispositivo Intrauterino
FEBRASGO –	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
HIV –	Vírus da Imunodeficiência Humana
IPPF –	International Planned Parenthood Federation
ISTs –	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LARC –	Long-Acting Reversible Contraceptives
LPF –	Lei do Planejamento Familiar
MNU –	Movimento Negro Unificado
MRJ –	Município do Rio de Janeiro
MS –	Ministério da Saúde
ODM –	Objetivos do Milênio
ODS –	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS –	Organização Mundial de Saúde
ONG –	Organização não governamental
ONU –	Organização das Nações Unidas
PAISM –	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAB –	Política Nacional de Atenção Básica
PNDS –	Pesquisa Nacional de Desenvolvimento e Saúde
SISREG –	Sistema de Regulação
SUBPAV –	Subsecretaria de Atenção Primária e Vigilância
SUS –	Sistema Único de Saúde

TIG – Teste Imunológico de Gravidez
Usaid – United States Agency for International Development
VO – Violência Obstétrica

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	14
1	BÚSSOLAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS.....	20
1.1	Contextualizando as políticas de saúde em torno da reprodução: Biopolítica, Racismo de Estado e Governança Reprodutiva.....	20
1.2	Saúde sexual e saúde reprodutiva, direitos sexuais e direitos reprodutivos: desvendando a linguagem dos direitos a partir de uma perspectiva feminista.....	26
1.3	Das políticas às práticas com atenção à saúde reprodutiva na APS: normatização e desafios à integralidade.....	34
1.4	A relacionalidade no trabalho em saúde: lentes socioantropológicas para a análise das práticas de saúde.....	39
1.4.1	<u>A perspectiva simbólico-interacionista: estigma, violência simbólica e habitus médico autoritário.....</u>	39
1.4.2	<u>As Interseccionalidades: teoria, prática e agência.....</u>	43
2	CAMINHOS DA PESQUISA.....	50
2.1	Notas acerca do diálogo com um Comitê de Ética em Pesquisa: gênero, Estado e a <i>Outrização</i> de um território.....	50
2.2	Observação de espaços coletivos da unidade: <i>acolhimento</i> e corredores e demais espaços de socialização.....	56
2.3	Observação de atividades em grupo: o grupo de Planejamento Reprodutivo e o Grupo de Mulheres.....	60
2.4	Entrevistas abertas com profissionais de saúde – médicas e enfermeira – e com usuárias da unidade.....	61
2.5	Posicionalidades em campo: duplo-papel pesquisadora-profissional e categorias de diferenciação.....	65
3	“ESTAS MENINAS NÃO SE CUIDAM, NÃO ESTÃO NEM AÍ”: ESTIGMA, VIOLÊNCIA SIMBÓLICA E O RACISMO INSTITUCIONAL GENDERIZADO.....	68
4	“HOJE EM DIA SÓ ENGRAVIDA QUEM QUER”: SABERES E REPRESENTAÇÕES EM TORNO DAS PRÁTICAS	

	CONTRACEPTIVAS.....	76
4.1	Os métodos contraceptivos na tensão entre a “escolha livre e informada” e a norma contraceptiva.....	76
4.2	“Diz pra eles cortarem, não amarrarem”: sentidos da laqueadura tubária desde as esterilizações em massa ao “Passaporte” enquanto metáfora.....	83
4.3	Os LARC como resposta: autonomia, corporalidades e coerção contraceptiva.....	91
5	A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ENQUANTO RECURSO DISCURSIVO: PROCESSOS DE NOMEAÇÃO E MARGENS DE AGENCIAMENTO.....	97
6	O GRUPO DE MULHERES.....	112
6.1	O Grupo de Mulheres enquanto espaço de cuidado contra-hegemônico.....	112
6.2	Eu não sou uma mulher?”: contrapontos interseccionais ao ser mulher.....	112
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
	REFERÊNCIAS.....	123
	APÊNDICE A – Tópicos-Guia para Entrevistas em Profundidade.....	132
	APÊNDICE B – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) – Usuárias.....	136
	APÊNDICE C – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) – Profissionais.....	138
	APÊNDICE D – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) – Grupos.....	140

INTRODUÇÃO

O tema da investigação que realizo neste trabalho é a gestão da saúde reprodutiva na Atenção Primária à Saúde (APS), sob um olhar interacionista e interseccional, estando inserida no campo mais amplo dos estudos de gênero e saúde. Interacionista, por seu enfoque em situações sociais e dinâmicas relacionais que se estabelecem por meio das práticas de saúde. Interseccional, em virtude da necessária articulação desta discussão à percepção de que os vetores de raça, classe, gênero e território operam nas diferentes relações em um campo de poder, constituindo-se mutuamente e compondo subjetividades na tensão entre exclusões e agenciamentos.

Sou uma mulher cis, branca, nascida no estado do Piauí, que se formou médica e veio ao município do Rio de Janeiro para o programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Enquanto médica, atuei durante o período da Residência em uma Clínica da Família no Complexo de Mangueiras, conjunto de favelas localizadas na zona norte do Rio de Janeiro. Recém-chegada à cidade, aquele momento foi marcado com uma familiarização às dicotomias impressas e corporificadas do cenário urbano do Rio de Janeiro. A dinâmica favela-asfalto se interpunha ao meu cotidiano, revelava-se no ir e vir de casa ao trabalho e, ainda mais pronunciadamente, nos encontros clínicos. O território da favela tornou-se um ator em si próprio, e as interações vividas e observadas eram complexificadas por contrassensos produzidos pela matriz colonial e racista fundante desta mesma cisão (Lima, 2018).

Gradualmente, a branquidão da minha pele tornou-se mais perceptível a mim própria, e a raça e o racismo se tornaram objeto de perscrutação sobre a minha própria prática. A partir deste ponto, compreendo que não apenas os corpos de usuários, como também os de profissionais, como eu própria, são marcados, marcas estas que existem apenas em relação. Passo a me interessar pelo tema das Interseccionalidades a fim de compreender as dinâmicas de poder que se desvelam nos cruzamentos das “avenidas identitárias” representadas por gênero, raça e classe (Akotirene, 2019). Demarco este processo no sentido de distanciar-me da figura do pesquisador que fala acerca de um Outro: o objeto que aqui se desenha é da ordem das relações, do que se produz destas diferenças, convertidas, ou não, em desigualdades (Brah, 2006), buscando garantir que as interlocutoras ocupem o lugar de “sujeitos falantes” (Kilomba, 2019).

Neste percurso noto, ainda, que o espaço das unidades pelas quais passei era sempre marcadamente feminino: desde profissionais a usuárias, à exceção da categoria médica, em

que costuma haver um certo balanço. São enfermeiras, técnicas de enfermagem, agentes comunitárias de saúde, em meio a mulheres que buscam atendimento para si ou para aqueles dos quais cuidam: filhos, companheiros, amigas, seus mais velhos. Neste percurso enquanto médica de família, pude aprofundar a relação com diferentes mulheres, deixando-me afetar por suas histórias ao longo do caminho.

Como a de Ísis, mulher negra de 29 anos, que havia realizado alguns abortos em sua vida, não sendo esta uma questão para ela até ali. Em dado momento, recorre novamente a um procedimento inseguro e, não sabendo com exatidão da idade gestacional – o serviço de ultrassonografia havia sido suspenso em decorrência de greve de profissionais durante o governo do ex-prefeito Marcelo Crivella –, acabou por expulsar um feto maior do que esperava. A situação – permeada por sucessivas violações materiais e simbólicas – provocou-lhe intenso sofrimento. Sentia que havia “matado” seu filho, e foram alguns meses para que se reestabelecesse em sua vida e em suas relações.

Rogéria, outra usuária com quem cruzei caminhos, era mulher negra por volta de sessenta anos. Em um período no qual passamos a ter encontros frequentes, havia recentemente acolhido em sua casa jovens garotos “do tráfico”, que, em contexto de conflito deflagrado, haviam sido feridos durante uma chacina policial nas imediações de sua casa. Contava ter sentido muito medo naquele momento, mas não se recusaria a ajudá-los, afinal, eram conhecidos seus desde pequenos, filhos de amigas e conhecidas. Não queria que eles fossem assassinados. Os barulhos dos tiros e a visão do sangue pela casa lhe assombraram por noites a fio. Fazia questão de manter-se funcional, no entanto. Afinal, já haviam se passado meses desde o ocorrido...

Raíssa, por sua vez, tinha 36 anos e estava em sua sexta gestação. Não havia feito o pré-natal de nenhum dos filhos até então, trabalhava bastante e nada de preocupante tinha acontecido em suas gestações desassistidas. Mas, daquela vez, foi “encontrada” pela equipe multiprofissional da unidade, que a convenceu a seguir a rotina de atendimentos. Ao fim da gestação, ao entrar em trabalho de parto, procura a Clínica da Família. A médica à frente do seu cuidado não se encontrava, e ela exclama: “quem vai fazer meu parto, então?” Desejava ter seu filho ali, naquele espaço conhecido, com os profissionais com os quais sentia ter desenvolvido relações de afeto. E assim ocorreu. Cercada de profissionais – mulheres –, convocadas a prestar uma assistência fora de suas rotinas, naquela unidade nasce, saudável, sua filha.

Neste repertório de encontros fui afetada, na perspectiva de Siqueira e Favret-Saada (2005), segundo os quais, diferentemente da empatia, em que se pressupõe sentir o que o

outro sente, sente-se algo a partir do contato com o outro. Este sentir é corpóreo e por vezes inominável, sendo, apenas em um segundo momento, transposto, ainda que parcialmente, a elaborações conscientes. Há um fio condutor através destas histórias que toca o tema da reprodução, em sua concepção que transborda o eminentemente biológico. Sentidos e valores são produzidos através das práticas contraceptivas, das gravidezes, do cuidado em sua dimensão de sustentação da vida. Estes três curtos fragmentos contêm, ainda, indícios de violências e ausências, contrapostas por agenciamentos e resistências.

Como categoria apreensível do cotidiano das práticas de saúde, a atenção à saúde reprodutiva se tornou tema de grande interesse. Enquanto práticas, refiro-me às orientações e prescrições referentes aos métodos contraceptivos, à atenção ao pré-natal considerado de risco habitual¹, ao exame ginecológico motivado por queixas várias e à coleta de citopatológico do colo uterino, principalmente. Sob o guarda-chuva êmico de “saúde da mulher”, resguardam uma associação pouco questionada em campo entre reprodução e gênero, e gênero e *ser mulher*. Esta mulher, presente nas políticas de saúde, figura enquanto categoria universal, corporificada primariamente a partir de sua fecundidade, alvo de intervenções tecnocráticas que lhe penetram e esmiuçam o corpo.

Enquanto alvo de escrutínio pela biomedicina, através de práticas ginecológicas e obstétricas, são corpos compreendidos como violáveis, condição de violabilidade adensada pelos vetores de poder aos quais estão sujeitas. Estes processos de violações sistemáticas, territorializadas e racializadas, são aprofundadas em estudos como os de Leal e colaboradores (2017), que, a partir da pesquisa “Nascer no Brasil”, põe à vista iniquidades raciais do cuidado perinatal, com indicadores de desassistências, como um pré-natal de má qualidade, não-vinculação à maternidade, ausência de acompanhante no momento do parto, peregrinação e menor aplicação de anestesia para a episiotomia, estando associados em maior frequência às experiências de mulheres pretas e pardas que às de mulheres brancas.

As investigações de Góes a respeito do racismo obstétrico também revelam desigualdades a partir das barreiras de acesso ao aborto no Brasil (Góes *et al.*, 2018), bem como à morte materna, mais pronunciada no grupo de mulheres negras, no decorrer da pandemia de covid-19 (Góes; Ramos; Ferreira, 2020). Estes estudos aqui citados são emblemáticos para a caracterização do problema sob um viés epidemiológico, centrando-se, em boa parte, nos desfechos ocorridos em cenário hospitalar.

¹ Em contraposição ao de “alto risco”, o pré-natal de “risco habitual” se refere ao seguimento de gestações sem fatores que possam, eventualmente, complicar a gestação, o parto e o puerpério, podendo ser realizado na atenção primária à saúde por enfermeiros e/ou médicos de família e comunidade ou generalistas.

Entretanto, há uma cascata de eventos e de itinerários que desembocam, em seu “fim”, em episódios de violência obstétrica ou, mesmo, de morte materna. O que acontece, entretanto, no percorrer deste caminho? O primeiro contato de mulheres que se utilizam dos serviços que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) costuma ser com os equipamentos – unidades básicas, postos de saúde, Clínicas da Família – que compõem a Atenção Primária à Saúde. Portanto, investigar como práticas em torno de suas fecundidades e demais aspectos vinculados à reprodução tornam-se de interesse, também, neste nível de atenção.

Há alguns estudos empreendidos, sob a perspectiva socioantropológica, que investigam as práticas de saúde na APS em sua interface com violências, normalmente caracterizados enquanto nuançados e “suavizados”, como os estudos de Parker (2013) e Bonet (2013), utilizando-se de conceitos da Escola de Chicago, como o de estigma, bem como o de violência simbólica, para caracterizar estes processos. Outra contribuição relevante para a construção do problema de pesquisa foi a etnografia empreendida por Fazzioni (2018) no Complexo do Alemão, que analisa os arranjos de cuidado naquele território em sua interlocução com as políticas públicas, mediadas pelas práticas de assistência das Clínicas da Família ali presentes.

No que se refere à atenção à saúde reprodutiva, a pesquisa de Nascimento e Melo (2014) se ocuparam dos sentidos que assume a reprodução em unidades básicas de saúde na cidade de Maceió, desvelando percepções controlistas enraizadas no serviço. A pesquisa de Milanezi (2024), por sua vez, detém-se sobre as mediações burocráticas excludentes, a partir de estigmas reprodutivos, empreendidas sob um viés marcadamente racial nas ofertas dos serviços reprodutivos em Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro. Há, deste modo, um conjunto de pesquisas que investigam a atenção à saúde reprodutiva na APS em busca de sentidos, valores e representações, que dialogam diretamente com meu campo de pesquisa.

Nesta investigação, no entanto, parto dos pressupostos de que tanto usuárias como profissionais são sujeitos marcados, e é através das interações destas subjetividades forjadas distintamente, em uma matriz bio-necropolítica (Lima, 2018), que as práticas de saúde têm lugar. Outro pressuposto é de que estas práticas se coadunam a partir de políticas, mais ou menos explícitas, imbuídas a regimes de governamentalidade (Foucault, 1988) que almejam especificamente a reprodução. A pergunta que me norteou foi: de que modo são geridas as práticas com atenção à saúde reprodutiva na atenção primária à saúde, a partir dos diferentes atores em campo, em seus sentidos, valores e expectativas, e de que modo se desvelam, a partir destas práticas, processos de violência e, em igual medida, de agenciamentos?

No primeiro capítulo, intitulado “Bússolas teórico-metodológicas”, contextualizo, no item 1.1, as políticas em saúde reprodutiva a partir da articulação entre os conceitos de biopolítica, racismo e Estado e Governança Reprodutiva enquanto pano de fundo para a análise macropolítica do problema de pesquisa. No item 1.2, proponho-me a por em questão os sentidos da “linguagem de direitos” característica de um discurso liberal em torno dos direitos reprodutivos, em sua lógica e contrassensos. No item 1.3, discorro sobre como as políticas, em seu aspecto institucional, reverberam em práticas, a partir da caracterização da atenção primária à saúde enquanto ponto das redes de atenção, bem como as normativas e protocolos que norteiam as práticas com atenção à saúde reprodutiva na APS. Por fim, no item 1.4, escrevo sobre as teorias que dão fundamento à análise das relações em campo, não como amarras teóricas, mas, como sugerido no título do capítulo, “bússolas” que apontam caminhos teórico-metodológicos no percurso da pesquisa. Discorro sobre a perspectiva simbólico-interacionista, a partir dos conceitos de estigma, violência simbólica e *habitus* médico autoritário, bem como sobre as Interseccionalidades, a partir das miradas de diferentes autoras, em especial as feministas negras.

No capítulo 2, “Caminhos da pesquisa”, descrevo o caminho percorrido em campo a partir das diferentes metodologias empregadas. No item 2.1, caracterizo o momento prévio à minha entrada a partir das negociações com o Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. No item 2.2, discorro sobre a observação dos espaços coletivos da unidade, como corredores e *acolhimento*, enquanto espaços de mediações e tensões, bem como sobre os grupos educativos – Planejamento Reprodutivo e Grupo de Mulheres – nos quais pude estar presente, localizando-os na dinâmica do serviço e caracterizando-os quanto às suas composições e dinâmicas. No item seguinte, descrevo o momento das entrevistas, desde as aproximações com as interlocutoras – usuárias e profissionais – às particularidades de cada encontro, caracterizando-as quanto às diferentes categorias de diferenciação. No item 2.4, por fim, discuto minha posicionalidade, em especial no que se refere ao duplo-papel – profissional de saúde e pesquisadora –, em suas reverberações no trabalho de campo.

A partir do capítulo 3, debruço-me sobre os achados da pesquisa. Neste capítulo, intitulado “‘Estas meninas não se cuidam, não estão nem aí’: estigma, violência simbólica e o racismo institucional genderizado”, discorro sobre as tensões que perpassam as mediações de acesso aos serviços reprodutivos, a partir das categorias de violência simbólica (Bourdieu, 1998) e racismo institucional (Werneck, 2016), propondo uma releitura da primeira a partir da segunda, sob a ótica do conceito de *racismo genderizado* de Kilomba (2019).

No capítulo 4, sob o título “‘Hoje em dia só engravida quem quer’: saberes e representações em torno das práticas contraceptivas”, desfilo saberes e representações em torno do tema, reveladores de tensões entre norma e escolha (item 4.1), os sentidos que assume a prática da laqueadura na contemporaneidade, em diálogo com o histórico das esterilizações em massa durante as décadas de 1970 e 1980 (item 4.2), bem como os LARC (*Long-Acting Reversible Contraceptives* – métodos contraceptivos reversíveis de longa duração) enquanto fronteira discursiva entre autonomia e coerção (item 4.3).

No capítulo 5, “A ‘violência obstétrica’ enquanto recurso discursivo: processos de nomeação e margens de agenciamento”, centro-me nas narrativas das interlocutoras Aparecida e Sueli – usuária e profissional, respectivamente –, caracterizando os processos através dos quais as vivências de partos violentos – que emergem da literatura atual sob a alcunha de violência obstétrica – são nomeadas e contadas, bem como as agências mobilizadas diante destes eventos.

No capítulo 6, “O Grupo de Mulheres”, focalizo na elaboração acerca deste espaço de cuidado, enquanto constituído por práticas destinadas a mulheres para além da “saúde da mulher” como conjunto de práticas reificadas e centradas na fecundidade e seus desdobramentos (item 6.1). Por fim, a partir da enunciação do *ser mulher* provocada pelo grupo, enquanto experiência que se propõe convergente entre usuárias e profissionais que dele participam, retomo as Interseccionalidades enquanto perspectiva analítica (Akotirene, 2019) para o necessário estranhamento da categoria “mulher”, mobilizada recorrentemente nas políticas e práticas que compõem a APS como categoria unívoca e apriorística.

1 BÚSSOLAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS

1.1 Contextualizando as políticas de saúde em torno da reprodução: Biopolítica, Racismo de Estado e Governança Reprodutiva

Em diálogo com uma das médicas da unidade², conto do meu objeto inicial de pesquisa, que giraria em torno dos processos de violências em torno das práticas com atenção à saúde reprodutiva em campo. Em contestação, ela me chama atenção ao aspecto de violência que é direcionado aos trabalhadores em uma lógica de gestão neoliberal e gerencialista, bem como ao despautério das cobranças de indicadores relativos, por exemplo, à coleta de preventivo durante a pandemia de covid-19, que reconfigurou as prioridades sanitárias em escala global e local. Por sua vez, o aumento vertiginoso da mortalidade materna, bem como relatos de violências e desassistências na maternidade de referência neste mesmo período, não parecia mobilizar o mesmo empenho e atitude de setores da gestão municipal.

Este diálogo disparou alguns redirecionamentos e reenquadramentos da pesquisa, a fim de pensar as práticas em um determinado contexto sociopolítico e econômico e engendradas, tanto *através*, como *às margens* dos protocolos institucionais. Na fala dessa médica, estão implícitos os temas da violência obstétrica, das violações de direitos, desigualdades sociorraciais e políticas de governança. Opto por iniciar esta discussão, portanto, situando o lugar que ocupa o tema da reprodução a partir das lentes da Governança Reprodutiva, enquanto recorte do extenso campo da antropologia da reprodução.

A reprodução, para além do processo biológico delimitado, estaria “inevitavelmente entrelaçada com interesses de coletividades e forças políticas que perpassam o tecido social” (Fonseca; Marre; Rifiotis, 2021, p. 9). Neste sentido, a reprodução está imbricada em questões que envolvem tanto a materialidade corporal como também as políticas, interconectando questões de gênero, raça, Estado, território e nação. Os mecanismos e tecnologias que se ocupam da regulação da reprodução, portanto, produzem regimes morais e moldam subjetividades, a partir de interesses de múltiplas agências, não sem resistências e

² Em virtude da natureza sensível de suas observações, opto por não caracterizar em profundidade esta importante interlocutora da pesquisa, com o objetivo de proteger sua identificação.

contestações por parte daquelas que são alvo destas políticas (Fonseca; Marre; Rifiotis, 2021; Krause; De Zordo, 2012).

Há, na contemporaneidade, uma tensão entre o discurso de direitos e a dita perspectiva neomalthusiana, que persiste através de políticas e práticas no interior das instituições e para além destas. Não obstante, intervenções estatais que têm como alvo principal a fecundidade, com frequência, ocultam por detrás de uma retórica em prol da autonomia reprodutiva das mulheres uma racionalidade biopopulacionista, ou seja, o entendimento de que há íntima associação entre problemas socioeconômicos de diferentes naturezas e o quantitativo populacional, compreendido como em excesso, primariamente a partir de populações empobrecidas (Hendrixson, 2019).

Krause e De Zordo (2012) sinalizam como a associação, no Ocidente, entre um suposto excedente populacional e a produção de escassez data do século XVIII, a partir das teorias de Malthus. Para Malthus, um grande contingente populacional estaria inevitavelmente na raiz da escassez de recursos, como consequência de uma sexualidade desregrada a partir da população pobre. Propunha como solução medidas de contenção da sexualidade, através do remodelamento de práticas sexuais, como a postergação do casamento e a castidade. Mais tarde, já no século XX, discute-se acerca de uma racionalidade neomalthusiana enquanto reedição desta mesma perspectiva, porém, atrelada às políticas de controle de natalidade destinadas principalmente a mulheres do Sul global, tendo no crescimento populacional pós-guerra o centro das preocupações de interesses econômicos de atores como organizações estatais, religiosas e agências multilaterais internacionais.

É neste contexto que as autoras identificam o desenvolvimento do conceito de biopolítica/biopoder de Foucault (1988; 1999) como uma contraproposta genealógica à racionalidade subjacente ao que denomina como regimes de disciplinamento dos corpos e regulamentação das populações. Para a compreensão do biopoder enquanto esta “assunção da vida pelo poder, [...] uma tomada do poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico” (Foucault, 1999, p. 286), processo consolidado a partir do século XIX, Foucault parte do princípio de seu contraste com a teoria clássica do poder soberano. Nesta, o soberano detém o direito de vida e de morte, e a vida ou morte de seu súdito depende, portanto, de um efeito de vontade deste soberano. O poder, neste caso, é o de “fazer morrer e deixar viver”. Entretanto, transformações no direito político, que tomam lugar no século XIX, deslocam este poder para um sentido de “fazer viver e deixar morrer”, em uma inversão que, na realidade, faz coexistir as estratégias do biopoder com as do poder soberano (Foucault, 1999).

Durante os séculos XVII e XVIII houve um processo de desenvolvimento de técnicas de poder centradas no corpo, que Foucault define como uma “anatomopolítica” que visa o corpo-indivíduo, a fim de mantê-lo disciplinado e dócil para a ampliação máxima de sua utilidade em termos de força de trabalho. Toda esta tecnologia, baseada no esquadramento, vigilância e inspeção, consistiria em ferramentas do poder disciplinar. A partir da segunda metade do século XVIII, por sua vez, surgem novas tecnologias, que se debruçam sobre os processos inerentes à vida deste, agora, homem-espécie: nascimento, fecundidade, morte e produção. A esta nova tecnologia de poder, direcionada à espécie, em contraste com a primeira, concernente ao disciplinamento do indivíduo, Foucault atribui o termo “biopolítica” (Foucault, 1999).

É a este novo corpo, “um novo corpo, um corpo com inúmeras cabeças, se não infinito, pelo menos necessariamente numerável” (Foucault, 1999, p. 292), que se dá o nome de “população”. Deste modo, a noção de população está associada ao surgimento da biopolítica enquanto tecnologia de governo. E é nesse duplo movimento, a um só tempo individualizante e massificante, que operam as tecnologias do biopoder, que une a disciplinarização do corpo à regulamentação dos processos vitais, permitindo o engendramento de estratégias de gestão da vida, dentre elas, a medicina moderna em seus múltiplos escoamentos através do corpo social, de modo que:

De fato, a medicina de intervenção autoritária em um campo cada vez mais amplo da existência individual ou coletiva é um fato absolutamente característico. Hoje a medicina está dotada de um poder autoritário com funções normalizadoras que vão bem além da existência das doenças e da demanda do doente (Foucault, 2010, p. 181).

A norma teria, portanto, a função de circular entre a disciplina e a regulamentação, entre o corpo-individual e a população-espécie, sendo a medicina o *locus* desse saber-poder que incide, a um só tempo, sobre corpo e população. É a partir desta premissa que a sexualidade assume importância estratégica no campo médico no decorrer do século XIX. Consistindo em um conjunto de funções eminentemente corporais, necessária, para seu controle, de aparatos disciplinadores, enquanto que, por sua inevitável vinculação à reprodução, a partir deste aspecto, necessária de tecnologias regulamentadoras para tal. Deste modo, a sexualidade situa-se no entrecruzamento entre a disciplina e a regulamentação biopolítica (Foucault, 1999).

Ao discorrer sobre o dispositivo da sexualidade, Foucault (1988) examina como mecanismos de produção de discursos e de saber-poder tornam-se possíveis e capilarizados,

em uma concepção de poder enquanto o próprio Estado em ação. Estado, aqui, não se refere apenas à burocracia estatal, mas ao amplo conjunto de relações tanto dentro quanto fora das instituições. Esta “economia do poder”, que diz menos respeito ao direcionamento de mecanismos de subjugação a partir de dominadores em direção aos dominados e, mais, a um poder que circula, produzindo e sendo produzido discursiva e materialmente por diferentes agências, através de mecanismos agonísticos e de resistência, frequentemente passa ao largo da consciência dos atores implicados nestes processos. Deste modo:

Razão geral e tática que parece se impor por si mesma: é somente mascarando uma parte importante de si mesmo que o poder é tolerável. Seu sucesso está na proporção daquilo que consegue ocultar dentre seus mecanismos. O poder seria aceito se fosse inteiramente cínico? O segredo, para ele, não é da ordem do abuso; é indispensável ao seu funcionamento. E não somente porque o impõe aos que sujeita como, também, talvez porque lhes é, na mesma medida, indispensável: aceitá-lo-iam, se só vissem nele um simples limite oposto a seus desejos, deixando uma parte intacta – mesmo reduzida – de liberdade? O poder, como puro limite traçado à liberdade, pelo menos em nossa sociedade, é a forma geral de sua aceitabilidade (Foucault, 1988, p. 82-83).

Trago este fragmento de a “História da sexualidade I: a vontade de saber” para elucidar como tecnologias de governo em torno da sexualidade e da reprodução imbricam-se às políticas e práticas em torno de uma gestão da vida, nem sempre de modo notório ou explicitamente violador, sendo viabilizadas através da produção de regimes morais e regimes de verdade, acionando ambivalências entre público/privado, autonomia/coerção e cuidado/tutela (Fonseca; Marre; Rifiotis, 2021).

No contexto da minha investigação, temas como as práticas em saúde reprodutiva, como contracepção e a atenção à gestação, violência obstétrica e as práticas de cuidado – ora como figura, ora como fundo –, são de interesse da analítica que diz respeito à governança reprodutiva, portanto. No entanto, para além da gestão da vida, estes temas tocam, ainda, a gestão de uma política de mortes, quando produzem, direta ou indiretamente, violações corporais, por vezes eufemizadas, que, ao fim e ao cabo, culminam em cerceamento da vida em suas possibilidades, forjando “horizontes de morte” (Mbembe, 2018), endereçados a corporalidades marcadas, que tornam-se alvo de intervenções, negligências e ausências do Estado. Angela, uma das entrevistadas, médica negra e lésbica, pesquisadora e ativista, diz: “morre-se de muitas formas, todos os dias”.

Como o poder político pode exercer a função da morte, do “deixar morrer” ou, ainda, “fazer morrer”, em uma sociedade cujo funcionamento é centrado nas tecnologias do biopoder? Como, da vida, passar à morte? Para Foucault (1999), o racismo de Estado refere-

se à descontinuação produzida que incide sobre a espécie, subdividindo-a em raças, dicotomizando os que devem viver e os que devem morrer. Haveria, ainda, relação positiva não apenas entre a morte do outro para a manutenção da própria vida, mas da aniquilação do outro, da eliminação desta outra raça, para uma existência plenamente sadia da minha própria. Seria o racismo de Estado, portanto, que possibilitaria a aceitabilidade da função assassina do Estado, ainda que no modo do biopoder (Foucault, 1999).

Na esteira desse argumento, Mbembe (2018) descortina a insuficiência das categorias biopoder e biopolítica para designar as dinâmicas do poder contemporâneo em cenários atravessados pela colonialidade. O autor cunhou o conceito de necropoder, que consiste no poder de determinar “quem deve morrer, e quem pode viver”, por meio da produção de um mundo onde “vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o estatuto de mortos-vivos” (p. 71). Em seu argumento, Mbembe articula a ideia de necropoder aos conceitos de soberania, disciplina, biopoder e biopolítica. Lima (2018, p. 22) reflete sobre esta articulação em seu texto “Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe”:

Há um acoplamento entre os diagramas de poder – soberania-disciplina-biopoder-biopolítica-necropolítica – se configurando numa bio-necropolítica que nos coloca frente aos desafios atuais para pensar a emergência e pulverização microcapilares das relações e mecanismos de poder, principalmente em contextos sociais advindos dos processos de colonização e onde os elementos de colonialidade ainda são fortes.

Em sua análise dos diagramas de poder contemporâneo, Mbembe (2018, p. 27) desloca, portanto, seu olhar para os contextos coloniais e pós-coloniais, quando afirma que a escravidão foi “uma das primeiras formas de experimentação biopolítica”. Em sua discussão acerca do biopoder, “estado de exceção” e “estado de sítio”, afirma que, na colônia, enquanto territorialidade cindida e habitada pelo outro entendido como “inimigo”, não há quaisquer garantias de que sua população estará sob o jugo de parâmetros legais ou qualquer ferramenta protetiva do Estado.

Seria, portanto, o próprio profissional de saúde e, mais especificamente, o médico, aquele a exercer o papel de soberano, quando exerce diferentes práticas, de forma mais ou menos violenta, sobre pessoas categorizadas diferencialmente, amparado na noção de raça e no racismo? Para Lima (2018), um dos espaços em que opera a lógica da bio-necropolítica são os corpos de mulheres negras, através de práticas de saúde que reiteram e reatualizam as práticas coloniais.

Santos (2020), por sua vez, correlaciona o processo de escravização, através do tráfico transatlântico que desloca, compulsoriamente, imenso contingente de população africana para

o Brasil enquanto mão-de-obra rentável, como participante do processo de construção da lógica de cuidado direcionada às mulheres negras. Estas, desumanizadas e violentadas neste processo, veem a preocupação com sua saúde surgir a partir da perscrutação de elementos garantidores de certas condições físicas que assegurassem seu papel de trabalhadoras em serviços pesados e reprodutoras desta mesma força de trabalho, a um só tempo. Posteriormente, com a constatação de “miscigenação” da população brasileira – produto destas mesmas violências – enquanto um atributo de degenerescência, fundam-se políticas eugenistas, fortalecidas na Era Vargas, visando assegurar determinado ideário de nação. As reverberações deste processo, dentre continuidades e cisões, como no advento das esterilizações em massa das décadas de 1970 e 1980, serão melhor caracterizadas em capítulo específico.

Ainda sobre as operações do racismo sobre a reprodução, Carneiro (2005) cunha o conceito de dispositivo da racialidade, articulado às noções de biopoder/biopolítica, enquanto tecnologia que promove distribuição diferencial de poder, moldando os processos de nascer, adoecer e morrer a partir da hierarquização de raças. A autora debruça-se sobre as mortes preveníveis e evitáveis de mulheres negras, associadas à mortalidade materna, bem como às esterilizações abusivas destas mulheres. É categórica ao dizer que há atribuição de menor valor ao útero da mulher negra e que estas práticas, em geral, originam-se em uma “racialidade que inscreve a branquitude no registro do vitalismo e a negritude no signo da morte” (Carneiro, 2005, p. 78).

Neste sentido, os dispositivos da sexualidade e da racialidade operam intimamente, articulando governamentalidades de vida e morte através de tecnologias e moralidades em torno da sexualidade e da reprodução, de modo mais ou menos sutil, não sem resistências, contestações e agenciamentos que os tensionam continuamente. Como será visto mais à frente, o movimento feminista, o movimento negro e os movimentos LGBTQIAPN+, dentre outras subdivisões dos movimentos sociais, são atores políticos centrais de reconfigurações institucionais, subjetivas e morais. As sistemáticas violações de direitos de determinados grupos de mulheres, em especial de mulheres negras no contexto brasileiro, não vêm sem sua necessária contrapartida: a incidência destes movimentos sobre as instituições em busca da garantia de sua agenda política.

Entretanto, tais agenciamentos não ocorrem somente de modo politicamente organizado. Mulheres, em suas trajetórias e em conjunto com suas redes de relações, subvertem estas normas e regimes que buscam circunscrevê-las e limitá-las em suas “possibilidades” reprodutivas, lançando mão de estratégias tecidas cotidianamente,

estabelecendo resistências que lhes possibilitam tensionar suas trajetórias em direção ao que se aproxima não apenas de suas necessidades, como de seus desejos. Algo do esforço deste trabalho etnográfico passa por demonstrar como estes tensionamentos são criados, gestados e levados a cabo, em itinerários que tomam rotas distintas das prescrições dos serviços de saúde, acionando-os quando lhes é ou necessário, ou conveniente.

Não há, portanto, como pensar a reprodução a partir do paradigma da governança reprodutiva, bem como as políticas e práticas engendradas através de “controles legislativos, incentivos econômicos, injunções morais, coerção direta e incitamentos éticos para produzir, monitorar e controlar comportamentos reprodutivos e práticas populacionais” (Morgan; Roberts, 2012, p. 243 *apud* Fonseca; Marre; Rifiotis, 2021), sem as possibilidades de agenciamento que são gestadas em suas margens, possibilitando reconfigurações e resistências políticas e coletivas, bem como subjetivas e cotidianas.

1.2 Saúde sexual e saúde reprodutiva, direitos sexuais e direitos reprodutivos: desvendando a linguagem dos direitos a partir de uma perspectiva feminista

Proponho discutir estes termos em separado e colocá-los sob investigação, uma vez que a cada uma destas categorias está imbuído um processo de enunciação que se segue a embates e alinhamentos de diferentes agendas políticas e teórico-metodológicas, que nos são úteis para a melhor caracterização da linguagem dos direitos a elas subjacentes. Para Corrêa (1997), houve, ao longo do processo sócio-histórico de construção e incorporação dos conceitos de direitos sexuais e direitos reprodutivos, bem como dos de saúde sexual e saúde reprodutiva, diferentes atribuições de sentido, com a mobilização contingente destes termos, que culminaram em maior ou menor ênfase a estas expressões no campo institucional e no campo político dos movimentos sociais. Diz a autora:

Uma ilustração dos tipos de tensões que emergem é a sutil diferenciação entre ‘saúde’ e ‘reprodutiva’, de um lado, e ‘direitos’ e ‘sexuais’, do outro. Enquanto os primeiros denotam ‘**bom comportamento**’ e são vistos como conceitos aceitáveis pelas instituições, ‘direitos’ e ‘sexuais’ soam mais radicais, estando, portanto, em risco de serem minimizados ou mesmo serem deixados de lado na construção e execução de políticas. Em alguns desses contextos, **políticas de saúde reprodutiva desde 1995 podem ser simplesmente reinterpretações semânticas ou refinamentos de programas de saúde materno-infantil** ou de planejamento familiar, ainda apresentadas na ausência de agenda relativa aos direitos sexuais e

reprodutivos, da dimensão da sexualidade, ou da identificação do aborto como questão de saúde pública (1997, p. 110, tradução própria, grifo próprio).

Este artigo, publicado pouco após a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) do Cairo, de 1994, delineia as tensões discursivas que se estenderam e também moldaram as políticas destinadas ao cuidado à reprodução e à sexualidade no Brasil ao longo dos últimos anos. Para além de progressões institucionais, há, subjacente à própria “linguagem de direitos”, um paradigma universalizante que pressupõe, implicitamente, iguais possibilidades de alcance de direitos às diferentes mulheres, através da mobilização de termos como “autonomia” e “livre escolha”, que pouco querem dizer em si próprios.

No mesmo ano de 1994, foi mobilizado o conceito de justiça reprodutiva, pelo Black Women’s Caucus (Fonseca; Marre; Rifiotis, 2021), noção que amplia a compreensão de direitos reprodutivos para além de uma prerrogativa universalizante e neoliberal. Para mulheres negras e indígenas, portanto, seria importante lutar:

(1) Pelo direito de ter filhos; (2) pelo direito de não ter filhos; (3) pelo direito de matinar nossos filhos, bem como controlar nossas opções de parto, como através da parteria tradicional³. Nós também lutamos pelo alcance das condições que possibilitem a efetivação desses direitos (ROSS, 2006, p. 14, tradução própria).

Ou seja, o conceito de justiça reprodutiva, intimamente atrelado à perspectiva interseccional, surge a partir do feminismo negro estadunidense, em resposta a uma agenda feminista desracializada e descontextualizada, e elucidada, desde seu surgimento, os atravessamentos que compõem as subjetividades e experiências de mulheres negras, e que, de modo explícito ou implícito, darão contorno aos seus percursos reprodutivos.

Por aqui, Corrêa e Petchesky (1996) advogavam pela ênfase nos direitos sociais enquanto inalienáveis da ideia de direitos reprodutivos, a partir de uma premissa relativamente semelhante: a de que às mulheres pobres, negras e em condições de vulnerabilidade, não estava dada a tal “livre escolha” de modo independente do esforço para o alcance das condições para que algum grau de efetiva escolha se tornasse possível. Propõem uma adequação discursiva, com especial ênfase nas categorias de raça, classe e cultura enquanto aspectos fundamentais para a garantia de acesso aos direitos, tanto sexuais como reprodutivos. Questionam: “quando são livres as decisões sexuais e reprodutivas e quando elas são tomadas em situação de coerção?” (Corrêa; Petchesky, 1996, p. 150).

