



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

Alana Aragão Ávila

Dentro e fora do manual: experiências de mulheres realizando pré-natal através do
Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

Florianópolis
2020

Alana Aragão Ávila

Dentro e fora do manual: experiências de mulheres realizando pré-natal através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Antropologia Social.

Orientador: Profa. Dra. Sônia Weidner Maluf.

Florianópolis

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Ávila, Alana Aragão

Dentro e fora do manual : experiências de mulheres
realizando pré-natal através do Programa de Humanização no
Pré-Natal e Nascimento / Alana Aragão Ávila ;
orientadora, Sônia Weidner Maluf, 2020.

151 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa
de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Antropologia Social. 2. Pré-Natal. 3. Políticas
Públicas. 4. Humanização. 5. PHPN. I. Maluf, Sônia Weidner.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Antropologia Social. III. Título.

Alana Aragão Ávila

Dentro e fora do manual: experiências de mulheres realizando pré-natal através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. Mirella Alves de Brito

TRANSES/IBP

Profa. Dra. Alicia Norma González de Castells

PPGAS/UFSC

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestra em Antropologia Social.

Prof. Dr. Jeremy Paul Jean Loup Deturche

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social

Profa. Dra. Sônia Weidner Maluf

Orientadora

Florianópolis, 2020.

Ao meu avô Sabino, de quem a distância me privou da despedida final.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Ana Maria e Antonio Augusto, e demais familiares pelo incentivo e apoio, em suas diversas formas, ao longo de minha trajetória educacional. Obrigada pela confiança de sempre e por manterem as portas abertas.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Sônia Weidner Maluf pela atenção, orientação e inestimável auxílio ao longo do mestrado.

Aos colegas do TRANSES – Núcleo de Antropologia do Contemporâneo pelas conversas, acolhimento e conhecimento compartilhado. Agradeço especialmente à Mirella Alves de Brito pelas inestimáveis contribuições na qualificação do projeto desta pesquisa e posteriormente como banca avaliadora na apresentação da dissertação.

Aos companheiros da Turma 2018 do mestrado em Antropologia Social da UFSC pelos diálogos proporcionados dentro e fora da universidade.

Aos professores do PPGAS, especialmente aqueles com quem tive o privilégio de conviver em sala de aula enquanto aluna: Jean Langdon, Ilka Boaventura, Miriam Grossi, Antonella Tassinari, Vânia Cardoso, Viviane Vedana, Scott Correll e Letícia Cesarino. Agradeço também os professores do PPGP Adriano Beiras e Maria Chalfin por me proporcionarem um reencontro acadêmico com a Psicologia nos últimos meses do mestrado.

Aos servidores da UFSC, especialmente aos da secretaria do PPGAS, Ricardo Pereira e Arelly Padilha.

Aos professores Flávia Motta, Francisco Canella e Patrícia Lima por terem auxiliado nos primeiros passos do encontro com o campo de pesquisa.

Às mulheres que tiraram momentos para compartilhar comigo suas experiências de pré-natal e tornaram-se minhas interlocutoras. Essa pesquisa só faz sentido porque elas estavam lá.

À equipe do Centro de Saúde Monte Cristo pela recepção, paciência e auxílio com as insistentes perguntas e olhos atentos de uma aspirante a antropóloga. Agradeço especialmente ao quadro de residentes da RMSF que, no momento da pesquisa, atuavam na unidade.

À Prefeitura Municipal de Florianópolis e a Escola de Saúde Pública de Florianópolis por viabilizarem a pesquisa no município.

Aos amigos do Ceará pelo apoio, incentivo e saudade compartilhada, deixando meu coração coabitando ilha e sertão.

À Alana Araújo, Everson Fernandes e Jorge Teixeira pelo incentivo e auxílio nos processos do mestrado e na busca pelo doutorado.

Aos amigos do Twitter pela torcida de sempre e por aguentarem os dramas e ansiedades compartilhados em sucessões de 280 caracteres.

À Leandro por aguentar a montanha-russa de emoções que o mestrado causou em mim e me apoiar em todos os momentos.

À todas as pessoas com quem dividi morada nesses dois anos de migração para Florianópolis. Não existe possibilidade de produção acadêmica sem a segurança de ter uma casa.

Por fim, agradeço à CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela bolsa que me permitiu concluir o mestrado. Faço votos para que haja não só uma expansão do número de bolsas para pesquisadores, como o reajuste do valor da bolsa que há muito vive em descompasso com os reais custos de vida no país, especialmente para quem deixa sua terra natal em busca de formação acadêmica.

Quanto mais procurei
mais me enredei
na ramagem das indagações:
as respostas não vinham,
a verdade era miragem,
a busca era melhor que a descoberta,
e nunca se chegava.

(Viver era mesmo sentir aquela fome.)

(LUFT, 2014)

RESUMO

A dissertação apresentada aqui teve por objetivo compreender a experiência de pré-natal de mulheres vinculadas ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), promovido pelo Ministério da Saúde através das Unidades Básicas de Saúde. Para a pesquisa, fez-se diálogo com nove mulheres, moradoras de um bairro de classe popular, que na ocasião realizavam pré-natal através do Centro de Saúde Monte Cristo, na porção continental de Florianópolis. Como forma de metodologia, realizou-se análise de manuais, diretrizes e demais publicações de base governamental sobre o tema do pré-natal, assim como de outras políticas de saúde relacionadas às mulheres e à reprodução. Além disso, durante quatro meses foi realizada pesquisa de campo, através de observações e entrevistas semiestruturadas na sala de espera do Centro de Saúde e no Grupo de Gestantes promovido na unidade, além do diálogo com profissionais de saúde atuantes no local. Os capítulos foram construídos a fim de promover um percurso em torno da criação das políticas de saúde no Brasil, especialmente as destinadas ao público materno-infantil, o processo de fazer-se antropóloga através da inserção no campo de pesquisa e, finalmente, a experiência das mulheres que tornaram-se interlocutoras, acessando suas experiências prévias, expectativas e avaliações em torno não só do pré-natal, como da própria forma e possibilidade de acesso ao serviço de saúde, envolvendo questões como migração, trabalho e família. Explorando os preceitos de humanização do PHPN, traçou-se um paralelo com a experiência das interlocutoras, em seus encontros e diferenças. A pesquisa é concluída demonstrando estratégias de ampliação do conceito de humanização dentro da unidade de saúde pesquisada, assim como as tentativas governamentais de desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS). São os encontros, fricções, expectativas e caminhos possíveis no processo de tentativa de humanização no pré-natal que a pesquisa busca demonstrar, em constante diálogo com o próprio fazer antropológico e a potência dos movimentos sociais.

Palavras-chave: Pré-natal. Humanização. Classes Populares.

ABSTRACT

The dissertation published here aimed to understand the women's prenatal care experience through Humanization of Prenatal and Birth Program, promoted by the Ministry of Health through Basic Health Units. For research was made a dialogue with nine women, residents of a popular class neighborhood, who attended prenatal care through the Monte Cristo Health Center in continental parts of Florianópolis. As a methodology, it was analyzed manuals, guidelines and other government-based publications on prenatal issues, as well as other health policies related to women and reproduction. Also, for four months, field research and semi-structured interviews were conducted in the Health Center waiting room and in the Group of Pregnant Women promoted at the unit, also the dialogue with health professionals. The chapters were built to track health policymaking in Brazil, especially as the maternal and child target audience, the process of becoming anthropologist through the insertion of a research field and, finally, the experience of women through the prenatal care program, accessing their previous experiences, expectations and how they evaluate the program, also the form and possibilities of access to health services, involving questions such as work and family. Exploring the precepts of humanization of the Humanization of Prenatal and Birth Program, a parallel was drawn with the experience of the interlocutors in their encounters and differences. The research is concluded, demonstrating strategies to expand the concept of humanization within the health unit researched, as well as government attempts to dismantle the Unified Health System. It was the encounters, frictions, expectations and possible paths in the process of prenatal humanization that the research sought to demonstrate, in constant dialogue with the anthropological practice itself and the capacity of social mobilization.