³ Original: *midwifery*

No plano internacional, Corrêa, Alves e Januzzi (2006) realizam importante apanhado histórico que perpassa a transição do paradigma neomalthusiano de controle populacional às mais recentes discussões pautadas pelos direitos sexuais e reprodutivos. Como pano de fundo, caracterizam os sucessivos debates que compuseram o “Ciclo Social” da ONU, que culminaram nos Objetivos do Milênio (ODM), disparadores de reformas institucionais que objetivavam o seu alcance. Estes Ciclos foram promovidos a partir do conflito entre o temor relativo ao crescimento populacional projetado para os ditos países do Terceiro Mundo durante as décadas de 1960 e 1970 e a crescente presença dos movimentos de mulheres no interior destes espaços. Foi neste contexto que as definições de saúde reprodutiva e direitos reprodutivos vieram a ser formuladas e mobilizadas em maior precisão, tornando-se o esteio por sobre o qual estas discussões caminharam institucionalmente em diversos países, como no Brasil.

As conferências iniciais, portanto, debruçaram-se sobre a “questão populacional”, embasadas na perspectiva teórica de que o crescimento demográfico exigiria estratégias de controle de natalidade, com a difusão de métodos contraceptivos, de modo mais ou menos coercitivo, a partir de incentivos econômicos vultosos de capital internacional. No Brasil, estas iniciativas promoveram a realização de laqueaduras e a introdução da pílula anticoncepcional no mercado, métodos que apenas posteriormente vieram a ser regulados e, em etapa subsequente, ofertados através do SUS. No entanto, a diminuição da fecundidade nas décadas posteriores, atrelada às constantes pressões oriundas do movimento feminista, principalmente a partir da década de 1970, permitiram um abrandamento do discurso controlista e um redirecionamento das discussões a partir das pautas dos direitos reprodutivos e da saúde reprodutiva (Corrêa; Alves; Januzzi, 2006).

O ano de 1975 é considerado, no campo dos estudos feministas, como divisor de águas entre a primeira e a segunda fase do feminismo brasileiro. A primeira fase, caracterizada por agenciar pautas em torno do voto feminino e melhores condições de trabalho, é seguida pelo que Damasco, Maio e Monteiro (2012) caracterizaram como uma segunda fase, em que houve uma gradual reconfiguração dos objetivos do movimento feminista em direção a temas como violência, sexualidade e participação política. Para os autores, este processo foi marcado pela ocorrência da Conferência Internacional Mulher, da ONU, com a participação de diversos países, incluindo o Brasil, tendo sido estabelecida a necessidade de ações para a melhoria das condições de vida das mulheres, com a ampliação de seu papel político nas instituições.

É no contexto da redemocratização, mais precisamente em 1983, que houve a formulação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que,

diferentemente do anterior Programa de Saúde Materno-Infantil de 1977, propunha uma abordagem à saúde das mulheres na perspectiva da integralidade, com a extrapolação do enfoque materno-infantil, predominante até então, sendo de fundamental importância à inclusão, no âmbito da Constituição Federal de 1988, da perspectiva dos direitos reprodutivos, tendo sido favorecida pela ampliação da participação política das mulheres, pelos debates oriundos do movimento feminista, bem como pelo advento do movimento pela reforma sanitária (Damasco; Maio; Monteiro, 2012; Vianna; Lacerda, 2004; Corrêa; Alves; Jannuzzi, 2006; Brasil, 2004).

A princípio, o termo “saúde da mulher” era mobilizado em encontros e conferências feministas como termo guarda-chuva que abarcava as pautas em prol da autodeterminação reprodutiva das mulheres. Apenas no ano de 1984, no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, ocorrido em Amsterdã, consensuou-se o uso da nomenclatura “direitos reprodutivos” em seu lugar:

O cenário de incorporação do conceito de direitos reprodutivos pelas feministas brasileiras também coincide, no Brasil, **com o amadurecimento das propostas de reforma do sistema de saúde, com base na perspectiva de saúde como direito (e responsabilidade do Estado) que seria consagrada na Constituição de 1988.** A perspectiva feminista, por um lado, validava a proposta de autodeterminação sexual e reprodutiva e, por outro, afirmava que as necessidades de saúde da maioria das mulheres deveriam ser atendidas pelo Estado, pois os limites que elas experimentavam em termos de acesso a serviços e condições de saúde eram determinados tanto pela desigualdade de poder entre homens e mulheres como pela desigualdade econômica e pelos níveis de pobreza. Desde então, assim como ocorreu no plano global, a linguagem dos direitos reprodutivos – e, em menor medida, dos direitos sexuais – ganhou legitimidade (Corrêa; Ávila, 2003, p. 26, grifo próprio).

A partir das décadas de 1980 e 1990 surge, a partir das feministas negras, em movimento paralelo ao feminismo estadunidense, a contestação da centralidade e liderança das mulheres brancas no interior do movimento feminista, bem como a ausência de espaço para uma agenda racial no movimento. Em 1985, ocorre o terceiro Encontro Feminista da América Latina e do Caribe, evento fundamental para a organização do movimento feminista negro, onde “ativistas negras apresentaram suas demandas relativas à luta contra a violência doméstica, ao combate a práticas racistas no mercado de trabalho e, principalmente, a assuntos relativos à saúde, como mortalidade materna e saúde reprodutiva e sexual das mulheres negras” (Damasco; Maio; Monteiro, 2012, p. 135).

A CIPD do Cairo de 1994 e a IV Conferência Mundial de Mulheres de Beijing, em 1995, tiveram em seus Programas de Ação a incorporação de pautas como a do aborto –

finalmente compreendido como um problema de saúde pública –, a legitimação da existência da desigualdade de gênero e, por fim, a reiteração da definição da OMS sobre saúde reprodutiva (e sexual):

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planeamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis (ONU, 1995, cap. VII, par. 7.2 *apud* Brasil, 2013a, p. 13).

É na Conferência Mundial de Mulheres de Beijing que há a inclusão da pauta racial em seu Programa de Ação, com importante participação política de mulheres negras em sua elaboração. Além do movimento feminista, o movimento negro também contribuiu para a gênese do movimento feminista negro no Brasil. A partir da década de 1980, com as crescentes denúncias de esterilizações em massa de mulheres negras, Damasco, Maio e Monteiro (2012) identificam certa tensão entre as perspectivas de militantes do movimento negro e de feministas do Movimento Negro Unificado (MNU) e do programa de saúde da ONG Geledés. Para os primeiros, as esterilizações deveriam ser coibidas como um todo, sendo a tarefa reprodutiva das mulheres negras de importância política, enquanto que, para o segundo grupo, a prática deveria ser institucionalizada e regulamentada, levando-se em consideração, primeiramente, o desejo e a decisão autônoma das mulheres negras.

É neste contexto que a organização do feminismo negro durante as décadas de 1980 e 1990 centra-se na saúde reprodutiva enquanto norteador de incidência política. Denunciavam políticas de controle de natalidade e, no ano de 1990, é liderada, por Jurema Werneck, médica e ativista, a Campanha Nacional contra a Esterilização de Mulheres Negras, a partir do Programa de Mulheres do Centro de Articulação de Populações Marginalizadas (CEAP), enquadrando a prática de esterilização abusiva de mulheres negras enquanto genocídio da população negra no país. Também foi central o papel da ONG Geledés, fundada em 1988 por

ativistas negras paulistanas, na construção política e acadêmica que deu substrato às reivindicações de produção de dados nos sistemas de saúde que permitissem a desagregação por raça/cor, bem como da efetiva implementação do PAISM em todo o território nacional (Damasco; Maio; Monteiro, 2012).

A este respeito, partiam do princípio de que outros métodos, para além da laqueadura – esta ofertada com financiamento estatal e de agências internacionais como a International Planned Parenthood Federation (IPPF) e United States Agency for International Development (Usaid) –, estavam disponíveis para o acesso da maior parte das mulheres brasileiras. Em 1993, ocorreu o Seminário Internacional de Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras, em Itapeccerica de Serra, São Paulo. Este foi o primeiro encontro de mulheres negras com enfoque no debate acerca da saúde reprodutiva, culminando na elaboração da Declaração de Itapeccerica da Serra. Neste documento eram tecidas discussões que coadunavam com as perspectivas feministas que adentraram os Ciclos Sociais da ONU, através da crítica ao paradigma neomalthusiano que vinculava população e subdesenvolvimento. O documento, lançado um ano antes da CIPD do Cairo e embasando o plano de ação das feministas negras naquela Conferência, propunha a “criação de programas de saneamento básico e saúde, implementação do PAISM, instauração no sistema público de saúde de procedimentos para detectar nos primeiros anos de vida a anemia falciforme e garantia de liberdade reprodutiva para as etnias discriminadas” (Damasco; Maio; Monteiro, 2012, p. 143).

Em 1992 ocorre a “CMPI⁴ da esterilização”, movimentação fundamental da instância legislativa, com participação ativa dos movimentos feministas, que será caracterizada mais à frente na discussão acerca dos sentidos da laqueadura. Esta CPMI culminou na regulamentação da prática, a partir da Lei do Planejamento Familiar (Lei 9.263/96) (LPF), que dispõe sobre o direito à autonomia na formação ou não de prole, bem como sobre a quantidade de filhos, por mulheres, homens e casais, regulamentando o direito à concepção e contracepção através de informações, meios, métodos e técnicas, a serem assegurados pelo SUS. O texto da lei reitera, ainda, ações relativas ao ciclo gravídico-puerperal (assistência ao pré-natal, parto e puerpério), prevenção e assistência aos cânceres de colo uterino, mama, próstata e pênis, bem como a atenção aos agravos gerados pelas infecções sexualmente transmissíveis (Brasil, 1996).

Vianna e Lacerda (2004) destacam como o ponto referente à esterilização foi tema de debate particularmente sensível. Eventualmente, a prática foi regulamentada, com restrições

⁴ Comissão Mista Parlamentar de Inquérito

referentes à idade ou número de filhos, bem como à sua realização no ato do parto ou aborto, além de incluir a vedação ao incentivo à sua prática e a obrigatoriedade de notificação de todos os procedimentos realizados. Também é necessário que a mulher que se disponha a sua realização participe previamente de atividades educativas que elucidem riscos, benefícios e a possibilidade de utilização de métodos reversíveis⁵ (Brasil, 1996).

Como visto, também o termo saúde sexual, do ponto de vista normativo, esteve atrelado ao conceito de saúde reprodutiva (Brasil, 2013a). Para Corrêa (1997), a aceitação da inclusão do âmbito da sexualidade era mais aceitável sob o paradigma da saúde e, deste modo, saúde sexual, termo que já havia sido utilizado anteriormente e que teve sua discussão intensificada com o advento da pandemia de HIV, pôde surgir nos relatórios finais tanto da CIPD do Cairo como na IV Conferência de Mulheres de Beijing. A sexualidade, para além de seu aspecto de adoecimento físico, ou seja, em sua dimensão de prazer, permaneceu fora dos autos nestas conferências, incorporando-se o termo saúde sexual intimamente vinculado à ideia de prevenção e cuidados de agravos em saúde como o HIV e outras ISTs. E, no que se refere aos direitos sexuais, também permaneceram excluídos dos textos de ambas as conferências, ainda que tenham sido pauta encampada desde a década de 1980 pelos movimentos de gays e de lésbicas (Corrêa, 1997).

Os direitos sexuais, portanto, emergiram como tema a partir de mudanças políticas e culturais no decorrer das décadas de 1980 e 1990 enquanto que, no campo institucional, surgem subsumidos aos direitos reprodutivos. Em Beijing, os direitos sexuais encontram-se mencionados no escopo dos “direitos humanos das mulheres”, e apenas na Conferência de Yogyakarta, ocorrida em 2007, foram formulados os “Princípios de Yogyakarta sobre a Aplicação da Legislação Internacional de Direitos Humanos em Relação à Orientação Sexual e Identidade de Gênero” (Brasil, 2013a).

Corrêa, Alves e Januzzi (2006) destacam a relevância de que estas categorias sejam mobilizadas em separado, ainda que amálgamas entre conceitos tenham sido úteis na defesa de determinadas agendas. Para os autores:

⁵ No ano de 2022, estes parâmetros foram revistos através da Lei Federal 14.443/22, com redução da idade mínima para sua realização em caso de não haver o mínimo de dois filhos (neste caso, passíveis de realização em qualquer idade), de 25 para 21 anos completos, a eliminação da necessidade de asserção do cônjuge e a possibilidade de realização da laqueadura durante o parto, tendo sido respeitada a distância de sessenta dias entre a tomada de decisão e o procedimento (Brasil, 2022). No Estado do Rio de Janeiro, primeira unidade federativa a adotar estas revisões, a lei passou a vigorar no dia 1º de março de 2023. Portanto, a legislação vigente à época da realização do trabalho de campo, ainda era a anterior, com idade mínima de 25 anos e necessidade de aprovação por escrito por parte do cônjuge, tanto para laqueadura tubária como para a vasectomia.

Em certa medida, a constante reabsorção da sexualidade na reprodução está associada, de um lado, à **tendência a fusionar gênero e sexualidade** e, de outro, às pressões do conservadorismo moral no sentido de que a regulação da sexualidade seja sempre orientada para a procriação. Assim sendo, é muito importante compreender que gênero, sexualidade e reprodução são esferas da vida humana que se tangenciam – e, eventualmente, confundem-se – mas que ao mesmo tempo correspondem a **terrenos distintos em termos de representação, significado e prática sexual** (2006, p. 48, grifo próprio).

Por outro lado, é premente que não se perca de vista a associação que, em certa medida, costura sexualidade à reprodução. Há certa tendência, nas diretrizes e normas que regulam a contracepção, por exemplo, bem como nos discursos e práticas profissionais, à desvinculação destes aspectos no que se refere às práticas em torno da fecundidade. Como veremos adiante, a sexualidade também participa da dinâmica que constitui estas práticas, ao contrário de discurso predominante que pauta as práticas contraceptivas a partir de escolhas informadas de sujeitos autônomos que disponham não mais que de orientações e ofertas adequadas de métodos contraceptivos.

Neste ínterim, Cabral (2017) discute as práticas contraceptivas desde o ponto de vista relacional, de modo que a sexualidade, em seus diferentes aspectos, não possa ser excluída da equação que perfaz os percursos e trajetórias reprodutivos das mulheres. Deste modo, ainda que o exercício de desenlace entre reprodução e sexualidade seja politicamente coerente, há chaves de análise em que esta associação faz-se urgente e necessária. Ao construto representado por estes marcos normativos subjazem disputas que complexificam a conceituação de saúde e direitos e, conseqüentemente, de saúde sexual e saúde reprodutiva. Parto do princípio, portanto, de que estas categorias – direitos sexuais, direitos reprodutivos, saúde sexual e saúde reprodutiva –, carregam, cada uma, polissemias decorrentes do contingente processo sócio-histórico das quais derivam.

Certamente, há um longo trajeto que diferencia os contextos das esterilizações em massa no decorrer do século XX, de como o aspecto coercitivo das políticas de regulação da reprodução tem tomado corpo na contemporaneidade, inclusive no Brasil. Do mesmo modo, o que há de rupturas e continuidades em relação às políticas populacionais, neste giro discursivo ao longo dos anos, desde o tom controlista àquele embasado na linguagem de direitos? Estudos como os de Nascimento e Melo (2014) que, como citado na introdução deste estudo, empreenderam pesquisa etnográfica em unidades básicas de saúde, mostram a persistência do discurso de cunho neomalthusiano entre profissionais da atenção primária. Por outro lado, à regulamentação da laqueadura subsiste seu lugar de objeto de desejo e, no cotidiano das práticas, estariam as mulheres sujeitas a barreiras de acesso, ainda que em casos previstos na

legislação, como evidenciam Heilborn e colaboradores (2009), ao analisarem os discursos de usuárias do SUS no Rio de Janeiro referente a suas práticas contraceptivas.

Estas reflexões desafiam a perspectiva de que estas progressões institucionais são lineares e, por si só, garantidoras da autonomia das mulheres, tanto no que se refere às aproximações e distanciamentos entre políticas e práticas, como em relação à própria construção e efetivação das políticas em seu caráter processual. Vê-se que a retórica do discurso de direitos, para além de, muitas vezes, ocultar as dimensões de raça e classe, interpõe-se sobre lógicas excludentes de reprodução estratificada, através de políticas contemporâneas de cunho populacional, devidamente abrandadas a fim de garantir sua aceitabilidade e tolerância pública, a despeito do histórico aqui exposto. Neste sentido, estes mecanismos de linguagem operam enquanto técnicas de governança, que explicitam, bem como ocultam e atenuam, diferentes intencionalidades por sobre a regulação da reprodução e da sexualidade femininas.

1.3 Das políticas às práticas com atenção à saúde reprodutiva na APS: normatização e desafios à integralidade

Como dito, o nível de atenção em que esta pesquisa se insere é o da Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB)⁶. Este é o modelo de assistência à saúde priorizado em diversos países desde a Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata⁷. Sua implementação pressupõe a garantia de acesso universal, configurando a porta de entrada para o sistema de saúde, a indissociabilidade entre o cuidado em saúde prestado e a determinação social da saúde, bem como a participação social como bases de seu funcionamento, sendo responsável pela atenção sobre a pessoa, e não sobre a doença, longitudinalmente, e devendo dar resposta a todas as condições e problemas de saúde que venham a ser apresentados pelos usuários (Starfield, 2002).

No Brasil, dentre as décadas de 1990 e 2000, a implementação de diversas diretrizes contribuíram para o atual cenário de descentralização e municipalização que configuram a

⁶ Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde são termos em disputa na literatura para designação do modelo de atenção vigente em território brasileiro e estruturante do SUS. Este trabalho não se propõe ao aprofundamento desta discussão, sugerimos para tal o trabalho de Giovanella (2018).

⁷ Realizada pela OMS em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, em setembro de 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 14 abr. 2022.

Atenção Básica em território nacional. A instituição do Programa Saúde da Família e, posteriormente, da Estratégia Saúde da Família possibilitou a gradual mudança de perspectiva de um cuidado centralizado na doença para o sentido de uma atenção integral ao sujeito-cidadão (Giovanella e Mendonça, 2012; Giovanella, 2018). Para Giovanella e Mendonça (2012, p. 520):

A Estratégia de Saúde da Família encerra em sua concepção mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao: constituir a Equipe de Saúde da Família, multiprofissional e responsável pela atenção à saúde da população de determinado território; definir o generalista como o profissional médico da atenção básica; e instituir novos profissionais, os ACS⁸, voltados para a atuação comunitária, ampliando assim a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade.

O Pacto da Saúde de 2006 e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁹, bem dele decorrente, também de 2006, representaram um ponto de reorientação da Atenção Básica tendo a Estratégia Saúde da Família enquanto prioridade de modelo assistencial. Os documentos instituem, ainda, a Equipe de Saúde da Família como composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem, quatro a doze agentes comunitários de saúde (ACS) e, preferencialmente, um dentista e um auxiliar ou técnico em saúde bucal. As equipes devem contar com o máximo de 4000 cadastrados. A unidade-campo contava com 20.010 cadastrados (11.129 mulheres e 8.881 homens)¹⁰, divididos em oito equipes. As equipes, à época da realização do trabalho de campo, estavam completas em número de profissionais. No Rio de Janeiro, a cobertura assistencial da Estratégia Saúde da Família é composta por Unidades de Atenção Primária, dentre Centro Municipais de Saúde e Clínicas da Família.

A organização das práticas com atenção à saúde reprodutiva no SUS tem como seu principal *locus* de execução a APS. De que modo os processos de dimensão macropolítica capilarizam-se a fim de determinar e configurar as práticas de saúde que ocorrem nos serviços de saúde, a partir das interações entre profissionais de saúde e usuárias? Do ponto de vista institucional, as práticas, atualmente compreendidas como sendo de atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva, estão embasadas em protocolos específicos, que objetivam normatizar as

⁸ Agentes comunitários de saúde.

⁹ Há intenso debate acerca das reedições da PNAB, nos anos de 2011 e 2017, com esta última sendo caracterizada por desbancar a ESF enquanto norteadora da organização da APS. Esta discussão foge do escopo deste trabalho, porém sinalizamos seus potenciais impactos na organização dos serviços compreendidos pela atenção primária em território nacional (Giovanella, 2018).

¹⁰ Informações obtidas em painel expositivo na entrada da unidade, denominado “Placar da Saúde”, em setembro de 2023, atualizado mensalmente.

condutas profissionais em direção ao que esteja estipulado nas políticas. Guimarães (2018), ao etnografar o “Caderno de Atenção Básica nº 26 – Saúde Sexual e Reprodutiva” (CAB 26) (Brasil, 2013a), protocolo orientador das condutas a serem empreendidas na APS, caracteriza protocolos enquanto exercícios de governança sobre práticas, que, em sua redação, seguindo a lógica das políticas que orientaram sua construção, revelam e ocultam múltiplos interesses – econômicos, políticos e sociais.

Para Guimarães (2018), estes protocolos são formulados com o objetivo de tecer condutas sobre “áreas sensíveis”, que podem ser determinadas pela recorrência com que figuram como motivo de atendimento na APS, ou em decorrência de cenários epidemiológicos específicos, ou, ainda, em virtude de agendas políticas que possam estar em pauta. Trago aqui o CAB 26 enquanto fio que conecta política e prática na APS até o presente momento, sendo o principal documento institucional do Ministério da Saúde a protocolar as práticas com atenção à saúde reprodutiva. Estas práticas devem responder a sistemas de indicadores que se correlacionam ao que esteja pactuado enquanto “problema de saúde pública”. É no contexto dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) de 2000 e do Pacto pela Saúde de 2006 que ocorre seu processo de construção, ainda sob as reverberações do dito “Ciclo Social” da ONU (Guimarães, 2018).

No documento, há a cisão entre saúde sexual, saúde reprodutiva, direitos sexuais e direitos reprodutivos, fato que, para a autora, reverbera a dicotomização entre saúde e direitos, bem como entre sexualidade e reprodução. Portanto, ainda que se admita que há uma sexualidade para além da reprodução, há três capítulos que versam sobre as práticas de saúde com enfoque na reprodução de modo desatrelado da sexualidade, trazendo os temas da anticoncepção, concepção e infertilidade, centralizando-a, majoritariamente, na fecundidade das mulheres.

Ademais, para a autora, ao se “autolocalizar” em relação aos ODM, inclui a redução da mortalidade infantil em seu escopo, vinculando irrevogavelmente sexualidades e maternidades, em um “deslize” no qual se reitera o enfoque no eixo materno-infantil (Guimarães, 2018). Os Cadernos de Atenção Básica, de modo geral, surgem neste mesmo contexto da necessidade de normatização de condutas vinculadas aos ODM e ao Pacto pela Saúde, tendo no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, ou Atenção Básica, um de seus corolários. Outro documento do MS que norteia as práticas a serem investigadas neste estudo é o “Caderno de Atenção Básica para Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco” (CAB 32) (Brasil, 2012), que se dedica à instrumentalização dos profissionais quanto às condutas frente ao seguimento pré-natal de risco habitual. Este documento é bem menos contextualizado a

partir da perspectiva dos direitos reprodutivos, assumindo um caráter mais próximo do eminentemente protocolar com vistas à homogeneização das práticas deste escopo.

Há, ainda, uma série de publicações intitulada “Protocolos da Atenção Básica”, havendo um volume dedicado à “Saúde das Mulheres”, formulado mais recentemente pelo MS junto ao Hospital Sírio-Libanês, que dispõe, em sua maior parte, de fluxogramas para consulta rápida, acerca da contracepção, concepção, pré-natal, queixas ginecológicas e ISTs, por exemplo. Com formato similar, no sentido de aproximar-se de um norteador prescritivo para práticas em seu viés tecnocrático, há, no município do Rio de Janeiro, protocolos específicos formulados pela Subsecretaria de Atenção Primária e Vigilância (SUBPAV), na forma de “guias rápidos”. Estes são volumes enxutos e direcionados à consulta breve no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde.

Em consulta aos materiais disponíveis no site institucional da SUBPAV¹¹, verifiquei que não há um guia rápido com a temática de “Saúde Sexual e Reprodutiva”, como há um CAB 26, o que, a meu ver, sinaliza que a compreensão de aspectos relacionados aos direitos reprodutivos e direitos sexuais, bem como o entendimento ampliado da saúde reprodutiva, mobilizados na redação do CAB, torna-se secundária e, em última instância, desnecessária no cotidiano das práticas. Constam na plataforma um “Guia Rápido de Atenção ao Pré-Natal” (Rio de Janeiro, 2022), um manual de Gestação de Alto Risco, do mesmo ano, e um Protocolo para Inserção de DIU de cobre, em sua versão preliminar de 2019.

Guimarães (2018) situa os protocolos como emergentes sempre em um momento político específico, que permite, ou não, o tensionamento de discussões políticas e pautas de grupos minoritários em alguma medida. Enquanto que o CAB 26 foi elaborado tendo como pano de fundo o governo progressista de esquerda, que intencionava o diálogo com os movimentos sociais, havendo abertura tanto institucional como em termos de opinião pública para pautas identitárias, os “Guias Rápidos” do município do Rio de Janeiro são veiculados no contexto de uma gestão municipal que progressivamente prioriza e incentiva o alcance de metas via sistema de indicadores atrelados ao Programa Previne Brasil (Brasil, 2019)¹², novo modelo de financiamento e repasse de verbas aos municípios.

¹¹ Disponível em: <https://subpav.org/aps/downloads>. Data de acesso em: 20 jan. 2024.

¹² “O programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem.”

Há, portanto, uma racionalidade fortemente neoliberal que norteia as práticas a partir de uma lógica numérica e procedimental, com impactos sobre a oferta de serviços reprodutivos e nas práticas de saúde, em sua dimensão relacional. O viés tecnocrático incentivado por este estilo de governança configura os processos e relações de trabalho que, em menor ou maior medida, sobrecarregam e exaurem as diferentes categorias em meio a demandas e cobranças oriundas do âmbito da gestão municipal. A “autolocalização” do documento, mobilizando a expressão utilizada por Guimarães (2018), ou versar sobre o CAB, é referenciada a partir das necessidades dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para redução da mortalidade materna global, estando a APS como partícipe da Rede Cegonha (Brasil, 2013b)¹³ no empreendimento deste projeto.

O termo “integral” está presente em diferentes políticas e protocolos direcionados às práticas de saúde. Entretanto, carece de problematizações no escopo dos documentos. Mattos (2004) caracteriza a integralidade para além do caráter de diretriz, entendendo esta categoria como uma “imagem-objeto” que norteia práticas e políticas que se pretendem transformadoras de como o cuidado em saúde é pautado hegemonicamente. Ou seja, emerge como proposta em direção a mudanças e transformações de políticas e práticas do modo como têm sido conduzidas. O autor enfatiza como integralidade vem a ser um termo polissêmico, mobilizado a partir de três principais eixos: subjacente a respostas governamentais a problemas de saúde pública específicos, engendrando políticas de saúde, a modos de organização e gestão dos serviços, e como paradigma das práticas dos profissionais. Para o autor:

Os projetos terapêuticos assim entendidos não são produto da simples aplicação dos conhecimentos sobre a doença. Na perspectiva da integralidade, eles emergem do diálogo (e porque não falar, da negociação) entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde. A característica chave para a existência desse diálogo é a capacidade de compreender o contexto específico dos diferentes encontros. Compreensão que envolve por parte dos profissionais o esforço de selecionar num encontro os elementos relevantes para a elaboração do projeto terapêutico, tanto os evocados por ele com base em seus conhecimentos, quanto os trazidos pelo outro a partir de seus sofrimentos, de suas expectativas, de seus temores e de seus desejos (Mattos, 2004, p. 1415).

O enfoque no cuidado às mulheres a partir do ciclo gravídico-puerperal alinha-se a algo que persiste de uma perspectiva assistencial materno-infantil, cuja subversão era o

¹³ “A Rede Cegonha é um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres. O trabalho busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passa pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança. [...] A Rede Cegonha é estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que refere-se ao transporte sanitário e regulação.”

objetivo de políticas como o PAISM, em um contraponto à lógica da integralidade que subjaz não apenas a esta política, mas em todo o ordenamento institucional que compõe o SUS. Este modo de organização parece, de algum modo, entranhado nas políticas e modelos de gestão, no entanto, bem como nas práticas assistenciais, reiterando, ainda que parcialmente, a reificação da reprodução enquanto aspecto meramente biológico e suscetível a modelos tecnocráticos de intervenção.

1.4 A relacionalidade no trabalho em saúde: lentes socioantropológicas para a análise das práticas de saúde

Escolho analisar as práticas de saúde, a um só tempo, tanto enquanto componentes do Estado em sua concepção enquanto rede de relações, como enquanto interações e relações diádicas entre profissionais e usuárias na APS. Inicialmente, trago os conceitos de *estigma*, violência simbólica e *habitus* médico autoritário, a partir de uma perspectiva interacionista para, em um momento seguinte, me deter nas Interseccionalidades enquanto oferta analítica e pedagógica do feminismo negro. Neste sentido, debruço-me sobre algumas categorias socioantropológicas que emergem da literatura, em sua interface com as práticas de saúde como eventos relacionais.

1.4.1 A perspectiva simbólico-interacionista: estigma, violência simbólica e *habitus* médico autoritário

O interacionismo simbólico, que desde o final do século XIX exercia forte influência sobre a denominada Escola de Chicago, parte do princípio de que as interações dos indivíduos são compostas por ações carregadas de significados atribuídos por eles e pelos indivíduos com os quais interagem. Cada um é, portanto, “intérprete do mundo que o cerca” (Goldenberg, 2004, p. 27), e os diferentes pontos de vista tornam-se o principal objeto de pesquisa para a perspectiva interacionista. Para o interacionismo, a ordem social emerge de negociações entre diferentes atores, mais tácitas que explícitas que, na maior parte do tempo, passam ao largo de

mecanismos conscientes, delineando uma dinâmica intersubjetiva. A análise do *micro* impõe-se à do *macro*, compreendendo-se as relações como constituídas a partir de contingências. Valoriza-se, ainda, o processo em detrimento da estrutura (Castro, 2011).

Goffman (1988), importante sociólogo da Escola de Chicago, desenvolve o conceito de “estigma”, que caracteriza como “em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos” (1988, p. 13). Ou seja, o estigma é dotado de caráter eminentemente relacional, de forma que não há atributo que automaticamente caracterize aquele que o detém enquanto estigmatizado. O estigma surge da discordância entre a identidade social virtual – aquilo que se espera do indivíduo, ou seja, as expectativas normativas em relação a ele – e a identidade social real – a forma através da qual este se apresenta.

Determinados atributos podem, de forma relativamente frequente, estarem relacionados à atribuição de estigma, mas jamais de forma absoluta e descontextualizada de quaisquer situações sociais. O binômio “estigmatizado/normal”¹⁴ representa um *continuum* dentro do qual todos podem se situar em diferentes posições ao longo das situações sociais que experienciarão ao longo da vida. O estigma nasce, portanto, em relação, através da conexão entre atributo verificável e o estereótipo a ele associado, de forma que “o normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro” (Goffman, 1988, p. 149).

A partir da concepção dramaturgical de Goffman (1988), os atores em cena adotarão comportamentos específicos originados do desconforto proveniente deste contato em situações sociais onde se enuncia o estigma, imbuídos no “equipamento mental” de ambos. Deste modo, as representações que guiam práticas discriminatórias seriam crenças incorporadas. Tal fato pode repercutir em uma *práxis* discriminatória por parte do profissional, compondo o mecanismo de violência estrutural descrito por Richard Parker (2013), e permite pensar o estigma menos em uma perspectiva transversal, e mais enquanto processo histórico que contribui à perpetuação das desigualdades sociais e possui íntima articulação com as dinâmicas de poder. O autor afirma:

Partimos dos princípios de que o estigma desempenha um papel fundamental na produção e na reprodução das relações de poder e controle; de que o desdobramento

¹⁴ “Normal”, aqui, refere-se à nomenclatura utilizada pelo próprio autor para designar, em uma dada interação, aquele ao qual não é atribuível o estigma, em oposição ao participante que o detém, ainda que situacional e temporalmente (Goffman, 1988).

do estigma faz com que alguns grupos sejam desvalorizados e outros valorizados de formas inerentemente discriminatórias, e de que a distinção entre pensamento e ação, entre a teoria e a prática, deve ser reconceitualizada como uma forma mais complexa de práxis. Argumentamos que o estigma deve ser compreendido mais claramente como ligado ao funcionamento das 'desigualdades sociais' (Parker, 2013, p. 29).

Parker (2013) lança mão de certa crítica ao fato de não ter havido uma expansão significativa da aplicação do conceito de estigma e discriminação no que se refere a atributos estigmatizantes mais comuns, e exemplifica a partir dos impactos em saúde derivados do racismo. Na esteira desse argumento, carece à perspectiva interacionista, como sinalizado por Castro (2011), um aprofundamento das tensões e conflitos derivativos das relações de poder.

A sociologia da ação de Bourdieu (1983), por sua vez, constitui um robusto arcabouço teórico cunhado como “construtivismo estruturalista”. Em sua obra, Bourdieu (1983) parte da premissa de que a ação ocorre a partir de um agente, entretanto, nasce através de “processos de socialização” que escapam à dimensão consciente, revelando uma interlocução entre estrutura e indivíduo, num entrelace entre sua estrutura cognitiva e a estrutura social caracterizada como *doxa*, ou senso comum. Esta mediação, entre estrutura e indivíduo, entre agente e “campo” – unidade social relativamente independente das demais, que apresenta seu próprio conjunto de regras, classificações e ordenações sociais – ocorre através do que o autor nomeia como *habitus* (Vasconcellos, 2002; Cárdenas, 2014).

Habitus é definido por “sistemas de disposições duráveis, estruturadas [...] e estruturantes, isto é, [...] princípio gerador e estruturador das práticas e das representações que podem ser objetivamente ‘reguladas’ e ‘regulares’” (Bourdieu, 1983, p. 60). Enquanto conjunto de disposições incorporadas e duráveis, mas modificáveis através do tempo e das forças que atuam no “campo de poder”, o *habitus* não é eterno, de forma que as práticas dele resultantes são individualmente imprevisíveis. Porém, as formas de pensar, ver e agir que caracterizam este conjunto de disposições demonstram coerência com seu princípio gerador, culminando na reprodução da hierarquização entre as diferentes categorias e classes sociais (Bourdieu, 1983).

Para Montagner (2006, p. 518), o conceito de *habitus* está profundamente conectado ao corpo, centralizando neste “o lócus privilegiado de análise do sujeito social”. Esta articulação entre *habitus* e corpo pode ser também verificada através dos estudos de Luc Boltanski. Em sua obra “As classes sociais e o corpo” (2004), o autor enfatiza, no capítulo intitulado “A relação médico-doente”, o distinto tratamento dado pelo médico aos pacientes

de diferentes classes sociais, de modo que a relação médico e paciente oriundo das classes populares é, primordialmente, uma relação de classe (Boltanski, 2004).

Castro (2014) mobiliza o conceito de *habitus* médico autoritário como estando implicado nas situações de violência obstétrica em maternidades do México. Ao realizar observação participante em salas de trabalho de parto, identifica que práticas de viés autoritário são gestadas e perpetuadas no interior das escolas médicas, através de hierarquizações profissionais, desigualdades de gênero e castigos “didáticos”. *Habitus* médico autoritário é delimitado, pois, nos seguintes termos:

Este conjunto de predisposições generativas que resultam da incorporação (o social feito corpo) das estruturas objetivas do campo médico. Tais predisposições são adquiridas pelos profissionais deste campo – em primeiro lugar, os médicos – através da formação que recebem na faculdade de medicina e nos hospitais de ensino. Ao mesmo tempo, ditas predisposições se recriam cotidianamente através de sua prática profissional, engendram todas as condutas “razoáveis” e de “sentido comum” possíveis em tantos profissionais. A coincidência entre o campo médico e o *habitus* médico autoritário a um sentido prático próprio do campo, ou seja, a uma prática cotidiana espontânea, quase intuitiva, preconsciente (devido a sua determinação social de origem), que permite a realização permanente de condutas eficazes para os fins do campo (Castro, 2014, p. 173-174, tradução própria).

Ainda pertinente à sociologia da ação de Bourdieu, o autor desenvolve em suas obras “A reprodução” (Bourdieu; Passeron, 1970) e “A dominação masculina” (Bourdieu, 1998), o conceito violência simbólica. Compreende-se “violência simbólica” como aquela que perpassa as relações entre dominador e dominado, que ocorre através de mecanismos sutis, eufemizados, por vezes imperceptíveis em um primeiro momento. Bonet (2013) mobiliza este conceito ao pensar os processos de violência “suavizados” no contexto da APS, em que dispositivos de controle são acionados por profissionais na manutenção da hierarquização entre estes e os usuários:

[A violência simbólica] caracteriza a violência da confiança, do dom, e que se impõe como modo de dominação nos contextos em que não é possível exercer a dominação direta. A violência simbólica como um modo de dominação “doce”, que se exerce com um sorriso que instaura, ao mesmo tempo que nega, uma distância (Bonet, 2013, p. 50).

O conceito de *habitus*, por consistir em “princípio gerador” das diferenças entre distintas categorias sociais e, ao mesmo tempo, sendo geradas por elas, estando no seio da própria diferenciação social, bem como o conceito de violência simbólica são, portanto, relevantes à interlocução entre sociologia da ação de Bourdieu e as práticas de saúde enquanto

campo no qual ocorrem tensões sociais e disputas de poder. Em “A dominação masculina”, Bourdieu (1998) alude à oposição masculino/feminino enquanto exemplo de oposição homóloga fundamental, no qual se baseia todo o sistema de classificação e ordenação social nas sociedades androcêntricas. Deste modo, todos os “pares de oposições homólogas” estariam baseados na construção da oposição entre masculino e feminino, que recebe ares de natureza através da “socialização do biológico e biologização do social” (Bourdieu, 1998, p. 3).

Um dos mecanismos através dos quais ocorreria a perpetuação de práticas de viés autoritário seria o da violência simbólica, portanto, atrelada a práticas reproduzidas tanto pela estigmatização como, mas também, através do conjunto de disposições incorporadas que repercute socialmente como gerador e mantenedor de hierarquizações no interior dos serviços de saúde. A partir da perspectiva interacionista, Parker (2013) e Bonet (2013), portanto, ainda que apresentem lacunas importantes no que se refere à caracterização das dinâmicas de poder em nosso contexto, atravessado pela colonialidade e pelo racismo, apontam a insuficiência destas categorias para pensar processos de discriminação e subalternização que levem em conta raça e classe. Acresço a esta limitação a necessidade de que se levem em conta, ainda, gênero, território e demais corporalidades, enquanto vetores de poder que informam, também, raça e classe, circunscrevendo estas práticas em uma “história”, parafraseando os próprios autores.

Destarte, caracterizo no próximo item a perspectiva das Interseccionalidades, a partir de autoras, em sua maioria, feministas negras, que empreendem debates primordiais para a compreensão das dinâmicas de poder no contexto de diferenças e/ou desigualdades que perfaz o arcabouço sociorracial brasileiro.

1.4.2 As Interseccionalidades: teoria, prática e agência

Neste trabalho, as Interseccionalidades emergem como sensibilidade analítica (Akotirene, 2019) a partir de um duplo questionamento: quem é a mulher sujeito das políticas e práticas com atenção à saúde reprodutiva? E, em paralelo: há um terreno em comum nas experiências deste ser mulher entre usuárias, profissionais e, por que não, pesquisadora? Como guia através destas perguntas, trago algumas análises provenientes do feminismo negro,

origem do arcabouço teórico-político que compõe estas múltiplas perspectivas. Este exercício busca distanciar-se de uma suposta neutralidade acadêmica, apontada por Kilomba (2019, p. 50-51):

Qual conhecimento está sendo reconhecido como tal? E qual conhecimento não o é? Qual conhecimento tem feito parte das agendas acadêmicas? E qual conhecimento não? De quem é esse conhecimento? Quem é reconhecida/o como alguém que possui conhecimento? E quem não o é? Quem pode ensinar conhecimento? E quem não pode? Quem está no centro? E quem permanece fora, nas margens? Fazer essas perguntas é importante porque o centro ao qual me refiro aqui, isto é, o centro acadêmico, não é um local neutro. Ele é um espaço branco onde o privilégio de fala tem sido negado para as pessoas negras. Historicamente, esse é um espaço onde temos estado sem voz e onde acadêmicas/os brancas/os têm desenvolvido discursos teóricos que formalmente nos construíram como a/o “Outras/os” inferior, colocando africanas/os em subordinação absoluta ao sujeito branco. Nesse espaço temos sido descritas/os, classificadas/os, desumanizadas/os, primitivizadas/os, brutalizadas/os, mortas/os. Esse não é um espaço neutro.

O termo “interseccionalidade” surge a partir do trabalho de Crenshaw (2002), em texto intitulado “Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero”. A ideia desenvolvida pela autora parte do princípio de que os diferentes eixos de poder entrecruzam-se como avenidas que, por sua vez, cruzam-se em pontos nos quais os efeitos de duas ou mais opressões, articuladas, impactam de modo singular os que se situam em um determinado ponto de intersecção. Desde então, o termo gradualmente popularizou-se academicamente, principalmente após a Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância de Durban, em 2001. Para Akotirene (2019, p. 19):

A interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado – produtores de avenidas identitárias em que mulheres negras são repetidas vezes atingidas pelo cruzamento e sobreposição gênero, raça e classe, modernos aparatos coloniais.

McClintock (2010) aborda gênero, raça e classe enquanto categorias articuladas, enfatizando, a partir de sua análise do mundo imperial e da colonialidade como marco que reedita instituições e relações até o presente, a mútua constituição destas categorias entre si, evitando, assim como Crenshaw (2002) e Akotirene (2019), a ideia de soma ou reificação destes vetores de poder. A autora afirma que:

Raça, classe e gênero não são distintos reinos da experiência, que existem em esplêndido isolamento entre si, nem podem ser simplesmente encaixados retrospectivamente como peças de um jogo. Não, eles existem em relação entre si e

através desta relação – ainda que de modos contraditórios e em conflito (McClintock, 2010, p.19).

Brah (2006), por sua vez, desdobra-se sobre a “diferença” enquanto categoria analítica, desfazendo sua articulação automática da produção de desigualdades. Tem como ponto de partida dois contextos específicos: a mobilização da categoria “negro” na Grã-Bretanha, no pós-guerra – vinculada a sujeitos provenientes do sul asiático e também de origem africana – e os debates referentes à teoria e prática feminista nos anos setenta e oitenta do século XX, também no contexto britânico. “Diferença”, aqui, é analisada em quatro eixos: diferença como experiência, diferença como relação social, diferença como subjetividade, diferença como identidade. Estes eixos interconectam-se e repercutem tanto em aspectos econômicos, políticos e culturais, como em relações institucionais e intersubjetivas, e são nessas interconexões que pode, ou não, haver o surgimento de opressão e desigualdade.

Desta forma, “[...] a diferença não é sempre um marcador de hierarquia e opressão. Portanto, é uma questão contextualmente contingente saber se a diferença resulta em desigualdade, exploração e opressão ou em igualitarismo, diversidade e formas igualitárias de agência política” (Brah, 2006, p. 374). Neste trecho, a autora sinaliza não apenas para o necessário desfazimento da associação, muitas vezes automática, entre diferença e desigualdade, como também para a *contingência* destes processos, e sinaliza o insucesso de tentativas anteriores de formulação de teorias generalizantes que dessem conta de analisar as articulações entre raça, classe, gênero, nacionalidade e outras categorias de articulação.

A interseccionalidade pode ser compreendida como uma lente através da qual os problemas sociais são analisados, em um movimento de *subversão epistêmica* diante de uma ciência eurocêntrica, branca e positivista. Para estas autoras, a interseccionalidade seria condição mínima para que não se incorra em demasiada simplificação e na armadilha da unicausalidade. Defendem que, enquanto ferramenta analítica, há diferentes modos para a aplicação da interseccionalidade no campo das ciências. Haveria duas abordagens possíveis: uma “centrífuga”, em que dentro dos diferentes campos a lente interseccional seja aplicada, e uma abordagem “centrípeta”, em que as próprias epistemologias e regras dos diferentes campos sejam subvertidas, partindo-se do pressuposto que estas normas estão elas próprias a serviço das matrizes do poder contemporâneo (Cho; Crenshaw; McCall, 2013).

Ambos os movimentos são relevantes e válidos, sendo necessários para que haja tanto um efeito sobre a epistemologia subjacente aos saberes e práticas, quanto a capilarização das questões de raça, classe e gênero em articulações no interior dos diferentes campos científicos

(Cho; Crenshaw; McCall, 2013). Outra provocação relevante que perpassa todo o texto é: quem é este sujeito interseccional? As autoras identificam uma tendência ao reconhecimento apenas da mulher negra como sujeito para a interseccionalidade. Ao contrário, defendem que todos somos sujeitos interseccionais. Nesta pesquisa, parto do pressuposto de que não apenas usuárias têm corpos marcados, como também profissionais e pesquisadora. As categorias de articulação são compreendidas como existindo primariamente em relação e, através desta, se constituindo mutuamente.

Mesmo antes do surgimento do termo “interseccionalidade”, autoras feministas negras como Angela Davis, nos Estados Unidos, e Lélia Gonzalez, no Brasil, debruçavam-se sobre os estudos dos múltiplos eixos de poder, em seus respectivos contextos políticos e socioculturais, com especial enfoque sobre a posição da mulher negra (Akotirene, 2019). Para Collins (2000), o ativismo de mulheres negras e seus agenciamentos diante das dinâmicas de poder ocorrem desde tempos imemoriais, e limitar suas estratégias à teoria acadêmica é incorrer na problemática dicotomização entre teoria e prática, de origem ocidental e colonizadora. Neste movimento de valorização de suas experiências, as interseccionalidades em prática expressam-se tanto dentro da academia como fora dela, através de múltiplas manifestações culturais, da militância e do cotidiano de suas vidas, em reivindicações que possibilitam a projeção das vozes daquelas que não possuem as mesmas condições que o sujeito branco para tal.

Collins (2000) alerta, entretanto, sobre, assim como a mulher universal não existe, também não há uma experiência universal de ser mulher e negra, outra potencial armadilha que emerge ao pensarmos experiências e processos de subjetivação comuns. Deste modo, o feminismo negro constitui-se a partir do diálogo entre perspectivas ora convergentes, ora divergentes, apontando caminhos em direção a uma análise que leve em conta a dimensão macroestrutural e intersubjetiva de opressões e agências. Seria, para a autora, no legado de luta política de ativismo imbricado à perspectiva acadêmica que se firma o feminismo negro, portanto, enquanto movimento político.

É com vistas a esta articulação entre pesquisa e luta política que retomo a justiça reprodutiva enquanto paradigma indissociável do olhar proporcionado pelas interseccionalidades. Para Ross (2017, p. 287, tradução própria):

A justiça reprodutiva enquanto prática põe o conceito de justiça reprodutiva em ação através da elaboração da conexão entre ativismo e a teoria feminista interseccional. Ativistas intencionalmente empregam uma abordagem interseccional complexa

porque a teoria da justiça reprodutiva é inerentemente interseccional, baseada na universalidade e indivisibilidade de sua fundação nos direitos humanos.

Ainda em diálogo com a obra de Collins (2000), a intelectual brasileira Luiza Bairros (1995) mobiliza a *standpoint theory*, em que o olhar da empregada doméstica, por estar suficientemente próximo da elite dominante, ainda que fora dela (*outsider within*¹⁵), apresenta potencial distinto para o desvelamento das contradições inerentes às dinâmicas de raça, classe e gênero em suas múltiplas intersecções. O enfoque na figura da doméstica como a “negra anônima, habitante da periferia, nas baixadas da vida” (Gonzalez, 1984, p. 83) perpassa também a obra de Lélia Gonzalez, filósofa, antropóloga, professora, feminista e militante do movimento negro. Em seu ensaio “Racismo e sexismo na cultura brasileira”, Gonzalez (1984) discorre sobre o lugar da mulher negra como de particular vulnerabilidade aos efeitos do racismo em meio ao sexismo, com raízes na dinâmica colonial escravagista que caracterizou a criação do Estado brasileiro, e que se reatualiza nos espaços públicos e privados dentro da “divisão racial dos espaços” (Gonzalez, 2020, p. 85).

Mobilizando conceitos psicanalíticos, Lélia traz as categorias de “mulata” – endeusada no carnaval e símbolo do triunfo do negro na batalha discursiva que subjaz às relações raciais em nosso país – e “doméstica” como faces de uma mesma moeda desumanizadora da figura da mulher negra, corpo a ser explorado sexualmente e último na escala caracterizada pela divisão sexual – e racial – do trabalho (Gonzalez, 2020). A figura da “mulata”, para Lélia, reencena o *mito da democracia racial*, que associa ao “racismo disfarçado”, à brasileira, característico das sociedades coloniais da América Latina. A antropóloga afirma que, como todo mito, “oculta bem mais do que mostra”. E, para ela, o que há de oculto é a *violência simbólica*, abrandada, exercida sobre a mulher negra neste espectro entre o endeusamento e profundo rechaço e agressividade das quais são alvo na vida cotidiana por parte dos demais sujeitos e das instituições.

Nascimento (2016, p. 111), em sua discussão sobre a ideologia do branqueamento, também mobilizada por Lélia, afirma que o mito da democracia racial deve ser compreendido como: “não tão óbvio [...], mas institucionalizado de forma eficaz nos níveis oficiais de governo, assim como difuso e profundamente penetrante no tecido social, psicológico, econômico, político e cultural da sociedade do país”. Dentre os desdobramentos do mito da democracia racial no contexto brasileiro, está o “esquecimento”, por parte das feministas brancas, da temática do racismo. Lélia atribui este fato ao dito *racismo por omissão*, que

¹⁵ Ou “forasteira de dentro”, tradução proposta por Akotirene (2019).

afirma estar fincado em uma perspectiva eurocêntrica, branca e universalizante sobre a própria diferença sexual.

Neste argumento, a autora versa sobre um “sistema ideológico de dominação” que infantiliza mulheres e pessoas não-brancas, ou seja, negras e ameríndias, destituindo-as de seu status de humanidade e do direito de contarem a própria história e falarem sobre si, o que denomina como “infantilização”. Em sua obra “Em defesa de um feminismo afro-latino-americano”, a autora critica, por fim, a centralidade da classe nos debates sobre a divisão sexual do trabalho, que, por sua vez, não pode ser dissociada das dinâmicas raciais, coloniais e territoriais com as quais se articulam intimamente (Gonzalez, 2020).

Crítica semelhante é tecida por Angela Davis (2016), ao denunciar o racismo no interior do movimento sufragista estadunidense, bem como nas políticas de controle de natalidade parcialmente apoiadas por feministas brancas. A filósofa assevera como a própria luta pelos direitos sexuais e reprodutivos no contexto estadunidense esteve intimamente ligada à lógica eugenista de branqueamento da população. Denuncia a esterilização em massa de mulheres e meninas negras, indígenas e de origem mexicana e porto-riquenha no país, sem sua autorização ou consentimento e com forte estímulo e financiamento estatal.

Nesta discussão, Davis pontua um ponto de inflexão no movimento feminista nos Estados Unidos pois, enquanto feministas brancas encampavam o movimento pelo direito ao aborto na década de 1970, feministas negras receberam tais reivindicações com desconfiança em decorrência de seu histórico de luta contra as políticas de controle de natalidade (Davis, 2016). Como já mencionado, Carneiro (2005) também denuncia as altas taxas de esterilização de mulheres negras, através da realização de histerectomias em frequência marcadamente maior que em mulheres brancas, principalmente em decorrência do diagnóstico de miomatose uterina, afecção mais frequente naquele grupo de mulheres.

Ao analisar dinâmicas relacionais em serviços de saúde que impactam negativamente a saúde e a vida de mulheres negras, é preciso que nos detenhamos, particularmente, às dinâmicas sociais que informam estas práticas que, no escopo do presente trabalho, caracterizam-se pelas articulações entre raça, classe, gênero, territorialidade e demais categorias de diferenciação. Com efeito, McClintock (2010) tece críticas à visão hegemônica de que apenas os que não são brancos são sujeitos racializados, caracterizando a problemática do racismo como um problema exclusivamente do negro e do colonizado. Tensiona, com base no trabalho de bell hooks, que se mobilizem esforços na indagação da branquitude enquanto categoria, também racializada, num empreendimento ativo para destituição de seu caráter supostamente neutro e universal.

Na esteira deste argumento, Bento (2002) investiga a branquitude enquanto identidade racial do brasileiro branco. Advoga que as teorizações sobre raça e racismo devem deter-se sobre o branco, afinal, todo o aparato racista serve à sustentação da superioridade branca e é mantido por tecnologias como a já mencionada ideologia do branqueamento e o *pacto narcísico da branquitude* – acordo tácito entre pessoas brancas com fins de manutenção dos próprios privilégios materiais e simbólicos – em um processo fomentado e mantido pelos próprios integrantes da elite branca objetivando sua autopreservação. Para a autora, assim como McClintock (2010), seria necessário que o racismo não mais fosse uma questão apenas para os povos “racializados”, com a focalização do mesmo em sua origem, ou seja, na elite branca que dele se beneficia.

2 CAMINHOS DA PESQUISA

Trata-se de pesquisa qualitativa, de cunho etnográfico, tendo como campo de imersão uma Clínica da Família localizada em território de favela na zona norte do município do Rio de Janeiro. As interlocutoras da pesquisa são profissionais de saúde e usuárias da referida unidade. O trabalho de campo teve duração de dois meses, entre os meses de dezembro de 2022 e janeiro de 2023, com duas idas semanais à unidade, que se distribuíram entre os procedimentos metodológicos descritos mais à frente nesta seção.

Com base na fundamentação teórica supracitada, têm-se as perspectivas interacionista e interseccional enquanto norteadoras dos procedimentos elucidados. Neste sentido, é central para esta pesquisa a compreensão da interpretação dos indivíduos envolvidos acerca de seu mundo social, valorizando-se a perspectiva dos interlocutores enquanto pertencentes a determinado grupo, bem como o adensamento das categorias de articulação como constituintes de diagramas de poder, com ênfase em raça, classe, gênero, idade, orientação sexual, território etc. A seguir, descrevo alguns elementos do percurso em campo, iniciando com os entraves anteriores à entrada, o momento da entrada com caracterização das posicionalidades e, por fim, caracterizando de modo geral os momentos de observação participante e das entrevistas.

2.1 Notas acerca do diálogo com um Comitê de Ética em Pesquisa: gênero, Estado e a *Outrização* de um território

A fim de iniciar o trabalho de campo, foi necessário apresentar o projeto de pesquisa a dois Comitês de Ética em Pesquisa distintos: o da própria instituição, bem como o da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Este percurso durou cerca de cinco meses, com algumas devoluções e necessidades de reajustes na metodologia da pesquisa, em um diálogo que evidenciou relações entre gênero, processos de Estado e o que identifico enquanto *Outrização*, que, aqui, diz respeito à produção de discursiva de um *outro* em contraponto a um *nós*, que será desfiada nos parágrafos a seguir.

Inicialmente, intencionava conduzir um “tripé metodológico”: observação de consultas, observação participante dos espaços “comuns” da unidade, como *acolhimento*,

corredores e grupos e, por fim, as entrevistas a profissionais e usuárias. Logo ao enviar o projeto de pesquisa preliminarmente via e-mail ao Centro de Estudos da Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento (CAP) responsável pela unidade-campo, sou desaconselhada informalmente a não pleitear estar em consultório assistindo às consultas. Em virtude do tempo limitado do mestrado, retirei esse procedimento. Entretanto, insisti, durante essas idas e vindas dos pareceres, em realizar as entrevistas com as usuárias em ambiente externo à unidade. Não dizia exatamente onde: sugeria que poderiam ocorrer em outros equipamentos do território, nas casas das entrevistadas ou em um outro ambiente que lhes fosse conveniente. O objetivo era distanciar-nos do ambiente físico da unidade, permitindo que as narrativas surgissem menos tensionadas pelo espaço institucional, e buscando dirimir parcialmente a associação da minha figura enquanto pesquisadora ao próprio serviço, o que já previa que, em algum grau, poderia ocorrer.

No último parecer recebido, após diversos ajustes, recebo extensa resposta em uma das pendências marcadas como “atendidas parcialmente”. Neste documento, é reiterado que não sou profissional naquele local, não sendo ali conhecida e, deste modo, deveria “evitar a circulação em locais desconhecidos” e nas residências das usuárias. Como justificativa, o bairro no qual se localiza a Clínica é caracterizado enquanto uma das “maiores e mais violentas favelas da cidade”. Em seguida, é mencionado que esta violência estaria relacionada “ao consumo de entorpecentes e ao tráfico de drogas da cidade”.

Fui pega com certo espanto ao identificar o teor da narrativa reproduzida, muito próxima àquelas que partem de setores estatais relacionados à segurança pública, e engendradas cotidianamente através de intervenções policiais fortemente aparelhadas nas favelas cariocas. Exemplifico: a unidade em questão sofria recorrentes interdições em decorrência das operações empreendidas pela Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. O espaço físico da unidade se situa em uma área fisicamente vulnerável a estas intervenções, o que se materializa em marcas de projéteis em sua estrutura e narrativas recentes de momento de horror por parte dos profissionais e usuários. Notei ser comum, ainda, que mulheres idosas com quem conversava houvessem perdido um ou mais filhos em contexto de violência policial. Ali, também, há cerca de um ano e seis da minha entrada como pesquisadora, havia ocorrido uma das maiores chacinas da história do município do Rio de Janeiro, período no qual atuava no serviço enquanto médica.

Recobro os impactos emocionais e psíquicos daquele evento sobre os usuários e como isto repercutiu em termos assistenciais, com a escuta de pessoas em profundo sofrimento. Há um aparelho da burocracia estatal militarizado, armado e que empreende ações bélicas de

violência armada direcionadas a este território. Este aparelho coexiste com seu braço cuidador, que recebe as repercussões em saúde destes mesmos eventos e se propõe a amortecê-las e escutá-las, em uma aparente incongruência que revela contradições que podem ser lidas à luz da generificação deste mesmo Estado.

Vianna e Lowenkron (2017) focalizam na violência enquanto vetor heurístico para a compreensão destas íntimas relações de mútuo-fazer entre gênero e Estado. As autoras desviam-se ativamente da reificação e essencialização de ambas as categorias, sinalizando como, em geral, nas mobilizações que concatenam ambos, um dos aspectos permanece cristalizado em seus sentidos, em detrimento do aprofundamento do outro. As autoras demonstram, entretanto, que “é impossível pensar as relações, performances e imaginações de gênero ‘fora do Estado’, do mesmo modo que não há processos de Estado (e, particularmente, de formação de Estado-nação) que não sejam atravessados por dinâmicas, gramáticas e/ou dispositivos generificados” (Vianna; Lowenkron, 2017, p. 3).

Em sua discussão acerca do exercício de poder, em sua generificação, efetuado por agentes do Estado, as autoras identificam processos que oscilam entre uma lógica de “dominação masculina”, quando de um Estado bélico e confrontador, e uma lógica tutelar, semelhante ao “poder pastoral” em Foucault, que, através do cuidado, ou do “governo doce da tutela”, estaria próxima do que é culturalmente compreendido enquanto uma forma de poder feminina (Vianna; Lowenkron, 2017).

Este aspecto de generificação dá conta, portanto, de prover um modelo analítico acerca desta mútua constitucionalidade de diferentes braços da burocracia de Estado, bem como dentro de sua complexão ampliada para além da burocracia. Os regimes de governamentalidade, entretanto, distribuem-se diferencialmente e operam de diferentes modos a diferentes grupos de pessoas. Neste aspecto, tomando de que modo isto reverbera nos processos de adoecimento nas práticas de saúde, constituindo os modos de configuração dessas relações que perfazem o Estado, é possível designá-las como pertencentes a um determinado espaço, não apenas geográfico, como socioeconômico, racial e cultural, comumente mobilizado a partir da categoria *território*.

Esta categoria é mobilizada a partir de diferentes atores, ganhando contornos próprios a depender do discurso no qual está implicada. No que se refere ao sistema de saúde e redes de atenção, Gondim e Monken (2009, p. 41) pontuam que:

A base territorial do SUS define e delimita contextos de produção social de saúde por meio de políticas públicas e de atuação comprometida com a universalidade, a equidade e a integralidade do cuidado. A operacionalização do Sistema em

territórios específicos fortalece o poder local e incrementa investimentos na expansão de equipamentos, visando à cobertura dos serviços de saúde para toda a população.

O que significa, portanto, ser pertencente a um território-favela, no contexto atual de políticas públicas que têm como alvo espacialidades/territorialidades específicas? Há, deste modo, a instituição de “direitos diferentes para diferentes categorias de pessoas” (Mbembe, 2018, p. 39) que, para Mbembe, é o próprio exercício do poder soberano. É esta soberania que define que vidas importam ou não, com o poder soberano de matar operando de diferentes formas sobre diferentes indivíduos. Deste modo, enquanto Foucault (1999), em sua discussão sobre o contexto europeu, primariamente, fala de uma soberania do biopoder sobre o poder soberano, Mbembe (2018) destaca o poder soberano também em sua capilaridade e retoma a máxima “fazer morrer e deixar viver” para pensar o poder em territórios atravessados pela colonialidade. Nesta discussão, Mbembe (2018) mobiliza Fanon (2005) em “Os condenados da terra”, para o qual:

A cidade do colonizado [...] é um lugar mal afamado, povoado de homens mal afamados. Aí se nasce não importa onde, não importa como. Morre-se não importa onde, não importa de quê. É um mundo sem intervalos, onde os homens estão uns sobre os outros, as casas umas sobre as outras. A cidade do colonizado é uma cidade faminta, faminta de pão, de carne, de sapatos, de carvão, de luz. A cidade do colonizado é uma cidade acorçada, uma cidade ajoelhada, uma cidade acuada (Fanon, 2005, p. 19).

Deste modo, resguardos os devidos contextos – Fanon refere-se à figura do colonizador como alóctone e do colonizado como autóctone, diferindo do processo colonizador brasileiro – a dinâmica da colonialidade reatualiza-se na dicotomia favela-asfalto, de forma intimamente articulada ao dispositivo da racialidade (Carneiro, 2005). Em contextos contemporâneos de guerra, é fundamental que esta cisão em “duas espécies”, com a formulação de um outro “inimigo”, seja mobilizada com vias de justificar a morte e, como pontua Foucault (1999), quando de sua discussão sobre racismo de Estado, tornar a função assassina do Estado aceitável.

Pensar, portanto, a colonialidade nesta perspectiva, implica compreender como a distribuição diferencial do “fazer morrer”, característico da soberania, opera pautada pelo racismo enquanto tecnologia, em sua íntima articulação com a territorialidade. Neste contexto, a soberania opera dentro e fora das instituições, e o direito soberano de “fazer morrer” é diluído e microcapilarizado, sendo exercido nas diferentes relações que compõem o tecido social (Mbembe, 2018; Lima, 2018).

A favela em que se situava a unidade foi caracterizada neste parecer como “uma das mais violentas da cidade”, violência “relacionada ao consumo de entorpecentes e ao tráfico de drogas da cidade”. Por eu não ser uma profissional do serviço, nem “conhecida na região”, não seria autorizado que meu corpo – um corpo inteligível de pesquisadora vinculada a uma instituição – adentrasse naquele espaço. Entretanto, há muitos outros corpos que ali residem e circulam, que não parecem instigar o mesmo grau de preocupação, quase que tutelar, identificada no trecho destacado. Aqui, desvela-se uma cisão entre o “eu” e o “outro”, costumeiramente mobilizada a fim de amparar políticas de violações e aniquilação destinadas àqueles que ocupam determinados espaços.

Esta produção discursiva de um “outro”, de um “inimigo” é a mesma retórica que justifica perante a opinião pública a “guerra às drogas”. Graham (2017) observa que os frequentes bombardeios a certos territórios, visando a um processo de desmodernização, acabam por caracterizar estes locais como habitados por um “outro”, “bárbaro” ou, ainda, “inimigo”. A este respeito, em sua discussão sobre precariedade, condição precária e vidas enlutáveis, Butler em “Quadros de Guerra” (2015), argumenta que, para que uma vida seja considerada uma vida, é necessário que esta seja apreendida por certo enquadramento. Para Kilomba (2019, p. 37):

O sujeito negro torna-se então tela de projeção daquilo que o sujeito branco teme reconhecer sobre si mesmo, neste caso: a ladra ou o ladrão violenta/o, a/o bandida/o indolente e maliciosa/o. Tais aspectos desonrosos, cuja intensidade causa extrema ansiedade, culpa e vergonha, são projetados para o exterior como um meio de escapar dos mesmos.

Os sujeitos são apreendidos através de determinadas normas, e sua própria ontologia depende da sua apreensão que, por sua vez, reitera as normas que perfazem este enquadramento. Portanto, há sujeitos que não são apreendidos e reconhecidos enquanto sujeitos, posicionando-se externamente a estas matrizes, e vidas, por conseguinte, que não serão compreendidas enquanto vidas. Para Butler (2015, p. 21), “essas normas recorrem a esquemas variáveis de inteligibilidade, de modo que podemos ter e, efetivamente, temos, por exemplo, histórias de vida e histórias de morte”.

Para que uma vida seja enlutada, ela há, primeiramente, de ser reconhecida enquanto uma vida a ser vivida. Devido à condição de precariedade, entretanto, determinadas vidas estarão mais ou menos suscetíveis a serem exterminadas, ligadas às próprias normas de inteligibilidade que permitem a apreensão e reconhecimento dos sujeitos e, por sua vez, sendo reiterados por ela (Butler, 2015). Em “Vida Precária” (2011), Butler discorre sobre estes

“esquemas normativos de inteligibilidade” enquanto denotadores de fronteiras que operam entre o humano e o inumano, e quem receberá o status de um ou de outro, de forma que certas mortes serão lamentadas, enquanto outras não serão passíveis de luto, constituindo um domínio que, contraposto ao humano, constituiria o inumano.

Os discursos que alimentam esta divisão são exemplificados pela autora com as representações midiáticas de um “inimigo em comum”, característica atribuídas àqueles que povoam os territórios a serem destruídos e/ou dominados, com fins de justificativa perante a opinião pública. Desta forma, Butler (2011) questiona quem tem direito ao luto, ou seja, quem são as vidas enlutáveis e, na mesma medida, quais vidas não o são, a depender do espaço que ocupam em relação a esta fronteira que cinde humano e inumano.

Seguindo o fio desta discussão, reitera-se, neste parecer, as cisões entre favela/asfalto, humano/inumano, eu/outro. Na fronteira que os separa, há a norma em suas reiterações discursivas, fundada nos diagramas de poder operados pela colonialidade e pelo dispositivo da racialidade. Há inúmeras fronteiras, mais ou menos borradas, que se desenharam no trajeto desta pesquisa, entre usuárias e profissionais, profissionais e pesquisadora, pesquisadora e usuárias.

Algumas são delimitadas intencionalmente, como através da enunciação de si enquanto pertencente a alguns destes grupos. Outras são quase que intransponíveis, como aquelas definidas pelas interações das marcas corporais. Estas últimas compõem o aspecto de norma que, na maior parte do tempo, desenha-se através de técnicas e mecanismos de governamentalidade implícitos às dinâmicas de poder microcapilarizada nas relações. Entretanto, o que a explicitude do parecer do CEP (Comitês de Ética em Pesquisa) descortina é a circulação e produção destas atribuições de sentido, de estigmatizações excludentes, territorializadas e racializadas, a partir, também, do setor saúde. Ao meu ver, uma lógica de governo destas populações, portanto, que abrange toda a burocracia estatal, “escapando” de modos distintos a partir dos diferentes equipamentos de Estado, pautadas na generificação deste, e reiterando a própria estatização do gênero, em um duplo-fazer contínuo.

Como sinalizado no início deste capítulo, acabei por abrir mão de pleitear uma inserção neste território para fora dos limites da unidade de saúde. Como implicações desta decisão, fruto de tensionamentos e na dependência de permissões institucionais, a pesquisa se ateve ao que emergiu no interior daqueles limites, do espaço da unidade. Este espaço é, ele próprio, fronteiriço: habita a cisão entre o território do eu, inteligível, e do outro, ininteligível, sendo penetrado por este, ou estando, ele próprio, a penetrar aquele. É deste lugar que compõe uma iminência entre o fora e o dentro das margens que emerge o conteúdo dos registros

analisados, em suas tensões, acoplamentos e desacoplamentos, continuidades e cisões, subalternizações e agências.

A seguir, descrevo as etapas da pesquisa a partir da delimitação forjada: observação dos espaços comuns, observação de atividades em grupo e entrevistas conduzidas com profissionais e usuárias, nos limites físicos da unidade de saúde.

2.2 Observação de espaços coletivos da unidade: *acolhimento* e corredores e demais espaços de socialização

Figura 1 – Registro de um dos corredores da unidade



Fonte: A autora, 2022.

Através da imersão no cotidiano do serviço, observei as interações protagonizadas por profissionais e usuárias em diferentes espaços de socialização no interior da unidade. Este tempo foi dividido entre *acolhimento*, corredores e filas da farmácia e da sala de procedimentos, onde os usuários aguardavam suas próprias consultas ou de seus acompanhantes, a aquisição de medicamentos ou aplicação injetável destes.

No *acolhimento*, composto por um guichê para cada equipe, com a presença de um agente comunitário de saúde em cada, costumava permanecer nas primeiras horas da manhã, quando havia maior fluxo de usuárias. Neste espaço, foi possível a observação das interações

entre os agentes comunitários e os usuários que buscavam atendimento, bem como a interlocução direta com representantes desta categoria profissional.

O espaço do *acolhimento* revelou-se como um cenário de tensões e configurações de saber-poder, na medida em que era ali que ocorriam as negociações das usuárias e ACS em busca do serviço pretendido. Ali ocorriam desde interações amigáveis a diálogos permeados por disputas e mediações burocráticas, em um certo jogo cênico, permeado pelo regime da confissão – é necessário dizer, sempre, ao que veio, para que então possa ser permitida a entrada em consultório –, no sentido da necessidade, muitas vezes, de revelação de uma verdade íntima sobre si com a conotação de segredo, profundamente engendrado ao dispositivo da sexualidade (Foucault, 1988).

Importante descrever aqui como se dá, em termos de funcionamento da unidade, esta permissão ou não para que ocorra o atendimento naquele dia: a usuária chega ao guichê da equipe, passa por uma fila, e, em sua vez, necessita não apenas sinalizar seu desejo de ser atendida – ou acessar algum outro serviço, como aferir pressão, aplicar medicamentos injetáveis – como, também, o motivo que subjaz a esta demanda. Este motivo é repassado ao profissional da equipe, via telefone, pessoalmente ou através de planilha – organização esta que varia de equipe para equipe e, então, o profissional que atenderá assente ou não à inclusão daquele atendimento na agenda.

Por vezes, as usuárias hesitavam e resistiam ao chamado para que *confessassem* ao que vieram e por quê demandavam atendimento, porém, esta não era uma opção compreendida enquanto válida. Sua entrada era permitida, nestes casos, ou através de uma revelação parcial do que se tratava, como na enunciação de que se trataria de uma “queixa íntima” ou, ainda, quando as usuárias se utilizavam de outras narrativas e subterfúgios que permitissem a sua entrada. Uma usuária com quem conversei no corredor, certa vez, contou-me em tom insatisfeito de precisar contar muitos detalhes para que pudesse convencer a ACS de sua necessidade de atendimento. Naquele dia, tinha levado sua neta em atendimento, que disse estar com um corrimento. “Eles querem o quê, que eu mostre foto da calcinha dela?”, disse. Já havia aprendido, entretanto, uma estratégia para que pudesse falar com o médico sempre que precisasse: dizia estar gripada e querer fazer um teste de covid.

Estes são exemplos de algumas estratégias acionadas que configuravam mecanismos de resistência em torno do dispositivo da confissão acionado na dinâmica de acesso ao interior da unidade. Em outras não raras ocasiões, as *verdades* enunciadas pelas usuárias eram postas em xeque, através da desconfiança manifesta de diferentes modos, desde explicitamente,

como através de tons de voz ou inclinação ou não das ACS a assentir com o “repasso” daquela demanda para os profissionais da equipe técnica.

Tensões de outra ordem também eram identificadas no guichê, principalmente aquelas relacionadas à subestimação da figura das ACS enquanto representantes burocráticas de um serviço público. Algumas usuárias recorriam à briga, ao *barraco*, para que pudessem ter suas demandas atendidas. *Barraco*, aqui, costuma ter uma conotação negativa, por parte das profissionais, sendo o adjetivo *barraqueira* acionado para descrever usuárias com quem se costumam ter contatos conflituosos, belicosos. Pela usuária que contava sobre suas estratégias pessoais para acessar o atendimento, *barraqueira* assumia um outro tom, enquanto um modo de agenciar discursivamente sua entrada, costumeiramente obstaculizada.

Após as primeiras horas da manhã ou da tarde, quando havia a diminuição da frequência de usuários que acessavam os guichês, direcionava-me aos corredores, onde permanecia a maior parte do tempo próxima às longarinas em que as usuárias aguardavam ou, ainda, próxima das filas da farmácia da sala de procedimentos. Inicialmente, tentava conversas com algumas mulheres que aguardavam, apresentando-me como pesquisadora em “saúde da mulher”, ou através de perguntas mais genéricas sobre suas relações com o serviço e seus profissionais. Entretanto, passei a perceber que não havia tanta abertura quando este era meu modo de aproximação. Algumas me liam enquanto profissional e solicitavam algum tipo de orientação ou apoio em alguma demanda, outras desconfiavam da intencionalidade por trás dessas inquirições.

Em certa situação, uma mulher branca, por volta de seus quarenta a cinquenta anos, aguardava para aferir pressão na fila da sala de procedimentos, da qual eu aguardava próxima. Estava irritada com a demora, e desabafava sobre o mau atendimento recebido nos postos de saúde. Dizia que médicos não se importavam mais com pacientes, que estes não eram olhados e que mal tiravam os olhos do papel, ao começarem a redigir uma receita já nas primeiras palavras.

Em algum momento, ela notou que eu prestava atenção no que falava, e passou a direcionar a mim o olhar enquanto conversava com o grupo que aguardava. Ao fim, disse: “você trabalha aqui, né?”. Nego e digo que já trabalhei – vai que ela lembrava de mim? – mas que, agora estava ali como pesquisadora. Sinto que estas palavras pouco comunicam e, desacreditadas, são seguidas, agora, pela afirmação: “sim, você trabalha aqui”.

Alguns destes diálogos geraram-me a impressão de ora estar sendo invasiva, ora estar em um trabalho quase que de “espionagem”, o que me gerou incômodo ao estar em um espaço onde intimidades de si estavam sendo constantemente reveladas. Fui, aos poucos,

portanto, configurando meu modo de estar ali, o que passou por um certo abrandamento da minha postura inquisitória. Era uma tentativa de imprimir maior cuidado às interlocutoras, para que não se sentissem expostas ou “flagradas” quando descobrissem, caso já não estivesse dado ao início da conversa, que eu não estava ali aguardando um atendimento, como elas.

Eventualmente, notei que permanecer naquele espaço durante algum tempo, com uma postura receptiva às usuárias e profissionais de saúde que ali transitavam, permitia que, com alguma frequência, fosse eu, também, convidada a estas interações, adentrando em diálogos acerca de suas experiências naquele e em outros serviços de saúde, seus itinerários terapêuticos, relações com os profissionais, suas percepções de cuidado ou descaso e, mesmo, de violências, ainda que não necessariamente nomeadas deste modo. As interações com os profissionais tomaram um outro caminho. Enquanto que as ACS foram minhas principais interlocutoras, inclusive sendo importante ponte para o contato com as usuárias entrevistadas, o diálogo com os profissionais foi facilitado pela minha própria identificação como profissional de saúde, atuante naquele espaço em um momento anterior à condução do trabalho de campo e mantendo relações de amizade e algum grau de intimidade com um número considerável dos trabalhadores.

Com alguma frequência, era convidada para alguns espaços também coletivos, porém restritos aos profissionais, como a Sala de Reunião, onde permaneciam alguns profissionais realizando trabalhos burocráticos, bem como ao médico que estava em posição de preceptoria – era uma unidade que dava lugar a um programa de residência médica em medicina de família e comunidade. É interessante observar que, naquele espaço, pude participar de discussões de caso, ser consultada acerca de fluxos da rede de atenção e convocada a auxiliar em alguma tarefa mais específica que envolvesse o cotidiano da unidade.

Esta proximidade com os profissionais era, entretanto, perceptível pelas usuárias com alguma recorrência por algumas insígnias como cumprimentos afetuosos, brincadeiras e conversas informais, por vezes posicionando-me de antemão como participante deste grupo e, inevitavelmente, dando um contorno diferente do intencionado à minha presença em campo. Discorro mais profundamente sobre este jogo de posicionalidades em campo em capítulo específico.

2.3 Observação de atividades em grupo: o grupo de Planejamento Reprodutivo e o Grupo de Mulheres

Às terças-feiras ocorriam, quinzenalmente e de modo alternado, dois grupos: o “Grupo de Mulheres”, coordenado por uma das médicas, Luiza – uma das profissionais entrevistadas – e pela psicóloga da unidade, e o grupo de Planejamento Reprodutivo, facilitado por uma das enfermeiras. Este último grupo é uma atividade programática que está no escopo da carteira de serviços do município, amparada em políticas que derivam da LPF, enquanto que o primeiro partiu da iniciativa das profissionais a partir de demandas recorrentes em consultas, como será melhor descrito ao longo do texto.

Oficialmente, o grupo de Planejamento Reprodutivo era uma atividade coletiva destinada a homens e mulheres que desejassem orientações acerca de meios e métodos relativos à concepção e contraceção. No entanto, costumava ser frequentado mais recorrentemente por mulheres e, em menor medida, homens, em busca da realização da laqueadura ou vasectomia, e algumas usuárias que eram encaminhadas do guichê em busca de melhores orientações acerca de outros métodos, como o DIU de cobre. Os encontros costumavam acontecer em formato de palestra, com as cadeiras distribuídas em formato escolar, de onde as usuárias e usuários assistiam a *slides* que traziam as peculiaridades de cada um dos métodos contraceptivos disponíveis na rede pública.