Keywords: Prenatal care. Humanization. Popular classes.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1 – Lista de interlocutoras da pesquisa..... | 38 |
| Quadro 2 - Relação entre interlocutoras e áreas de referência do Centro de Saúde..... | 106 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS Agente Comunitário de Saúde
ADI Ação direta de inconstitucionalidade
CAP Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAPES Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPPS Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
Cebes Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP Conselho de Ética em Pesquisa
CEPSH Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CFM Conselho Federal de Medicina
CLT Consolidação de Leis do Trabalho
CNP Centro de Parto Normal
CONEP Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DIU Dispositivo Intrauterino
EC Emenda Constitucional
ESF Estratégia Saúde da Família
ESP Escola de Saúde Pública
HU Hospital Universitário
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS Instituto Nacional de Previdência Social
MBA Medicina Baseada em Evidências
MPF Ministério Público Federal
NUVIC Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre as Violências
OMS Organização Mundial da Saúde
ONG Organização não governamental
PAISM Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PIB Produto Interno Bruto
PP Plano de Parto
PPGAS Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social
PPGP Programa de Pós-Graduação em Psicologia

PSF Programa Saúde da Família

R1 Residente do primeiro ano da Residência Multiprofissional em Saúde da Família

R2 Residente do segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde da Família

ReHuNa Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

RMSF Residência Multiprofissional em Saúde da Família

SINPAS Sistema Nacional da Previdência Social

SisPreNatal Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SUDS Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRANSES Núcleo de Antropologia do Contemporâneo

UFSC Universidade Federal de Santa Catarina

UFMA Universidade Federal do Maranhão

UNA-SUS Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Unicef Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 2 | DESENHANDO E DESCOBRINDO O CAMPO: EXPECTATIVA E ENCONTRO..... | 21 |
| 2.1 | POLÍTICA E ÉTICA: SERVIÇOS DE SAÚDE NO HORIZONTE DA PESQUISA ANTROPOLÓGICA..... | 22 |
| 2.2 | DESCOBRINDO O CAMPO PELAS BOCAS ALHEIAS: CONTEXTO SOCIO URBANO E OS ENCONTROS NA ILHA..... | 27 |
| 2.3 | “AMANHECE TARDE NESSA CIDADE”: A ALTERIDADE ALÉM DA PONTE E A PESQUISA ANTROPOLÓGICA ENTRE CLASSES POPULARES..... | 33 |
| 2.3.1 | A cidade e o fazer antropológico entre classes populares..... | 39 |
| 3 | MATERNIDADE ENQUANTO QUESTÃO DE ESTADO: POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO-INFANTIS NO BRASIL..... | 43 |
| 3.1 | AS PRIMEIRAS POLÍTICAS MATERNO-INFANTIS..... | 43 |
| 3.2 | O NASCIMENTO DO SUS E DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA..... | 48 |
| 3.3 | MOVIMENTOS PELA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À GESTAÇÃO E PARTO NO BRASIL E O PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO..... | 53 |
| 4 | “VOCÊ TERIA UM TEMPO PARA A GENTE CONVERSAR?”: ENCONTROS E INTERPELAÇÕES EM UM CENTRO DE SAÚDE..... | 61 |
| 4.1 | ENTRE A SALA DE ESPERA E O GRUPO DE GESTANTE: (DES)ENCONTROS METODOLÓGICOS DE/COM UMA ANTROPÓLOGA EM TREINAMENTO..... | 61 |
| 4.2 | QUEM SÃO ESSAS MULHERES? A LOCALIZAÇÃO DAS INTERLOCUTORAS ENTRE OS MARCADORES SOCIAIS..... | 70 |
| 4.2.1 | O porquê das interseccionalidades..... | 79 |
| 4.3 | SAÚDE E MIGRAÇÃO: EXPERIÊNCIAS COMPARADAS DE PRÉ-NATAL E PARTO..... | 82 |
| 4.4 | “TEM QUE CHEGAR CEDO PRA PEGAR SENHA”: O AGENDAMENTO DE CONSULTAS, EXAMES E O VÍNCULO COM O CENTRO DE SAÚDE ATRAVÉS DOS PROFISSIONAIS..... | 87 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 4.5 | TRABALHO E GESTAÇÃO: O ACESSO AO CENTRO DE SAÚDE MODULADO PELO TRABALHO FORA E DENTRO DE CASA..... | 91 |
| 5 | ENTRE OS MANUAIS E A PRÁTICA: ROTAS POSSÍVEIS NA APLICAÇÃO DE POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE..... | 96 |
| 5.1 | AS DIRETRIZES DO PHPN E A VISUALIZAÇÃO DA APLICAÇÃO DA POLÍTICA ATRAVÉS DISCURSO DAS USUÁRIAS..... | 96 |
| 5.2 | “QUAL A SUA ÁREA?”: AS DIFERENÇAS DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL OFERECIDO POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MESMO CENTRO DE SAÚDE..... | 105 |
| 5.3 | HUMANIZAÇÃO FORA DO CONSULTÓRIO: O GRUPO DE GESTANTES..... | 111 |
| 5.4 | A POTÊNCIA E O DESMONTE DO SUS: POR UMA AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE..... | 119 |
| 6 | CONCLUSÕES..... | 127 |
| | REFERÊNCIAS..... | 133 |
| | APÊNDICE A – Flyer Pesquisa..... | 143 |
| | ANEXO A – Plano de Parto..... | 144 |
| | ANEXO B – Portaria Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.... | 145 |

1 INTRODUÇÃO

Acredito que seja necessário contar como uma mulher, cearense, psicóloga e sem filhos, resolveu sair do sertão e lançar-se na Ilha do Desterro, a fim de pesquisar sobre humanização do pré-natal, tendo como subsídio um Programa de Pós-graduação em Antropologia Social. Mesmo diante de tudo isso, talvez o maior fator de estranhamento durante o campo de pesquisa não tenha sido a migração ou a profissão inicial em outra área do conhecimento, mas sim a ausência de filhos. A experiência carnal de gerar e parir pareceu por vezes a barreira final para entrar na ilusão de tornar-se nativo. Nesses momentos, eu evocava a experiência de outras mulheres para me amparar nesse exercício de empatia com a alteridade, que em meu campo de pesquisa geralmente vinha acompanhada de barrigas cheias de vida.

Em 2015 eu havia me formado em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará e logo fui lançada no mundo do trabalho formal. Foi trabalhando enquanto psicóloga em políticas públicas de assistência social que a saudade da academia se transformou em desejo de entrar em um mestrado. A Antropologia Social, do outro lado do país, surgiu como uma placa neon gritando oportunidade. Se no final do curso de psicologia eu havia desenvolvido uma pesquisa majoritariamente bibliográfica em torno do tema da maternidade (VIEIRA e ÁVILA, 2018), o mestrado seria finalmente a hora de responder o meu desejo pela voz das mulheres que exerciam diariamente esse encontro com o outro em forma de maternidade.

Tentando dar-me conta de como eu caí no tema da maternidade e humanização, certo dia, habitando a insônia ou talvez sendo habitada por ela, pensei em minha mãe. Lembrei de todas as histórias que ouvi ao longo da vida, de todas as vezes que ela repetiu como foram os processos de gestar e parir a mim e aos meus irmãos. Histórias essas que eu desejava e solicitava, geralmente com algum álbum de fotografia nos braços, especialmente aquele que em duas tímidas fotos ela mostra a barriga que gerava primeiro filho, recém chegada em casa após mais um dia de trabalho enquanto professora. Ao passo que essa imagem habitava minha mente o pensamento deu a volta e foi em direção ao parto. Lembrei de como ela contava que na primeira gestação sequer sabia que aquele líquido, que tinha corrido cedo da manhã, era a bolsa amniótica que havia estourado, pois ninguém nunca havia lhe dito que aquilo aconteceria. Lembrei dos relatos sobre as inúmeras “injeções de força” que ela afirmava ter recebido, e que agora eu sei que eram ocitocina sintética, e de como a assistência aos seus três partos foi precária e por vezes violenta. O histórico de partos dela aconteceu entre 1985 e 1991, de lá para cá, diversas modificações aconteceram no cenário não só do parto, como da própria assistência pré-

natal. Ainda que persistam as denúncias em torno de práticas violentas ou mesmo negligência e desinformação ao longo desses processos, as políticas públicas brasileiras evoluíram, principalmente através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), da Estratégia Saúde da Família (ESF), do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e, por fim, da Rede Cegonha.

A pesquisa apresentada aqui se insere no amplo campo da antropologia da saúde, se dedicando a explorar uma política pública de saúde a partir da análise de seus textos e da experiência de mulheres contempladas por esta. Foi com essa intenção que em debrucei em torno dos manuais e resoluções relacionados ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e na pesquisa com mulheres moradoras do bairro Monte Cristo que, na ocasião da pesquisa, se encontravam gestantes e vinculadas ao PHPN através do atendimento no Centro de Saúde do bairro.