O aspecto de “concepção”, enquanto orientações para quem desejasse ter filhos, não figurou como tema nos encontros dos quais participei, apesar da reiteração da enfermeira responsável de que aquele também poderia ser um objetivo do espaço. Após a apresentação, ela abria espaço para o diálogo, que costumava ocorrer, ainda que timidamente na maior parte das vezes. Surgiam desde dúvidas a narrativas permeadas por representações acerca dos diferentes métodos, bem como medos e receios em relação a alguns destes, principalmente em torno do dispositivo intrauterino.

O Grupo de Mulheres, por sua vez, era frequentado por usuárias de diferentes faixas etárias, com maior assiduidade, entretanto, de mulheres mais velhas. Havia um grupo relativamente fixo de mulheres, porém, sempre com a presença de alguma que estava ali pela primeira vez. As reuniões variavam quanto ao tema, e, na maior parte das vezes, eram conduzidas a partir de dinâmicas disparadoras. O objetivo era oferecer um espaço de diálogo e escuta para mulheres em algum grau de sofrimento psíquico, bem como em situação de fragilidade em suas redes de apoio.

Em alguns dos encontros havia uma atividade disparadora que culminava, de modo geral, em uma roda de conversa. Apesar de haver um tema predefinido, entretanto, com frequência as conversas eram tensionadas pelo fio das questões de vida trazidas pelas próprias mulheres que estavam ali presentes. Com frequência, as mulheres que estavam ali pela primeira vez haviam chegado ao espaço mediante prescrição de algum profissional, fora ou dentro do consultório, motivada por algum sofrimento por elas trazido, ou mesmo como uma forma de acesso à psicóloga da unidade.

Eram estas mulheres, até então desconhecidas das que compunham o coletivo, que costumavam trazer narrativas acerca de suas vidas naquele momento e que se tornavam centrais, trazendo medos, dúvidas, lutos, perdas e preocupações consigo e com os seus. Um aspecto se evidenciava, entretanto, ao longo dos encontros: seus papéis enquanto cuidadoras de outros e a sensação de sobrecarga que verbalizavam.

2.4 Entrevistas abertas com profissionais de saúde – médicas e enfermeira – e com usuárias da unidade

Deste modo, optei por recorrer às entrevistas abertas e aprofundadas enquanto procedimento para acessar os diferentes sentidos e significados associados às práticas com atenção à saúde reprodutiva, tanto por usuárias como por profissionais que estivessem à frente destas práticas, compreendidas em sua relacionalidade. Por serem abertas, cada entrevista seguiu um fio condutor único, a partir de tensões estabelecidas entre o que era compreendido, inicialmente, como “saúde da mulher”, para as usuárias, bem como, em algumas das entrevistas, tendo o objetivo que as levou até a unidade naquele dia, ou a relação estabelecida com o serviço e com seus profissionais, como disparadores dos diálogos. No que se refere às entrevistas com as profissionais, com as quais já tinha uma relação construída previamente a este momento, partimos de particularidades de suas práticas individuais, como descrevo mais à frente.

O convite a potenciais participantes foi realizado, inicialmente, através da apresentação do projeto de pesquisa aos trabalhadores da unidade. Este momento, pactuado com a gerente previamente, ocorreu em meu segundo dia em campo. À época, propunha-me a desvelar a partir das interações entre profissionais e usuárias, tendo enquanto vetor as práticas com atenção à saúde reprodutiva, processos de violências e agenciamentos. A elaboração de

como dizê-lo, entretanto, me trouxe certa ansiedade: como ser plenamente honesta em relação ao meu objeto de pesquisa e, ao mesmo tempo, não gerar a sensação, naquele grupo que me recebia generosa e abertamente, de que o meu papel seria de perscrutar seus trabalhos em busca de “falhas”, desassistências e, mais gravemente, violações?

Lembro de ter passado a tarde do dia anterior com uma das profissionais com quem tinha uma relação de amizade, nutricionista que compunha a equipe multiprofissional. Ensaiei com ela alguns jeitos de narrar o objeto de pesquisa. No dia, fui anunciada durante a reunião geral, em meio a outros temas de interesse da unidade. Minha presença, enquanto retorno àquele lugar, era bem vista e celebrada. Apresento brevemente meu objeto de pesquisa, e opto por fazê-lo sem maiores rodeios. Cito que perpassa o tema das violências, e explico de que modo estaria presente: nos guichês, nos corredores e que, eventualmente, convidaria formalmente algumas pessoas daquele grupo para serem entrevistadas sobre suas práticas. Interessantemente, não identifiquei expressões de insatisfação, receio ou resistências à minha presença em campo, naquele momento, mesmo após a anúncio do objeto de pesquisa. Coloco-me disponível para responder a perguntas que surgissem, e não há. Sinto alívio em ter cumprido esta formalidade e ter tido minha presença, agora também “informalmente”, autorizada.

Passadas as primeiras semanas em campo, comecei a elaborar de que modo convidaria profissionais e usuárias para serem entrevistadas. Dentro do grupo das profissionais, propus o convite a duas médicas e uma enfermeira, levando em conta disponibilidade nos dias em que eu estivesse presente, tempo decorrido de trabalho na unidade – foram excluídas profissionais cujo tempo fosse inferior a seis meses –, bem como abertura às interlocuções durante o trabalho etnográfico.

As duas médicas, Angela e Luiza, foram colegas do mesmo programa de residência do qual fiz parte, contexto no qual nos conhecemos. Eu e Luiza chegamos a trabalhar juntas na unidade durante certo período, bem como Sueli, a enfermeira. Angela iniciou seu trabalho como médica da mesma equipe da qual fiz parte, após a minha saída. Já havíamos, em encontros anteriores, conversado sobre a pesquisa, e notava interesse e disponibilidade de ambas para posterior convite, estando, também, implicada em seu processo de pós-graduação, com enfoque em saúde da população negra. Luiza era, ainda, a médica à frente do Grupo de Mulheres, o que nos serviu de disparador para a condução de sua entrevista. Sueli já havia, em conversas informais, sinalizado seu interesse pelo tema da violência obstétrica, que relatava abordar em suas consultas de pré-natal recorrentemente, além de ser, naquele momento, uma das enfermeiras atuantes há mais tempo no serviço.

No que se refere às usuárias, inicialmente busquei estabelecer contato para a realização de entrevistas com aquelas que demonstrassem algum grau de abertura ao diálogo durante interações nos espaços comuns da unidade. Entretanto, não obtive retorno após tentativas posteriores de contactá-las por mensagens em aplicativo telefônico. Em dado momento, desabafei com Vera e Edna, duas das ACS que me eram mais próximas, da dificuldade que vinha tendo em convidar usuárias para a pesquisa. As duas prontamente ofereceram-me ajuda, e me colocavam em contato com usuárias que aguardavam por atendimento ou que estavam na unidade para outros fins, e que teriam maior probabilidade, em suas leituras, de aceite da proposta. Esta forma de acessá-las, por um lado, facilitou meu acesso a mulheres que se dispusessem ao diálogo e, por outro, acabou por imprimir um certo viés de seleção em que a maior parte delas mantinha uma boa relação com a equipe e com o serviço, ou, como para algumas, seria interessante que respondessem a uma demanda que não era mais apenas minha, mas, também, das próprias profissionais – ACS – envolvidas em seu cuidado.

Patricia¹⁶, a primeira usuária entrevistada, era uma mulher jovem, mãe de dois filhos pequenos, e pessoa vivendo com o HIV, que buscava recuperar a guarda de seu filho mais novo. O caso estava em articulação entre sua equipe de saúde e o Conselho Tutelar. Foi-me apresentada pela agente Edna como uma “amiga”, e prontamente disponibilizou-se a conversar comigo. Notei, logo ao início de nossa entrevista, que seu aceite havia sido tensionado pelo entendimento de que, de algum modo, aquele encontro lhe auxiliaria em seu objetivo de reaver a guarda de seu filho mais novo, que estava, naquele momento, com o pai. Patricia levou os minutos iniciais a justificar-se em um sentido de se alinhar ao que acreditava ser esperado dela enquanto “boa mãe”, *confessando* os “deslizes” neste percurso e trazendo de que modo se organizaria, a partir daquele momento, para prover as necessidades materiais e afetivas de seus filhos.

Aparecida, Lelia e Jurema foram-me apresentadas por Vera, a outra agente comunitária de quem estive mais próxima em campo. As três, mulheres idosas, frequentavam a unidade há um tempo considerável, e trouxeram inicialmente narrativas que tocavam o tema da reprodução de outros modos que não as práticas que envolvessem suas fecundidades, descortinando outros temas de interesse que tocam o campo da reprodução para além de sua dimensão biologizante, como o cuidado. Por fim, a última entrevistada, Carla, foi convidada por mim enquanto aguardava atendimento médico, tendo sido entrevistada ainda antes de sua

¹⁶ Os nomes escolhidos para as entrevistadas nesta pesquisa têm por inspiração teóricas das Interseccionalidades e do feminismo negro mobilizadas neste texto, a saber: Luiza Bairros, Angela Davis, Sueli Carneiro, Patricia Hill Collis, Aparecida Bento, Jurema Werneck, Lelia Gonzalez e Carla Akotirene.

consulta. Talvez por ter sido a interlocutora com quem estabeleci contato sem mediações que soavam institucionais, foi a que me trouxe algumas narrativas mais marcadas de descontentamento com o serviço, quase que em tom de denúncia.

O Quadro 1 abaixo caracteriza as entrevistadas em relação às categorias de diferenciação relevantes a este trabalho. Todas identificavam-se enquanto mulheres cis, motivo pelo qual identidade de gênero não está descrita no quadro.

Quadro 1 – Dados sobre as entrevistadas

Entrevistada	Idade	Raça cor	Orientação sexual¹⁷	Estado civil	Religião	Ocupação
Luiza	32	branca	heterossexual	Solteira	sem religião	Médica
Angela	31	Preta	lésbica	Solteira	sem religião	Médica
Sueli	42	Preta	heterossexual	Casada	espírita	enfermeira
Patricia	21	morena ¹⁸	heterossexual	Solteira	evangélica	do lar
Aparecida	52	Parda	heterossexual	Casada	católica	do lar
Jurema	56	morena	heterossexual	Casada	evangélica	do lar
Lelia	81	Parda	heterossexual	Viúva	católica	aposentada
Carla	43	Parda	heterossexual	Casada	evangélica	Podóloga

Fonte: A autora, 2022.

¹⁷ Quanto à orientação sexual, perguntei às profissionais “qual a sua orientação sexual?”, e às usuárias, caso não compreendessem essa inquirição inicial, “você se relaciona com homens, mulheres ou homens e mulheres?” e, a partir destas respostas, sumarizá-las dentre as categorias mais recorrentemente utilizadas, em posse, entretanto, do entendimento de que nem sempre há um alinhamento entre práticas sexuais, desejos e enunciações (Monteiro *et al.*, 2014).

¹⁸ Aqui, opto por sinalizar suas autodeclarações, nas próprias palavras das interlocutoras, além das categorias empreendidas pelo IBGE, em termo de raça/cor, a partir da pergunta: “de que cor você se considera?”. Entretanto, quando se trata de uma heteroclassificação feita por mim a partir das observações, empreendo as categorias de negra ou branca para designá-las.

2.5 Posicionalidades em campo: duplo-papel pesquisadora-profissional e categorias de diferenciação

O fato de ser, eu própria, profissional de saúde, lugar este já assumido por outros pesquisadores, como Menezes (2006) e Silva (2007), trouxe à tona as peculiaridades de assumir este “duplo-papel”, em seus conflitos e expectativas. Ao meu ver, esta posição facilitaria minha chegada em campo, dirimindo potenciais desconfianças relacionadas à minha presença e intencionalidades na condução da pesquisa, bem como garantiria entendimento prévio das dinâmicas institucionais, como sinalizam Ferreira e Brandão (2021), ao discorrer sobre o exercício da reflexividade na pesquisa antropológica.

De fato, considerando-se a pesquisa etnográfica como produto das relações estabelecidas em campo, minha percepção foi de que, em relação ao grupo dos profissionais de saúde, minha presença nos corredores, *acolhimento* e espaços destinados aos grupos observados foi não apenas tolerada, como naturalizada e incentivada. Isto garantiu a fluidez na comunicação com as diferentes categorias e a abertura à discussão acerca do objeto de pesquisa a partir das situações observadas, em que pese as diferentes categorias abarcadas pelo grupo de profissionais. Deste modo, a heterogeneidade dos atores em campo se deu não apenas pela díade profissionais-usuárias, como também no exercício de interlocução, principalmente com médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

Entretanto, para Menezes (2021, p. 107), o exercício de ser profissional e pesquisadora a um só tempo também implica na necessidade de “despir-se da roupagem de membro de uma certa categoria profissional e/ou grupo social específico, para estranhar regras previamente conhecidas e familiares”. O início do trabalho de campo foi permeado por algumas expectativas e incertezas decorrentes desta posição. Neste exercício de “estranhamento do familiar” (DaMatta e Nunes, 1978), haveria a necessidade de produção de algum estranhamento a determinadas categorias e jargões nativos, já sinalizada por Silva (2007), ao conduzir sua pesquisa em um serviço de saúde mental enquanto psicólogo também atuante na rede de saúde mental.

Se, por um lado, ser lida enquanto profissional de saúde facilitou minha inserção em campo em relação ao grupo de profissionais, por outro, no que se refere às usuárias, posicionou-me em uma ponta deste espectro do qual buscava desviar-me, uma vez que buscava acessar narrativas de conteúdo sensível e que desnudassem os processos de violências possivelmente vetorizadas por profissionais de saúde. Esta diferenciação entre

mim, enquanto pesquisadora, e o grupo dos demais profissionais nem sempre foi possível, não ocorrendo nem de imediato e nem por completo na maior parte das situações em que meu papel em campo era questionado.

Atribuo a este reconhecimento por parte das usuárias tanto a percepção de algum grau de proximidade entre mim e o corpo profissional como as categorias de diferenciação que, invariavelmente, perfizeram as relações estabelecidas. Ainda que informadas pelo gênero, as diferenças de raça e classe evidenciaram-se neste percurso, sinalizando a relevância da perspectiva interseccional não apenas no que tange às relações entre profissionais e usuárias como, também, entre pesquisadora e usuárias, em suas consonâncias e discordâncias, implicando em diferentes negociações em campo.

Deste modo, ainda que me dissesse pesquisadora, e não trabalhadora daquela unidade, este fato era não apenas recebido com alguma desconfiança, como no caso da usuária que pôs em dúvida o fato de eu não ser uma profissional “sob disfarce”, também havia, em minha performance e postura, o que poderia rememorar o que Fleischer (2012) chama de “jaleco invisível”, o que a autora atribuía à “institucionalidade” de sua presença em campo – vestia um crachá e era filiada a uma equipamento institucional, ainda que não do setor saúde –, bem como à celeridade com que formulava perguntas e o escrutínio que perfazia suas interlocuções iniciais. Na unidade-campo, muitos profissionais optam por não utilizar jalecos, e eu também não os utilizava, o que relativiza o próprio jaleco enquanto objeto identificador dos profissionais de saúde, não sem a permanência de um “jaleco metafórico”.

Atribuo à naturalidade com que percorria os espaços da clínica, bem como a intimidade que parecia ter com alguns dos profissionais, além da cor da minha pele, roupas, palavras empregadas e todo um *ethos* corporal, como aspectos que me posicionaram neste grupo amalgamado junto aos profissionais que ali trabalhavam. Profissionais, claro, da equipe técnica – médicos, enfermeiros, equipe multiprofissional –, uma vez que aos ACS, por exemplo, é cobrada sua uniformização, além de, impreterivelmente, apresentarem aproximações e identificações com boa parte das usuárias da unidade.

O “não-uniforme”, portanto, era carregado de elementos simbólicos que se faziam presentes e que conformavam um “jaleco invisível” que, diferentemente de Fleischer (2012), pareceu me vestir durante todo o percurso da pesquisa. Este jogo de posicionalidades é central, ainda, para o entendimento dos poucos relatos de experiências cunhadas como violentas. Não é, entretanto, o único. A unidade-campo conta com um corpo profissional técnico, por exemplo, ainda atípico no cenário da APS. O quantitativo de médicas negras é notável, perfazendo cerca de metade desta categoria, todos, em maior ou menor grau,

implicados com temas que desafiam o racismo das instituições, como a saúde da população negra e a saúde LGBT.

Muitas das ACS, mulheres negras moradoras daquele território, em suas trajetórias e pensamento crítico, também incorporam estas disputas em maior ou menor investimento teórico – compreendendo aqui suas atuações políticas como transbordando o campo acadêmico e compondo a tessitura de suas vidas, na perspectiva de Collins (2000). Portanto, arrisco-me a dizer que sim, é possível que violências de modo explícito, em sua dimensão de violação corporal, não tenham sido flagradas nos discursos também por um processo ativo de evitação da perpetuação de modelos de cuidado autoritários e violentos, especificamente naquele serviço.

É interessante notar, inclusive, que nas entrevistas às profissionais – médicas e enfermeira – foi suscitada outra gama de discussões. A médica Luiza, condutora do Grupo de Mulheres, trouxe o tema do trabalho de cuidado, identificado como subjacente ao sofrimento de mulheres que frequentavam o grupo, como disparador de sua implicação na construção daquele espaço. A outra médica, Angela, trouxe de modo enfático a raça enquanto categoria premente ao pensar as práticas direcionadas a corpos de mulheres negras. A enfermeira Lelia, por sua vez, versou sobre sua inclinação pessoal a levar o tema da violência obstétrica para dentro do consultório, o que atribuiu ao seu interesse em “saúde da mulher” e, ainda mais importante, a sua experiência pessoal de violência obstétrica no decorrer de sua própria trajetória reprodutiva. Entrevistar profissionais mulheres, portanto, além de fazer jus à distribuição quantitativa de trabalhadoras e trabalhadores na APS, permitiu, ainda, a reiteração das corporalidades profissionais como constitutivas das práticas estudadas, em uma dinâmica de intersubjetividade cara ao campo das interseccionalidades.

3 “ESTAS MENINAS NÃO SE CUIDAM, NÃO ESTÃO NEM AÍ”: ESTIGMA, VIOLÊNCIA SIMBÓLICA E O RACISMO INSTITUCIONAL GENDERIZADO

Usuária: Bom dia! Eu queria fazer um teste de gravidez.

ACS: Bom dia. Já são 10 da manhã, a agenda da enfermeira tá lotada... o que aconteceu?

Usuária: Perdi a data da injeção.

ACS: E por que você não veio no dia?

Usuária: (Riso desconcertado) Era dia de jogo do Brasil, a clínica tava fechada...

ACS: Não. Abriu até meio-dia.

Usuária: Não, não. Na verdade, teve operação no dia. Aí a clínica não abriu.

ACS: Pra que dia estava sua injeção?

Usuária: Mês passado.

(Silêncio)

ACS: Coloquei seu nome aqui, mas da próxima vez cuide de não perder porque nem sempre a gente consegue atender no dia! (Fragmento do diário de campo da autora).

Na cena acima, ocorrida no espaço da recepção da unidade, denominado pelos profissionais de *acolhimento*, uma usuária, negra e jovem – no máximo em seus vinte e poucos –, recorre ao guichê de sua equipe e, a partir de uma situação bastante comum durante minhas observações – atraso na aplicação do contraceptivo injetável –, solicita a realização de um teste de gravidez. Para tal, ela lança mão de diferentes justificativas, a partir da reação percebida por sua interlocutora, a ACS. Seu tom transita entre o constrangimento e a jocosidade, até que, por fim, tem seu acesso ao serviço pretendido autorizado pela funcionária que está a sua frente.

Do outro lado do guichê, está a ACS, uma mulher de pele mais clara que a sua e mais escura que a minha¹⁹, por volta de seus quarenta a cinquenta anos. Recebe a jovem usuária com alguma desconfiança e certa rispidez, ao interpelá-la sucessivamente sobre as razões pelas quais não teria ido aplicar a injeção na data correta. Ela parecia já estar disposta ao descrédito, e havia na ponta da língua resposta condizente a cada justificativa. Ao fim, acaba por ceder: não por uma satisfação final com a última resposta dada, mas porque, como compreendido através da observação de interações semelhantes a esta, o acesso à contracepção é prioritário e seria, eventualmente, concedido.

Era semana de ‘pesagem’ para o Bolsa Família. Vera se queixava da necessidade de sucessivas buscas ativas de Natália, gestante recém-chegada ao território. Natália, em seus 26 anos, já tinha quatro filhos e frequentemente faltava às consultas de pré-natal. Seu companheiro, pai da atual gestação, era ‘envolvido’ e morava na zona oeste da cidade, para a qual Natália não poderia retornar, por este mesmo fato. Não trabalhava fora de casa, porém ia para o baile à noite e deixava as crianças com a avó. ‘Estas meninas não se cuidam, não estão nem aí’, desabafa. Em meio ao

¹⁹ Devido à frequente heterocategorização dos sujeitos em campo, opto pela descrição precisa de minha percepção em cena.

burburinho de uma sala de espera cheia de mulheres, jovens e mais velhas, com crianças a tiracolo, era possível acessar o discurso, por parte de algumas agentes comunitárias, em geral as mais velhas, de que as frequentes gravidezes levariam ao aumento do número de crianças. Não de todas: notava que as mais jovens, em sua maior parte, mulheres negras, dificilmente reproduziam falas desta ordem e mostravam-se mais compreensivas no acolhimento destas demandas (Fragmento do diário de campo da autora).

Através deste fragmento, é possível observar em que consiste a caracterização dada à usuária, também jovem e com seus “já quatro filhos”, pela ACS, neste caso, uma mulher entre cinquenta e sessenta anos. Vera era uma mulher que se autoidentificava como parda, evangélica – de Natalia, não sei a cor. Sei apenas, a partir desta nossa interação, que se tratava de um caso interessante a ser compartilhado comigo enquanto pesquisadora, do seu já mencionado número de filhos e de uma gestação corrente de acompanhamento irregular por sua equipe de saúde. Sei, ainda, que o pai de sua atual gestação teria algum grau de aproximação com o tráfico e que sua vinda para o território da unidade era, de algum modo, para se distanciar daquele cenário. Por fim, soubera que Natalia gostava de ir ao baile, deixando seus filhos com a avó, sua principal rede de apoio. Vera conclui com o que entende estar por detrás desta narrativa: Natalia não estaria “nem aí”.

Em ambos os casos, tácita ou explicitamente, estas usuárias são caracterizadas como displicentes e descuidadas em relação às suas vidas reprodutivas. A primeira necessita passar por uma espécie de inquérito para ter acesso ao teste de gravidez que desejava realizar, e o direito de ser acolhida e orientada quanto a esta demanda era sabido tanto por ela quanto pela profissional, o que não ocorreu, entretanto, sem algum grau de constrangimento e imposição de dificuldade ao processo. A segunda usuária, a partir de sua caracterização, carregada de atribuições de sentido e valorações no espectro das moralidades emergentes na relação com as ACS, coroada com a verbalização de que não estaria “nem aí”, tem a ela direcionada a associação comum entre mulheres *faveladas*, jovens, mães e que performam uma sexualidade tida como desviante – neste caso, para o próprio prazer, além da procriação – e o descuido para consigo e para com os seus.

As representações e atribuições de sentido que permeiam as relações entre profissionais e usuárias, exemplificados por meio das cenas acima, podem ser analisadas à luz do conceito de estigma cunhado por Goffman (1988) enquanto conjunto de atributos de conotação negativa associados a determinada característica corporificada, dando-se sempre por intermédio da relação – ou seja, não existindo de modo absoluto –, e sendo, ainda, compartilhado por ambos os atores em cena. Em sua obra original, Goffman (1988) não faz referência explícita a atributos estigmatizantes comuns, e, dentre estes atributos mais comuns

(Bonet, 2006), é inevitável não pensar nas múltiplas categorias de diferenciação, relacionais e interseccionadas, especialmente no contexto sociorracial brasileiro.

A violência simbólica (Bourdieu, 1998) pensada como aquela que opera através de mecanismos “suaves”, quase que imperceptíveis aos agentes da trama, perpetuando certa estrutura de dominação e hierarquias, é caracterizada por Bonet (2013) no âmbito da APS como modos de dominação da ordem do sutil imperam na impossibilidade de dominação direta. Através do que chama de dispositivos de controle, como abordagens infantilizadoras (o autor exemplifica com o fato de mulheres mães serem chamadas de “mãezinhas”) e a prática recorrente de efetuar barganhas²⁰, estas violências tomariam corpo e manteriam o caráter dissimétrico das relações entre profissionais e usuárias. O teor de “infantilização” também emerge da postura de descrédito da primeira cena, direcionada ao sujeito negro impedido de falar sobre si próprio, como apontam Gonzalez (2020) e Kilomba (2019).

Na primeira cena, um dispositivo de controle é acionado em resposta ao uso desviante de um método contraceptivo por parte da jovem usuária: não houve adequação de seu modo de praticar a contracepção às ordenações e prescrições que norteiam o fazer no interior da unidade. Logo, é necessária a retomada deste controle através de estratégias de subjugação. Há uma dimensão autoritária, que Castro (2014) caracteriza como *habitus* médico autoritário. Sendo o *habitus* o conjunto de disposições corporificadas que intermedeiam agência e estrutura de modo apenas parcialmente consciente (Bourdieu, 1983), seu caráter autoritário – aqui não se restringindo ao profissional médico *per se*, mas, sim, ao poder médico simbólico – advém de reproduções e perpetuações que constituem e são constituídas por ele, a um só tempo.

Deste modo, o ato de menosprezar, desconfiar de ou apequenar o outro, por meio de atitudes, gestos e palavras – na primeira cena, a negociação do acesso através de interpelações desconfiadas por parte da ACS e, na segunda, a estigmatização desde a descrição da profissional acerca de quem seria Natalia, a máxima “estas meninas não se cuidam, não estão nem aí” – são classificáveis enquanto violência simbólica no interior do serviço de saúde, em sua articulação com processos de estigmatização que emergem de um aparato de sentidos, significações e identidades compartilhados por profissionais e usuárias.

Ademais, pensando o *habitus* como formas de pensar, perceber, agir e sentir, este modo de categorização excludente de um outro com base em atributos corporificados não

²⁰ Como exemplo da “barganha” enquanto dispositivo de controle, a partir do campo, temos a necessidade de acompanhamento de saúde regular nos moldes institucionais para o preenchimento das condicionalidades do programa Bolsa Família e, logo, o acesso ao benefício.

enseja, por si só, discriminações e iniquidades, delimitando o caráter processual da estigmatização de uma outra perspectiva, Brah (2006, p. 365) legitima esta processualidade ao ponderar a miríade de efeitos possíveis a partir de uma constatação da diferença:

O conceito de diferença, então, se refere à variedade de maneiras como discursos específicos da diferença são constituídos, contestados, reproduzidos e ressignificados. Algumas construções da diferença, como o racismo, postulam fronteiras fixas e imutáveis entre grupos tidos como inerentemente diferentes. Outras construções podem apresentar a diferença como relacional, contingente e variável. Em outras palavras, a diferença não é sempre um marcador de hierarquia e opressão. Portanto, é uma questão contextualmente contingente saber se a diferença resulta em desigualdade, exploração e opressão ou em igualitarismo, diversidade e formas democráticas de agência política.

A autora assevera como os efeitos interpessoais e institucionais destas práticas não são inteiramente previsíveis, de maneira que as dinâmicas de poder configuram-se a partir de um entrelaçamento entre gênero, classe e racismo²¹ de modo subjetivo, relacional e estrutural, a um só tempo (Brah, 2006). Outro relevante conceito para pensar o cotidiano das instituições que compõem a burocracia estatal, portanto, nas suas múltiplas interações, performances e mediações, é o de *racismo institucional*, cunhado inicialmente pelo grupo Panteras Negras, nos Estados Unidos, e discutido por Jurema Werneck em sua articulação com o campo da saúde da população negra no Brasil. Para a autora:

[...] o racismo institucional [...] é a dimensão mais negligenciada do racismo, desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais (Werneck, 2016, p. 541).

A usuária da primeira cena é uma mulher negra, bastante jovem, caracterizada como *novinha*. Fernandes (2021) debruça-se sobre a categoria da *novinha*, enquanto relacional e produzida discursivamente através da percepção não apenas de dada faixa etária, mas de uma performance (Butler, 2003) que enseja imaginário específico. No caso das *novinhas*, esta performance envolveria comportamentos lidos como sexualmente exacerbados, posturas desafiadoras, “pouca roupa” como um ato de exibição do corpo e um descuido inerente ao seu modo de viver. Natalia, por sua vez, não foi caracterizada nestes termos, sendo questionados, no entanto, seu número de filhos e cuidado para consigo, e com eles, bem como o exercício de sua sexualidade. Estas asserções são frequentemente endereçadas a mulheres negras, de modo que ambas as situações, portanto, direcionam inevitavelmente a discussão não apenas às

²¹ A autora frequentemente delimita “raça” entre aspas, questionando esta enquanto categoria de diferenciação compartimentada.

relações de gênero, como às relações raciais, evidenciando a inevitável racialização do gênero (Brah, 2006) através de estigmas reprodutivos.

Kilomba (2019) fala de *racismo genderizado* para pensar o entrecruzamento de vetores de poder que perfaz as experiências das mulheres negras, quando em relação com homens brancos, homens negros e também mulheres brancas, como nos exemplos acima. Para a autora, que resgata as lentes interseccionais para caracterizar a posicionalidade da mulher negra frente aos demais sujeitos – sem a intenção de homogeneizá-las, mas de pensar experiências comuns a seus processos de subjetivação –, a teoria feminista desvinculada de raça, bem como a teoria racial crítica distanciada das implicações dos papéis sociais de gênero, invisibilizam e mantêm as mulheres negras à parte da pretensa universalidade, masculina e branca. Portanto, estigma e violência simbólica tornam-se categorias que, mantidas suas relevâncias, seriam insuficientes para caracterizar estes processos.

No contexto que aqui se desenha, o racismo genderizado se dá nas relações que compõem a APS e reverberam desigualdades de tratamento e acesso com o preterimento de mulheres negras. É por este motivo que as categorias concorrem em articulação, revelando diferentes dimensões do racismo em sua intersecção com políticas de gênero, caracterizando dinâmicas institucionais no âmbito das microrrelações observadas. Milanezi (2024) e Fernandes (2019) são autoras que se propõem à análise das relações entre sujeitos que representam as burocracias, e sujeitos que buscam os serviços ofertados sob a ótica da intersecção entre raça e gênero. A primeira analisa o cotidiano das creches públicas e a segunda, de Clínicas da Família, ambas no município do Rio de Janeiro, esta última já apresentada no início da dissertação.

Milanezi (2024) mobiliza a categoria de *cadastradas difíceis*, no contexto da estigmatização de mulheres negras usuárias do SUS, como componentes de mediações excludentes e obliteração do acesso destas mulheres aos cuidados reprodutivos, tornando o caminho para a efetivação de seus direitos reprodutivos sinuoso e marcado por contingências. Tanto Milanezi (2024) como Nascimento e Melo (2014) sinalizam terem sido convidadas, no contexto de pesquisadoras, a se aproximarem destas usuárias e de suas famílias como objeto de seus estudos, enquanto “casos complexos”. Identifico uma situação parecida vivida por mim em campo. Rosa, ACS e uma de minhas principais interlocutoras, tendo articulado o contato com algumas de minhas entrevistadas, conta-me sobre Deise, *novinha*, mãe de três filhos e gestante do quarto e que, assim como Natalia, não comparecia ao pré-natal nas datas

agendas e era sempre alvo de *buscas ativas*²². Estava com uma consulta agendada naquele mesmo dia, quando seria possível que eu conversasse com ela. Entretanto, Deise, novamente, não apareceu.

O vai e vem de mulheres no interior da unidade é perceptível, sendo o espaço majoritariamente feminino. Muitas acessam com seus filhos pequenos, para consultas e vacinação, em alguns casos, de modo explicitamente vinculado ao preenchimento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, que prevê acompanhamento regular pelo serviço de saúde. Na prática, necessita-se de registros de medidas antropométricas regulares – peso e altura –, além de vacinação atualizada para as crianças. Quanto mais crianças, mais pesagens. Ou melhor: quanto mais crianças pobres – pois estas são as beneficiárias dos programas –, maior é, também, o volume de trabalho a ser realizado.

Fernandes (2019), ao versar sobre o cotidiano das interações institucionais entre mulheres e funcionárias de uma creche pública, discorre sobre as sucessivas negativas deste espaço, em geral permeadas por certa “frieza” das trabalhadoras posicionadas na “porta de entrada”. Elaboram-se, nas entrelinhas discursivas e relacionais deste equipamento de Estado, um conjunto de narrativas que dão sustento a tais negativas não sob a ótica da insuficiência dos serviços, mas, sim, a partir de um suposto excesso de contingente populacional oriundo da sexualidade desregrada deste grupo específico de mulheres.

Este discurso tem algum eco no corpo profissional da atenção primária Brasil adentro, como sinalizam Nascimento e Melo (2014, p. 281), que evidenciam a correlação, a partir do discurso de profissionais, entre a pobreza e a “sexualidade desregrada dos pobres”. A este respeito, Fernandes (2019) nomeia como “políticas de acusação sexual” a prática recorrente de estigmatização das mulheres a partir de suas sexualidades, desde a *novinha* às companheiras de *envolvidos*, bem como ao que chama *mães abandonantes*, que associa àquelas eventualmente chamadas *desnaturadas*.

Há, deste modo, um enraizamento do paradigma controlista, de viés neomalthusiano, ainda que tenha havido uma notória progressão discursiva rumo ao ideário dos direitos e autonomia reprodutiva na construção e redação das políticas públicas, performando um notório descompasso entre estas e sua materialização através das relações nos serviços e desafiando a noção de direitos reprodutivos de modo acríptico e descolado do que Corrêa e Petchesky (1996) denominaram como direitos sociais. Estes correspondem a todo o arcabouço

²² *Busca ativa* é uma categoria êmica que caracteriza a prática de “buscar”, de ir atrás de usuários que necessitem de maior vigilância, especialmente aqueles em situação de saúde que os atrele a alguma “linha de cuidado”, neste caso, a de pré-natal.

necessário para que, de fato, os direitos reprodutivos possam ser garantidos às mulheres. Mulheres pobres, negras, faveladas, mães-solos, que performam sexualidades passíveis de acusação, estariam às margens destes direitos, e necessitariam de estratégias outras de agenciamento que garantam sua autodeterminação, tal qual preconiza a retórica dos direitos.

Retornando à primeira cena descrita, há, entretanto, alguns aspectos que sinalizam diferenças e peculiaridades do campo. Este “não”, por parte da ACS, insinua-se, não ocorrendo de fato. A jovem, após suas reelaborações e diferentes caminhos narrativos, tem sua entrada assegurada, bem como seu acesso ao serviço desejado. Cenas semelhantes repetiram-se ao longo do tempo em que lá estive, e não presenciei nenhuma negativa absoluta, havendo maiores ou menores graus de interpelação, condicionados pelo entremear de diferentes vetores e contingências operantes. O diálogo é tensionado no sentido da “confissão”, que Monteiro e colaboradores (2014) identificam nos encontros no âmbito do cuidado que tratam da sexualidade. Deste modo, acusação e indução à confissão operam em sua faceta punitiva e geradora de constrangimentos à mulher que escapa à organização e prescrição norteadoras dos serviços.

E quem são estas mulheres que “escapam”? Há estigmas específicos que se repetem neste contexto: *mães desnaturadas*, *novinhas* em sua sexualidade excessiva e displicente, mulheres com seus “muitos filhos”. Não há uma definição explícita do que seja uma prole em excesso, sendo esta caracterização endereçada, em geral, àquelas que demonstram padrões de maternagem diferentes das expectativas: as sem marido, com companheiros *envolvidos*, as que não parecem dar conta de cuidar de sua prole conforme as prescrições e ordenamentos dos serviços. A estas mulheres, a gravidez não é desejada e, por vezes, explicitamente desencorajada, como veremos mais à frente.

Com efeito, a contracepção é compreendida como prioritária por parte das equipes, inclusive com a organização de fluxos específicos para que as usuárias não aguardassem por muito tempo, diminuindo o risco de “desistirem”, em aparente contraponto à barreira simbólica ao seu acesso efetivada nas interações nos guichês. É o que aparece na fala da médica Luiza, quando questiono, de forma aberta, acerca de como a saúde reprodutiva aparece em seus atendimentos:

[...] é muito comum, sempre tem alguém também que precisa fazer TIG do anticoncepcional ou vai começar ou perdeu a data. Então sempre tá ali, não tem como ter um turno que não tenha alguma questão assim de saúde reprodutiva. [...] A

gente até agora se organizou com essa coisa do TIG²³ para anticoncepcional que é tão comum e às vezes é uma coisa rápida, mas que embola o turno, que a gente também não pode passar na frente dos outros, mas de um jeito que elas também não vão embora, não fiquem esperando horas pra fazer uma coisa, a gente até reorganizou a equipe e a técnica, ficou de adiantar o TIG para essas meninas quando elas chegarem, pra elas não entrarem dentro do consultório lá pra fazer o TIG. [...] Então era uma coisa meio qual é a nossa prioridade? Se a nossa prioridade é que essas pessoas sejam atendidas, é importante, mas também não pode descredibilizar o outro, aí a gente se organizou desse jeito. Tá dando certo. (Trecho da entrevista com Luiza, médica, 32 anos, branca).

Portanto, ainda que a usuária não pudesse sair “ilesa” deste descumprimento, tendo de passar, ao menos, por algum constrangimento que tornasse este acesso mais pesaroso e desconfortável, há um comprometimento institucional em se evitar tais gravidezes, ora através de discursos controlistas enraizados, ora sob as vestes da facilitação de suas autonomias reprodutivas. É precisamente o alinhamento do paradigma controlista que resiste às estigmatizações amparadas nas relações raciais e de gênero que dão contorno às interações no serviço – que aqui aposto chamar de racismo genderizado institucional –, que produz as acusações, exclusões e violações de direitos através de aparentes contrastes: a priorização de uma agenda contraceptiva *versus* o entrave ao seu acesso quando desviante às prescrições e ordenamentos dos serviços, bem como em relação à noção de “planejamento”, que apenas dimensiona o plano da racionalidade no exercício da sexualidade.

Aqui, é a gravidez “acidental” destas mulheres precisamente o efeito temido da negativa ou do uso irregular dos métodos contraceptivos. Há, portanto, uma bifurcação: é possível que esta gravidez, ainda que desejada em sua imprevisibilidade, não seja desejada pela equipe de saúde, culminando em maternidades questionadas, negadas e, por conseguinte, violadas.

²³ Teste Imunológico de Gravidez, ou teste rápido de gravidez, utilizado para o diagnóstico de gravidez através do contato da urina com fita que contém reagentes químicos.

4 “HOJE EM DIA SÓ ENGRAVIDA QUEM QUER”: SABERES E REPRESENTAÇÕES EM TORNO DAS PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS

4.1 Os métodos contraceptivos na tensão entre a “escolha livre e informada” e a *norma contraceptiva*

Cabral (2011; 2017) sinaliza sobre o caráter relacional e contextual da contracepção, delineando a indissociabilidade entre estas práticas e o âmbito da sexualidade, das relações de gênero e das afetividades. Propõe-se a complexificar os processos decisórios que permeiam as trajetórias reprodutivas das mulheres, contrapondo-se à lógica de que a ocorrência de “gravidezes imprevistas” seria derivada da falta de informação adequada ou de acesso aos diferentes métodos, tão somente, hipótese da qual derivam as principais políticas e normativas concernentes à contracepção no Brasil. Para a autora, “a sexualidade e a contracepção integram roteiros sociais aprendidos” (Gagnon; Simon, 1973 *apud* Cabral, 2017, p. 1095).

Neste sentido, a contracepção e seu manejo devem ser analisados como imbricados em um contexto mais amplo, que abarca as relações afetivo-sexuais e de parentesco, inscritas na matriz heterossexual (Butler, 2003), bem como atreladas às dinâmicas sociorraciais, geracionais, territoriais e aos demais vetores de poder que circunscrevem tais relações e delineiam os diferentes modos de agenciar a contracepção. O trecho a seguir traz um fragmento da entrevista com Lélia, uma mulher idosa, parda e viúva, e nos é ilustrativo para pensarmos a relacionalidade e as contingencialidades que permeiam as práticas contraceptivas.

Lélia: A minha irmã me deu comprimido escondido do meu marido. Por ele, eu teria mais. A minha irmã me deu aquele novo lá, esses comprimidos. De noite ela vinha e me dava os comprimidos [...] pra mim não engravidar. Não, porque não dava, né? Já tinha criado cinco. Quatorze, quinze anos a mais nova, tava o quê, tava com oito anos.

Dandara: E foram muitos anos assim, que a senhora ficou tomando esse remédio?

Lelia: Aí eu não me lembro. Não me lembro, sei que eu não engravidei mais, aí eu não sei até quando ela me deu. Porque se ele soubesse, ele ia brigar muito. Às vezes ele fazia assim, ah tá bom, uma só tá bom. Aí era assim. Já passamos muito sufoco, não sabia, se cismava de ir embora eu ia ficar com um monte de criança (Trecho da entrevista com Lelia, 81 anos, parda, viúva).

A narrativa de Lelia traz uma situação que pode ser lida como extrema e anacrônica. Ela nos conta sobre a estratégia da qual precisou lançar mão para não mais se sujeitar ao desejo do marido de ter mais filhos. Precisou da ajuda de sua irmã para ter acesso a contraceptivos, e tomá-los escondido de seu esposo, sob o risco de represálias por parte dele. Em seu discurso, demonstra estar ciente de que lhe cabia a responsabilidade sobre as práticas contraceptivas do casal, uma vez que ceder às pressões do marido para ter mais filhos significaria agravamento de sua situação de escassez. Ela levava em conta, inclusive, a possibilidade do abandono, caso o marido “cismasse de ir embora”, cenário no qual, independentemente do número de filhos a serem providos, possivelmente caberia a ela a totalidade do cuidado.

Descortinam-se, aqui, tensões entre norma e agência. A dimensão de violência inscrita em sua relação emerge a partir da descrição de um marido que iria “brigar muito”, caso soubesse de sua decisão em tomar a pílula. A figura deste marido é também ilustrada a partir de uma *ausência* (Fernandes, 2021) que se desenha nas entrelinhas. Ao menos parcialmente, ele falta à tarefa de cuidado de seus filhos, o que também se revela na sensação expressa de maior responsabilidade que Lelia afirma ter, bem como pelo fato de somente dela partir a preocupação em não mais ter filhos, disparadora da busca de algum modo de poder fazê-lo. Sabemos, a partir de sua fala, sobre seu desejo de não mais engravidar, um desejo que parece estar vinculado, em algum grau, à sua condição de responsável pelo trabalho de cuidado, em uma situação de precariedade socioeconômica que ela descreve como “muito sufoco”. Para além destas condicionalidades que perfizeram sua *escolha* por fazer uso da pílula, esta mesma *escolha* se deu, também, em segredo, por um caminho que só foi possível através do apoio de uma outra mulher que compõe a sua rede.

Fernandes (2021) identifica a *ausência* com característica das representações do (não) exercício da paternidade na vida das mulheres, figurando como força que reitera estigmas a elas direcionados quando, em resposta a esta presença “faltante”, elaboram diferentes formas de agenciamento para a construção de modos de viver possíveis para si e para os filhos. É precisamente neste cenário de *ausência* que Lelia acessa a contracepção, podendo se desvencilhar do caráter coercitivo da pressão de seu esposo para que engravide.

Este caminho de não mais ter filhos se faz possível pelo advento da pílula contraceptiva, o que ocorreu a partir do final da década de 1960. A partir de então, a responsabilidade sobre a contracepção é transferida radicalmente: desde os homens, em um cenário em que métodos como o coito interrompido e a camisinha eram os mais prevalentes, às mulheres, através de métodos farmacológicos que dependem do manejo cotidiano por parte

delas (Cabral, 2017). Esta responsabilidade gera, no entanto, uma duplicidade: possibilita que a contracepção seja levada a cabo de modo independente do parceiro, enquanto que, por outro lado, acaba por desresponsabilizá-lo de eventuais “fracassos” destas práticas.

No cerne desta duplicidade não reside uma contradição, mas uma norma reiterada: mesmo antes de tomar a pílula, a ela caberiam os reveses da parentalidade, o que se reafirma quando assume, por completo, o controle sobre sua contracepção. Por outro lado, é inegável que sua possibilidade de acesso à pílula foi fundamental para que pudesse atingir algum grau de autodeterminação no que se refere à esfera reprodutiva. É com alívio que Lelia conta, portanto, de como pôde gerir sua fecundidade de modo a encerrar seu ciclo de gravidezes, a despeito da intencionalidade de seu marido, dentro de seu contexto conjugal.

O que ocorreria, no entanto, caso, a despeito de seu manejo da contracepção, fortuitamente ou vinculado a um uso diferente do prescrito, ocorresse uma gestação imprevista, ou seja, “não-planejada”? Possivelmente, em um contexto contemporâneo de acesso e incentivo à contracepção no âmbito da APS, seriam aventadas as mesmas hipóteses de descuido e displicência direcionadas àquelas com “muitos filhos” ou em usos desviantes de contraceptivos, ou, ainda, de um desejo oculto, não-expresso, de engravidar. A este fenômeno – de que toda mulher que tenha relações sexuais necessita fazê-lo com os cuidados contraceptivos adequados – as autoras francesas Bajos e Ferrand (2004) dão o nome de *norma contraceptiva*. Os fragmentos abaixo ilustram o enraizamento e a reprodução da *norma contraceptiva* e seus desdobramentos, a partir dos discursos de uma profissional e de uma usuária.

Certa ocasião, chega ao guichê Joana, gestante que aparentemente já estava em seu terceiro trimestre de gestação. Veio para vacinar o caçula de seus filhos – este estava no colo, e segurava um outro, maiorzinho, pela mão. Quem estava no guichê era Vera, que a relembra da consulta de pré-natal que havia sido remarcada para aquele mesmo dia à tarde, com a enfermeira. Joana confirma que retornaria para o atendimento. Quando ela sai, Vera fala um pouco melhor sobre ela. Era uma gestante com uma relação mais tensa com a equipe, tinha se desentendido com a médica, pois esta teria lhe negado um laudo. Estava indo direitinho às consultas, priorizavam consultas de enfermagem, e, ao mesmo tempo, a assistente social estava acompanhando o caso mais de perto. Vera pontuou que a gestação de Joana não foi planejada e que ela passou mal a gestação toda, e que estava tendo problemas no trabalho, que era exaustivo – tinha que ficar de pé o dia todo, por isso o pedido do laudo. ‘É uma pena... Mas, hoje em dia, só engravida quem quer’, ela diz. Me interesse por esta afirmação e peço que elabore melhor. Ela prossegue: “estas meninas engravidam porque, qualquer coisa, é só tirar... não sei” (Fragmento do diário de campo da autora).

Ah, é porque igual as meninas falam, que é com a injeção de posto que tu engravida, não. Não engravida, você engravida se você não se cuidar. Igualzinho, nesse mês você ainda não tomou injeção, você já vai ter relação então você tem o risco de

engravidar, claro que tem. Se eu tô me cuidando, vamos supor, tomei hoje, aí amanhã a menstruação desceu, aí foi embora. Aí em vez de eu vir no posto tomar injeção, eu vou fazer relação sexual. Claro que eu vou engravidar. O meu estômago tá limpinho, tá movido a injeção, entendeu, então qualquer coisa que pingar já ser efeito de engravidar rápido. Então é isso que eu tô fazendo. Desceu a menstruação, já vim tomar injeção. Não pretendo me encher de filho, não entendeu, eu sou nova também, aconteceu esses problemas, mas Deus sabe de todas as coisas, que a única coisa que tem é o Senhor, mais ninguém. Pretendo caminhar, pretendo fazer isso tudo na minha vida, pretendo melhoria (Trecho da entrevista com Patricia, 21 anos, morena, solteira).

Como disse, Vera foi uma das minhas principais interlocutoras em campo. ACS bastante receptiva a minha presença no guichê, foi a pessoa com quem troquei durante a maior parte do tempo naquele espaço. Era uma mulher que se identificava como parda, não tinha filhos e transparecia, através de algumas de suas colocações, certo conservadorismo. Este vinha através de preocupações que me pareciam genuínas, porém demarcadas por seu lugar no mundo – era uma mulher evangélica, de cerca de cinquenta anos –, o que culminava na reprodução frequente de assertivas carregadas de moralidades. “Hoje em dia só engravida quem quer” é mais que um dizer que sai, fortuitamente, de seus lábios. Simboliza a compreensão reiterada das trajetórias reprodutivas das mulheres como dependentes tão somente de escolhas lineares e autônomas que cada uma, a despeito do seu contexto, toma para si. Finaliza ao dizer que “qualquer coisa, é só tirar...”, em uma associação da prática do aborto à suposta displicência daquelas que, também, engravidam não necessariamente “sem querer”, mas “sem dever”.

Já Patricia, interlocutora de cuja entrevista extraio o segundo fragmento, é uma mulher jovem, de 21 anos, que tinha dois filhos pequenos. Mãe solo, era, também, uma pessoa vivendo com HIV. Recém-chegada ao território, foi apresentada a mim por Lúcia, ACS de sua equipe, quando, enquanto conversávamos, disse estar precisando contactar usuárias para esta etapa da pesquisa. Lúcia me apresenta a Patricia como uma amiga, e alguém que “pode ajudar”. Ela, de pronto, aceita conversar comigo. Quando chegamos à cena da entrevista, explico o que faço, me colocando enquanto pesquisadora de “saúde da mulher”. Como enunciado na descrição de nosso contato inicial, seu filho menor, de dois anos, havia sido levado pelo pai para longe dela no contexto de uma relação litigiosa e violenta.

Naquele momento, seu contato com a equipe de saúde era motivado por conseguir algum tipo de assistência para que pudesse recuperar seu filho e, ainda que eu tenha explicitado as reais motivações de nossa conversa, tive a todo tempo a impressão de que Patricia entendeu aquele espaço como mais um em que deveria comprovar sua capacidade em ser uma “boa mãe”. É nesse contexto que, após direcionar a conversa rumo a sua trajetória

reprodutiva, Patricia conta do método do qual faz uso, do modo que acredita ser o correto. Arremata ao dizer: “você engravida se você não se cuidar”. Ela, assim como Vera, verbaliza acreditar que, a partir de uma escolha consciente em fazer uso de um método contraceptivo – que seria, neste caso, “se cuidar” devidamente –, uma gravidez não acontece. Talvez, ainda, esta narrativa diga respeito à forma como a gravidez na “juventude soropositiva” é vigiada e normatizada por parte dos profissionais de saúde e outros agentes sociais (Cunha, 2015).

Da norma contraceptiva emerge um importante desdobramento: a mulher que assente com a gravidez, a “mãe disponível”, deve, também, corresponder à “boa mãe”. No seio das afirmações de Vera e Patricia reside a responsabilização majoritária da mulher pelos cuidados contraceptivos capazes de preveni-la de uma gravidez. A gravidez, enquanto acontecimento, deve estar impreterivelmente associada a um desejo, e será sempre uma *escolha*, ainda que inconfessa. Aqui, o grifo na expressão *escolha* se dá com o objetivo de complexificar estes percursos decisórios, contrapondo a retórica positivista imbuída neste termo, presente nas práticas de saúde e nas políticas públicas que as norteiam, como sugerido por Cabral (2017). A autora desafia a ideia prevalente de que um sujeito plenamente cognoscente, por meio de processos decisórios binários, faria escolhas com base em relações custo-benefício pouco complexas.

Isso não quer dizer, entretanto, que mulheres em usos “inadequados” de métodos contraceptivos não estão cientes do “risco” de engravidar, mas, sim, que ponderam os possíveis “custos” da contracepção frente às incertezas de uma gravidez (Cabral, 2011). Há, portanto, terreno para as ambivalências deste processo, bem como para a assunção da agência feminina no que se refere ao modo como conduzem suas vidas reprodutivas. Neste sentido, a gravidez imprevista não se resume à ordem do desejo ou não-desejo. Ambivalências, contingências e, não obstante, violências, contornam os processos decisórios das mulheres em torno do gestar. Entretanto, as práticas de saúde, em consonância com as políticas e normativas que as orientam, tendem a desconsiderar ou minimizar estas tensões como centrais às trajetórias reprodutivas. O Caderno de Atenção Básica intitulado “Saúde sexual e reprodutiva”, documento do Ministério da Saúde traz que:

A atenção em anticoncepção pressupõe a oferta de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico e de um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens, mulheres, adultos(as) e adolescentes, num contexto de **escolha livre e informada**. Na atenção em anticoncepção, é muito importante oferecer diferentes opções de métodos anticoncepcionais para todas as etapas da vida reprodutiva, de modo que as pessoas tenham a possibilidade de escolher o método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida (Brasil, 2010, p. 111, grifo próprio).

Neste percurso, é comum que haja dissonância entre o prescrito e o manejo cotidiano da contracepção. Em conversas presenciadas nos corredores e filas da farmácia, era comum que a contracepção fosse o tópico principal. Mulheres contavam sobre os efeitos dos medicamentos em seus corpos, como o fato de “engordarem”, “secarem o leite” ou “mexerem com o emocional”. A correlação com o domínio da sexualidade é expressa de modo explícito por algumas. Desde o frequente receio de que a “cordinha do DIU”²⁴ seja sentida pelo parceiro durante a penetração, até a verbalização por uma das interlocutoras entrevistadas que disse “gostar de ter relações com ele”, evocando aspectos discutidos em outros textos socioantropológicos sobre contracepção, como a associação entre sexo e espontaneidade, partindo do pressuposto de que o DIU não exigiria um manejo que “cortasse o clima”, quando comparado com a camisinha (Cabral, 2017).

A oferta institucional e as práticas de aconselhamento são suficientes para garantir o desejo de não ocorrência de uma gravidez imprevista? Que elementos concorrem não apenas para a garantia do desejo de não engravidar, como, também, para o grau de afirmação, ou não, deste desejo? Na esteira desta discussão de Corrêa e Petchesky (1996), bem como levando-se em conta o paradigma da justiça reprodutiva (Ross, 2006), que escolhas são possíveis nas trajetórias reprodutivas das diferentes mulheres? Neste sentido, seria necessário um reenquadramento das políticas e das práticas para que se levem em conta os diferentes contextos relacionais, econômicos e sociorraciais que contornam os processos de tomada de decisão, desde engravidar ou não, a de que modo evitar uma gravidez que porventura não se deseje. Com efeito, a própria retórica do *Planejamento*, que nasce “familiar” e hoje se diz “reprodutivo”, como veremos mais à frente, pressupõe a gestão das práticas contraceptivas através de uma escolha baseada tão somente na eficácia (Brasil, 2004; 2013a; 2016).

Esta lógica, reproduzida em políticas e normativas a respeito dos direitos e da saúde reprodutivos, desde o seu construto, surge desconectada não apenas dos efeitos das relações de gênero em suas multiplicidades, como também do arcabouço sociorracial, sexual, afetivo, econômico e territorial que perfaz as experiências e processos de subjetivação dos diferentes grupos de mulheres. Para Fabiana, que teria consentido com a gravidez, uma vez que não apenas engravidou, mas não “tirou” – o que, no discurso de Vera, surge como possibilidade para “estas meninas”, mesmo no contexto de clandestinidade do aborto no Brasil – seu desencaixe do ideal da “boa mãe” eventualmente lhe tira o filho. Ao mesmo tempo, é a busca

²⁴ Dispositivo intrauterino

de se conformar a este papel que se apresenta enquanto caminho para reclamar sua maternidade de volta.

Portanto, se a regulação da contracepção, por um lado, possibilita uma maior autonomia das mulheres quanto a suas decisões em ter ou não filhos e quando tê-los, acaba por reiterar, através da *norma contraceptiva*, não apenas a faceta moralizante atrelada à autogestão da reprodução pelas mulheres, como também possibilita a reatualização da divisão sexual do trabalho enquanto mantenedora da condição de dominação masculina. Isto ocorreria, para as autoras, através da frequente correlação entre a decisão de gestar, ou não, e o manejo de suas vidas profissionais, a partir do entendimento de que o trabalho de cuidado é de sua responsabilidade, configurando jornadas duplas de trabalho, em vez de uma potencial redivisão dos papéis atrelados ao trabalho reprodutivo, em suma, o trabalho de cuidado (Bajos; Ferrand, 2004).

É premente, entretanto, reenquadrar este debate ao nosso contexto, tanto de ilegalidade da prática do aborto, diferentemente do que é para as francesas, como adensado pelas diferenças de raça e classe que compõem assimetrias e forjam subjetividades. A estigmatização daquela que engravida às margens de um *planejamento*, quando pensamos nas interlocutoras no presente estudo, tem nos vetores de raça, classe e território elementos centrais ao processo – a mesma representação da gravidez imprevista enquanto fruto de descuido e displicência direcionada a mulheres com “muitos filhos” ou àquelas que manejam autonomamente, de modo mais passível de falhas, os métodos contraceptivos. Este mesmo discurso culpabiliza estas mulheres pela escassez e *ausências* do Estado, que não “daria conta” de prover o contingente populacional oriundo das gravidezes de mulheres pobres, em suas sexualidades “excessivas” (Fernandes, 2019; Nascimento; Melo, 2014).

Estes estigmas reprodutivos racializados podem converter-se em cerceamento do acesso aos próprios serviços reprodutivos (Milanezi, 2024) ou em sua mobilização no sentido de prevenir determinadas gravidezes, a princípio imprevistas, mas, sobretudo, *indesejáveis*, culminando em maternidades obliteradas e negadas – aquelas exercidas principalmente por mulheres pobres, negras, de baixa escolaridade e residentes em territórios de favela. Estas características têm sido mobilizadas no sentido de retificá-las sob a alcunha das “vulnerabilidades”, que acabam por serem cristalizadas nestes corpos, em detrimento do necessário questionamento destas diferenças que, neste caso, estão atreladas às flagrantes desigualdades que violam seus modos de engravidar, gestar e maternar (Davis, 2016; Carneiro; 2005; Brandão, Cabral; 2021; Brah, 2006).

Retomando Corrêa e Petchesky (1996), a afirmação dos direitos reprodutivos não ocorre sem a garantia de que decisões sejam tomadas em um contexto livre de coerções, o que não seria possível em circunstâncias tanto de violências conjugais e institucionais, como da *ausência* masculina e de Estado, culminando na produção de precariedades que dão contorno às decisões reprodutivas, para as quais o acesso à informação e ampla oferta dos serviços de saúde são apenas alguns dos fatores implicados nesta equação.

4.2 “Diz pra eles cortarem, não amarrarem”: sentidos da laqueadura tubária desde as esterilizações em massa ao “Passaporte” enquanto metáfora

Enquanto tecnologia médica responsável pela interrupção da potencialidade reprodutiva das mulheres, a laqueadura tubária esteve sob o jugo da opinião pública no Brasil desde meados da década de 1980, com debates acionados por diferentes atores, sob diferentes perspectivas (Minella, 1998; Damasco; Maio; Monteiro, 2012), culminando na CPMI da esterilização, realizada no ano de 1991, com gradual reconfiguração de práticas e discursos nos meios acadêmico, institucional e dos serviços de saúde (Brasil, 1993; De Medeiros, 2023).

Ainda que ilegal, era costumeiramente realizada por obstetras durante partos cesáreos, com uma alta importante na incidência de realização de ambos os procedimentos durante as décadas de 1980 e 1990, em mulheres inicialmente de classe média, com posterior difusão para as classes populares. Berquó (1993; 1994) identificava uma “cultura da laqueadura”, ao analisar os dados demográficos da Pesquisa Nacional de Desenvolvimento e Saúde (PNDS) de 1986. À época, a laqueadura era o principal método contraceptivo utilizado pelas mulheres brasileiras. Estes números eram mais elevados nas regiões Norte e Nordeste, bem como entre mulheres pobres, acalorando debates acerca do grau de autonomia inscrito no processo decisório das mulheres submetidas ao procedimento, assim como suas possibilidades de acesso aos demais métodos contraceptivos.

Paralelamente, pesquisadoras e ativistas do movimento de mulheres negras e do feminismo negro alertavam para a ocorrência de esterilizações compulsórias de mulheres negras, principalmente durante a década de 1980. Nomes como Luiza Bairros, então presidente do Movimento Negro Unificado, Jurema Werneck, médica e pesquisadora do Centro de Articulação de Mulheres Marginalizadas (CEAP) e Edna Roland, presidente do

Instituto GELEDÉS, participaram ativamente de mobilizações políticas e acadêmicas, tendo sido figuras ativas, inclusive, no percurso da CPMI da esterilização de 1991. Questionavam os dados censitários, a partir da prerrogativa de que haveria subestimação do próprio quantitativo de pessoas negras no país. Outro ponto central de sua argumentação era o de que as esterilizações de mulheres negras eram, muitas vezes, realizadas enquanto solução médica para tratamento de afecções ginecológicas e suas complicações, dados estes não quantificáveis a partir da metodologia empregada na PNDS à época (Damasco; Maio; Monteiro, 2012).

Este fato é importante, pois os dados censitários não demonstravam distribuição diferencial entre mulheres negras e brancas no que dizia respeito à laqueadura, no entanto, uma análise mais profunda, inclusive a partir dos discursos que circundavam as pautas relativas à reprodução, no âmbito do executivo e do legislativo, denunciava o caráter controlista que, em última instância, propunha-se a ditar “quais mulheres *podem* e quais *devem* ser esterilizadas” (De Medeiros, 2023).

A este respeito, Ribeiro Corossacz (2009) reitera como a autopercepção dos profissionais médicos, enquanto guardiões de um certo ideário de “nação”, opera na regulação da reprodução das diferentes mulheres a partir de suas práticas. Esta nação seria pensada enquanto constituída, idealmente, pelo sujeito mais próximo possível do branco europeu. A autora identificou no discurso dos profissionais certo senso de responsabilização por este destino da identidade nacional, cuja “degeneração” adviria, por fim, da reprodução descontrolada de mulheres pobres. A tal perspectiva controlista estava subsumida a uma retórica biologicista acerca da reprodução e da contracepção, ancorando o discurso de que algumas mulheres produziriam “filhos em excesso”, e sua reprodução deveria, portanto, ser cerceada (Ribeiro Corossacz, 2009). Vale retomar neste ponto, ainda, as reflexões tecidas por Davis (2016) e Carneiro (2005) acerca das esterilizações compulsórias de mulheres negras nos contextos estadunidense e brasileiro.

Destarte, a questão da esterilização de mulheres ao longo, principalmente, da segunda metade do século XX, pode ser lida através de um emaranhado de interesses, em uma complexa articulação de gênero, raça, classe, território, Estado e nação, como analisado por De Medeiros (2023). O relatório final da CPMI da esterilização, de 1993, concluiu que sim, havia, proporcionalmente, um maior número de laqueaduras realizadas em mulheres do Norte e Nordeste, bem como em mulheres mais empobrecidas, corroborando a correlação deste evento com a pouca oferta de outros métodos contraceptivos, bem assim a práticas eleitoreiras

nos rincões do país. Propôs-se, em resposta, a ampliação e aceleração do processo de implementação do PAISM em todo o território nacional (Brasil, 1993).

Há no relatório, ainda, uma seção denominada “Esterilização e Etnia”, em que se pondera acerca da articulação entre raça, reprodução e esterilização. Reconheceu-se que, apesar de não ter sido demonstrada correlação quantitativa, o emprego de metodologias de pesquisas que tornassem possíveis um melhor dimensionamento de esterilizações voluntárias e involuntárias em mulheres negras era premente (Brasil, 1993). É neste contexto, finda a CPMI da esterilização, bem assim com o advento dos Ciclos Sociais da ONU, em especial a CIPD do Cairo e as Conferências de Beijing e Durban, que se instala o cenário propício ao marco regulatório da Lei Geral de Planejamento Familiar (Damasco; Maio; Monteiro, 2012; De Medeiros, 2023).

Observando-se o construto da questão social da esterilização feminina, nota-se que, mesmo diante da voluntariedade do procedimento – sem contar sua realização de modo involuntário ou explicitamente coercitivo–, quando este é realizado por laqueadura tubária, o aspecto de *escolha* é, também aqui, como na discussão prévia sobre contracepção, nuançado pela relacionalidade (Cabral, 2017), pelos diagramas de poder inscritos nas corporalidades das diferentes mulheres, incluindo-se território, bem como pelas múltiplas *ausências* (Fernandes, 2021) às quais estas mulheres estão sujeitas.

Estando em posse, portanto, dos vetores e contingências imbuídos a uma escolha reprodutiva, é possível dizer que, em campo, a laqueadura figura como objeto de desejo de muitas mulheres, que revelam, em seus discursos, narrativas de barreiras de acesso, permeadas por negativas, mediações burocráticas e violações, tendo alcançado a realização do procedimento a algum custo. Este custo pode ser desde financeiro, quando acabam por recorrer a serviços particulares, um custo temporal, quando permanecem por longos períodos na fila, ou, ainda, um custo corporal, quando, durante o tempo em que esperam pelo procedimento, estão sujeitas a adequar-se à seara de intervenções, normas, controle e às frequentes violações que envolvem seu cuidado contraceptivo, os partos que atravessam e as maternidades que estão por vir.

O fragmento abaixo, extraído do diário de campo, descreve uma cena em que duas usuárias conversam, inicialmente entre si, e me convidam, em um segundo momento, a adentrar o diálogo, cujo tema era a laqueadura:

Estava sentada em uma das longarinas da sala de espera e, ao meu lado, duas mulheres que aguardavam atendimento para seus filhos, que brincavam no jardim logo à frente. As duas eram mulheres jovens, aparentando terem entre 30 e 40 anos.

Gisele, uma mulher branca, contava sobre como precisou pagar para que sua laqueadura fosse feita, aos 30 anos, após o nascimento do seu terceiro filho. Antes de tê-lo aos 26, teria tido seu acesso negado ao perguntar sobre sua realização a um outro médico, também particular. Ele a achou jovem para realizar o procedimento, e lhe disse que ainda poderia ter outro filho. Conto a ela sobre o fato de que, legalmente, poderia ter realizado à época, inclusive via SUS. Ela não sabia.

Luana, por sua vez, era uma mulher negra. Tinha dois filhos e hoje estava com 32 anos. Dizia querer muito fazer a laqueadura, e estava ‘na luta’ por isso. Acreditava que teria que pagar. Contou um pouco também sobre seu último parto, na maternidade de referência da unidade. Havia sido uma experiência bem ruim: recebeu um corte grande, seguido de vários pontos, e ainda sentia dor. Não queria mais partos. Inicialmente, sou levada a uma certa estranheza pela sua dificuldade neste acesso: no momento da pesquisa, a fila para a laqueadura estava durando por volta de dois a três meses, e bastava que solicitasse, ou em atendimento ou através do grupo de planejamento reprodutivo quinzenal, sua inserção na fila. Saio da posição de observadora para orientá-la sobre estas possibilidades, que ela recebe atentamente, mas com algum desânimo (Fragmento do diário de campo da autora).

A cena acima nos convoca a algumas reflexões. Primeiro: as discussões supracitadas em torno da questão social das esterilizações em massa durante o século XX denotaria algum tipo de acesso facilitado e de práticas por vezes coercitivas que culminavam em sua realização de forma pouco autônoma para mulheres, especialmente mulheres pobres e mulheres negras. Houve um intenso debate político a partir do qual foi possível, a partir da LGPF, sua regulação e oferta pelo SUS. Entretanto, este fato, por si só, não repercutiu por completo no cotidiano dos serviços e das redes de atenção, de modo que as trajetórias e itinerários de muitas mulheres são marcados por negativas e obliterações de acesso à laqueadura, como verificado por Heilborn e colaboradores (2009) ao entrevistarem usuárias de unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro. Este fato pode estar implicado na percepção das interlocutoras de que tem de estar “na luta” para garantir sua realização, quando assim o desejam.

Um destes aspectos é evidente na conversa com as usuárias. Há algum tipo de moralidade individual que se coaduna à *norma contraceptiva* mobilizada na prática de médicos que, em última análise, decidirão se o procedimento será realizado, ou não. Ciente, ou não, dos critérios provenientes da LPF, o médico que atende Gisele quando esta tinha seus 26 anos, recusa-se a realizar a cirurgia sob a justificativa de que seria demasiado jovem e de enxergar a possibilidade de mais filhos. Algo nesta interação lhe acionou uma maternidade de Gisele como possível, como inteligível, e não podemos responder a esta pergunta com exatidão. É notável, no entanto, que Gisele era uma mulher branca, o que, talvez, acionasse uma maior cautela na realização do procedimento, em contraponto ao modo como mulheres lidas como tendo suas maternidades indesejáveis foram, e ainda são, esterilizadas sem maiores objeções.

Esse acionamento de moralidades é visível no já mencionado trabalho de Ribeiro Corossacz (2009), que entrevista profissionais de saúde envolvidos com a prática da esterilização. Cabe a este profissional, investido do poder que lhe foi concedido e que tornou possível a estratégia biopolítica de controle de populações, e, posteriormente, de corpos individuais, decidir acerca dos destinos reprodutivos das diferentes mulheres. Em última análise, é através de sua fecundidade, a ser interrompida ou facilitada, que se construirá o contingente populacional definidor de uma identidade nacional. É a microcapilarização deste ideário, enquanto norteador de práticas, que se converte nas facilitações e barreiras concernentes à laqueadura tubária.

A retórica de “nação” aciona, por sua vez, outros elementos discursivos. Durante a CPMI da esterilização de 1991, por exemplo, uma das provas apresentadas por Luiza Bairos foram a documentação do discurso preocupante de setores do governo Maluf em relação ao aumento da população negra no país. Há, portanto, a reconfiguração de um discurso que se apresenta e se reinventa de outros modos, sinalizando, entretanto, antigas perspectivas, e que dialoga com a teoria neomalthusiana de controle populacional perceptível nos discursos de profissionais não apenas de serviços particulares, como no caso de Gisele, como também do SUS, como no estudo de Ribeiro Corossacz (2009) e, neste âmbito, desde as maternidades à atenção primária, como nos discursos de algumas ACS deste estudo, corroborados pela discussão trazida por Nascimento e Melo (2014).

Luana, a outra participante da conversa, por sua vez, ainda não tinha conseguido realizar a laqueadura que desejava. Não pormenoriza entraves em sua trajetória que a levem a ter a vivência de dificuldade em consegui-la. Entretanto, acreditava na premissa de que necessitaria, eventualmente, pagar pelo procedimento. Em seguida, conta de sua experiência de um último parto violento, que lhe deixou a dor física de uma cicatriz. É possível que tenha descreditado dos serviços de saúde públicos como um todo, tendo a ideia de que, de algum modo, teria sua autonomia respeitada se “pagasse por isso”. Ou, ainda, que a existência de fluxos institucionais estabelecidos não seja suficiente para que este acesso esteja, de fato, facilitado, ou que tais fluxos sejam, ao menos, conhecidos (Heilborn *et al.*, 2009). Logo ali ao lado, quinzenalmente, ocorria o grupo de “Planejamento Reprodutivo”, que será apresentado mais adiante.

Como discutido em sessões anteriores, estigmatizações e violências do âmbito do *simbólico*, de caráter frequentemente racista, operam como mediações excludentes de acesso e perfazem a experiência de muitas mulheres com os serviços de saúde (Milanezi, 2024). Este complexo engendramento de políticas, moralidades, autonomia e violências circunscreve os

modos de regulação da reprodução a partir de distintas tecnologias de governo, dentre estas, os procedimentos médicos, como o é a laqueadura. Há tanto a imposição destas, a partir de coerções, bem como sua negação, a partir das *ausências* (Fernandes, 2021). Houve, ao longo das últimas décadas, uma transição de paradigmas que, no entanto, reitera e reatualiza a decisão última de quais corpos têm o direito de gestar, e quais não o têm. Que maternidades são desejáveis, e quais não o são. Deste modo, a questão da laqueadura é bastante ilustrativa dessa duplicidade. Se, por um lado, foi historicamente constituída como um procedimento destinado a mulheres negras e pobres, por outro, subsiste enquanto objeto de desejo de muitas destas.

No caso de Luana, o encerramento de sua trajetória reprodutiva pode guardar alguns significados. Desde o não mais ter filhos, ao não mais gestar, perpassando o não mais parir. Não engravidar é também não passar por um parto violento. E aqui podemos retomar o que se inscreve neste desejo de encerramento: há o encerramento não apenas de sua trajetória reprodutiva, bem como de sua dependência dos serviços de saúde, e, conseqüentemente, de potenciais violências a serem inscritas em seu corpo a partir do escrutínio, controle e violações corporais que perfazem os processos de gestar, parir e maternar dentro de uma matriz biopolítica escancaradamente racista. Neste sentido, a decisão pela laqueadura e a busca ativa de caminhos para alcançá-la tornam-se uma manifestação de agência coerente com a sua trajetória, com o seu contexto.

Apesar de não ser da ciência de Luana, até aquele momento, no auditório da unidade ocorria, quinzenalmente, o grupo intitulado “Planejamento Reprodutivo”. “Reprodutivo, não familiar”, reiterava a enfermeira que o conduzia. Os encontros consistiam em projeções e explicações acerca dos diferentes métodos, em *slides*, desde os não-farmacológicos ou procedimentais – como tabelinha, Ogino-Kaus, sintotérmico, de barreira (preservativos internos e externos²⁵) –, bem como os farmacológicos e procedimentais disponíveis à época: pílulas, injetáveis, DIU de cobre e laqueadura.

Os *slides* que compunham suas apresentações traziam os benefícios, efeitos adversos e contraindicações de cada um destes métodos, bem como explicações acerca de seus mecanismos de ação. Eram apresentados a usuárias e usuários, que ocupavam cadeiras dispostas de modo escolar. A lógica subjacente era, portanto, de que em posse do amplo conhecimento dos métodos, cada uma e cada um pudessem chegar à conclusão de qual seria o método a ser escolhido: a tal “escolha livre e informada”. Entretanto, o que se observava era

²⁵ Opto por utilizar as nomenclaturas “interno” e “externo”, uma vez que dizem respeito ao órgão sexual, se pênis ou vagina, e não ao gênero – masculino ou feminino – da pessoa que faz seu uso.

que a maior parte dos usuários que frequentavam o grupo já havia tomado esta decisão previamente, o que se manifesta no fato de as reuniões serem compostas, em sua maior parte, por mulheres desejosas da laqueadura e, em menor número, homens em busca da realização da vasectomia.

Para estes grupos, a participação no “Planejamento” era obrigatória. Após o fim da reunião, as usuárias e usuários interessados vinham um a um falar diretamente com a enfermeira, quando lhes era fornecido um documento, em formato de folder, onde se lê, em seu topo: “Passaporte de planejamento reprodutivo”, usualmente denominado “Passaporte”. Este continha as informações pertinentes à legislação vigente, alguns campos para a assinatura da usuária e outros para a assinatura da profissional. A inserção no SISREG²⁶ também era realizada nesta mesma etapa, o que, virtualmente, inseria aquela pessoa na fila de espera para a realização do procedimento.

Figura 2 – Registro do “Passaporte”

PASSAPORTE DE
PLANEJAMENTO REPRODUTIVO
LAQUEADURA TUBÁRIA
CARTÃO PACIENTE

Este documento pertence a: _____

Cidade: _____

Telefone para contato: _____

Unidade de Atendimento Primária: _____

Equipe: _____

Profissional responsável: _____

ATENÇÃO:
Destacar o "Cartão Instituição" no ato da realização do procedimento e anexar ao prontuário.
Em seguida, fornecer a via "Cartão Paciente" ao(s) usuário(s) que passará pelo procedimento.

Rio PREVIDÊNCIA | SACOS | SUS

Fonte: A autora, 2022.

²⁶ SISREG é o sistema de regulação responsável pela organização das filas para realização de consultas e procedimentos nos níveis secundários e terciários de atenção no país.

Havia a abertura de espaço para comentários e dúvidas, o que, em alguns encontros, acontecia e em outros, não. Em dos encontros em que houve fluidez de diálogo, há a presença de Renata, usuária negra de trinta e cinco anos. Carregava uma bebê no colo e segurava uma criança pequena pela mão. Renata desejava realizar a laqueadura e estava visivelmente empolgada com esta possibilidade. Segue um trecho do diário de campo:

Renata parecia feliz com a aproximação da possibilidade de ‘ligar’. De ganhar o ‘passaporte’. Contava que em seus dois puerpérios precisou fazer tudo sozinha, e que nesta última gravidez, da bebê de seis meses que estava em seus braços, já chegou da maternidade precisando estar no fogão. Pergunto-lhe se ela achava que ainda pensaria em ligar caso tivesse tido uma outra experiência, caso seu esposo tivesse chegado junto. Ela prossegue afirmando seu desejo de ligar. Penso que a ausência de resposta a minha pergunta pode se dever tanto ao desinteresse pelo que pergunto – curiosidade apenas minha e possivelmente irrelevante, até mesmo indiscreta, para as mulheres ali presentes – quanto à sensação de que não poderia abrandar o seu desejo de ligar, sob o risco de que, por qualquer motivo que fosse, o ‘passaporte lhe fosse negado’. Não haveria espaço para tergiversações (Fragmento do diário de campo da autora).

A história de Renata revela como a *ausência*, tanto paterna quanto do Estado, faz-se presente em sua decisão. A laqueadura surge, ao menos parcialmente, enquanto resposta a esta ausência, encerrando seu ciclo de dependência do serviço de saúde e protegendo-a do impacto de políticas estatais que possam, de algum modo, restringir seu acesso aos cuidados reprodutivos. Com efeito, a laqueadura, enquanto método definitivo, encerraria sua dependência tanto dos serviços de saúde como, também, de outros métodos contraceptivos – asserção do parceiro, estabilidade de parceria, gestão cotidiana do método e necessidade de seguimento frequente pelo serviço.