O Centro de Saúde onde a pesquisa foi desenvolvida é situado em uma das nove comunidades presentes no interior do bairro Monte Cristo. Este, que conforme mencionado fica na porção continental e periférica da cidade de Florianópolis, faz divisa com o município de São José e é marcado por um histórico de intensa luta de moradia e estigma local relacionando-o a casos de violência, especialmente vinculados ao tráfico de drogas. Os trabalhos Francisco Canella (2013), Jorge Ijuim e Míriam Abreu (2017) e Canella, Sales, Costa e Lima (2019) abordam os processo de luta por moradia que deram início a ocupação do que viria a ser o bairro Monte Cristo, ainda na década de 1990, relacionando-o ao intenso movimento de migração, em grande parte do interior de Santa Catarina, em busca de emprego e moradia na capital do estado. Já o trabalho de Tornquist, Andrade e Monteiro (2010) demonstra diferenças entre o Monte Cristo e outros bairros de camadas populares localizados em Florianópolis, demonstrando que “além de uma maior homogeneidade socioeconômica, o acesso a serviços e equipamentos coletivos e à moradia é muito mais grave, associado à presença ostensiva de redes de tráfico e ao estigma que pesa sobre a região”. (p. 72). Desta forma, pensar a aplicação do PHPN no Centro de Saúde Monte Cristo, é pensar também a forma e as possibilidades de acesso de gestantes de classes populares à uma política de humanização promovida pelo governo e quais os percursos que essas mulheres tomam diante da oferta do governo federal e do município de Florianópolis.

Na área da antropologia, relacionando-a a questões da gestação e a reprodução, a antropologia do parto tem tido destaque na produção nacional e internacional. Davis-Floyd

(1992) é um dos principais nomes internacionais da antropologia do parto. Em diálogo com as questões da humanização do parto no Brasil, como já evidenciou Tornquist (2002a), Davis-Floyd manteve intenso diálogo com a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa). No país, diversas autoras da disciplina antropológica e outras ciências sociais também voltaram suas pesquisas para as práticas relacionadas ao parto, especialmente em sua ligação com a perspectiva da humanização do parto e nascimento. Dentre estas, destaco os trabalhos de Tornquist (2002b), McCallum e Reis (2006), Gualda (1992), Souza (2005), e Muller (2013), diretamente relacionados ao parto e suas práticas, especialmente no âmbito hospitalar. Expandindo o campo de pesquisa, Simas (2016) se propôs a explorar a faceta da inserção de doulas no cenário do parto. Dias-Scopel (2015), levando a temática do parto para o diálogo com a experiência dos índios Mundukuru, aborda a gestação, o parto e o pós-parto a partir da cosmopolítica e a medicalização. Já o trabalho de Porto (2002) trouxe a contribuição da antropologia para pensar a dinâmica da gestação no contexto da violência doméstica. Por fim, Muller, Rodrigues e Pimentel (2015) usam da antropologia e de outras ciências sociais para pensar a própria problemática acadêmica relacionada a realizar pesquisas sobre o parto e o cenário obstétrico no Brasil.

Apesar da profusão de trabalhos relacionados a antropologia da saúde e antropologia do parto, quando se resolve buscar o tema do pré-natal entre as pesquisas antropológicas, há pouco material especialmente produzido no Brasil. A maioria dos trabalhos tende a ser das áreas da enfermagem, medicina social e outras áreas como a saúde coletiva. Ainda assim, Hirsch (2015) e Robles (2015) aproximam a antropologia do pré-natal, seja pesquisando a experiência de pré-natal de adolescentes grávidas, no caso de Robles, seja trazendo a experiência de mulheres em grupos de preparação para o parto, no caso de Hirsch. É possível também incluir o trabalho de Carneiro (2013) ao tecer análises em torno da estratégia Rede Cegonha¹. É na Rede Cegonha que o PHPN, política de saúde pesquisada aqui, está inserido. Nesse sentido, a pesquisa apresentada aqui tenta colocar o pré-natal, enquanto prática e política, no campo de possibilidades de contribuições da antropologia.

Ao longo de 2019 conduzi extensa pesquisa bibliográfica a fim de lançar-me em pesquisa de campo entre junho e outubro, no interior de um Centro de Saúde localizado no

¹ A Rede Cegonha, estratégia lançada pelo governo federal em 2011, envolve os eixos temáticos: Pré-Natal, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, Parto e Nascimento e Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação (UFMA, 2015). Ao longo deste trabalho a Rede Cegonha e a inserção do PHPN nessa estratégia será retomada e aprofundada.

bairro Monte Cristo. Ao longo desses meses, nove mulheres tornaram-se minhas interlocutoras. Cada uma delas, passando por processos de gestação em diferentes estágios da vida, me relataram como se dava suas experiências de pré-natal através do PHPN. Durante esse período pude dialogar também com funcionários da instituição de saúde na qual minha pesquisa fez terreno, ampliando a gama de informações sobre a estruturação e aplicação do PHPN no local. É na tentativa de demonstrar não só os resultados da pesquisa, como os passos do próprio fazer-se antropóloga que escrevi os capítulos presentes neste trabalho. Antes de descrever o percurso, faço questão de informar que, a cada vez que me reporto a categoria ‘mulheres’, o faço não em busca de reificar uma identidade prévia ao sujeito mulher, mas por estar em diálogo com formulação das próprias políticas públicas de saúde, ou seja, é sobre mulheres cisgênero² de quem eu falo.

Para dar início às discussões em torno do PHPN, no capítulo 1 traço o caminho metodológico que me levou até o início da pesquisa no interior do Centro de Saúde Monte Cristo. Passando por questões relacionadas à submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), e tensionando a relação da antropologia com o mesmo, demonstro a tentativa de produção de um campo de pesquisa ampliado, tentando transformar a experiência de espera pela liberação do CEP, assim como da Escola de Saúde Pública de Florianópolis, para minha entrada em campo, em um período de apropriação em torno das práticas de humanização e do posicionamento do Ministério da Saúde em relação a isso. O período, povoado pela ansiedade em torno dos prazos relativos de conclusão do mestrado, vinculados à bolsa de pesquisa recebida através da CAPES e que foi minha única fonte de renda em Florianópolis, tornou-se adocedor e disparador de diversas questões que alimentaram a busca por alternativas à pesquisa de campo. Ao mesmo tempo, trago o processo que me levou a optar pelo Monte Cristo como foco de pesquisa e como o bairro aparece em narrativas diversas, acadêmicas, jornalísticas e inesperadas, ora como um território de luta por moradia e pesquisas acadêmicas, ora como palco de violência e estigma. Prossigo na tentativa de conduzir o leitor junto a mim na primeira ida oficial a campo, mesclando experiências anteriores de acesso a Centros de Saúde, enquanto usuária, em minha cidade natal, com a perspectiva de cruzar a cidade de Florianópolis e encontrar a alteridade além da ponte. São tentativas de posicionar-me de modo

² Mulheres cisgênero são sujeitos classificados biologicamente com o sexo feminino e identificados com o gênero feminino. Indivíduos transgêneros são sujeitos que se identificam com o gênero oposto ao sexo e gênero atribuídos na ocasião de seu nascimento. O esclarecimento proposto se faz por entender que as políticas analisadas aqui não abarcam as gestações de homens transgêneros.

que o leitor compreenda o lugar de fala³ do qual eu parto e como isso influencia minha própria percepção do campo, desfazendo a mitologia em torno da ciência positivista e desprovida de subjetividade.

O mergulho na bibliografia em torno das políticas de saúde no Brasil foi um importante passo na pesquisa antropológica aqui apresentada. É no capítulo 2 que desenvolvo um panorama das primeiras políticas destinadas ao público materno-infantil no Brasil, assim como a trajetória que levou ao surgimento do SUS, junto ao direito à saúde garantido pela Constituição Federal de 1988, incluindo o efeito das Conferências Nacionais de Saúde ao longo desse processo. Abordando a Atenção Primária em saúde, demonstro como a Estratégia de Saúde da Família tornou-se via para o acesso da população à serviços de saúde, incluindo os Centros de Saúde. Por fim, desenvolvo discussão em torno do surgimento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a influência do movimento pela humanização do parto e nascimento nas políticas de atenção ao pré-natal e nascimento, incluindo a criação do PHPN e a formulação da estratégia Rede Cegonha, que atualmente reúne os protocolos de atenção a gestação, parto e puerpério. Ao mesmo tempo, relaciono essas políticas com contexto do Centro de Saúde no qual realizei parte desta pesquisa.

O contato com as interlocutoras surge no capítulo 3, explorando os encontros e interpelações promovidos no interior do Centro de Saúde. É nesse capítulo que, ao mesmo tempo que demonstro o caminho que tomei, na tentativa de tornar-me antropóloga enquanto frequentava salas de espera e grupos para gestantes, apresento minhas interlocutoras. Neste capítulo proponho uma discussão em torno dos marcadores sociais a partir da apresentação das interlocutoras, a fim de familiarizar o leitor com as mulheres que permitiram que eu acessasse, através de suas falas, um pouco da experiência de atendimento pré-natal no Centro de Saúde, assim como experiências relacionadas a gestações anteriores, trajetórias de migração, trabalho dentro e fora de casa e seus efeitos no próprio acesso à unidade de saúde. Novamente, é a partir da minha própria experiência de usuária do SUS, membro de classe popular e frequentadora de Centros de Saúde desde a infância que leio e sou afetada pelas falas de minhas interlocutoras e pelos eventos que se desenrolaram durante minha passagem pelo campo de pesquisa. Mônica, Luana, Sandra, Diana, Roberta, Juliana, Simone, Tamara e Priscilla⁴ tem origens e histórias

³ Por lugar de fala, acompanho o posicionamento da pesquisadora Rosane Borges (MOREIRA; DIAS, 2017) quando esta afirma que o lugar de fala “é a posição de onde olho para o mundo para então intervir nele”.

⁴ Os nomes apresentados aqui, tanto de minhas interlocutoras como dos funcionários do Centro de Saúde e dos residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com quem dialoguei durante o campo, são

diversas que auxiliaram a compor o quadro que trago aqui em torno da aplicação do PHPN pela via da experiência de minhas interlocutoras, aliada a análise bibliográfica sobre a própria política pública.

Por fim, no capítulo 4 exploro a fundo as diretrizes do PHPN e suas orientações em torno da avaliação da política, problematizando o próprio conceito de humanização proposto pelo manual e sua aplicação na área do pré-natal. Diante disso, relaciono as diretrizes do programa com as experiências de minhas interlocutoras. Levando em conta a descrição de suas experiências e minhas observações, problematizo a diferença de atendimento pré-natal experienciado por elas, de acordo com a área à qual estavam vinculadas. As áreas do território são definidas pelo próprio Centro de Saúde e os usuários são vinculados a elas de acordo com seus locais de moradia. Cada área conta com uma equipe da Estratégia de Saúde da Família, desse modo, minhas interlocutoras tinham experiências de atendimento diferentes, não só por suas subjetividades e particularidades das gestações, mas a partir da própria inclinação dos profissionais da saúde que as atendiam, fossem eles engajados no movimento pela humanização em saúde ou não. A seguir, abordo a rica experiência de participar do Grupo de Gestantes promovido no Centro de Saúde, ora como pesquisadora, ora como psicóloga. O Grupo demonstrou ser uma potência para a prática da humanização do pré-natal e um disseminador de informações necessárias e por vezes negligenciadas nos atendimentos convencionais no consultório médico. Finalizo o capítulo problematizando o processo de desmonte do SUS através de políticas de governo que estão promovendo o desfinanciamento da assistência à saúde. Ao mesmo tempo, evoco o quanto a mobilização de atores sociais diversos é necessária na ampliação da humanização em saúde e capaz de demonstrar as potencialidades de um sistema que é exemplo na promoção da universalização do acesso à saúde.

Esta pesquisa tem por motivação a necessidade de produção de pesquisa na base, ou seja, entre os sujeitos afetados diretamente pelas políticas públicas. A produção dela visa proporcionar, através da antropologia, uma visão da atual conjuntura do PHPN para além dos dados numéricos, levando em consideração a experiência de mulheres diversas imersas nos processos de gestar.

fictícios. A condição de anonimato é prevista no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e respeitada aqui. Além dos nomes, foram modificadas também a identificação das áreas às quais minhas interlocutoras são vinculadas no através do Centro de Saúde. O nome do bairro foi divulgado por entender que a ampla produção de pesquisas em torno dele merece destaque, assim como a caracterização deste feita por elas.

2 DESENHANDO E DESCOBRINDO O CAMPO: EXPECTATIVA E ENCONTRO

Devemos deixar espaço para que nossos antecessores possam nos falar sobre sua experiência, possam nos informar sobre os problemas (teóricos ou existenciais) que enfrentaram, possam, enfim, nos fazer refletir a partir do que fizeram – lembrando que aprendemos pelos bons e pelos maus exemplos. (PEIRANO, 2014, p. 384)

O segredo está justamente no movimento de ir até o que se deseja conhecer — no risco de sujar-se e de ser afetado pela busca —, aí repousa a possibilidade de construção de algum certo saber sobre alguma coisa. (NOGUEIRA, M. L. M. *et. al.*, 2017, p. 479)

O capítulo a seguir buscar demonstrar a metodologia utilizada para abordar o campo de pesquisa deste trabalho. Partindo da ideia de produção de uma descrição densa (GEERTZ, 1989), o capítulo a seguir busca, em consonância com a proposta do ‘tempo do encontro’ (NOGUEIRA, M. L. M. *et. al.*, 2017), registrar o movimento da experiência. A ideia é, compartilhando os movimentos através dos quais eu dei início à pesquisa, demonstrar como o fazer antropológico é afetado e esbarra em diversas instâncias, inclusive na própria subjetividade do pesquisador. Se, como menciona Parry Scott (NASCIMENTO e QUADROS, 2015), “todo mundo estuda o próprio umbigo, de um jeito ou outro, então a gente nunca é totalmente o outro” (p. 232), é a partir do meu próprio umbigo que a leitura do campo é feita, demonstrando desde a escolha até a forma como ele me foi apresentado por diversos sujeitos, chegando até a tão esperada primeira ida ao campo, o encontro com o outro e a apresentação das possibilidades e dificuldades da pesquisa entre classes populares.

Seguindo não uma lógica cronológica, mas afetiva, demonstro que a construção desse ‘outro’ passou primeiro pelas minhas próximas experiências enquanto usuária dos serviços públicos de saúde e procedente das camadas populares brasileiras⁵. Refazendo os caminhos percorridos até a dita alteridade, este capítulo aborda a relação entre a pesquisa antropológica e os comitês de ética em Pesquisa, entre suas exigências, prazos e tentativas de aproximação com um campo ainda interdito; o contexto sócio-urbano e a produção quase mítica em torno do bairro Monte Cristo enquanto buscava, enquanto forasteira, delimitar o local da pesquisa; e por fim, o descobrimento do que existia para além da ilha, na primeira ida ao Centro de Saúde na

⁵ Acredito ser importante demarcar aqui que a meu envolvimento com o SUS e a sensação de pertencimento às classes populares. Sendo a terceira filha de uma professora da escola básica e de um motorista/pedreiro, minha via principal de acesso à saúde foi o SUS. Diante disso, cresci frequentando o Centro de Saúde do bairro e tendo em vista a importância deste, especialmente na minha área de moradia, um local caracterizado como de baixa renda e socialmente visto como perigoso por conta da violência.

porção continental de Florianópolis, que foi palco de minha pesquisa. Além disso, faço um breve apanhado histórico da pesquisa antropológica na área urbana, sua intersecção com a antropologia da saúde e as possibilidades de uma pesquisa pautada em compromisso ético e político.

2.1 POLÍTICA E ÉTICA: SERVIÇOS DE SAÚDE NO HORIZONTE DA PESQUISA ANTROPOLÓGICA

Durante o primeiro ano do mestrado em Antropologia Social eu fui apresentada finalmente ao tal ‘método etnográfico’ (PEIRANO, 2014), do qual até então eu só tinha ouvido falar, ainda durante o curso de Psicologia como ferramenta metodológica. Um ano ouvindo e lendo relatos de antropólogos que atravessaram mares, florestas, fronteiras e se encontravam com povos, sociedades e costumes diversos. Por um breve momento eu cogitei que, enfim, provavelmente quando chegasse a hora de desenvolver minha pesquisa, o encontro seria fácil: bater em uma porta, me apresentar e depois de um breve tempo começar meu convívio potencialmente harmônico com meus interlocutores. Que tolice de minha parte! Não só não tinha cogitado a ideia de que meus interlocutores poderiam não desejar tornarem-se interlocutores, quanto não tinha pensado em todos os outros impedimentos entre o desejo de estar em campo e o de fato estar em campo. Provavelmente é o tipo de erro que outros antropólogos de primeira viagem deslumbrados com a disciplina também já cometeram.