O “Passaporte” representa, portanto, uma metáfora: o destino, em posse dele, é da plena garantia de não mais ter filhos, independentemente do contexto relacional, socioeconômico e de acesso aos serviços, por vezes ambientes em que se performam restrições de acesso, seja por escassez de recursos, seja pela imposição de constrangimentos. Para receber este “Passaporte”, entretanto, é necessário “planejar-se”, estando este planejar vinculado a cumprir com as expectativas do serviço da saúde, tanto através do estabelecimento de critérios como por meio da participação neste encontro em grupo, muitas vezes com fins eminentemente burocráticos.

É neste encontro que uma outra usuária alerta a Renata: “diz para eles cortarem, não só amarrarem!”. Ao meu ver, esta frase sintetiza o forte desejo de interrupção da potencialidade reprodutiva atrelada à laqueadura enquanto método a partir das percepções e representações das interlocutoras. “Cortar” remete ao caráter definitivo, à impossibilidade de um reparo deste

ato, enquanto que “amarrar” simbolizaria a persistência de uma possibilidade de que, de algum modo, houvesse a chance de reversão do ato.

O que significa esta nova vida, para onde o “Passaporte” as leva? É, primariamente, uma vida “sem mais filhos”. É, ainda, uma vida em que a preocupação com uma possível gravidez se esvai e, com isso, igualmente a preocupação em preveni-la. Por conseguinte, cessa a necessidade do uso de outros métodos, que demandam certas disposições para seu uso, seus efeitos adversos, taxas de falha que, apesar de “reduzidas” a partir de um uso “ideal”, acontecem – ainda que a laqueadura pressuponha também alguma taxa de falha, o procedimento carrega uma materialidade que torna a contracepção quase que “palpável”, “visível”, através do *cortar* as trompas. Cessa, por fim, a necessidade de cooperação do parceiro, bem assim da oferta e do seguimento institucionais. Almeja-se que o *Passaporte* seja, portanto, apenas de ida.

4.3 Os LARC como resposta: autonomia, corporalidades e coerção contraceptiva

Os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, ou LARC, têm sido o epicentro de importante discussão acadêmica acerca de novas tecnologias de governo que objetivam a regulação da contracepção (Brandão, 2019; 2022; Brandão; Cabral, 2021; Senderowicz, 2019), incitando um debate em torno de formas contemporâneas de populacionismo (Hendrixson *et al.*, 2019). Por populacionismo, Hendrixson e colaboradores (2019) se referem à lógica de controle populacional que persiste e se reconfigura de diferentes modos, através de execução de políticas que propõem soluções tecnocráticas para a contenção de questões que tenham como alvo intervenções de cunho populacional, resvalando, inevitavelmente, em modos de regulação da reprodução.

As autoras identificam como iniciativas internacionais que articulam interesses de diferentes atores políticos, sob o discurso de redução dos impactos da crise climática, têm objetivado, de modo mais ou menos direto, a retomada de um paradigma controlista neomalthusiano, ensejando tecnologias de governo sobre a fertilidade das mulheres sob as vestes de facilitação de sua autonomia reprodutiva (Hendrixson *et al.*, 2019). Neste contexto, Bendix e colaboradores (2019) endereçam especificamente os LARC enquanto tecnologia reprodutiva que tem ganhado destaque, sinalizando como tais iniciativas, provenientes de atores políticos no Norte Global, têm o Sul Global enquanto alvo desta empreitada, dentre

este, muitos países do continente africano, que se tornam solo para “pesquisas científicas, intervenção na fertilidade e extração de capital” (Bendix *et al.*, 2019, p. 15, tradução própria).

Em direção semelhante, Senderowicz (2019) cunha o conceito de *coerção contraceptiva* para analisar os processos relacionais e macroestruturais que tensionam as escolhas reprodutivas das mulheres em direção aos LARC. Para tal, conduz estudo com mulheres provenientes de um país da África subsaariana, identificando em seus discursos pistas que denunciem coerções, que aparecem enquanto um espectro composto por mecanismos mais sutis a violências explícitas. Exemplifica de que modo estas *coerções* se materializam, desde o âmbito relacional dentre profissionais e mulheres, até os modos de gestão da reprodução mais amplo: oferta limitada de diferentes métodos contraceptivos, fornecimento de informações parciais e enviesadas acerca dos métodos, ameaças de prejuízo ao seu cuidado no futuro, insistências, bem como recusa à retirada dos métodos e, por fim, o extremo da inserção sem o seu consentimento.

Por fim, a autora conclui que estas táticas são mais frequentemente empregadas no âmbito do sutil, e que se desvelam de modo mais premente a partir do que identifica como “fatores estruturais”, mais que em relações diádicas profissional-paciente. Dentre estes aspectos da macroestrutura, está a pressão exercida pelos sistemas de metas e indicadores, que derivam dos objetivos do milênio (ODM), como a redução da mortalidade materna e infantil (Senderowicz, 2019).

Brandão e Cabral (2021) consideram que o conceito de *coerção contraceptiva* pode ser uma importante chave para analisar a ascensão recente da oferta dos LARC também no contexto brasileiro. Através de uma etnografia de documentos de Portarias cujo objeto seria a oferta do dispositivo Implanon²⁷, verificam como a categoria das *vulnerabilidades* vem sendo mobilizada no sentido de validar tais estratégias direcionadas preferencialmente a mulheres jovens, pobres e negras.

Na esteira desse argumento, Brandão e Cabral (2021) sinalizam a importância da articulação entre os dispositivos da sexualidade (Foucault, 1988) e o da racialidade (Carneiro, 2005). É evidente, para as autoras, o caráter racista desta oferta diferencial a partir das vulnerabilidades. Observam como a alcunha de *vulneráveis* é reificada e, em última instância, biologizada, não em um sentido de questionamento de ausências e violências que se interpõem a seus contextos relacionais e trajetórias reprodutivas, mas em torná-las

²⁷ Nome comercial do implante subdérmico de etonogestrel, um progestágeno.

estaticamente corporificadas, permitindo, através deste discurso, a aplicação de mecanismos e tecnologias de governo focalizadas no útero.

As autoras acionam, ainda, o conceito de vida precária, em Butler (2011). Ao pensar “esquemas normativos de inteligibilidade” enquanto denotadores de fronteiras que operam entre o humano e o inumano, e quem receberá o *status* de um ou de outro, pode-se questionar tanto que mortes são passíveis ou não de luto, bem como que (novas) vidas são inteligíveis, ou não. Para Brandão e Cabral (2021, p. 72-73):

[...] são vidas que não importam ou são destituídas de valor para serem respeitadas e cuidadas. Mulheres “vulneráveis”, com “vidas precárias”, cuja potencialidade reprodutiva necessita de governo, materializado em seus corpos, através de modernos dispositivos de controle (da fecundidade) de longa duração. Tais corpos serão penetrados pelo Estado, via inserção dessas biotecnologias, consideradas ferramentas de inclusão social.

À época do trabalho de campo, apenas o DIU de cobre figurava como LARC na grade de oferta do município do Rio de Janeiro. Sua inserção era feita no consultório, à época, pelos médicos de família e comunidade. O DIU era ofertado com certo entusiasmo, através de um discurso de praticidade em sua inserção, não conter hormônios que causam efeitos colaterais e por sua reversibilidade. Era notável, no entanto, o receio de algumas interlocutoras em relação a sua colocação. Demonstravam medo de engravidar com ele, mais do que com métodos hormonais, inclusive, além de “ter algo dentro de si” ser fato que, por vezes, ensejava preocupação. O receio da parceria sexual sentir o dispositivo durante a penetração também surgiu em algumas situações, além daquele relacionado à dor do procedimento para sua inserção.

Os fragmentos abaixo são provenientes do diário de campo, e ilustram como o DIU se insere nas trajetórias reprodutivas de duas interlocutoras em campo:

Rebeca era uma mulher negra de 36 anos. Estava na sexta de suas gravidezes. Não havia realizado o pré-natal de nenhuma das anteriores, não sentia necessidade e não tinha tempo. Os filhos passavam, alguns, parte do dia na escola, e sua mais velha, de 16 anos, cuidava dos demais. Quando lhe questiono acerca de figuras paternas, Rebeca diz que estava separada do pai de sua gestação atual, e que o pai dos filhos anteriores mal mandava o dinheiro da pensão, que não gostava de pedir. “O pessoal aqui da clínica tá ajudando nisso, o Conselho Tutelar já sabe... mas eu tive medo de que me tirassem seus filhos”. Rebeca era gari e trabalhava o dia todo na Comlurb. Queria muito conseguir ligar após esse parto, mas tinha receio de não ser possível, como em sua gestação anterior, há três anos. Conta que à época não conseguiu, o que acreditava ter sido pelo fato de que teve novamente um parto “normal”. Desde então, conta que passou por alguns atendimentos com seus filhos, e que lhe ofereceram o DIU seguidamente, mas não queria: “acho muito *invasivo*, não sei explicar”. Pergunto se ela achava a laqueadura também invasiva, não escondendo

minha curiosidade com essa percepção, e ela me diz que não. Não queria sentir que tinha algo “dentro dela”. A laqueadura, ela diz, seria “só cortar e pronto”.

Jennifer (branca, entre vinte e trinta anos) aguardava consulta para sua filha de quatro anos. Era usuária do DIU de cobre há 3 meses, mas queria tirar. Sentia cólicas o tempo todo e ainda não tinha parado de sangrar. Conta que a médica que lhe atendeu, pouco depois da colocação, lhe ofereceu medicamentos para controlar esse sangramento, mas não funcionou. “Deveria ter tentado tirar logo”, ela diz. Retornou em consulta, por fim, para fazer a retirada, quando foi constatado que a “cordinha” não estaria lá. Agora, precisava de um procedimento “mais profundo” para retirá-lo. Imagino que seja uma histeroscopia²⁸. Estava aguardando há cerca de 2 meses na fila, no entanto. Pergunto se ela se arrepende de ter colocado, e ela me diz que sim. “Achei que seria uma maravilha, não queria mais hormônio no meu corpo. Mas não sei pra que que fui inventar” (Fragmento do diário de campo da autora).

No primeiro fragmento temos o caso de Rebeca, que deseja realizar uma laqueadura há certo tempo, com alguns entraves em sua trajetória. É a partir da demora forjada através destas barreiras de acesso que o DIU surge como uma possibilidade a partir da oferta dos profissionais que a atendem, o que é percebido por ela como uma certa insistência, levando-a a justificar seu não-desejo: considerava o DIU “invasivo”. O uso deste termo me levou inevitavelmente a pensá-lo em sua dimensão de algo que invade, que penetra, e é justamente este aspecto inerente a esta biotecnologia que é acionado por Rebeca para refutá-lo. Ainda que a laqueadura também possa nos parecer igualmente “invasiva”, penso que Rebeca não tem esta mesma percepção por se tratar de um procedimento que se encerra, que resguarda uma materialidade outra. O DIU a invadiria e ali permaneceria, diferentemente da laqueadura: “é só cortar e pronto”.

Vale salientar, após termos percorrido as discussões em torno das esterilizações compulsórias de mulheres pobres e negras em nosso país, bem como sua oferta diferencial, intimamente atreladas a desinformações e faltas de acesso a outros métodos, que há um certo *continuum* que conecta historiograficamente o evento das esterilizações em massa ao modo como vem sendo operada a oferta e distribuição dos LARC. Este *continuum* é identificado por Brandão e Cabral (2021), que sinalizam como estes métodos ocupam um espaço deixado pelas dificuldades de acesso à laqueadura, desde a regulação imposta pela LPF até as moralidades acionadas pelos próprios debates em torno das esterilizações nas décadas de 1970 e 1980, sendo pouco aceitável que, em um contexto de fomento dos direitos reprodutivos, se incentive a prática da laqueadura – que é, inclusive, vedada por lei.

²⁸ Exame endoscópico que consiste na inserção de um instrumento, através do colo do útero, para visualização do interior da cavidade uterina.

A respeito da “insistência”, esta é categorizada por Senderowicz (2019) como uma técnica coercitiva rotineiramente empregada, estando no âmbito do sutil. Neste ponto, preocupo-me em delinear estes processos coercitivos mais como o imbricamento de novas tecnologias de governo sobre a reprodução no tecido do cuidado reprodutivo no âmbito do SUS, e menos como violações e sujeições impostas por profissionais investidos de autoridade. Há grande possibilidade de que as profissionais das quais partiram tais insistências acreditassem que disputavam o que lhes parecia de mais benéfico no contexto de Rebeca, uma vez que ela manifestava seu desejo de não mais ter filhos, em meio a dificuldades para que realizasse o procedimento que de fato almejava. Há de se ampliar o olhar, entretanto, pensando-se a partir de como estas tecnologias de governo, em seu caráter coercitivo, fazem-se possíveis, ainda assim, no cotidiano das práticas de cuidado.

Sem dúvida, a ampla oferta do DIU amplia as possibilidades contraceptivas das mulheres, por um lado. Por outro, é preciso que se analise com cuidado o discurso implícito às políticas que culminam nesta mesma oferta. Bem como a laqueadura, os LARC independem da “disciplina” da mulher, como sinaliza Brandão (2019), ao analisar a proposição da FEBRASGO²⁹, à época, de incluir o DIU de levonorgestrel³⁰ na grade do SUS, especialmente direcionado a alguns subgrupos de mulheres que teriam uma maior tendência, portanto, à “indisciplina” – como adolescentes, “usuárias de drogas” e aquelas vivendo com HIV. A insígnia da indisciplina acompanha mulheres que se distanciam das normas de inteligibilidade, evocando narrativas de descuido, irresponsabilidade e abandono.

O DIU, em sua materialidade, e, portanto, em sua independência da *disciplina* da usuária para que exerça seu efeito, coíbe os eventuais esquecimentos dos hormônios orais ou injetáveis, ainda. Transfere, novamente, ao profissional de saúde, a deliberação última acerca das vidas reprodutivas daquelas mulheres: uma vez inserido, por um profissional será retirado, ainda que teoricamente a qualquer tempo. Diferentemente da laqueadura, mantém-se a dependência de um serviço de saúde que eventualmente terá de ser acessado para sua retirada ou troca.

Este aspecto se torna evidente no caso de Jennifer: insatisfeita com o método, teve sua retirada postergada, primeiramente através de tentativas biomédicas de sanar seu desconforto sem a necessidade que o DIU fosse removido e, depois, pela demora em conseguir esta remoção, que necessitaria de um procedimento hospitalar para o qual havia uma “fila de

²⁹ Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

³⁰ DIU que libera o hormônio levonorgestrel no interior da cavidade uterina, ou seja, é um método hormonal, diferentemente do DIU de cobre. Outra diferença entre estes dois métodos é o tempo preconizado de permanência no útero, sendo de 5 anos para o DIU de levonorgestrel e de 10 anos para o DIU de cobre.

espera”. Novamente, o aspecto de *coerção* aparece não através de uma recusa profissional explícita, mas a partir da relativização do seu desejo, de uma insistência, talvez, no método, possibilitando a postergação desse ato não sem antes haver a proposição de uma nova intervenção biomédica que, somada à necessidade de espera por entraves burocráticos que dificultam seu acesso ao procedimento do qual precisa, configuram barreiras de acesso ao desejo de não mais fazer uso do DIU.

Aqui, resgato a crítica tecida à desracialização do termo “violência simbólica”, pontuando que mobilizo o adjetivo sutil não como um amortecedor de violências institucionais, ou mesmo do racismo inscrito em práticas reguladoras da reprodução, mas como um recurso discursivo que desloque tais dinâmicas coercitivas da dimensão da violência explícita intersubjetiva entre profissionais e usuárias em direção a uma compreensão de processos de gestão mais amplos, que se valem da reprodução de um discurso controlista que possibilita intervenções tecnocráticas sobre a fecundidade, especialmente de mulheres pobres e negras do Sul Global.

Recortando para o contexto territorial no qual tomam corpo as práticas analisadas neste estudo, há um direcionamento do LARC enquanto biotecnologias aos corpos de mulheres negras que, assim como em relação às esterilizações em massa, desenham uma fronteira de inteligibilidade dentre diferentes fecundidades e, conseqüentemente, diferentes maternidades.

Uma gravidez imprevista de Rebeca era indesejável mais que por que ela própria, mas por um Estado que gere sua fecundidade sob a ótica de que, de algum modo, seu útero viria a ser produtor de um “excesso de filhos”, excesso este localizado em sua própria fecundidade mais do que nas ausências de perfazem seu modo de ser e estar no mundo – a fragilidade de suas redes de apoio e cuidado, notoriamente objeto de preocupação do serviço. Deste modo, a interrupção de sua fecundidade emerge como solução médica para um cenário em que operam dispositivos de poder que lhe assujeitam à escassez, que lhe “vulnerabilizam” de modo irrevogável, vulnerabilidade esta que produz e é produzida, a um só tempo, pelo caráter de abjeção (Butler, 2019) atribuído a seu corpo simbolizado em uma eventual nova maternidade. Reedita-se, aqui, o princípio da “degenerescência”, eficazmente reproduzido através da retórica dos direitos reprodutivos, em formas contemporâneas de uma lógica populacionista, controlista e neomalthusiana de regulação da reprodução.

5 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ENQUANTO RECURSO DISCURSIVO: PROCESSOS DE NOMEAÇÃO E MARGENS DE AGENCIAMENTO

Diferentes categorias podem ser mobilizadas ao se discutir a violência que informa determinadas relações e fenômenos. Neste tópico, dedico-me a discutir acerca da violência obstétrica, em sua interlocução com o campo, a fim de descortinar processo de subjetivação, nomeação, discursos e práticas que transitam nas imediações teórico-reflexivas acerca do termo. Pesquisadoras como Castrillo (2016), que adota uma perspectiva socioantropológica, e Tatiana Leite *et al.* (2022), através de enfoque proveniente da epidemiologia, evidenciam, sob lentes distintas, o campo de disputas que subjaz ao conceito, cunhado e popularizado recentemente no campo da saúde coletiva e dos movimentos sociais, especialmente na América Latina.

Há, em circulação, algumas definições normativas da VO, demarcadas nos campos institucional, bem como jurídicos e políticos. A Venezuela foi o primeiro país a abordar a VO em sua legislação, a definindo enquanto:

A apropriação dos corpos e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, que se expressa no tratamento hierárquico desumanizador, no abuso da medicalização e na patologização de processos naturais, trazendo consigo a perda da autonomia e de capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente a sua qualidade de vida (Venezuela, 2007, local 9, tradução própria).

Posteriormente, outros países latino-americanos como Argentina, Panamá, Bolívia, México e Uruguai também incluíram o termo em suas respectivas legislações, fruto de tensões entre os movimentos feministas, aqueles pela humanização do parto, em prol dos direitos reprodutivos das mulheres, e as instituições (Leite *et al.*, 2020). No Brasil, o termo VO não figura, entretanto, em políticas, normativas ou quaisquer documentos oficiais, com a discussão nestes termos estando restrita ao âmbito acadêmico e do movimento social em torno da pauta, portanto. Há, todavia, modos mais “brandos” de abordar o alinhamento das instituições com práticas humanizadoras e que coibam qualquer tipo de abuso. Sinalizam as autoras:

No Brasil, não há uma lei federal específica que aborde o tema violência obstétrica. No entanto, a Constituição Federal contempla de forma subjetiva a proteção contra a ocorrência desse tipo de violência, pois a mesma deixa claro que o Estado deve garantir o direito à saúde, à integridade física e mental e à não discriminação. Outro

marco importante foi a convenção de Belém do Pará, quando foi reconhecido o direito de todas as mulheres de viver livre de violência. Para complementar, também é possível citar o código de ética médico que, em seus princípios fundamentais, estabelece sigilo e confidencialidade ao paciente. Porém, o termo violência obstétrica tem sido rejeitado entre os profissionais de saúde que atuam na assistência ao parto, sobretudo no Brasil. **O principal motivo para sua baixa aceitação é a incorporação da patogenização e da medicalização do parto e nascimento à definição.** Assim, embora alguns atos possam ser mais facilmente entendidos como violência, outros, reivindicados por ativistas pela humanização do parto, dizem respeito a procedimentos médicos rotineiros (Leite *et al.*, 2020, p. 486, grifo próprio).

Castrillo (2016) chama a atenção para a multiplicidade de atores envolvidos nas discussões que circundam a VO enquanto categoria no contexto argentino. Para tal, distingue as diferentes nomeações enquanto “objetivas” e “subjetivas”. Por “objetivas”, refere-se àquelas provenientes dos parâmetros normativos, como documentos institucionais e jurídicos, bem como as que derivam da academia. Reitera que por objetividade não supõe neutralidade, indicando que associa o termo a definições amplas que vão para além de experiências individualizadas. Por “subjetivas”, a seu turno, nomeia definições que partem de checklists e listagens provenientes dos movimentos sociais e outras organizações da sociedade civil, que dialogam e informam a opinião de diferentes setores sociais sobre o tema.

Na costura que perfaz a discussão acerca da VO enquanto fenômeno, a autora dedica-se a descortinar algumas perspectivas socioantropológicas provenientes do campo das violências. Parte do pressuposto de que as violências se inscrevem em uma relacionalidade, que é, por natureza, assimétrica – díade entre a mulher gestante ou parturiente e o profissional de saúde. Este, investido de um saber-poder que, por meio de práticas *autoritárias*, reafirma-o e legitima-o. A autora propõe, entretanto, um distanciamento discursivo do binômio vítima-algoz, admitindo a existência de uma estrutura que, por intermédio de um *habitus* profissional, concorre em agenciamentos diversos. Deste modo, sinaliza que a VO, para ser percebida e nomeada como tal, necessita de uma “virada subjetiva”, tanto para que agressões passem a ser nomeadas como violências, como para a compreensão de determinadas intervenções como violentas. É inegável a existência, por exemplo, de profissionais que ativamente buscam outros modos de relacionar-se em suas práticas, como aqueles que se propõem à “humanização” do cuidado no ciclo gravídico-puerperal (Castrillo, 2016; Leite *et al.*, 2020).

Reitero aqui o estudo de Castro (2014), que mobiliza a categoria *habitus* médico autoritário para pensar o conjunto de disposições corporificadas e apenas parcialmente conscientes, que reproduz e é reproduzido por meio de práticas agenciadas a partir de uma

estrutura. O autor desenvolve esta discussão a partir do cenário referente à VO em hospitais-maternidade do México, e enfatiza a escola médica enquanto cenário de perpetuação de modos de saber-poder de viés autoritário, o que, em sua leitura, promoveria práticas violentas. Sinalizo aqui que a correlação entre autoridade e perpetração de violência não é unânime na socioantropologia das violências. Neste caso, lanço mão da discussão para alargar a discussão em torno das polissemias que desenham as violências como um campo do saber e, mais especificamente, a VO.

Nas palavras de Castrillo (2016), haveria três atores aos quais a discussão que pauta VO diria respeito: as “vítimas” (mulheres-mães e recém-nascidos, ou, ainda, os homens-pais ou demais pessoas acompanhantes), os “vitimadores” (profissionais de saúde) e as “testemunhas” – homens-pais e acompanhantes, na dependência de que leitura seja aplicada à situação de violência, movimentos sociais diversos que pautam a humanização do parto, direitos reprodutivos e a cessação da violência de gênero, entes institucionais que ecoam essas lutas e disputas, bem como os investigadores do fenômeno.

Castrillo (2016) parte da ideia de que a definição de violência, bem como a incitação do debate em si próprio, tenderia a partir das “mulheres vítimas” e “testemunhas”, muito mais que daqueles posicionados enquanto vitimadores, neste caso, profissionais, entidades e instituições envolvidos nas práticas biomédicas que circundam o ciclo gravídico-puerperal. A partir da pergunta “Quem define o que é violento?”, Castrillo (2016) discorre acerca de legitimidades em torno do debate, a partir destes diferentes atores em cena. Deste modo, compromete-se em *dar voz*, politicamente, às perspectivas de mulheres vitimadas e aos sujeitos testemunhas.

A respeito desta divisão de atores e perspectivas proposta por Castrillo (2016), ainda que sua perspectiva crítica seja de grande valor à análise da VO e de suas enunciações enquanto processos, há certa reiteração da tríade mãe-pai-bebê, que, ainda que podendo ser transposta a “outros acompanhantes”, acaba por invisibilizar e desconsiderar outras configurações possíveis de redes de relações, levando-se em conta, como exemplo, a recorrente ausência paterna, além de identidades de gênero e maternidades dissidentes, às margens das normas de inteligibilidade. Pensando-se as ausências masculina e estatal, a um só tempo, como fenômenos em paralelo e correspondência, na perspectiva de Fernandes (2021), há de se convir que, nem sempre, estes podem ser posicionados enquanto *testemunhas* na configuração proposta pela autora.

A discussão de Castrillo (2016) situa a VO, ao meu ver, como vetor heurístico para analisar processo de violência, de modo geral, fornecendo pistas bastante interessantes no que

se refere aos processos de nomeação da violência. Como dito, sua discussão acerca das conceituações “subjetivas” dá-se em torno de elaborações *a priori*, de intervenções e procedimentos que seriam categorizados como VO, desde uma heterocategorização enquanto instrumento para o reconhecimento e nomeação de experiências anteriores de parto como violentas. Há uma etiquetagem prévia do que deve ser lido e sentido enquanto violento, e a autora se pergunta se isso não está atrelado à produção de uma nova norma, uma norma do que deve ser sentido no momento do parto, bem como algum grau de sugestão e atribuição de sentidos dolorosos a experiências que, porventura, podem não ter sido sentidas deste modo.

Aqui reside também um divisor entre diferentes perspectivas sob as quais a VO pode ser analisada. Leite e colaboradores (2020), a partir da área da epidemiologia, compreendem o dissenso conceitual em torno da terminologia VO enquanto uma lacuna metodológica que dificulta a elaboração de instrumentos validados de aferição e, logo, dificulta a análise do fenômeno e a potencial elaboração de políticas para que seja dirimida. Ambas as perspectivas coexistem e têm diferentes objetivos, que podem manter-se em diálogo no sentido de uma produção da ciência sob uma ética feminista. Insiro esta reflexão neste ponto no sentido de validar as tentativas em torno de um consenso do que vem a se configurar VO, ciente, entretanto, das camadas subjacentes ao tema das violências, a partir de uma perspectiva relacional, que é o enfoque deste estudo.

Portanto, durante as entrevistas, questioneei as mulheres acerca de suas experiências de pré-natal e parto, a fim de investigar suas percepções e representações em torno destes eventos de suas vidas. Enquanto pesquisadora interessada no tema das violências, apurei os ouvidos para potenciais relatos daquilo que, a partir do meu lugar de saber, heteroclassificaria enquanto VO. Parti do princípio de que a VO viria à tona em um espectro, partindo desde desconfortos mais sutis a situações de violações físicas, em posse do conhecimento de que estas situações são, infelizmente, recorrentes nos partos brasileiros, principalmente quando levamos em consideração intervenções rotineiras como também sendo violentas.

Com o cuidado de não perscrutá-las excessivamente, ou de implicitamente e contra a sua plena vontade levá-las a rememorar, em uma possível revitimização, histórias dolorosas, optei por perguntá-las de modo amplo como haviam sido suas experiências. A maior parte delas, ao referirem-se às consultas de pré-natal, diziam que havia sido “tudo bem”. “Pesavam, mediam a barriga, escutavam o coração...” foi uma resposta comum nas entrevistas. Este fato me intrigou e, ainda que questionasse mais especificamente sobre se haviam sido bem acolhidas, se vivenciaram algum tipo de desconforto, ou que elaborassem em mais detalhes o que estava implícito neste “tudo bem”, em algum grau me apercebi que certos protocolos,

caso sejam seguidos, eram, para as interlocutoras, o que se esperaria de um bom seguimento pré-natal.

Nos corredores, por sua vez, as tentativas não foram, tampouco, sucedidas de relatos mais carregados de detalhes. Inicialmente, busquei me aproximar de gestantes que esperavam suas consultas e, ao direcionar a conversa para as consultas em curso, recebia respostas igualmente monossilábicas ou, por outro lado, acerca de seu atual estado de saúde ou resultados recentes de exames. Houve situações em que algumas destas mulheres responderam em nome do feto, assim que percebiam meu interesse pelo seu estado de gravidez. Abaixavam a cabeça, tocavam a barriga e, de repente, o foco era outro, não em si. Nestes últimos casos, a conversa tornava-se outra: o foco recaiu sobre os aspectos tecnocráticos que envolvem o cuidado à gravidez e cerrava-se, pouco a pouco, a abertura de diálogo que permitisse acesso às suas subjetividades neste processo.

Passei a observar, entretanto, esta dimensão de *silêncio*. O que estaria inscrito neste silenciamento de aspectos subjetivos das consultas? Seria aquele espaço compreendido enquanto estritamente técnico? Seria, de modo geral, o que se espera da biomedicina, quando diz respeito à gravidez? Pergunto-me especificamente em relação a gravidez, pois, quando o diálogo abarcava consultas para outros fins, as interlocutoras sinalizaram boas relações com os profissionais quando estes as “ouviam”, “olhavam”, “aconselhavam”. Por fim, o que havia, neste meu questionamento, de expectativas próprias, enquanto pesquisadora e médica também implicada neste tipo de atendimento, de que estas mulheres *deveriam* reparar exatamente naquilo que, de minha posicionalidade marcada, chama a atenção?

Só há como nomear o violento se assim ele foi percebido. Não me detive à investigação de que práticas específicas foram engendradas, não me propus a aplicação de questionamentos sistemáticos acerca das intervenções que são consideradas como estando no escopo da VO, como o poderia ser em um estudo de outra natureza. Entretanto, enquanto que ao pré-natal associam-se *silêncios*, do parto emergiram relatos de desrespeito, subalternização e violação de suas integridades corporais, que, ainda que não nomeadas como violentas, foram percebidas como experiências difíceis, dolorosas e traumáticas. No tópico anterior, trouxe o relato de Luana, que aguardava consulta para sua filha no corredor, em que, permeada por raiva e indignação, conta de sua experiência de um parto violento.

As mulheres contavam estas histórias em tom de denúncia. Não envergonhadas, culpadas ou coagidas. É o caso de Aparecida, 52 anos, mulher parda, casada, católica e do lar. Prossigo, agora, com o relato de uma de suas gravidezes:

D: Como foi nessa época? O teu pré-natal, você lembra?

A: Foi bem complicado. Porque eu descobri que eu tava grávida já com dois meses de gestação por causa de uma infecção urinária. [...] Passei uma semana lá internada, aí no dia seguinte eu fui fazer uma ultra dos rins e uma vaginal, pra saber aquele sangramento, da onde estava vindo e aí a médica já botou o coraçãozinho pra ouvir, eu ainda falei, tem coração aí, hein, doutora? Ela falou assim, você não sabe que você está grávida? O que você está fazendo aqui, garota? Eu falei, eu realmente não sei, me internaram ontem e assim, aí que eu fui entender tudo [...] Depois disso foi, olha, uma **peregrinação**. Porque eu saí de lá, eu fui indicada pro posto porque na época onde eu morava dependia do postinho. Aí me mandaram pra lá e dizendo ali tudo escrito que tinha passado uma semana internada, tava grávida de dois meses e tudo mais... e não tive atendimento. Eles me agendaram pra dali a dois meses, eu achei absurdo aquilo, eu falei, acabei de sair do hospital, uma internação, uma grávida, tomando um monte de medicação.

D: Não atenderam de primeira vez?

A: No posto não, só me agendaram pra ali dois meses. Eu ainda questionei, eu falei, cara, eu acabei de chegar do hospital, eles me indicaram pra que a cá, falaram que era pra vir hoje aqui pra poder dar entrada e tudo, não atendeu. Aí dois meses, a sorte que na época eu trabalhava com uma médica. Eu trabalho, trabalho até hoje com médicos e aí ela tem uma amiga que é ginecologista, obstetra, ela passou todos os exames que eu precisava fazer e disse que se eu precisar, deu uma lista de exames, quando eu voltei no posto, já tava com tudo na mão, todos os exames de início de gestação, aí cheguei lá e eles disseram que não tinha médico. Eu falei pera aí, eu vim aqui com dois meses de gestação, vocês falaram que era pra eu vir dali a dois meses, eu tinha acabado de sair do hospital, tava internada uma semana, grávida de dois meses, vocês me dizem que não tem médico e que não sabem nem quando vão me agendar? Aí normal, né, **a pessoa aqui não gosta de briga, mas quando resolve brigar, briga** (Trecho da Entrevista com Aparecida, 52 anos, mulher parda, casada).

Aparecida conta, inicialmente, do que descreve enquanto “peregrinação” para ter sua primeira consulta pré-natal. Esta peregrinação se insere em um contexto de dificuldade de seu acesso, bem como a justificativa dada para que, quando chega à consulta agendada, esta não ocorresse: a ausência de um profissional que pudesse realizá-la. Para poder acessar o que lhe é de direito, lança mão de diferentes estratégias. Durante a espera pela consulta que, a princípio, não ocorreria, aciona uma médica para a qual trabalhava – Aparecida era empregada doméstica, à época –, o que, de algum modo, permite-lhe adiantar, através deste contato em paralelo ao sistema público, os exames dos quais necessitaria. Por fim, chegada a data de seu atendimento, e, na alegação de que não poderia tê-lo, recorre à “briga” para que possa valer seu direito.

Ela prossegue:

[...] quando foi pra eu ter o meu filho, foi muito difícil. Foi assim, eu cheguei lá, eu falei, comecei a sentir, saiu aquele tampão que eles falaram, saiu na sexta-feira, [...] e eu sentindo uma contração em cima da outra, só que meu filho não queria nascer. [...] Tudo ali a médica examinava e não era nada. Aí voltava pra casa. Em casa eu não conseguia dormir, que eu tinha uma contração em cima da outra, uma contração da outra, [...] Aí fiquei sexta, sábado, no domingo de manhã que eu estava assim dois dias sem dormir, dores e tudo mais, não comia. Não comia porque eu não

conseguia comer de jeito nenhum, tudo me dava muito enjoo. Aí fui no domingo de manhã, me mandaram de volta pra casa, aí até lembro que depois do almoço minhas duas amigas me pegaram e falaram **não, você vai pro hospital hoje, você vai parir essa criança hoje**. A gente não sai de lá se essa criança não nascer porque não é possível, olha o seu estado, olha como você está gemendo. Aí foi, chegou lá, eles examinaram de novo e falaram que não, que eu deveria voltar pra casa e que quando tivesse [contrações] seguidinhas, aí o que eu fiz? Eu fiquei subindo escada na maternidade, andava prum lado e pro outro lá dentro mesmo, andando ali naquele espaço. Aí quando chegou a noite a médica que me viu na sexta-feira tava lá de novo e aí quando ela me viu ela falou: menina, você ainda não pariu? Aí ela falou assim, eu vou te ajudar, vai doer, mas eu vou te ajudar eu vou te internar aí ela enfiou a mão e ela começou a dilatação, com o dedo dela ela ajudou a começar a dilatação. [...] Eu voltei a sentir dor, tulinho, as contrações, tulinho e nada, não conseguia. Aí veio a enfermeira obstetra pra poder me ajudar, mas força, força, força, nada, não saía. [...] E aí eu lembro que teve uma hora que ela falou assim, pelo amor de Deus, alguém vai chamar a médica porque tá difícil aqui. Eu lembro que a médica entrou na sala e falou assim, vamos levar ela pra sala de cirurgia (Trecho da Entrevista com Aparecida, 52 anos, mulher parda, casada).

Neste fragmento, em que Aparecida fala sobre sua admissão na maternidade, ela conta com o apoio de duas amigas, que a incentivam a ir novamente, a despeito das recomendações de que aguardasse mais em casa. Não há como sabermos ao certo se estas recomendações eram adequadas ou não, e não é algo que diz respeito a esta investigação. Interessa-nos como Aparecida sentiu estas idas e vindas, este ir *pra cá e pra lá*. Ela usa esta expressão para falar das caminhadas que fez para a indução do trabalho de parto, mas, não obstante, pode nos servir de metáfora ao processo de ir e vir entre a maternidade e sua casa. É necessário que ela esteja em um certo grau de dor, que esteja com uma determinada dilatação, para que possa acessar a assistência ao parto. É necessária, também, alguma insistência para que isso ocorra, mesmo que, em sua percepção, a casa não fosse o melhor lugar para estar naquele momento.

Eu lembro que a médica entrou na sala e falou assim, vamos levar ela pra sala de cirurgia. E aí a médica sentou na minha frente, me aplicou uma anestesia e me cortou. **Na mesma hora, eu lembro que eu dei um berro muito grande, eu perguntei: já tá me cortando? Ela falou: eu coloquei anestesia. [...] Eu senti o corte, eu dei um berro tão grande que eu senti o corte. Eu falei, você tá me cortando, eu não vi que ela tava me cortando, eu senti a dor. E aí ela cortou, ela falou, mas eu coloquei anestesia. Eu falei, não, eu tô sentindo, senti que você me cortou. [...] Cortou até o ânus. Ela me cortou até o ânus. Eu tenho a cicatriz até o lado do ânus e tirou ele, tirou ele no ferro, ele foi puxado, a minha irmã até tentou tirar uma foto, eles não permitiram na hora que a minha irmã queria registrar o parto, não, sai daqui** (Trecho da Entrevista com Aparecida, 52 anos, mulher parda, casada).

Em sua descrição do momento do parto, surgem alguns elementos que poderiam ser categorizados por ela enquanto VO. O “corte”, o descrédito de sua queixa – “mas eu apliquei

a anestesia” –, o uso do fórceps, ainda que não saibamos do contexto. Ainda que não mobilize a categoria VO, pessoalmente, não tendo tido contato com as ferramentas epistêmicas para que dialogue nesses termos, a partir do seu relato é possível percebermos que o processo foi sentido enquanto violento, a partir da transposição dos limites, do entendimento de que haveria algum modo de abrandar sua dor, do corte realizado – uma violação corporal. Repete a extensão da cicatriz deixada: “até o ânus”. A irmã, que a acompanhava – e aqui entendemos que ela estava acompanhada nesta ocasião –, tentou fotografar – não sabemos se o bebê, o corte, a médica ou todo o conjunto da cena –, mas não pôde fazê-lo.

Aí liberou eu pra subir, eu lembro que a minha irmã pegou meu filho, aí ela pegou e falou assim, **não, só ela que vai subir, aí a minha irmã falou, não, ela não pode. Aí falou assim, ela é de menor? Não, né?** Então é só ela que vai saber. Você não vai. Eu tava cansada, eu lembro direitinho, eram 6:00 da manhã. Ela falou: que folga é essa? Você tem que tomar banho. Eu falei assim, eu não tô aguentando parar em pé e realmente eu não conseguia. Aí ela falou, **que mãe folgada, não consegue parar em pé, eu lembro que eu fiquei puta da vida com isso, eu lembro direitinho porque eu fiquei muito danada da vida.** Porque assim, a enfermeira falando comigo que eu era uma folgada, não conseguia parar em pé, só tinha parido, que moleza é essa, como é que eu ia cuidar do meu filho? (Trecho da Entrevista com Aparecida, 52 anos, mulher parda, casada).