No final de novembro de 2018 o meu projeto estava finalmente qualificado, através de uma banca formada apenas por mulheres. A avaliação promovida durante a qualificação do projeto e as sugestões me auxiliaram a atravessar a ponte e ir além da ilha, buscando compreender a experiência de pré-natal vivida por mulheres de um bairro de classe popular, atendidas através do SUS. Naquele momento o devaneio do campo perfeito e quase mágico já tinha sido rompido. Parte porque, enfim, eu compreendia cada vez mais o fazer antropológico e parte pelos inúmeros comentários sobre a necessidade de minha pesquisa passar pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, já que eu estava lidando com saúde e seres humanos. Os comentários de amigos, também acadêmicos, sobre essa necessidade geralmente vinham acompanhados de expressões de pesar. Um ou outro comentário ainda se acompanhou da interrogação se eu pretendia pedir extensão de prazo para o mestrado ou se eu

achava que conseguiria terminar o campo a tempo, dado que teria de aguardar a tal liberação do CEP.

Os Comitês de Ética em Pesquisa são instituições criadas em 1996, através do Conselho Nacional de Saúde, pela resolução 196/96. A partir desta, toda pesquisa que envolva seres humanos deve obter aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa. Rui Harayama (2014), conduzindo uma etnografia sobre um CEP, demonstra que na ocasião de sua pesquisa havia mais de 600 comitês no território brasileiro, distribuídos de forma desproporcional. Segundo o autor,

o Sistema CEP-CONEP regula e delibera sobre a ética em pesquisa em assuntos que já possuem dispositivos legais definidos, assim como em atividades de grupos científicos que possuem seus próprios códigos de ética e protocolos de procedimentos, o que muitas vezes é compreendido como uma ingerência de um controle externo ou de multiplicação de burocracias. (HARAYAMA, 2014, p. 328).

No que diz respeito ao encontro da antropologia da saúde e os comitês de ética, Langdon, Maluf e Tornquist (2016) demonstram que a tensão que por vezes pode ocorrer entre a disciplina e os comitês está relacionada ao próprio fazer da antropologia. Afinal, o próprio método etnográfico “já incluiria, pelos seus procedimentos de diálogo com o outro e respeito às concepções e visões locais, uma forma de consentimento, não formal, mas presente na condição para a realização da pesquisa” (p. 113). Como alternativa à questão, as autoras sugerem que

[...] não seria prudente desertar ou abandonar os Comitês de Ética – até porque muitas pesquisas têm sido modificadas a partir de exigências burocráticas, ou mesmo inviabilizadas, em função da ingerência dos Comitês sobre pesquisas já legitimadas em seus campos disciplinares – mas, antes, devemos neles permanecer e insistir na legitimação das ciências humanas como fundamentais e essenciais na garantia de direitos humanos [...] (LANGDON; MALUF; TORNQUIST, 2016, p. 120).

A inserção do meu projeto no campo do Comitê de Ética teve início no fim de janeiro de 2019, ao entrar em contato com as demandas para inserção do projeto na Plataforma Brasil. Ao longo de fevereiro foi sendo construído o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), requerido pelo CEP para quem deseja se aventurar em qualquer pesquisa que envolva seres humanos. O próprio uso do TCLE é questão entre os antropólogos, afinal, o documento se impõe diretamente na relação entre o pesquisador e seus interlocutores, criando uma dimensão hierárquica. Além do que, sobre o TCLE é apontado que “a noção de indivíduo

embutida nesse formato de termo de consentimento é bastante subordinada a uma visão ocidental do sujeito de direito e da biomedicina, duas das formações mais poderosas da cultura ocidental moderna” (DUARTE, 2004 *apud* LANGDON, MALUF; TORNQUIST, 2016).

Na gama de documentos necessários para a submissão do projeto na Plataforma Brasil estava a autorização por parte da cidade de Florianópolis. Dado que o projeto previa minha inserção em um Centro de Saúde da Atenção Primária na cidade, a autorização do órgão responsável se fazia necessária. Diante disso, um primeiro contato foi feito com a gerência da Atenção Primária do município, que logo me encaminhou para prosseguir os trâmites junto a Escola de Saúde Pública de Florianópolis (ESP)⁶. A orientação que se seguiu por parte da ESP foi de encaminhar o projeto de pesquisa para avaliação pelo Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS). De acordo com o site⁷ da ESP, “A Secretaria Municipal de Saúde conta com a CAPPS para avaliar e autorizar as pesquisas que envolvem a rede municipal de saúde de Florianópolis.”. O encaminhamento foi feito pelo próprio site através de formulário⁸. Durante o processo de avaliação fui contatada pela ESP a fim de esclarecer alguns pontos do projeto para auxiliar a área técnica a avaliar minha proposta, entre eles a forma de acompanhamento que eu pretendia realizar na unidade de saúde, se teria frequência diária e em quais atividades eu pretendia me inserir.

Em meu último contato com a ESP antes da aprovação do projeto e emissão de declaração de anuência, foi sugerido que eu promovesse alguma atividade com as gestantes do Centro de Saúde onde ocorreria a pesquisa, a fim de fornecer uma contrapartida para a rede de saúde. Diante da minha experiência prévia trabalhando enquanto psicóloga com grupos na área da assistência social, aceitei a sugestão e indiquei que poderia realizar ações com o Grupo de Gestantes e/ou suprimir alguma ação a partir da demanda da unidade de saúde na qual eu pesquisaria. Deixei mentalmente a disposição de fazer desde ensaios fotográficos com gestantes até realizar palestras ou rodas de conversa, a depender do que o campo apresentasse como demanda.

No fim de março a declaração de anuência, dada a aprovação do projeto pela CAPPS, foi enviada e em seguida retornei à Plataforma Brasil para submissão do projeto com esse novo

⁶ A ESP de Florianópolis opera no campo de políticas de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde. Seu escopo abarca a oferta de cursos livres na área da saúde, além de cursos de pós-graduação, incluindo a residência em saúde da família. O foco da ESP é a educação permanente em saúde e o aprimoramento da área em Florianópolis e região.

⁷ <http://www.pmf.sc.gov.br/sites/ses/>

⁸ http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=44694

documento. O retorno da Plataforma foi rápido, em poucos dias já indicava pendências a serem resolvidas, todas necessidades burocráticas para preparar melhor o projeto para avaliação, que deviam seguir as orientações das resoluções 466/12⁹ e 510/16¹⁰. O meu estranhamento com a Plataforma se ampliava dentro das necessidades de especificar minuciosamente os riscos que os interlocutores corriam por conta da pesquisa e até mesmo como eu iria proporcionar o cuidado ou acolhimento demandado diante de qualquer mal-estar envolvendo nossos diálogos. Levando em consideração que eu sequer havia conhecido a unidade de saúde, tampouco meus interlocutores, o exercício imaginativo de antecipar necessidades diante de dano ou mal-estar gerava ansiedade e desconforto de minha parte. A respeito da disciplina antropológica e das experiências dos antropólogos de outrora, que iam a campo com curiosidade e disposição plena, abertos para a experiência, Mariza Peirano (2014) afirma que

Mas aprendemos, daquele momento em diante, que o “método etnográfico” implica a recusa a uma orientação definida previamente. O refinamento da disciplina, então, não acontece em um espaço virtual, abstrato e fechado. Ao contrário, a própria teoria se aprimora pelo constante confronto com dados novos, com as novas experiências de campo, resultando em uma invariável bricolagem intelectual. (p. 381)

A demanda do órgão de regulação ética se interpunha então entre o “método etnográfico” e as reais possibilidades de pesquisa, envoltas naquela relação de poder.

O primeiro parecer encaminhado pelo CEP através da Plataforma chegou no meio do mês de maio e alertava para novas pendências. Entre elas, a necessidade de enviar um roteiro prévio com as possíveis perguntas que eu faria durante o campo. O roteiro foi elaborado e enviado. Posteriormente, diversas vezes o campo demonstrou precisamente o quanto o roteiro era ultrapassado pela experiência de estar lá. Um exemplo foi quando Luana¹¹ me interrogou sobre o funcionamento do mestrado e da universidade, enquanto refletia sobre a interrupção abrupta da própria trajetória escolar por conta da gestação. Não estava no roteiro, não era exatamente sobre humanização e pré-natal, mas era sobre ela e as relações que desenvolvia, absolutamente fora de qualquer script.

⁹ <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

¹⁰ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

¹¹ Luana, nome fictício, foi uma das interlocutoras da pesquisa. Na ocasião ela tinha 19 anos e estava gestando o primeiro filho. Nosso encontro aconteceu na sala de espera do Centro de Saúde Monte Cristo e na ocasião ela já estava no fim da gestação. No decorrer do texto retornarei a essa história e a caracterização de Luana e das outras gestantes que foram interlocutoras da pesquisa.

Durante o tempo de espera entre comitês municipais e universitários eu resolvi mergulhar na pesquisa por outras vias, já que não estava autorizada a ir até o Centro de Saúde, sob o risco de ter a pesquisa inviabilizada pelo CEP. O acompanhamento diário de notícias relacionadas à assistência à gestação e parto se tornou parte da metodologia de pesquisa, assim como o acompanhamento da página do Centro de Saúde no qual eu pretendia realizar a pesquisa, alocada em uma rede social e atualizada frequentemente em relação às atividades da unidade.

Parte da tentativa de me aproximar do tema de minha pesquisa envolveu também retomar a atividade em um perfil profissional¹² que eu mantinha, enquanto psicóloga, no Instagram, tornando-o direcionado especificamente para temas relacionados à maternidade e humanização. O direcionamento do perfil me permitiu entrar em contato com diversos outros interessados na temática, como mães e profissionais, gerando envolvimento ao ponto de receber espontaneamente relatos de violência obstétrica¹³ ou experiência de gestação, fosse de modo público ou privado.

Entre as tentativas de aproximação, enquanto a Plataforma Brasil me alertava que eu não poderia entrar em campo até o resultado final da avaliação do meu projeto, passei a fazer uma série de cursos disponibilizados gratuitamente pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), destinados à educação permanente de profissionais de saúde e promovidos na forma de educação à distância em parceria com universidades públicas. A formação em psicologia me dava a passabilidade necessária para conduzir essa formação extra. Entre os cursos concluídos no período estavam um curso relacionado à Rede Cegonha¹⁴ e um específico relacionado à Política Nacional de Humanização¹⁵. A tentativa era de compreender como os profissionais da Atenção Básica eram instruídos em termos de humanização e estruturação da política pública.

No dia 5 de junho o CEP UFSC, através da Plataforma Brasil, enviou parecer final favorável à minha pesquisa. O diário de campo feito no dia mostra a alegria por finalmente ter

¹² <https://www.instagram.com/alanaavilapsicologa/>

¹³ A referência adotada aqui em torno do termo é ligada a pesquisa de Barbosa *et al* (2017) onde foi feita revisão integrativa de pesquisas qualitativas que abordam o termo. Para os autores “A violência obstétrica engloba qualquer tipo de violência que ocorra durante o período da gestação, do parto e do pós-parto, incluindo a assistência ao aborto” (p. 192).

¹⁴ O curso busca tornar visível o contexto do surgimento da Rede Cegonha, assim como seus parâmetros de funcionamento. Disponível em <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/45564>

¹⁵ O curso visa familiarizar o trabalhador da atenção básica com a Política Nacional de Humanização, abordando conceitos e experiências de aplicação da política. Disponível em <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/45520>

dado fim a espera angustiante por todo o procedimento ético formal necessário, que me impedia de acessar o campo. A insônia e a sensação de ansiedade e impotência se desfizeram, demonstrando o quanto a espera burocrática podia ser adoecedora, especialmente pela combinação de prazos acadêmicos e da própria CAPES, que inviabiliza a concessão de bolsa além dos 24 meses previstos para a realização da pós-graduação em nível de mestrado.

Os passos seguintes se desenrolaram no encaminhamento do parecer à ESP, que diante disso liberou ofício me autorizando a ir até a unidade de saúde na tentativa de desenvolver a pesquisa. O meu contato com a coordenação do Centro de Saúde deu-se via e-mail, protelando a ida a campo por mais alguns dias.

2.2 DESCOBRINDO O CAMPO PELAS BOCAS ALHEIAS: CONTEXTO SÓCIO-URBANO E OS ENCONTROS NA ILHA

Este lugar é uma maravilha
Mas como é que faz pra sair da ilha?
Pela ponte, pela ponte
(LENINE, A Ponte)

Quando me mudei para Florianópolis, como praticamente todo estudante, fui tomada de surpresa pelos aluguéis absurdos, o trânsito caótico e a precariedade nas opções de moradia próximo à UFSC. De todo modo, me instalei em um bairro próximo à universidade e gozei da aparente tranquilidade da cidade, podendo fazer a maioria das tarefas diárias simplesmente andando. A diferença entre Florianópolis e minha cidade natal ultrapassa questões como sertão/litoral e o fato de Florianópolis ter mais que o dobro de habitantes de Sobral. Existia então uma sensação de segurança que eu demorei a me acostumar diante dos praticamente 26 anos vivendo em uma Sobral cada vez mais violenta¹⁶, apesar de ser referência positiva em áreas como a educação básica.

Quando comecei a delinear onde afinal eu conduziria meu campo, eu já sabia que seria entre as chamadas ‘classes populares’ que meu olhar se direcionaria. Porém, como uma estranha na ilha, eu sequer sabia quais eram as classificações nos territórios da cidade, tampouco onde terminava e onde começavam os bairros. Foi preciso realizar uma investigação pessoal do que a ilha reservava, inclusive no que ia para além da própria ilha. A leitura de artigos baseados em

¹⁶<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2018/07/referencia-educacional-e-berco-politico-de-ciro-sobral-vive-explosao-de-violencia.shtml>

etnografias feitas na cidade, a conversa com professores do departamento de Antropologia, as orientações e reuniões do grupo de estudo auxiliaram nesse processo. Mais além, as conversas com colegas, nativos ou não, que eram mais familiarizados com Florianópolis ajudaram a delinear o caminho torto que me levou até meu campo.

Diante de meses de indecisão e procura do utópico campo perfeito, acabei por me encontrar em um café, à beira da Lagoa da Conceição, no final de julho de 2018, debruçando minhas angústias de aspirante à pesquisadora sobre uma antropóloga e professora que, por sorte minha, teve a paciência de me ouvir e orientar minha busca, compartilhando as próprias experiências de pesquisa entre classes populares. Deveria ser a tal preparação para o encontro com a alteridade. A minha alteridade desabava em perguntas infinitas. Saí do encontro com um livro, indicações de contato e a cabeça cheia de histórias sobre o fazer antropológico, desta vez palpável e vindo de uma mulher, não de algum antropólogo inglês do século passado. Fiz meu caminho de volta para casa com a adrenalina de saber que, talvez, eu enfim soubesse por onde encaminhar meu campo.

Os dias seguintes ao encontro acabaram se transformando em tentativas de ter contato com o Professor Francisco Canella, a pessoa indicada no encontro prévio. Entre trocas de informações e esclarecimentos sobre como eu tinha chegado até ele e quais eram meus interesses de pesquisa, me vi saindo de casa e indo encontrá-lo em outra universidade, para acompanhar a ele, a uma professora e a uma estagiária até o bairro Monte Cristo. A ida ao local se dava como continuidade de trabalhos e relações constituídas há décadas entre os professores que ali estavam e o bairro.

Desde a primeira conversa naquele café à beira da Lagoa eu tinha sido avisada que o local em que eu tinha lançado meus olhos tinha certa fama entre os moradores da cidade. Como toda área periférica, era para lá que o burburinho envolvendo situações de risco e violência se direcionava. Porém, pelo que me disseram, isso não impedia que pesquisadores diversos resolvessem ir justamente lá desenvolver seus trabalhos. O bairro por qual eu havia me interessado era, como muitos territórios da cidade, fruto de uma intensa luta por moradia, tendo em sua história um processo de ocupação que se iniciou há mais de 30 anos e que ainda hoje povoa as narrativas dos moradores mais antigos. O mesmo bairro foi palco de diversas pesquisas, tanto na área da antropologia como em áreas como história, serviço social e ciências da saúde. Na antropologia e ciências sociais temos, além dos trabalhos desenvolvidos por professores/as da UDESC (CANELLA, 2015; CANELLA, SALES, COSTA e LIMA, 2019),

as pesquisas feitas junto às mulheres do bairro por pesquisadoras do TRANSES – Núcleo de Antropologia do Contemporâneo, da UFSC, grupo de pesquisa que integrei durante o mestrado e a realização da pesquisa, especialmente os trabalhos de Maluf (2010), Tornquist, Andrade e Monteiro (2010) e Monteiro (2010).

A visita até o bairro tinha por objetivo ir até uma espécie de centro comunitário, mantido e idealizado pelos próprios moradores, a fim de conversar com uma das lideranças do local e encaminhar o projeto relacionado às memórias do bairro, que os professores e a estagiária que eu acompanhava estavam envolvidos. Um daqueles dias de sol e vento frio, logo no início de agosto, a primeira vez que cruzei a ponte para ir ao outro lado de Florianópolis. No caminho, diante da minha inexperiência, avisos sobre como o trânsito naquele caminho era caótico, especialmente em horários específicos do dia. Tudo anotado mentalmente para talvez ser útil nas aventuras futuras. Chegando até o bairro fui tomada por um misto de familiaridade e estranhamento.