Após o parto, quando é levada para o quarto, a irmã de Aparecida é proibida de entrar, sob a justificativa de que ela era adulta e, portanto, saberia se cuidar sozinha. Mesmo pouquíssimo tempo após o trabalho de parto particularmente difícil, marcado por intervenções que tornaram um evento percebido, por ela própria, como violento, ela precisava estar disposta e bem. Nas palavras da enfermeira que lhe atendeu, sua demonstração de cansaço e fragilidade foi associada a estar sendo “folgada” e, conseqüentemente, como se não apresentasse as características necessárias para realizar uma “boa maternagem”, para que pudesse cuidar de seu filho.

E aí eu peguei e falei assim, eu não estou bem, eu estou sem alimentação e tudo. Então tem que tomar um banho pra você tomar um café da manhã e tudo, aí eu peguei e fui ali, obedeci ela, fui tomar meu banho realmente muito grogue, eu lembro que eu tava caindo no banheiro, aí ela me segurou, me ajudou a acabar de tomar o banho porque ela percebeu que realmente eu não tava bem. Aí me trouxe, me secou, ela me secou, pra você ver, eu não tava bem. Aí veio, ah, tem que dar banho, tudo mais, aí me ensinou como era o banho tudo direitinho, aí eu dei banho, ela disse **quem é que vai cuidar? É você, né? Então, você que tem que dar banho, aí eu fui, nunca tinha pegado um recém-nascido na vida, né?** Mas me virei do jeito que ela explicou, eu fiz e desde então eu fiquei cuidando dele e foi indo (Trecho da Entrevista com Aparecida, 52 anos, mulher parda, casada).

Aparecida, portanto, sinaliza que não está bem, mas prossegue para o banho, inicialmente, sem ajuda. Quando a enfermeira nota, visualmente, que ela não estaria bem para executar esta tarefa, assume o papel de cuidá-la, de auxiliá-la na tarefa. Esta figura passa, em dado momento, de alguém cuja rispidez soa desumanizadora, para uma certa dureza pedagógica – cuida quando vê que Aparecida não conseguiria sozinha, do mesmo modo que pergunta retoricamente “quem é que vai cuidar”, para que seja a mãe que dê este primeiro banho, mesmo que nunca tenha lidado com um recém-nascido anteriormente, como ela mesma diz. Lugones (2012), ao investigar a gestão das populações minoritárias em Córdoba, Argentina, no interior do “Fuero Prevencional de Menores”, caracteriza estas pedagogias como marcadamente atreladas à concepção normativa do feminino, mais especificamente, em seu caráter de exercício de poder que evoca a autoridade materna, transitando desde a proteção bem-intencionada ao castigo, através de técnicas de minorização.

O relato de Aparecida abarca, apenas inicialmente, sua passagem pela APS, contando de uma situação de mediação excludente (Milanezi, 2024), ao não conseguir com a celeridade que julgava necessária seu primeiro atendimento pré-natal. Quando questionada sobre seu acompanhamento, pula a parte do pré-natal, prosseguindo para um relato de atenção ao parto permeado por peregrinações, negativas, violações, descrédito, mas, também, o cuidado que passa ao largo do serviço, representado por suas amigas, as quais menciona brevemente, bem como ao acionamento de diferentes mecanismos de agência: exploração de uma rede de relações mais ampla, conseguindo realizar seus exames por outros meios, insistências, o *brigar*, ou os recorrentes questionamentos que impõe às condutas profissionais, passíveis de percepção através de sua narrativa.

Este episódio, que surge no cenário, portanto, hospitalar, no início dos anos 2000, reitera alguma dicotomia que aparta os diferentes serviços de saúde: uma APS responsável pela parte do cuidado no qual estão entremeados mecanismos brandos, sutis, *simbólicos* de controle, em contraponto ao hospital, onde ocorreriam eventos mais facilmente categorizáveis enquanto violentos, como nos relatos das interlocutoras Aparecida e Luana.

A seguir, analiso um fragmento da entrevista com Sueli, enfermeira entrevistada, para pensar a “virada subjetiva” pautada tanto na já descrita retórica de direitos, em especial dos direitos reprodutivos, junto à evidenciação dos temas da violência e do gênero enquanto perspectiva, bem como em experiência de sua trajetória reprodutiva pessoal. Por fim, como veremos, a partir de sua *afetação* pessoal com o tema da VO, analisarei o *folder* elaborado por ela como instrumento para que as mulheres gestantes reconheçam seus direitos no momento do parto.

Segue fragmento de sua entrevista:

Sueli: A maternidade mudou a minha forma de olhar um pré natal e um puerpério. Totalmente. Assim, os sinais que eu não dava muito importância, principalmente o relacionado à amamentação, dificuldades. Enfim, eu acho que a maternidade me trouxe isso. As inseguranças de uma mãe, um *baby blues*, sabe? Um pós-parto não imediato, mas aquele tardio às vezes arrastado, que a gente não percebe. Sinais e sintomas de depressão pós-parto que são muito frequentes. **Eu já venho trabalhando desde o início da minha gestação, da gestação, assim, durante a minha consulta, uma coisa também que eu sou muito apegada é a questão da violência obstétrica.** Eu vinha fazendo grupo de saúde da mulher, de gestantes até entrar de férias, até dezembro eu vinha fazer grupo. E eu sempre batia nessa tecla de violência obstétrica sempre que eu posso falar sobre isso. Eu tenho um folderzinho, acho que tá até aqui, que eu entrego para as minhas gestantes, falando, trabalhando, explicando o que é o que não é. [...] **Elas têm muito pouco conhecimento do que elas têm direito, de como elas são violadas. E eu também sofri violência obstétrica numa rede privada, numa unidade que eu escolhi para ter meu filho.**

Dandara: Sinto muito.

Sueli: Obrigada. E, assim, é algo que mexe comigo até hoje. Eu nunca consegui denunciar porque eu não consigo falar muito sobre isso. Isso me faz muito mal. **Esse momento que era pra ser o melhor da minha vida foi um dos piores. Então isso também me trouxe enquanto pessoa, me trouxe como profissional e é algo que eu trabalho bastante** (Trecho da Entrevista com Sueli, parda, 42 anos, casada).

Sueli articula sua implicação no tema da VO em sua prática enquanto enfermeira à sua vivência com a própria maternidade, bem assim com sua experiência pessoal de um parto violento. Diferentemente de Aparecida, Sueli mobiliza o léxico específico da linguagem de direitos, bem como a VO enquanto categoria. Abdalla (2021), ao discorrer sobre o processo de emergência da VO enquanto problema social com crescente amplidão de reconhecimento na Argentina, assinala que:

[...] podemos hablar de un proceso en el cual la noción de violencia obstétrica se convierte – para los colectivos que promueven la humanización de los partos – en la “puerta de entrada” para problematizar las experiencias de los partos de las mujeres cis, [...] es decir, cuando la violencia obstétrica cobra mayor inteligibilidad al ser pensada como violencia de género, y se constituye un público afectado más amplio. En otras palabras, estamos en presencia de la construcción de un **nuevo marco cognitivo/moral que dota de inteligibilidad las memorias y experiencias de los partos de las mujeres cis, muchas de ellas “sin nombre” e imposibles de ser categorizadas como violentas por quienes las sufrían/ sufren** (Abdalla, 2021, p. 13-14, grifo próprio).

A autora mobiliza a categoria “injustiça hermenêutica”, de Fricker (2007), para delimitar o “vazio conceitual” que integra a ausência de recursos discursivos para elencar experiências, como as de violência, que requeiram a formulação de mecanismos de agenciamento de si. É a partir desta prerrogativa que atribui à emergência da categoria VO, especialmente quando entendida enquanto violência de gênero, a possibilidade de “dotar de

inteligibilidade” experiências não-nomeáveis previamente enquanto violência, diz Abdalla (2021). A este respeito, a autora prossegue:

Sostengo que la emergencia de la categoría de violencia obstétrica habilita llenar el vacío hermenéutico que les impide a muchas mujeres cis comprender y dar sentido a las experiencias violentas en los partos. La constitución de una arena pública vinculada al parto humanizado, y proceso de tematización y publicización que supone, engendra capacidades para sentir, comprender y analizar que antes no existían. Los conceptos tienen efectos porque la capacidad generadora de sentido de las luchas se lleva en un plano experiencial y afectivo (Abdalla, 2021, p. 14).

Portanto, é em um cenário onde a VO emerge enquanto categoria que Sueli nomeia como violenta sua experiência de parto. A partir deste recurso discursivo, interpela o que foi por ela vivido, dá-lhe sentido e, em um passo posterior, por ela própria atribuível a este evento de sua trajetória reprodutiva, inclui em sua prática ferramentas que buscam tornar as mulheres que atende, também, familiares com o termo. Como afirma, a partir do acesso às informações do que lhes são de direito, poderiam saber o que esperar, o que pleitear, pelo que faria sentido levantar voz no momento de seus partos, bem como reconhecerem intervenções inadequadas que, para além de sentidas, sejam nomeáveis.

Nesta empreitada, Sueli formulou um folder com informações que considera úteis às mulheres que atende. Conta que já houve casos de mulheres que, portando uma cópia física, conseguiram requerer a efetivação de algum direito que estaria sendo negado, como, por exemplo, o direito a acompanhante durante o momento mais crítico da pandemia de covid-19. Chego a questionar-lhe, inclusive, se houve algum tipo de retaliação às mulheres ou a ela própria advinda do pessoal da maternidade de referência da unidade. Sueli diz que já havia pensando sobre isso, entretanto, prefere que as mulheres cheguem na maternidade “mais reativas”.

Reconhece que, em algum grau, não se deve “baixar a guarda”, sob a pena de que, vulneráveis e desprovidas das informações acerca do que é violento e do que não o é, bem como do que lhes é de direito, estejam à mercê de uma equipe de saúde com a qual Sueli, ainda que também profissional de saúde, não se identifica. Há o que Castrillo (2016) denomina como uma separação entre *nós e eles*: “nós” compreendendo a si própria, em conjunto com as gestantes que atende, e “eles”, os profissionais que se encarregarão da assistência aos seus partos na maternidade.

A seguir, procedo com a análise do material informativo por ela elaborado (Figura 3, Figura 4).

Figura 3 – Folder sobre violência obstétrica

Gestar uma vida é um processo complexo. Além das oscilações hormonais, surgem questões internas, como dúvidas, medos e momentos de solidão. A expectativa e a ansiedade aumentam para a chegada do bebê. A insegurança nesse momento é comum e atinge muitas mães, especialmente as de primeira viagem. Os direitos das gestantes iniciam desde o momento em que elas descobrem a gravidez.

Um dos primeiros direitos é o acesso ao atendimento pré-natal garantido pela Lei 9.263/96, prevendo que a mulher deve ter acesso à atenção integral à saúde, atendimento pré-natal e a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato através do Sistema Único de Saúde (SUS).

"É importante ressaltar que a gestante, parturiente ou lactante tem direito a um atendimento digno e humanizado em todo o período de gestação, parto e puerpério."

Além disso, quando a gestante conhece e exige que seu direito ao acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato seja respeitado, também auxilia a prevenir violências durante sua estadia, tendo em vista que garante à gestante estar acompanhada de uma pessoa de sua confiança em um momento de maior vulnerabilidade, permitindo que o (a) próprio (a) acompanhante possa cobrar um atendimento digno em nome da parturiente, caso esta não tenha condições de fazê-lo.

"Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato".

(Lei Federal nº 11.108/2005, artigo 19)

DIREITOS DAS GESTANTES:

- Toda mulher é a protagonista do seu parto! Pode gritar, chorar, gemer, sorrir, tudo está valendo e faz parte desse fenômeno que é natural e único, diferente para cada mulher.
- A gestante tem o direito de escolher em que posição ficar na hora do parto. Ela pode querer dar à luz agachada, deitada, na banheira sentada, como ela quiser;
- A mulher tem o direito de realizar ações que amenizem seu desconforto no trabalho de parto, como banho de água morna, caminhar, receber massagem;
- A mulher tem o direito de escolher se vai solicitar analgesia (alívio da dor) ou não, e a forma de analgesia a ser adotada;
- Entre os direitos da gestante e da parturiente podem-se citar ainda o direito ao respeito e à dignidade. Nesse sentido, a mulher deve ser protegida de qualquer ato relacionado à violência obstétrica.

VAMOS CONHECER AS INTERVENÇÕES RECOMENDADAS E QUAIS SÃO CONSIDERADAS PRÁTICAS VIOLENTAS?

INTERVENÇÕES RECOMENDADAS:

- Oferecer técnicas para reduzir o trauma no perineo da mulher, como massagem perineal, compressas quentes e proteção perineal com as mãos;
- O toque vaginal deve ser feito o menor número de vezes possível, com grande intervalo entre um e outro;
- Oferecer analgesia;
- Escutar os batimentos cardíacos fetais periodicamente;
- Administrar uma substância chamada ocitocina somente após a saída do bebê;
- Incentivar a amamentação imediata se a mãe desejar;
- Encorajar o contato pele a pele da mãe com o bebê durante a primeira hora após o nascimento;
- O cordão umbilical não precisa ser cortado imediatamente, podendo haver um intervalo desde a saída do bebê e o momento de clampear (cortar);
- O banho do bebê deve ser adiado até 24h após o nascimento;
- Propiciar que mãe e bebê permaneçam no mesmo quarto o tempo todo;
- Examinar a mulher durante todo o seu tempo de permanência na instituição, avaliando o sangramento vaginal, o tamanho do útero, sinais vitais e interação mãe-bebê durante processo de aleitamento, além seu estado geral, físico e emocional.

Figura 4 – Verso do folder sobre violência obstétrica

INTERVENÇÕES NÃO RECOMENDADAS:

- Reprodução de falas violentas, utilização de estereótipos e frases pejorativas quanto a quantidade de crianças, quanto a forma como a gestante se comporta durante o trabalho de parto ou qualquer frase que diminua ou fira psicológica ou moralmente a gestante, acompanhante e a criança que está chegando ao mundo;
- Raspagem dos pelos pubianos da mulher ou realização de lavagem intestinal;
- Lavagem do interior da vagina com antissépticos;
- Rompimento da bolsa amniótica ou administração de ocitocina com o intuito de acelerar o trabalho de parto;
- Realização de corte no períneo da mulher para facilitar a passagem do bebê (episiotomia);
- Pressionar a barriga da mulher para que o bebê saia (Manobra de Kristeller);
- Aspirar a boca e o nariz do recém-nascido saudável;
- Prescrever antibiótico no pós parto sem complicações.

A violência obstétrica é um tipo de violência contra a mulher, praticada pelos profissionais da saúde, que se caracteriza pelo desrespeito, abusos e maus-tratos durante a gestação e/ou no momento do parto, seja de forma psicológica ou física.

DENUNCIE!

Disque 1746 (Canal de Ouvidoria da prefeitura do Rio de Janeiro)

Na própria maternidade ou hospital em que a gestante foi atendida

Ligue 180 (Central de Atendimento à Mulher)

Disque saúde 136 para formalizar a denúncia em relação ao atendimento no SUS

Ouvidoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), caso a gestante tenha plano de saúde.

Você pode denunciar o profissional que praticou a violência no seu respectivo conselho de classe (Conselho Regional de Medicina ou de Enfermagem, por exemplo)

Procurar assistência jurídica da Defensoria Pública ou de um advogado para promover na justiça ação para reparação dos seus danos materiais, estéticos e/ou morais.

Para isso, é importante reunir documentos, como cópia do prontuário médico e o cartão da gestante. A mulher tem direito a esses documentos, é só solicitar no hospital onde o parto aconteceu. Só pode ser cobrado o valor da realização de cópias desses documentos.



**TRABALHO DE PARTO
E A GARANTIA DOS
SEUS DIREITOS**



O *folder*, sob o título “Trabalho de parto e seus direitos”, traz informações assinaladas em diferentes sessões acerca do momento do parto e pós-parto imediato. Focaliza as informações em torno da VO, portanto, no evento do parto, excluindo o acompanhamento pré-natal enquanto cenário de violências. A primeira, intitulada “Vamos conhecer quais intervenções são recomendadas e quais são consideradas práticas violentas”, contrapõe “intervenções recomendadas” e “intervenções não recomendadas”. Por “intervenções recomendadas”, tem-se uma série de recomendações de qual seria a assistência ao parto considerada ideal, percorrendo-se uma série de procedimentos como “prevenção de trauma ao períneo”, toques vaginais, corte do cordão umbilical e acomodação da mãe junto ao bebê.

Em “intervenções não recomendadas”, elenca-se um corolário de intervenções que costumam estar presentes enquanto exemplos de práticas rotineiras que configurariam VO, como a realização da episiotomia e da manobra de Kristeller. Elenca-se, também, um grupo de práticas mais aberto a interpretações diversas, assinaladas no primeiro item, como “falas violentas” e de cunho “pejorativo”, assim como questionamento aos comportamentos e que “firam e diminuem psicológica e moralmente” a gestante e o recém-nascido. Deste modo, abre-se à percepção subjetiva de cada uma, por meio da relação profissional-usuária através das quais estas práticas tomam corpo, reconhecer, a partir das próprias sensações, o que é vivido enquanto violento e pejorativo, o que vem a lhe ferir.

É notória a necessidade de democratização do acesso a estas informações, em um sentido de tornar possível, sob a ótica da discussão acerca de “injustiça hermenêutica”, a identificação e nomeação destes processos. Como Sueli conta, houve retorno de usuárias que lançaram mão das informações ali contidas para pleitearem o direito ao acompanhante, por exemplo. Entretanto, ao trazermos à cena do parto ao primeiro plano e, sabendo-se da relação profissional-usuária como sendo, a princípio, marcada por assimetrias – tanto em virtude da biomedicina enquanto braço do biopoder, como ao analisarmos as cenas diante dos diagramas de poder nas quais este trabalho de parto se insere –, seria esperado algum tipo de contrapartida à imposição de procedimentos sabidamente violentos? Seria o acesso à informação suficiente para que as mulheres sejam capazes de reagir frente ao saber-poder médico? E, por fim, seguindo a linha argumentativa de Castrillo (2016): deveriam estas mulheres demarcarem, *a posteriori*, esta ou aquela intervenção enquanto violenta, mesmo que assim não a tenha sentido?

O *folder* enumera, ainda, “Direitos da gestante”, como o de estar acompanhada durante sua estadia na maternidade, de ser a “protagonista” de seu parto, de escolher por analgesia farmacológica ou não-farmacológica e, por fim, de ser atendida com “respeito” e

“dignidade”. Como recurso para enfrentar as violações dos direitos enumerados, é sugerida a denúncia via órgãos oficiais: ouvidoria do município ou do serviço, conselhos de classe, defensoria pública, disque-denúncia. Parece haver a compreensão de que existe uma lacuna nas possibilidades de resposta e agenciamento no momento do parto, portanto. De certo modo, as informações contidas no folder promovem uma tomada de consciência do que deve e não deve acontecer, nomeando o que é violento. É semelhante, neste sentido, ao *teste* que analisa Castrillo (2016) em sua pesquisa, uma espécie de checklist que aborda, com linguagem no pretérito, diferentes procedimentos incluídos nas definições de VO.

Ainda que o *folder* tome o parto como um evento futuro, há um limite, uma fronteira que este não atravessa. Esbarra na relacionalidade assimétrica, no arcabouço tecnocrático em torno do parto enquanto evento do qual se apropria a biomedicina. Retomo aqui a vivência de Aparecida: teria ela tido um parto diferente, mais respeitoso ou mais digno caso tivesse tido, à época, acesso a estas informações? A esta pergunta não há uma única resposta. Há a possibilidade de que, ciente da existência da VO enquanto categoria social, acionasse outros agenciamentos que a permitissem elaborações e incidências diversas sobre seu parto. Entretanto, podemos dizer que, ainda que não tenha nomeado enquanto tal, Aparecida estava ciente de que o que viveu foi violento, mobilizando outros recursos discursivos. Isto aparece desde sua escolha em desvelar o que aconteceu ao tom de indignação que confere à narrativa, permeada por inflexões nas quais, ativamente, reage às tentativas de cerceamento e violação, do modo que lhe é possível.

Ao mesmo tempo, para Sueli foi central a mobilização desta categoria no seu processo particular de agenciamento. Há sentido em pautar a VO enquanto tema em suas consultas, em sua própria disputa para que outras mulheres não vivam o que ela própria viveu. Há coragem em contrapor-se, a partir de seu lugar na APS, à lógica dominante do hospital: o *folder* é assinado em seu nome, e identifica a unidade em que trabalha. Frente à negativa do meio médico a incorporar o debate em torno da VO, tendo sido, inclusive, o termo considerado inadequado pelo Ministério da Saúde em 2019³¹ – em um contexto de maré conservadora no país –, a implicação de Sueli configura um notável mecanismo de resistência – e agência – que emerge a partir de sua prática cotidiana.

³¹ Como é afirmado na seguinte reportagem: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghtml>. Acesso em: 14 abr. 2022.

6 O GRUPO DE MULHERES

6.1 O Grupo de Mulheres enquanto espaço de cuidado contra-hegemônico

Bem como o grupo de Planejamento Reprodutivo, ocorria na unidade, quinzenalmente, o Grupo de Mulheres. Era conduzido por Luiza, médica, junto à psicóloga da unidade. No primeiro dia em que o frequentei, estavam em um momento de confraternização: mulheres reunidas em torno de uma mesa, com bolo, torta, suco e café em cima, conversavam distraidamente sobre como haviam sido suas passagens de ano. Fui convidada a sentar à mesa, perguntaram-me quem eu era, me desejando boas-vindas.

A rodada de apresentação prosseguiu. Logo identificou-se uma mulher jovem, negra, que estava pela primeira vez no grupo. Dou a ela o nome de Sara. Ela disse estar ali encaminhada pela médica que lhe acabara de atender. Tinha perdido sua avó há poucos dias, no período de festas, e guardava grande tristeza. Sua ida ao grupo teve o objetivo de ter um lugar para que pudesse “falar sobre”. A escuta era atenta, sem interrupções nos primeiros minutos. Após um tempo, surgiram palavras de acolhimento em tom amigável, pontuações de identificação por lutos semelhantes por parte de algumas mulheres e aconselhamentos, alguns em tom marcadamente religioso. Sara foi, então, convidada a contar histórias sobre sua avó. Quando prosseguia com as histórias, as lágrimas davam lugar a um sorriso que iluminava seu rosto.

Dona Arlete, sua avó, era uma mulher que tomava conta de toda a família, e Flávia a via mais como mãe do que a própria mãe, disse. Estava fazendo uma falta imensa, era uma mulher de presença, espirituosa. As histórias foram ganhando tons alegres, em uma lembrança de quem era aquela mulher que tinha partido. Algumas das mulheres choravam ao lembrar das próprias perdas. Outras riam das histórias. Outras se deslocavam para abraçá-la e dar dicas de como lidar com esse período. Desde frequentar o grupo, a se apegar a Deus, a seguir sempre relembando histórias que são “boas de lembrar”. A escuta de Sara durou a maior parte do tempo destinado àquele encontro. Entre o café da manhã e as trocas que mobilizaram afeto, cuidado, riso e choro, surgiu, o que pareceu ser gradual e naturalmente, o momento da dinâmica que havia sido pensada para aquele encontro: cada uma escreveria em um papel o que deveria ser deixado no ano anterior e o que se desejava de novo, para o ano seguinte.

Decorrido o tempo para escrita, era a hora de cada uma na roda contar o que escreveu. As interpretações sobre a tarefa diferiam e repercutiam nos conteúdos do que traziam. Entre o que deveria ser deixado para trás, estavam desde angústia, tristeza, raiva, relações frustradas, doenças, dinâmicas familiares que entendiam não lhes fazer bem. Entre o que se queria, estavam felicidade, paz, a cura de si ou de algum ente querido, mais autoconfiança, amor-próprio. Foi uma cena interessante: as profissionais participaram tanto quanto as usuárias, contaram igualmente sobre seus próprios sofrimentos. Foram escutadas e acalentadas, como eu própria também o fui.

Ao fim do encontro, dirigi-me a Luiza e comentei com ela sobre minhas impressões. Ela me conta do encontro anterior, antes da virada do ano: haviam queimado papéis com o que queriam expurgar das próprias vidas. Me confessou do evento em um tom de cumplicidade: “aqui se faz bruxaria, Dandara”. Pensei sobre as convergências de saberes, crenças e sentidos que compunham aquele espaço. A retórica de muitas daquelas mulheres era povoada por elementos do cristianismo evangélico neopentecostal. Ainda assim, ateou-se fogo ritualisticamente em papéis, em uma confluência de significados que, ao fim e ao cabo, fez sentido aos seus diferentes construtos e subjetividades.

Os encontros seguintes mantinham tom semelhante de cumplicidade e relativa horizontalidade. Relativa porque as profissionais costumavam ser endereçadas para darem respostas a alguns dos dilemas que eram apresentados. Certa vez, uma mulher por volta de seus cinquenta anos contava da sensação de ingratidão que sentia em relação aos irmãos, por a deixarem cuidando sozinha do pai doente, e ainda prestar assistência a outros familiares, quando precisavam. Estava em uma encruzilhada entre colocar limites nessa dinâmica, o que perpassaria cortar relações com um dos irmãos ou seguir cumprindo suas expectativas.

Dirigiu-se especialmente à psicóloga ao dizer que achava que deveria fazê-lo, mas tinha ido até ali para saber se era o certo. Sem obter o “sim” que aparentava querer ouvir, dirige-se a mim, alguém cuja posição, possivelmente, estava mais próxima das profissionais que ali estavam. Tomo para mim a liberdade de quem não estava ali nesta mesma posição de trabalho, e lhe digo que ela já parece saber a resposta. Ela sai do encontro satisfeita.

Em geral, havia cerca de dez a quinze mulheres presentes. Cinco delas estavam presentes em quase todos, todas mulheres idosas. O restante do grupo variava, entre mais velhas e mais novas, e sempre havia aquelas que estavam indo pela primeira vez. Estas, em geral, haviam sido direcionadas àquele espaço para dar vazão a algum tipo de sofrimento, como as mulheres que protagonizaram os encontros acima descritos. Pouco a pouco, foi-se tornando nítido um tema recorrente como pano de fundo ao sofrimento: as relações de

cuidado que estabeleciam e como, de modo mais ou menos direto, essa posição de cuidado lhes causava sensações de peso e abandono de si.

Tempesta e França (2021), ao discorrerem sobre a prática da doulagem e do cuidado perinatal no Brasil, identificam como perspectivas contra-hegemônicas de cuidado perinatal, mais vivenciais e centradas no corpo, aliadas a saberes “alternativos”, têm promovido uma gradual subversão das expectativas de atenção vinculadas ao parto. De modo semelhante, as profissionais proponentes daquele espaço convidam as usuárias a entrarem em contato com outras dimensões dos seus sofrimentos, nem sempre possíveis em consultório. Ainda que sejam as mesmas profissionais que as atendem em consultas médicas e de psicologia, é neste espaço coletivo que há uma autorização mútua de extravasamento das normas e das prescrições atreladas às práticas de saúde sob a lógica biomédica e da temporalidade técnico-burocrática.

Neste processo, tanto o que as profissionais se veem motivadas a ofertar enquanto cuidado, como o que as usuárias têm enquanto expectativa, é reconfigurado. Vez ou outra, no entanto, a lógica da consulta se sobressai, principalmente por parte daquelas que chegam ao grupo sem saber exatamente o que esperar, em busca de amparo e escuta que *não podem* ser individuais por uma limitação do próprio serviço de saúde.

Outro ponto trazido por Tempesta e França (2021) é o incentivo à narrativa imbuído nas práticas que se analisam. Abre-se espaço para que se conte sobre experiências prévias de sofrimento, no caso do estudo que mobilizo, de partos violentos. No que se refere ao Grupo de Mulheres, esta facilitação à narrativa, em um espaço que é primariamente de escuta, em que as trocas dialógicas são de modo relativamente livre, sem o tom inquisitivo usual das consultas, convida as participantes – usuárias e profissionais – a um outro modo de interagir, estas últimas, despidas momentaneamente de seus “jalecos”, mas não em definitivo. Falam, no entanto, as mulheres que o querem: de repente, já não se está sob o regime da confissão para que se acesse o espaço de cuidado.

O grupo é de *mulheres* e, em nenhum dos encontros que frequentei, a reprodução em seu aspecto de função biológica foi abordada. Entretanto, ao mobilizarmos uma compreensão ampliada de reprodução, como tudo o que se refere à perpetuação e manutenção da vida, a insinuação do tema do cuidado através dos encontros dialoga com a pesquisa neste lugar. Há de se estranhar, a priori, a associação entre mulheres e fecundidade, mulheres e maternagem. Entretanto, pensar a reprodução é tarefa indivisível de reflexões acerca do entrecruzamento de matrizes de opressão que forjam distintas subjetividades e mecanismos de agenciamento. A

seguir, discorro sobre o *ser mulher* explicitado enquanto tema do grupo, bem como qual seria este *ser mulher* em uma mirada interseccional.

6.2 “Eu não sou uma mulher?”: contrapontos interseccionais ao *ser mulher*

Aqueles homens ali dizem que as mulheres precisam de ajuda para subir em carruagens, e devem ser carregadas para atravessar valas, e que merecem o melhor lugar onde quer que estejam. Ninguém jamais me ajudou a subir em carruagens, ou a saltar sobre poças de lama, e nunca me ofereceram melhor lugar algum! E não sou uma mulher? Olhem para mim? Olhem para meus braços! Eu arei e plantei, e juntei a colheita nos celeiros, e homem algum poderia estar à minha frente. E não sou uma mulher? Eu poderia trabalhar tanto e comer tanto quanto qualquer homem – desde que eu tivesse oportunidade para isso – e suportar o açoite também! E não sou uma mulher? Eu pari treze filhos e vi a maioria deles ser vendida para a escravidão, e quando eu clamei com a minha dor de mãe, ninguém a não ser Jesus me ouviu! E não sou uma mulher? (Geledés, 2014).³²

Este trecho do discurso de Sojourner Truth, mulher negra estadunidense que havia sido escravizada no início de sua vida, é mobilizado por Akotirene (2019) como incitação pioneira ao questionamento da *mulher* enquanto categoria universal. A esta assunção a autora associa um “equivoco analítico” imbuído às políticas. As vivências de gênero ocorrem sempre através da raça, bem como as de raça através do gênero, assumindo os processos de subjetivação das diferentes mulheres configurações únicas, a partir do lugar que ocupam nas avenidas identitárias. Não se trata, portanto, de adicionar identidades umas às outras, mas, sim, de compreender o que se produz desses entrecruzamentos identitários em meio à matriz colonial, racista e cisheteropatriarcal de opressão.

Ao entrevistar Luiza, ela conta das afetações que a fizeram construir, junto com a psicóloga, o espaço do grupo:

O grupo veio primeiro a partir de uma mobilização individual mesmo, desde 2021, quando comecei um estudo pessoal para entender algumas questões de **ser uma mulher**, de ser uma mulher numa sociedade extremamente machista, entender alguns processos psicológicos inclusive de **como a gente se coloca, de como a gente estabelece nossas relações de trabalho, relação amorosa afetiva**. Foi uma coisa que foi me mobilizando e eu fui estudando muito por conta própria pra mim, mesmo [...] **Majoritariamente, a gente atende mulheres, então isso ficou gritante, muito forte**. Eu fui percebendo que questões de saúde mental mais leves, como ansiedade, depressão mais leve ou simplesmente começar a ter uma crise ou outra, um questionamento ou outro, tinham muita relação com essas estruturas. **Era uma mulher mais sobrecarregada, e que estabeleceu uma relação complexa que não consegue falar, que se cala para algumas situações e isso gera um sofrimento**. E elas vinham buscar, vinham buscar e num primeiro momento eu tinha um espaço de acolhimento, só que fui entendendo que era tão grande e tão recorrente

³² Discurso de Sojourner Truth na Women’s Rights Convention em Akron, Ohio, Estados Unidos, em 1851.

que não tava dando conta de ser uma agenda individual e que talvez eu sozinha não pudesse dar conta disso (Trecho da entrevista com Luiza, médica, 32 anos, branca).

Neste fragmento, Luiza associa a inquietação disparadora de pensar o espaço do grupo, junto à psicóloga, aos seus estudos pessoais sobre o ser mulher. A este *ser mulher*, associa uma certa postura, certo modo de se relacionar, dentro do que chama de uma “sociedade machista”. Pontua a questão da “sobrecarga” em conjunto com um “não conseguir falar”, ao *silêncio*, como produtores de sofrimento. Ao conversar com a psicóloga sobre esta sua percepção, notaram que ambas a compartilhavam. Pensando, então, em dar espaço para que as mulheres atendidas pudessem falar, propuseram a ideia de um espaço em grupo, não apenas pela ideia de coletividade, como também pelo volume de tempo que seria necessário para escutá-las individualmente.

Intrigo-me por este *ser mulher*. Luiza, assim como eu, uma médica jovem e branca, atende majoritariamente mulheres negras e mais velhas. Questiono-a explicitamente sobre a diferença de raça que se impõe nestes encontros. Ela responde:

Pelo menos na minha visão me dá uma sensação de que a experiência se assemelha bastante, com algumas **nuances do território ou nuances às vezes até mesmo da geração, de serem mulheres mais velhas, mas eu acho que tem um fio que conversa**. Não tem como não conversar, assim, ainda sobre como se coloca numa relação, ainda sobre **como enxerga o papel de um casamento e um relacionamento na vida, o peso que dá, acho que talvez o que eu sinto da diferença, o que pra mim é mais gritante, são as ferramentas para viver esse processo**. [...] Então eu vejo mais diferença não, é que pra mim sempre vai ter uma nuance das histórias individuais que podem ser marcadas pela cor, pela questão financeira e tudo mais, mas o fio é muito parecido da linha principal, falando assim sobre mulher. Então eu acho que tem um distanciamento num primeiro momento, elas olharem e **“você não sabe o que eu estou passando porque você vem de um outro lugar”**, mas eu acho que também o fato do grupo ter práticas em que a gente se expõe, isso ajuda muito (Trecho da Entrevista com Luiza, médica, branca, 32 anos).

Pergunto se ela recobra algum exemplo, alguma interação em que isso tenha ficado mais evidente, e ela prossegue:

Recentemente, eu estava atendendo uma moça e ela começou a me contar as coisas e eu estava só impressionada com a história dela, e ela falou **“você não mora em favela, você nunca morou em favela, você não sabe como funcionam as coisas”**. [...]

D: E você acha que tem diferença entre usuárias brancas e negras?

L: Na hora de estabelecer o **vínculo**? Eu acho que talvez, eu sinto que talvez tenham algumas coisas, algumas particularidades que as mulheres negras não trazem num primeiro momento comigo. **Eu sinto que, de novo o que estávamos falando, até estabelecer um vínculo me dá uma sensação de “você não sabe da missa a metade, você branquinha, cabelinho liso, não sabe da missa a metade”**. Então acho que volta na mesma tecla, num primeiro momento dá uma diferença de

identificação, de abertura, do que fala, da postura às vezes até corporal, de como estar ali na consulta. Algumas não têm esse reencontro, esse segundo momento, mas as que têm me dão uma sensação de que isso vai melhorando conforme elas vão de alguma forma estabelecendo algum vínculo de confiança e entendendo que aquele espaço e aquela pessoa são um espaço de cuidado e de troca (Trecho da Entrevista com Luiza, médica, branca, 32 anos).

Nestes fragmentos, a partir da categoria *mulher*, busco esmiuçar com Luiza suas percepções no que se refere às relações com mulheres que são negras e com mulheres que são brancas, no espaço do consultório. Ela reitera que a categoria *mulher* opera como um fio condutor, desvelando processos de subjetivação relacionados a papéis e expectativas de gênero enquanto produtores de sofrimento psíquico. Não nega, entretanto, que exista alguma diferença, que associa a contatos iniciais, antes de uma relação – ou vínculo, enquanto categoria êmica que designa as relações entre usuários e profissionais, estabelecido. No jargão da APS, vínculo figura como uma categoria também polissêmica, de categorização por vezes frágil, funcionando quase como um sinônimo de relação estabelecida positivamente.

Quando Luiza fala sobre o momento anterior ao vínculo, ela se refere a quando ela e a usuária que atende não passam de duas desconhecidas. É neste momento que identifica sua brancura como mais evidente, sendo interpelada por movimentos e posturas que sinalizam desconfiança. Outras categorias são evocadas em seu discurso, quando descreve frases que já ouviu de algumas usuárias: território e geração. Pensando a partir do olhar interseccional, o território, o *ser de favela* ou *ser do asfalto* informam raça, ao mesmo tempo que são informadas por ela. Apesar de Luiza ter mencionado a geração, ela não aparece em sua entrevista como algo que se interpõe à construção deste mesmo vínculo.

São, entretanto, as mulheres mais velhas que lhe procuram mais, o que atribui à sobrecarga de cuidado e à solidão que vivenciam em seus processos. Mulheres mais jovens compareciam mais ao grupo em seu início, segundo ela, muitas com histórias de “relações abusivas”, e o grupo se tornava um espaço para que fossem gradualmente se apercebendo de situações violentas que viviam a partir das trocas, inclusive com mulheres – incluindo as profissionais – que vivenciaram situações semelhantes em suas vidas.

Nos encontros em que estive, como disse, o clima costumava ser de cumplicidade, de abertura e troca mútua. As usuárias eram, de fato, em sua maioria, mulheres negras e idosas. É possível que o empenho para que se construísse um espaço com estas características fizesse o caráter de horizontalidade se sobressair. Não temos, entretanto, como afirmar de antemão que conteúdos emergiriam caso a raça fosse pautada de modo explícito. Ao mesmo tempo, não há como dizer que a raça está ocultada daquelas relações. Na perspectiva interseccional, raça e

gênero se perfazem mutuamente, de modo que, para as usuárias, o *ser mulher* muito possivelmente ganha contornos outros, ainda que não nomeados.

Quando Luiza pontua que vê uma diferença “nas ferramentas para viver o processo”, tem-se uma pista de que estas experiências que identifica enquanto comuns – expectativas normativas em relação ao casamento, tarefas de cuidado, solidão – são vivenciadas de modos distintos pelas distintas mulheres. É neste ponto que, através do gênero, são vividos raça, classe, geração e território. Ao meu ver, a médica não incorre em uma inobservância, mas em uma possível secundarização do vetor raça enquanto constitutivo das subjetividades das mulheres que atende. Não enquanto um marcador distinto e separado, mas enquanto algo que perfaz a vivência de gênero, em si, de mulheres negras e, também, de mulheres brancas.

Kilomba (2019) mobiliza a categoria da *Outridade* enquanto produção de subjetividades brancas forjadas sob a égide do racismo, em um movimento de projeções de aspectos reprimidos, indesejados, por sobre este “outro” – o sujeito negro. Em sua pesquisa, caracteriza, a partir da leitura psicanalítica de Fanon em conjunto com as interseccionalidades, processos psíquicos subjacentes a experiências que se repetem nas narrativas de mulheres negras. Não vem como uma surpresa a desconfiança direcionada a um corpo branco que ocupa o lugar de institucionalidade. Dos contatos reiterados a partir de dinâmicas raciais genderizadas, mulheres negras, por sua vez, desenvolvem mecanismos de resistência, agência e insubmissão. A autora assevera como há uma tendência de feministas brancas a centrar o debate em torno do gênero, desviando o olhar da raça e do racismo enquanto vetores que perfazem experiências e subjetividades.