Cruzamos uma viela que cortava um dos quarteirões para poder chegar até o centro comunitário. Entre casas naquele processo de eterna construção, uma frase escrita em um muro deixava aviso relacionado à necessidade de identificação, ameaçando represália. Aquele tipo de aviso, grafitado em muros, não me era estranho. Eu lembrava de já ter esbarrado com alguns do tipo, enquanto trabalhava em um Abrigo Domiciliar para crianças e adolescente da prefeitura em Sobral e ia até bairros populares para visitar famílias e potenciais adotantes que estavam com processos abertos. Geralmente aquele tipo de aviso significava que havia comércio de drogas na área, daí a necessidade de controle de quem circulava pelo local. Chegamos até o Centro Comunitário e a manhã passou depressa, ouvindo relatos de eventos passados, revisando fotografias, construindo mentalmente uma visão daquele local e dos processos que passaram por lá. Foi lá também que descobri que o Monte Cristo tinha uma subdivisão em nove comunidades, cada uma com suas particularidades e disputas. Após, descobri, conversando com outros sujeitos, que a divisão entre as comunidades passava inclusive pelo controle exercido por facções relacionadas ao tráfico, criando um clima de tensão relacionada às possibilidades de circulação no interior do bairro. Mais uma vez, o estranhamento familiar surgia ao lembrar das disputas da mesma origem que se davam no meu próprio local de moradia em Sobral. Disputas que datavam de anos e que se mantinham fazendo poucos metros delimitarem domínios e interdições. Sai do Monte Cristo cada vez mais certa que era por lá que queria seguir com minha pesquisa. No percurso para ir embora cruzei com o que pareciam funcionários ou

estagiários do Centro de Saúde, um grupo de três ou quatro pessoas, cada um trajando seu jaleco branco. Se em qualquer outro lugar da cidade eu acharia a cena uma tentativa de demonstrar superioridade por fazer algum curso relacionado à saúde, lá eu cogitava se aquilo não era, tal qual em Sobral, uma forma de transitar por um território caracterizados por violências. Cruzando a ponte de volta, cheguei na ilha com indicações de leituras e gratidão pela disponibilidade daqueles nativos na área da pesquisa de suportarem minhas dúvidas e olhos curiosos durante toda a manhã.

No final de outubro acabei participando de uma roda de conversa promovida pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre as Violência - NUVIC¹⁷, que abordava a relação entre os sujeitos e o bairro onde eu pretendia fazer pesquisa. O evento contou com a presença de lideranças do bairro, de diferentes comunidades, e com a presença pesquisadoras que já haviam trabalhado no local. Existiam ali relações que ultrapassavam a ideia de pesquisador e informante, estabelecendo um cruzamento de vidas que extrapolava o acadêmico. Por lá eu conheci mais profundamente a história de ocupação do bairro, a luta entre gestões diversas da prefeitura e os moradores, as estratégias de resistência e os movimentos de reivindicação por melhorias no bairro, como o acesso à saneamento, saúde, educação e afins. Em dado momento uma das falas me fez anotar no caderno “as políticas públicas estão cada vez mais afastadas dos moradores da periferia”. Tinha cada vez mais certeza de que eu precisava estar lá, conhecendo aquela realidade.

A roda de conversa seguiu pela noite e eu compreendi, pelas falas dos participantes, que a questão da saúde no bairro era afetada diretamente pela grande demanda e pela falta de profissionais. Foi lá também que descobri que minhas suspeitas iniciais sobre aquelas pessoas de jaleco na manhã de agosto tinham certa coerência. As falas ali me diziam que os funcionários do Centro de Saúde circulavam pelo bairro independentes dos controles das facções. No trabalho de Tornquist, Andrade e Monteiro (2010), realizado no mesmo bairro, essa espécie de passabilidade dos profissionais de saúde também é abordada, explanando a “legitimidade que o jaleco branco confere a quem o usa e ter mais facilidade para obter permissão para circular pela comunidade.” (p. 76). As autoras se referem ao ato de se acompanhar de uma agente de saúde comunitária a fim de circular no local. Todavia, foi também na roda de conversa que descobri que há alguns anos, um caso de violência ocorrido dentro da unidade de saúde fez com que um profissional da medicina pedisse exoneração. No fim da noite procurei uma das

¹⁷ Agradeço à Prof.^a Dra. Patrícia de Moraes Lima, pesquisadora do NUVIC, pela recepção na atividade.

lideranças do bairro, que durante todo o período da roda de conversa eu insistia em pensar que já nos conhecíamos. A procurei para falar do meu desejo em fazer pesquisa no bairro e do meu receio em relação a isso. Logo ela tentou me tranquilizar, afirmando que o local não era tão violento quanto falavam por aí. Eu argumentei que meu receio não era em relação a violência, e sim em pensar se as pessoas iriam ou não querer conversar comigo. Sobre a sensação de familiaridade, descobri que ela era natural de um dos estados do nordeste. Talvez a sensação se devesse a um reconhecimento de origem migratória. Esse sentimento se repetiu outras vezes quando esbarrei com interlocutoras também nordestinas que moravam no bairro. A saudade de casa atravessava a pesquisa. Ao longo do campo tentei contato com essa liderança do bairro em outras oportunidades, mas não foi possível continuar o diálogo.

Naquele momento eu já tinha uma série de impressões sobre o bairro, mesmo mal tendo colocado meus pés por lá. Se juntavam o que eu lia sobre ele nos portais de notícias que davam conta do cotidiano de Florianópolis, as experiências de pesquisa alheias, os relatos das lideranças e os artigos acadêmicos que abordaram o bairro, especialmente o fator luta por moradia, como nos trabalhos de Francisco Canella (2013), Jorge Ijuim e Míriam Abreu (2017) e Canella, Sales, Costa e Lima (2019). Comecei então a questionar entre os amigos se eles sabiam algo sobre o bairro em questão. No geral, os relatos variavam entre o completo desconhecimento e o aviso de que era um local perigoso. Certa vez, enquanto servia de guia para familiares que visitavam a cidade, ouvi uma motorista de Uber comentar sobre o bairro. Ela falava de lugares bons para visitação e moradia e locais para evitar. Entre os locais de interdição, citou o Monte Cristo. Anotei no celular o fato curioso. Cheguei até mesmo a comentar com uma colega com quem dividia um kitnet em um morro próximo à UFSC, a segunda moradia que tive durante o mestrado, que iria para o bairro dentro de alguns dias. Ela já tinha ouvido falar do bairro e, assim como a motorista de Uber, não tinha informações positivas sobre o local. Naquele momento eu já me preparava para ir a campo, com todas as autorizações e ofícios necessários.

O estigma em torno do bairro perpassa diversos âmbitos, impulsionado também pela imprensa e pelo meio policial, conforme aponta notícia de 2017, que compara o bairro à Faixa de Gaza¹⁸, famosa pelos conflitos entre Israel e Palestina. Se Florianópolis era vendida na área

¹⁸<https://www.nsctotal.com.br/noticias/policia-compara-a-regiao-do-monte-cristo-na-capital-a-faixa-de-gaza>

turística como a ‘Ilha da Magia’, a tal magia parecia não atravessar a ponte¹⁹. Era na porção continental da cidade que era traçada uma verdadeira separação. Nesse sentido, é pertinente a observação de Alba Zaluar (1985) a respeito da separação imposta às classes populares urbanas e sua experiência de pesquisa no contexto, que afirma

Não era necessário fazer uma opção racional pelo elitismo, nem defender ideias que pregam a conveniente separação social entre pobres e ricos. Quer queiramos, quer não, esta separação já está embutida nos rituais de dominação de classe que incluem um rigoroso afastamento do local de moradia dos pobres. (ZALUAR, 1985, p. 13).

O ritual de dominação que eu encontrava no campo de pesquisa atravessava não só as bocas, através de relatos e histórias, mas também as próprias construções, entre grades e pontes. O privilégio de morar na ilha não é para todos, e a cidade faz questão de demarcar essa condição.

Conforme caracterizam Tornquist, Andrade e Monteiro (2010), entre os bairros de camadas populares de Florianópolis, o Monte Cristo se destaca por um conjunto de características.