Enquanto que a perspectiva feminista branca questiona a categoria de um sujeito universal, notoriamente atrelado às marcas de uma masculinidade branca descorporificada, omite-se e produz exclusões ao posicionar as mulheres brancas na centralidade, conferindo-lhes o status de mulher universal. Entretanto, é esta categoria de *mulher*, desracializada, desterritorializada e descorporificada, que figura nas políticas e nas produções de discurso acerca da “saúde reprodutiva” – direcionadas, tácita ou explicitamente, a este grupo amalgamado de sujeitos que portam úteros destinados, ou não, a engravidarem e maternarem, a depender de que posição ocupam sob os diferentes esquemas normativos de inteligibilidade, fortemente amparados na raça e no racismo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa propôs-se a desvelar como são geridas as práticas com atenção à saúde reprodutiva na atenção primária à saúde, a partir dos diferentes atores em campo, em seus sentidos, valores e expectativas, e de que modo emergem destas práticas processos de violência e, em igual medida, de agenciamentos. A partir de literatura sobre governança reprodutiva enquanto mecanismos e técnicas de governamentalidade imbricadas ao biopoder/biopolítica e racismo de Estado, a mirada aqui empreendida norteou-se pela perspectiva simbólico-interacionista e, com maior ênfase, pelas interseccionalidades enquanto sensibilidade analítica que privilegia a análise das relações a partir do que produz o entrecruzamento de raça, classe, gênero, território e demais vetores de poder.

Alguns temas relevantes ao extenso campo da antropologia da reprodução insinuaram-se, porém, não puderam ser aprofundados nos limites desta pesquisa. Como exemplo, a profícua discussão em torno de maternidades, Estado e suas violações não pôde ser enfaticamente abordada, ainda que relatos de mulheres que perderam filhos para a violência policial tenham surgido dos diálogos em campo, bem como histórias que envolviam a mediação estatal de relações entre mães e filhos via Conselho Tutelar.

A discussão acerca do *care* em sua polissemia e para além de seu aspecto protetivo, ensejando tutelas e violações eufemizadas através de práticas de cuidado, bem como a interface entre cuidado e reprodução também representa uma chave de análise não menos relevante, que também não pôde ser acionada no escopo deste trabalho. No que se refere a limitações do campo, não houve, ainda, interlocução com mulheres usuárias que performassem sexualidades dissidentes ou, ainda, pessoas trans. Este fato sinaliza que, em certa medida, estes sujeitos não ocupam o espaço da unidade com a mesma recorrência ou do mesmo modo que pessoas cis e heterossexuais.

A partir de negociações com o CEP para a autorização do trabalho de campo, foram necessárias readequações metodológicas que mantiveram o contorno da pesquisa vinculado à estrutura física da Clínica, ou, ainda, às fronteiras entre Clínica e território. É através de um dos pareceres, documentos institucionais que comunicam negativas e permissões desde as instituições aos pesquisadores, que emergem tensões iniciais derivadas da produção discursiva de um *Outro*, racializado e territorializado, apontando a participação dos equipamentos de Estado, inclusive em seu braço tutelar e cuidador, na reiteração da matriz colonial e racista que enseja uma cidade permanentemente cindida.

Percorreram-se os caminhos da pesquisa através do *acolhimento* e dos corredores da unidade, bem como dos espaços de atividades coletivas – os grupos intitulados “Planejamento Reprodutivo” e “Grupo de Mulheres”. Do *acolhimento*, enquanto *locus* de interação e mediação iniciais entre ACS e usuárias, emergiram tensões e negociações que evidenciaram estigmas reprodutivos direcionados a mulheres negras, jovens ou com “muitos filhos”, em processos de violência de gênero institucional. Estes processos, por serem da ordem do “sutil”, não se tratando de agressões explícitas ou violações corporais propriamente ditas, tendem a ser categorizadas enquanto violência simbólica. Entretanto, esta categoria, recorrentemente descorporificada e desatrelada de dinâmicas de poder adensadas por raça, gênero, classe e território, tende a minimizar os efeitos do racismo em sua forma de racismo institucional que, por sua vez, é vivido inevitavelmente através do gênero. Neste sentido, nomeio este mecanismo excludente de racismo institucional genderizado, em uma tentativa de aplacar a eufemização de processos de violência cotidianos nas interações das mulheres negras, pobres e de periferia com equipamentos da burocracia estatal.

A gestão da fecundidade, através de práticas com enfoque na contracepção, compõe grande parte da demanda assistencial e do que se ocupam os profissionais da APS, norteados por um escopo programático balizado no paradigma da “escolha livre e informada”. No entanto, as trajetórias reprodutivas das mulheres são permeadas por contingências, ausências e, não obstante, violências, que convocavam à elaboração de modos de gestões autorais sobre a própria fecundidade. As tomadas de decisão acerca dos métodos tinham mais a ver com aspectos relacionais do que com um processo minucioso de análise de custo-benefício. Ao mesmo tempo, é esperado que mulheres sejam plenamente responsáveis por se protegerem de uma eventual gravidez, enquanto as que não o fazem, especialmente aquelas cujas maternidades são “indesejáveis”, tendem a ser categorizadas enquanto desleixadas e displicentes, bem como culpadas, tácita ou explicitamente, dos fracassos das políticas públicas.

Deste modo, as decisões em torno do gestar ou não gestar são demarcadas por ambivalências e contradições, tensionadas por normas e expectativas de distintas agências em torno da reprodução. Estes processos decisórios são interceptados pela gestão tecnocrática dos corpos femininos, através da regulação de sua fecundidade, enraizada no paradigma controlista ou neomalthusiano. Este paradigma é reatualizado a partir da linguagem dos direitos, que promove a eufemização de *coerções* enquanto um espectro de ações por parte das políticas e serviços que incentivam mulheres, em especial as mulheres negras, a incorporarem o uso de métodos contraceptivos que não dependem de sua “disciplina” para

que funcionem. As atuais discussões em torno do LARC situam estes dispositivos neste limite, tendo as políticas que os implementam dirigidas a mulheres categorizadas como “vulneráveis” (Brandão; Cabral, 2021).

Nesta perspectiva, o advento dos LARC, representado pelo DIU de cobre na atenção primária do MRJ à época do estudo, perfaz um *continuum* com os sentidos que assume a prática de laqueadura enquanto técnica de esterilização compulsória de mulheres negras e pobres nas décadas de 1970 e 1980. A esta prática estava subsumida um ideário de nação, de viés neoeugenista e pautado na ideologia do branqueamento. Nos biopopulacionismos contemporâneos, após duas décadas da CPMI da laqueadura, regulada pela LPF de 1996, este discurso assume novas vestes. Torna-se vedado o incentivo à prática, e os LARC parecem ocupar, de algum modo, este lugar de interrupção, ainda que teoricamente temporária, da fecundidade. Ensejam-se práticas que facilitam o acesso ou imprimem barreiras aos diferentes métodos, a partir da microcapilarização de esquemas de inteligibilidade que cindem as diferentes mulheres entre aquelas cuja fertilidade reprodutora será interrompida, ou não.

Paralelamente, a laqueadura é mobilizada pelas mulheres em seus discursos através de inflexões em suas trajetórias, sendo representada por um ideário de procedimento de difícil alcance, ainda que seu acesso fosse, de certo modo, facilitado na unidade-campo. Aqui, a metáfora do Passaporte surge a partir da identificação dos sentidos em torno da interrupção da fecundidade enquanto caminho que enseja possibilidades outras, em que estas mulheres não mais dependem dos serviços de saúde ou de suas parcerias para não mais gestarem e, por conseguinte, não mais maternarem, desviando-se das mediações, contingências, violações e ausências que encaram nestes processos.

Das narrativas em torno da atenção ao pré-natal e ao parto, os silêncios em torno do período gestacional pareceram ocultar a valoração do cuidado neste período como meramente procedimental, possivelmente enquanto construto das políticas de saúde anteriores à Reforma Sanitária, fortemente pautadas na atenção materno-infantil em seu viés programático. No que se refere às narrativas sobre a atenção ao parto, por sua vez, emergiram relatos explícitos de violências, o que trouxe à tona a categoria da violência obstétrica. A mobilização desta categoria a partir do discurso de uma interlocutora, enfermeira, que identificava em sua trajetória pessoal um parto violento, enunciando-o como tal, trouxe à tona a complexidade dos processos de nomeação das violências, bem assim descortinou agências, como através de sua inclinação pessoal a endereçar o tema em suas consultas.

A este respeito, o *folder* por ela elaborado surge como objeto de análise enquanto prescrição acerca de um parto ideal e as reais possibilidades de enfrentamento diante das

violências sofridas, uma vez de posse das informações providas. Neste sentido, a narrativa de uma usuária acerca de seu parto aponta para outros modos de resistência que independem do acesso a recursos epistemológicos como o é a própria categoria VO. Ela traça caminhos agenciados por meio de contestações e embates com a equipe que a assistia, valendo-se de suas redes de relações, composta por outras mulheres, em algumas etapas deste processo.

O “Grupo de Mulheres” é caracterizado enquanto espaço de cuidado direcionado às mulheres da unidade, propondo-se a práticas que se contrapõem à lógica biomédica, inserindo dinâmicas corporais e “ritualísticas”, impensáveis na consulta individual. As profissionais se propõem, ainda, à escuta do sofrimento daquelas que dele participam. Há uma perspectiva coletiva e dialógica, descentrada na díade profissional-usuária, e se almeja certa horizontalidade entre estes dois grupos, o que, por vezes, acaba por escapar, devolvendo às profissionais sua autoridade prescritiva. Em entrevista, a médica que o coordena identifica um *ser mulher*, atravessado por expectativas relativas a parentalidade, conjugalidade e tarefas de cuidado.

Entretanto, este *ser mulher* que compõe não apenas o seu discurso, como também as políticas que norteiam as práticas, tende a reificar e compartimentar as diferentes matrizes de opressão. Não há, portanto, uma experiência de *ser mulher* que seja unívoca. Retomo a centralidade do paradigma interseccional para a compreensão das relações em campo e da construção das diferentes subjetividades, sendo o gênero, invariavelmente, experimentado através de raça, classe, território, idade e outras corporalidades. Estas diferenças, postas em relação em uma matriz cisheteropatriarcal e racista, acionam inteligibilidades que, ao fim e ao cabo, têm efeito na produção de desigualdades que, no caso desta pesquisa, materializam-se em coerções e violações que, por sua vez, ensejaram contestações e agências por parte de usuárias e profissionais.

REFERÊNCIAS

- ABDALA, L. “Sé que me cortaron, pero lo olvidé inmediatamente cuando te vi”. La violencia obstétrica como un nuevo marco para dotar de inteligibilidad las memorias y experiencias de los partos en la argentina reciente. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 37, p. 2-21, 2021.
- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.
- BAIROS, L. Nossos feminismos revisitados. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 458-463, 1995.
- BAJOS, N.; FERRAND, M. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. **Sciences sociales et santé**, France, v. 22, n. 3, p. 117-142, 2004.
- BECKER, H. S. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Hucitec. 1999.
- BECKER, H. S. **Uma teoria da ação coletiva**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1977.
- BENDIX, D. *et al.* Targets and technologies: Sayana Press and Jadelle in contemporary population policies. **Gender, Place & Culture**, [s. l.], v. 27, n. 3, p. 351-369, 2019.
- BENTO, M. S. A. Branqueamento e branquitude no Brasil. *In*: CARONE, I.; BENTO, M. S. A. (Orgs.). **Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- BERQUÓ, E. Cairo-94 e o confronto Norte-Sul. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 37, p. 7-19, 1993.
- BERQUÓ, E. Esterilização e raça em São Paulo. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 19-26, 1994.
- BOLTANSKI, L. Parte I - A descoberta da doença: a difusão do conhecimento médico. *In*: BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004, p. 33-52.
- BONET, O. Discriminação, Violência Simbólica e a Estratégia Saúde da Família: reflexões a partir do texto de Richard Parker. *In*: MONTEIRO, S.; VILELA, W. (Orgs.). **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 47-60.
- BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.
- BOURDIEU, P.; PASSERON, J. **A Reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1970.
- BOURDIEU, P. **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983.
- BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos pagu**, Campinas, SP, n. 26, p. 329-376, 2006.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Vidas precárias: tecnologias de governo e modos de gestão da fecundidade de mulheres “vulneráveis”. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 27, n. 61, p. 47-84, 2021.

BRANDÃO, E. R. Contraceção Reversível de Longa Duração (Larc): solução ideal para tempos pandêmicos?. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, p. 237-247, 2022.

BRANDÃO, E. R. Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema Único de Saúde: o debate sobre a (in) disciplina da mulher. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, p. 875-879, 2019.

BRASIL. Congresso Nacional. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. **Relatório final nº 2, de 1993**: criada através do requerimento nº 796/91-CN, destinada a examinar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/85082>. Acesso em: 21 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 jan. 1996.

BRASIL. Lei nº 14.443 de 02 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**: saúde sexual e saúde reprodutiva. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 26 Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, nº 32, 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**: saúde sexual e saúde reprodutiva. Cadernos de Atenção Básica, nº 26, 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a Rede Cegonha**. Brasília, DF: Editora MS/CGDI/SAA, 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica**: saúde das mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 13 jan. 2023.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2019.

BUTLER, J. O parentesco é sempre tido como heterossexual?. **Cadernos pagu**, Campinas, SP, n. 21, p. 219-260, 2003.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão de identidade. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, J. **Quadros de guerra**: quando a vida é passível de luto?. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015. p.13-55.

BUTLER, J. Vida precária. **Contemporânea - Revista de Sociologia da UFSCar**, São Carlos, SP, v. 1, n. 1, p. 13-13, 2011.

CABRAL, C. S. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n.4, p. 1093-1104, 2017.

CABRAL, C. S. **Práticas contraceptivas e gestão da heterossexualidade**: agência individual, contextos relacionais e gênero. 2011. 254 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

CÁRDENAS, C. M. M. A sociologia da ação de Bourdieu e a análise das práticas de saúde. *In*: CÁRDENAS, C. M. M. **Aconselhamento no âmbito dos Centros de Testagem no estado do Rio de Janeiro**: uma análise das práticas e saberes na prevenção das DST/Aids. 2014. 261 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

CARNEIRO, A. S. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. 2005. 339 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CASTRILLO, B. Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 43-68, 2016.

CASTRO, R. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. **Revista Mexicana de Sociología**, Cidade do México, v. 76, n. 2, p. 167-197, 2014.

CASTRO, R. **Teoría social y salud**. Buenos Aires: Editorial/UNAM, 2011.

CHO, S.; CRENSHAW, K. W.; MCCALL, L. Toward a Field of Intersectionality Studies: Theory, Applications, and Praxis. **Signs**, Chicago, v. 38, n. 4, 2013.

COLLINS, P. H. **Black feminist thought**. New York: Routledge, 2000.

CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. *In*: CAVENAGHI, Suzana. (Org.).

Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro: Abep; Brasília, DF: UNFPA, 2006. p. 27-62.

CORRÊA, S.; ÁVILA, M. B. Direitos sexuais reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. *In*: BERQUÓ, E. (Org.) **Sexo & vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Editora da UNICAMP 2003, p. 17-78.

CORRÊA, S. From reproductive health to sexual rights achievements and future challenges. **Reproductive Health Matters**, [s. l.], v. 5, n. 10, p. 107-116, 1997.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 147-177, 1996.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos Feministas*, [s. l.], v. 10, n. 1, 2002.

CUNHA, C. Moralidades em jogo. Os ‘embarços’ da sexualidade e gravidez no caso de jovens vivendo com HIV/AIDS. *Sexualidades*, n. 13, 2015.

DAMASCO, M. S.; MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). **Revista Estudos Feministas**, Santa Catarina, v. 20, n. 1, p. 133-151, 2012.

DAMATTA, R.; NUNES, E. O. **A aventura sociológica.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

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

DE ALMA-ATA, Declaração. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. USSR, 6-12 set. 1978. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Declaração de Alma-Ata**, v. 15, 1978. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em 14 abr. 2022.

DE MEDEIROS, M. X. L. Conflitos de Estado nas comissões parlamentares de inquérito sobre “planejamento familiar”: esterilização, soberania nacional, nordeste e corpos femininos. **Antropolítica**, Niterói, v. 55, n. 2, 2023.

FANON, F. **Os condenados da terra.** Trad. de Enilce Albergaria Rocha e Lucy Magalhães. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2005.

FAZZIONI, N. H. **Nascer e morrer no Complexo do Alemão**: políticas de saúde e arranjos de cuidado. 2018. Tese (Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

FERNANDES, C. A força da ausência. A falta dos homens e do “Estado” na vida de mulheres moradoras de favela. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 36, p. 206-230, 2021.

FERNANDES, C. Figuras do constrangimento: as instituições de Estado e as políticas de acusação sexual. **Mana**, [s. l.], v. 25, p. 365-390, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/4R4QY6ZgGdjn8qFZtmKMwvL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2023.

FERREIRA, J.; BRANDÃO, E. R. **Reflexividade na pesquisa antropológica em saúde: desafios e contribuições para a formação de novos pesquisadores**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2021.

FLEISCHER, S. “Quem sabe, não mede. Quem não sabe, mede três dedos”: a construção da autoridade entre parteiras na região de Melgaço, Pará. Pós-Revista Brasileira de Pós-Graduação em Ciências Sociais, [s. l.], v. 10, 2012. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistapos/article/view/19604>. Acesso em: 24 fev. 2023.

FONSECA, C.; MARRE, D.; RIFIOTIS, F. Governança reprodutiva: um assunto de suma relevância política. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 27, n. 61, p. 7-46, 2021.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **Verve**, São Paulo, v.18, n. 1, p. 167-194, 2010.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

FRICKER, M. **Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing**. New York: Oxford University Press, 2007.

GELEDES. **E não sou uma mulher? – Sojourner Truth**. Trad. Osmundo Pinho. 2014. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/e-nao-sou-uma-mulher-sojourner-truth/#:~:text=Olhem%20para%20meus%20bra%C3%A7os!,e%20suportar%20o%20a%C3%A7oite%20tamb%C3%A9m!> Acesso em: 12 fev. 2022.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção Primária à Saúde. *In*: GIOVANELLA, L. (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GOES, E. F. *et al.* **Barreiras de acesso à atenção ao aborto inseguro pelas mulheres negras: evidências do racismo institucional no Brasil**. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 8., 2019, João Pessoa: ABRASCO, 2019.

GOES, E. F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOLDENBERG, M. Entrevistas e questionários. *In*: GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 2004, p. 85-91.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Territorialização em Saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista ciências sociais hoje**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 223-244, 1984.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano**: ensaios, intervenções e diálogos. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GRAHAM, S. **Cidades sitiadas**: o novo urbanismo militar. Boitempo Editorial, 2017.

GUIMARÃES, M. S. **“Protocolando condutas, etiquetando pessoas”**: as políticas prescritivas da sexualidade em um protocolo clínico do Ministério da Saúde. 2018. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018.

HEILBORN, M. L. *et al.* Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 269-278, 2009.

HENDRIXSON, A. Population control in the troubled present: the ‘120 by 20’ Target and Implant Access Program. **Development and Change**, [s. l.], v. 50, n. 3, p. 786-804, 2019.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação**: episódios de racismo cotidiano. Editora Cobogó, 2019.

KRAUSE, E. L.; DE ZORDO, S. Introduction. Ethnography and biopolitics: tracing ‘rationalities’ of reproduction across the north–south divide. **Anthropology and Medicine**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 137-51, 2012.

LEAL, M. C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 33, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2023.

LEITE, T. H. *et al.* Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 483-491, 2022.

LIMA, F. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 70, p. 20-33, 2018.

LUGONES, M. G. Obrando em autos, obrando em vidas: formas y fórmulas de Protección Judicial en los Tribunales Preventivos de Menores de Córdoba, Argentina, a comienzos del siglo XXI. **Coleção Antropologias**, Rio de Janeiro, n, 8, 2012.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MCCLINTOCK, A. **Couro Imperial**: raça, gênero e sexualidade no embate colonial. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2010.

MENEZES, R. A. Health professionals and death: emotions and management ways. **Teoria & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 2, 2006. Disponível em: http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-44712006000200005. Acesso em 13 jan. 2024.

MENEZES, R. A. Relato sobre internação hospitalar para procedimento cardiológico no início da pandemia de Covid-19. **Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p. 265-269, 2021.

MILANEZI, J. Distinções, Mediações Excludentes e Desigualdades: a Governança da Saúde Reprodutiva de “Cadastradas Difíceis”. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, 2024.

MINELLA, L. S. A produção científica sobre a esterilização feminina no Brasil nos anos 80 e no início dos 90: um debate em aberto. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 3-22, 1998.

MONTAGNER, M. À Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. *Ciência e Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 515-526, 2006. Acesso em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qbgm45G78Gns44Gmfwhw4tG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2023.

MONTEIRO, S. S. *et al.* Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). *Ciência & saúde coletiva*, [s. l.], v. 19, p. 137-146, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cCVb4qykHqpzzJhtSymVrvR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2023.

MORGAN, L. M.; ROBERTS, E. F. S. Reproductive governance in Latin America. **Anthropology & Medicine**, London, v. 19, n. 2, p. 241-254, 2012.

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

NASCIMENTO, P., MELO, A. C. ‘Esse povo não está nem aí’: as mulheres, os pobres e os sentidos da reprodução em serviços de atenção básica à saúde em Maceió/Alagoas. *In*: FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. (Orgs.). **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 267-297.

PARKER, R. Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial. In: MONTEIRO, S.; VILELA, W. (Orgs.). **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 25-46.

RIBEIRO COROSSACZ, V. **O corpo da nação**: classificação racial e gestão social da reprodução em hospitais da rede pública do Rio de Janeiro. Coleção Etnologia, v. 6. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2009.

RIO DE JANEIRO. **Guia rápido pré-natal**: atenção primária à saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: [https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Guia_R%C3%A1pido_PNAT_\(1\)_ \(2\).pdf](https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Guia_R%C3%A1pido_PNAT_(1)_ (2).pdf). Acesso em 12 dez, 2023.

ROSS, L. J. Reproductive justice as intersectional feminist activism. **Souls**, Chicago, v. 19, n. 3, p. 286-314, 2017.

ROSS, L. Understanding reproductive justice: Transforming the pro-choice movement. **Off our backs**, [s. l.], v. 36, n. 4, p. 14-19, 2006.

SANTOS, A. S. R. dos. **Do corpo colonizado ao corpo humanizado**: trajetórias e percepções acerca do cuidado perinatal e agência feminina negra. 2020. 128 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

SENDEROWICZ, L. “I was obligated to accept”: a qualitative exploration of contraceptive coercion. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 239, p. 112531, 2019

SILVA, M. B. Reflexividade e Implicação de um “Pesquisador-Nativo” no Campo da Saúde Mental: sobre o dilema de pesquisar os próprios “colegas de trabalho”. **Revista de Antropologia**, [s. l.], p. 99-115, 2007.

SIQUEIRA, P.; FAVRET-SAADA, J. “Ser afetado”, de Jeanne Favret-Saada. **Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 13, n. 13, p. 155-161, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2022.

TEMPESTA, G. A.; FRANÇA, R. L. Nomeando o inominável: a problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 27, n. 61, 257-290, 2021.

VASCONCELLOS, M. D. Pierre Bourdieu: A herança sociológica. **Educação & Sociedade**, [s. l.], v. 23, n. 78, p. 77-87, 2002.

VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Caracas, 23 abr. 2007. p. 1-41. Disponível em: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf. Acesso em 04 abr. 2022.

VIANNA, A.; LACERDA, P. **Direitos e políticas sexuais no Brasil**: o panorama atual: mapeamento e Diagnóstico. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.

VIANNA, A.; LOWENKRON, L. O duplo fazer do gênero e do Estado: interconexões, materialidades e linguagens. **Cadernos pagu**, [s. l.], n. 51, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/pWRzSNMsG4zD8LRqXhBVksk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jan. 2022.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

APÊNDICE A – TÓPICOS-GUIA PARA ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE

1) Entrevistas com as usuárias

- a) Aspectos concernentes à autoidentificação em relação aos marcadores sociais da diferença, como raça, gênero e orientação sexual, bem como estado civil, parentalidade, vida laboral e religião;
- b) Motivações e necessidades para buscarem a unidade de saúde em questão, com enfoque em necessidades relacionadas à saúde sexual e reprodutiva e abertura à narrativa de trajetórias relativas a estes cuidados;
- c) Experiências prévias no serviço pesquisado, buscando identificar situações usuais e de ruptura, de percepção de acolhimento ou desrespeito, a partir de suas experiências, atentando para como estas são nomeadas;
- d) Relações de confiança/desconfiança e conforto/desconforto em relação aos profissionais de saúde;
- e) Percepção das categorias de articulação (raça, classe, gênero, orientação sexual, idade, território) como sendo relevantes às experiências narradas, bem como nas relações estabelecidas com os profissionais do serviço.

2) Entrevistas com os profissionais de saúde

- a) Aspectos concernentes à autoidentificação em relação aos marcadores sociais da diferença, como raça, gênero e orientação sexual, bem como estado civil, parentalidade, vida laboral e religião;
- b) Como realizam as práticas com atenção à saúde sexual e reprodutiva, facilitando a narrativa livre acerca das próprias práticas;
- c) Percepção pessoal de boas e más-práticas na atenção à saúde sexual e reprodutiva na APS, observar como estas experiências são nomeadas pelos profissionais, a partir de situações usuais e ou de ruptura;
- d) Como estes percebem suas relações com as usuárias atendidas, a partir da categoria “vínculo”, ou como relações de confiança/desconfiança, conforto/desconforto;

- e) Percepção das categorias de articulação (raça, classe, gênero, orientação sexual, idade, território) como relacionadas ao caráter das experiências narradas, bem como às relações estabelecidas com as usuárias.

APÊNDICE B– REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(RCLE) - USUÁRIAS

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa intitulada: “*Saúde sexual e reprodutiva na atenção primária à saúde em território de favela: tensões entre ‘vínculo’, diferença, poder e violências*” conduzida por Dandara Pimentel Freitas, mestranda em saúde coletiva, sob orientação da Prof^a Dr^a Claudia Mora, tendo como campo a Clínica da Família xxxxxxxx. Este estudo tem por objetivo compreender a relação entre as usuárias e os profissionais da unidade nos atendimentos de saúde da mulher (acompanhamento do pré-natal, coleta de preventivo ou exame ginecológico, e aqueles em que tenha havido alguma conversa sobre sua vida sexual ou sido receitados anticoncepcionais, por exemplo). Interessa conhecer se características das usuárias e dos profissionais, como ser homem ou mulher, ou uma pessoa branca ou negra, por exemplo, fazem diferença, contribuindo para que usuárias se sintam mais ou menos confortáveis neste tipo de atendimento. Interessa, também, saber como é sua relação com os profissionais que lhe atendem, e se já houve situações em que tenha se sentido constrangida ou desconfortável durante estas consultas.

Você foi selecionada por usuária desta unidade. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não lhe acarretará nenhum prejuízo. Saliento que, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação na pesquisa, poderá buscar indenização conforme as leis vigentes no Brasil através de vias judiciais.

Possíveis riscos da sua participação neste estudo incluem constrangimento, desconforto, estresse e a possibilidade de quebra do anonimato. Quanto a este último, a pesquisadora garante que serão incluídos apenas os dados pertinentes a sua identificação que você permitir, e pretende utilizar a adoção numérica como recurso para minimizar a possibilidade de sua identificação enquanto participante. Por fim, em caso de danos psíquicos decorrentes de sua participação, a pesquisadora lhe direcionará à sua equipe de saúde da família na própria Clínica da Família xxxxxxxx. Sobre os benefícios, estes consistem em dar visibilidade ao ponto de vista das usuárias (pacientes) entrevistadas, o que resultará numa melhor compreensão sobre estas consultas e como elas podem ser mais acolhedoras e confortáveis para as mulheres do território. Também contribuirá para pensar políticas públicas que garantam os direitos destas mulheres.

A sua participação não é remunerada nem implicará em gastos para você. Eventuais despesas de participação (passagem, por exemplo) serão custeadas ou ressarcidas pela pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista sobre sua experiência nos atendimentos em saúde da mulher nesta unidade, como pré-natal, coleta de preventivo ou que tenham precisado de exame ginecológico, ou em que você e o profissional tenham conversado sobre anticoncepção e sobre sua vida sexual, por exemplo. As entrevistas serão conduzidas no interior da unidade de saúde, e serão conduzidas pela pesquisadora que, com sua autorização, registrará em áudio para posterior transcrição. Estes áudios não serão divulgados, e estarão apenas em posse da pesquisadora, bem como as transcrições. As

informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgadas em nível individual, visando assegurar o sigilo da sua participação. Todo o material coletado, incluindo a gravação em áudio e as transcrições, terão seu download realizado e serão armazenados por um período de cinco anos em um disco virtual em dispositivo eletrônico físico e, após este decorrido este tempo, descartados. A pesquisadora compromete-se a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos nesta pesquisa sem qualquer identificação de indivíduos e instituições participantes, a fim de resguardar o sigilo de todas as pessoas entrevistadas.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora. Ao assinar este documento, você não abrirá mão de nenhum direito legal, assim como poderá sair do estudo a qualquer momento, sem prejuízo nenhum a você. Tanto a pesquisadora quanto você irão rubricar todas as páginas deste termo, assegurando que todas as páginas foram lidas, o que garante ainda mais a sua proteção. A pesquisadora compromete-se a divulgar os resultados desta pesquisa de forma acessível para você e demais participantes após sua finalização.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar a pesquisadora responsável, ou procurar os comitês de ética em pesquisa nos contatos abaixo:

Pesquisadora responsável: Dandara Pimentel Freitas, mestranda, Instituto de Medicina Social, e-mail: dandarapimentelfreitas@gmail.com, telefone: (21) 96528-5647.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro – UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde: Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, CEP: 20031-040, telefone (21) 2215-1485. E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Você autoriza a gravação da sua entrevista em áudio? Sim () Não ()

Ao assinar este documento, a participante estará declarando que entendeu os objetivos, riscos e benefícios de sua participação, e que concorda em ser incluída na pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura da participante: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

APÊNDICE C – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RCLE) - PROFISSIONAIS

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada: “*Saúde sexual e reprodutiva na atenção primária à saúde em território de favela: tensões entre ‘vínculo’, diferença, poder e violências*” conduzida por Dandara Pimentel Freitas, mestranda em saúde coletiva, sob orientação da Prof^a Dr^a Claudia Mora, tendo como campo a Clínica da Família xxxxxxxx. Este estudo tem por objetivo compreender a relação entre as usuárias e os profissionais da unidade nos atendimentos de saúde da mulher (acompanhamento do pré-natal, coleta de preventivo ou exame ginecológico, e aqueles em que tenha havido alguma conversa sobre sua vida sexual ou sido receitados anticoncepcionais, por exemplo). Interessa conhecer se características das usuárias e dos profissionais, como ser homem ou mulher, ou uma pessoa branca ou negra, por exemplo, fazem diferença, contribuindo para que usuárias se sintam mais ou menos confortáveis neste tipo de atendimento. Interessa, também, saber como é a relação entre os profissionais e usuárias atendidas, e se já houve situações em que tenha se as usuárias tenham se sentido constrangidas ou desconfortáveis durante estas consultas.

Você foi selecionado(a) por ser profissional desta unidade e realizar os atendimentos supracitados. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não lhe acarretará nenhum prejuízo. Saliento que, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação na pesquisa, poderá buscar indenização conforme as leis vigentes no Brasil.

Possíveis riscos da sua participação neste estudo incluem desconforto emocional, como tristeza ou estresse por lembrar situações que possam ter sido difíceis ou constrangedoras em sua vida pessoal ou profissional, além da possibilidade de quebra do anonimato. Quanto a este último, a pesquisadora garante que serão incluídos apenas os dados pertinentes a sua identificação que você permitir, e pretende utilizar a adoção numérica como recurso para minimizar a possibilidade de sua identificação enquanto participante. Em caso de danos psíquicos decorrentes da pesquisa, a pesquisadora lhe direcionará à sua unidade de atenção primária de referência, de acordo com a divisão territorial do município. Sobre os benefícios, estes consistem em dar visibilidade ao ponto de vista das usuárias e profissionais entrevistados, permitindo um olhar ampliado sobre a experiência de ambos e uma melhor compreensão destas práticas, contribuindo para uma melhor assistência e aprimoramento de políticas públicas.

A sua participação não é remunerada nem implicará em gastos para você. Eventuais despesas de participação serão custeadas ou ressarcidas pela pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista sobre sua atuação individual e sobre a organização das atividades voltadas para o cuidado à saúde sexual e reprodutiva nesta unidade. As entrevistas serão conduzidas no interior da unidade, em horário conveniente para você e com autorização prévia da gerência. Estas entrevistas serão conduzidas pela pesquisadora que, com sua autorização, registrará em áudio para posterior transcrição. Estes áudios não serão divulgados, e estarão apenas em posse da pesquisadora, bem como as transcrições. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgadas em nível individual, visando assegurar o sigilo da sua

participação. Todo o material coletado, incluindo a gravação em áudio e as transcrições, serão armazenados por um período de cinco anos em um disco virtual em dispositivo eletrônico e, após este decorrido este tempo, descartados. A pesquisadora compromete-se a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos nesta pesquisa sem qualquer dado que permita sua identificação, a fim de resguardar o sigilo de todas as pessoas entrevistadas.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora. Ao assinar este documento, você não abrirá mão de nenhum direito legal, assim como poderá sair do estudo a qualquer momento, sem prejuízo nenhum a você. Tanto a pesquisadora quanto você irão rubricar todas as páginas deste termo, assegurando que todas as páginas foram lidas, o que garante ainda mais a sua proteção. A pesquisadora compromete-se a divulgar os resultados desta pesquisa de forma acessível para você e demais participantes após sua finalização.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar a pesquisadora responsável, ou procurar os comitês de ética em pesquisa nos contatos abaixo:

Pesquisadora responsável: Dandara Pimentel Freitas, mestrande, Instituto de Medicina Social, e-mail: dandarapimentelfreitas@gmail.com, telefone: (21) 96528-5647.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro – UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde: Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, CEP: 20031-040, telefone (21) 2215-1485. E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Você autoriza a gravação da sua entrevista em áudio? Sim () Não ()

Ao assinar este documento, a participante estará declarando que entendeu os objetivos, riscos e benefícios de sua participação, e que concorda em ser incluído(a) na pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura da participante: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

APÊNDICE D – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RCLE) - GRUPOS

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa intitulada: “*Saúde sexual e reprodutiva na atenção primária à saúde em território de favela: tensões entre ‘vínculo’, diferença, poder e violências*” conduzida por Dandara Pimentel Freitas, mestranda em saúde coletiva, sob orientação da Prof^a Dr^a Claudia Mora, tendo como campo a Clínica da Família xxxxxxxx. **Este estudo tem por objetivo compreender a relação entre as usuárias e os profissionais da unidade nos atendimentos de saúde da mulher (acompanhamento do pré-natal, coleta de preventivo ou exame ginecológico, e aqueles em que tenha havido alguma conversa sobre sua vida sexual ou sido receitados anticoncepcionais, por exemplo). Interessa conhecer se características das usuárias e dos profissionais, como ser homem ou mulher, ou uma pessoa branca ou negra, por exemplo, fazem diferença, contribuindo para que usuárias se sintam mais ou menos confortáveis neste tipo de atendimento. Interessa, também, saber como é a relação entre os profissionais e usuárias atendidas, e se já houve situações em as usuárias tenham se sentido constrangidas ou desconfortáveis durante estas consultas.** Você foi selecionada por ser participante deste grupo nesta unidade, ou profissional que o conduz. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não lhe acarretará nenhum prejuízo. Saliento que, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação na pesquisa, poderá buscar indenização conforme as leis vigentes no Brasil através de vias judiciais. Possíveis riscos da sua participação neste estudo incluem desconforto emocional, como tristeza, estresse ou vergonha por lembrar situações que possam ter sido difíceis ou constrangedoras para você, além de quebra do anonimato. Quanto a este último, a pesquisadora garante que serão incluídos apenas os dados pertinentes a sua identificação que você permitir, e pretende utilizar a adoção numérica como recurso para minimizar a possibilidade de sua identificação enquanto participante. **Em caso de danos psíquicos decorrentes de sua participação, a pesquisadora lhe direcionará à sua unidade de atenção primária de referência. Caso você seja uma usuária será a sua própria equipe na Clínica da Família xxxxxxxx. Caso seja um profissional, será direcionado à sua unidade de acordo com a divisão territorial do município.** Sobre os benefícios, estes consistem em dar visibilidade ao ponto de vista das usuárias (pacientes) e profissionais envolvidos nestes grupos, o que resultará numa melhor compreensão sobre estes espaços e como elas podem ser mais acolhedores e confortáveis para as mulheres do território. Também contribuirá para pensar políticas públicas que garantam os direitos destas mulheres. A sua participação não é remunerada nem implicará em gastos para você. Eventuais despesas de participação (passagem, por exemplo) serão custeadas ou ressarcidas pela pesquisa. Sua inclusão nesta pesquisa consistirá em participar deste grupo, na própria unidade, com a presença da pesquisadora, que observará a ocorrência do mesmo e suas dinâmicas. Este encontro não será gravado, e informações obtidas por meio desta pesquisa que permitam sua identificação individual serão confidenciais e não serão divulgadas, visando assegurar o sigilo da sua participação. Todo o material coletado estará em registro no diário de campo da

pesquisadora, que será armazenado por um período de cinco anos em um disco virtual em dispositivo eletrônico e, após este decorrido este tempo, descartado. A pesquisadora compromete-se a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos nesta pesquisa sem qualquer identificação de indivíduos participantes, a fim de resguardar o sigilo de todas as pessoas participantes da pesquisa.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora. Ao assinar este documento, você não abrirá mão de nenhum direito legal, assim como poderá sair do estudo a qualquer momento, sem prejuízo nenhum a você. Tanto a pesquisadora quanto você irão rubricar todas as páginas deste termo, assegurando que todas as páginas foram lidas, o que garante ainda mais a sua proteção. A pesquisadora compromete-se a divulgar os resultados desta pesquisa de forma acessível para você e demais participantes após sua finalização.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar a pesquisadora responsável, ou procurar os comitês de ética em pesquisa nos contatos abaixo:

Pesquisadora responsável: Dandara Pimentel Freitas, mestranda, Instituto de Medicina Social, e-mail: dandarapimentelfreitas@gmail.com, telefone: (21) 96528-5647.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro – UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde: Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, CEP: 20031-040, telefone (21) 2215-1485. E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Você autoriza a observação deste grupo pela pesquisadora? Sim () Não ()

Ao assinar este documento, a participante estará declarando que entendeu os objetivos, riscos e benefícios de sua participação, e que concorda em ser incluída na pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura da participante: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____