[...] marcado por uma situação socioeconômica mais precária do que os outros bairros populares situados no interior da ilha, outrora vilarejos de pescadores-lavadores - nos quais a heterogeneidade social é muito maior e os moradores mais pobres são, em geral, nativos do local e não padecem do problema do acesso a terra (entre outras especificidades). No Monte Cristo, além de uma maior homogeneidade socioeconômica, o acesso a serviços e equipamentos coletivos e à moradia é muito mais grave, associado à presença ostensiva de redes de tráfico e ao estigma que pesa sobre a região. (p. 72)

A pesquisadora Azânia Nogueira (2018), chama a atenção para o Bairro Monte Cristo relacionando-o a questão racial em sua ocupação.

A área que hoje é chamada de Monte Cristo, localizado na parte continental de Florianópolis, próximo à divisa com o município de São José, foi por muito tempo posse do governo do estado de Santa Catarina, sendo ocupada a partir da década de 1970. Às margens da BR-282, também conhecida como Via Expressa, entre os bairros Coloninha e Jardim Atlântico, vivem, segundo o Censo de 2010, 12.707 pessoas. Destas, 44% se autodeclararam negras, fazendo do bairro do com maior proporção e número absoluto de pretos e pardos no município. (p. 7).

¹⁹ É importante mencionar que, para além do slogan Ilha da Magia, a cidade de Florianópolis tem diversas áreas empobrecidas e com profundas questões sociais. Pavez, Freitas e Dias (2019), analisando uma comunidade em Florianópolis, apontam que na cidade existem 64 favelas e que nesses locais se encontram 12% da população da cidade.

O bairro Monte Cristo, no momento da pesquisa, era dividido em nove comunidades, sendo estas: Monte Cristo, Chico Mendes, Nova Esperança, Novo Horizonte, Nossa Senhora da Glória, Promorar, Santa Terezinha I, Santa Terezinha II e Panorama. Durante a pesquisa pude conversar com mulheres de diferentes comunidades do bairro, todavia em nenhum momento o pertencimento foi evocado. Quando essas mulheres se referiam aos seus locais de moradia as falas eram vagas, não sendo possível identificar em qual comunidade moravam. Em geral, a identificação era dada baseada no número da área a qual eram vinculadas a partir das divisões que próprio Centro de Saúde realizava.

Interessante notar que, ao mesmo tempo que o bairro se torna portador de estigma entre os moradores da cidade, o interesse em produzir pesquisas no local, por parte de pesquisadores de diversas áreas, aumenta entre os acadêmicos. Se o poder público ignora o bairro, a universidade parece lançar sobre ele seus interesses. Esse movimento é capaz de trazer ônus e bônus para os sujeitos envolvidos, sendo digno de problematização a ser retomada posteriormente. Todavia, é preciso mencionar que em nenhum momento da pesquisa a dinâmica do bairro demonstrou fazer jus ao estigma explorado nos portais de notícia da cidade.

2.3 “AMANHECE TARDE NESSA CIDADE”: A ALTERIDADE ALÉM DA PONTE E A PESQUISA ANTROPOLÓGICA ENTRE CLASSES POPULARES

A primeira coisa que me chamou atenção foram as grades. Talvez por toda a construção mental em torno do local e o fato de que, na primeira vez que fui lá, não ter visto o local onde funcionava o Centro de Saúde, resolvi buscar na internet por fotos. Imagino se os Antropólogos, aqueles tradicionais que imaginamos com calça cáqui, quase uma fantasia colonial que me faz utilizar o ‘a’ maiúsculo para nomeá-los, usariam o Google Maps para descobrir através de uma tela o território onde eles iam desembarcar através de barcos, aviões ou teco-tecos em geral. Eu, pelo menos, usei. Percorri o bairro através da ferramenta online mais vezes do que consigo contar. Tentei refazer o caminho que fiz naquela visita em agosto de 2018, reconhecer os locais. Consultei como chegar até o Centro de Saúde via ônibus, Uber e até andando. Ao clicar nas imagens, me surpreendi. Antes de ver a longa rampa ou mesmo a pequena escadaria em frente a unidade de saúde, eu vi as grades. Todas as janelas e portas tinham grades brancas. Um grande portão de ferro separava a entrada da unidade. De um lado, as portas de vidro, do outro, a rampa e a escadaria se encontravam.

Talvez aquilo não me surpreendesse tanto se eu não tivesse a experiência de frequentar o Centro de Saúde do bairro onde morava em Florianópolis. Apesar de duas mudanças de residência, eu permanecia no mesmo bairro e era cadastrada na unidade de saúde. Esta, localizada em uma área de renda média da capital, tinha várias e várias janelas de vidro claro que davam direto para a rua, mantendo a privacidade do local através de cortinas. A via de entrada era uma porta dupla, também de vidro, que dava direto na recepção da unidade de saúde. Bastava entrar, pegar uma senha no equipamento anexado à parede e pronto, em breve seu número seria chamado. Quando olhei no Google as imagens do Centro de Saúde onde eu faria a pesquisa, a estrutura física me causou estranhamento. A que se devia aquela mudança? Escolha estética ou estratégica? Não imaginava ainda naquele momento as surpresas e estranhamentos que aquela comparação ainda iria me causar.

No dia que fui a campo pela primeira vez, eu tinha dormido por apenas 20 minutos. Nenhuma travessia transcontinental me manteve acordada. Tampouco foram dias e dias de trilha que me tiraram o sono. Eu não estava indo para o meio da floresta ou para alguma ilha no Pacífico. Eu estava me preparando para sair da ilha. Digo que fui a campo pela primeira vez pois parecia que o campo se inaugurava ali em minha bolsa, repleta de cópias do projeto, do TCLE, de declarações do comitê de ética e do ofício da Escola de Saúde Pública.

Escutei o despertador tocar e logo abri as cortinas do quarto. Lá fora o céu permanecia estranhamente escuro. Eu havia me programado para estar no Centro de Saúde antes das oito da manhã. Meu acerto com a coordenadora do local foi chegar cedo da manhã para conversarmos sobre minha pesquisa. Calculei meu tempo de rota de uma forma que, pegando dois ônibus para chegar até lá, eu estaria pouco antes das oito da manhã ao Centro de Saúde. Ao chegar no ponto de ônibus, lembro de ter pensado que amanhecia tarde naquela cidade. Era meio de junho de 2019 e o outono estava acabando. O próprio conceito de estações de ano me era estranho. Tendo nascido tão próximo da Linha do Equador, a proposta das estações de ano não fazia parte do meu dia-a-dia. Lá o tempo se dividia entre nove meses calor e três meses de chuvas esporádicas. Em caso de sorte, a proporção de chuva aumentava em um mês. Deixei a responsabilidade por aquele tempo escuro nas mãos do Outono e segui, no primeiro ônibus, rumo ao centro da cidade. No meio do caminho o sol começou a rasgar o céu, alaranjando a manhã. Olhei ao redor e todos pareciam concentrados em aproveitar os minutos de sono que a condução urbana ainda permitia, antes de chegar até seus trabalhos e compromissos. Fotografei o céu para registrar que era daquela forma que meu primeiro dia de campo tinha começado.

Cheguei ao centro da cidade e troquei de plataforma para ir até onde esperaria o próximo ônibus para o bairro. Confesso ter ficado surpresa com a quantidade de pessoas que já circulavam no centro da cidade. Mal passava das sete da manhã e multidões saíam das plataformas em passos rápidos. O privilégio acadêmico tinha me permitido até aquele momento burlar o horário do capital, mesmo que isso significasse produzir nas madrugadas e ignorar feriados. Então eu, acostumada com a plataforma A, onde circulavam os ônibus da área leste da cidade rumo ao centro, estranhei até mesmo a entrada da nova plataforma, que por meses faria parte da minha rotina. Sem catraca, o pagamento na plataforma C era feito no interior do ônibus. Busquei nas sinalizações os nomes dos ônibus que, de acordo com o Google Maps, eu poderia pegar. Uma sucessão de morros se anunciava nas placas, a maioria eu nunca tinha ouvido falar. O trajeto entre o centro e o Monte Cristo, na porção continental da cidade, desfazendo a ideia de que Florianópolis é apenas uma ilha, deveria durar menos de 15 minutos. Sentei-me em um banco qualquer, calculei a razão entre as saídas dos ônibus, o horário de abertura do Centro de Saúde e qual seria o horário perfeito entre chegar cedo demais e chegar atrasada. No tempo que fiquei sentada, aguardando o próximo horário, observei as pessoas ao redor. Eram definitivamente outros tipos que circulavam na plataforma. Menos estudantes, com suas liberdades estéticas de roupa e cabelo, carregando suas mochilas, e mais trabalhadores, especialmente mulheres, respondendo ao padrão de apresentação esperado para ser socialmente aceito. Eu reconhecia o padrão porque eu fui ensinada a segui-lo. A educação que recebi em casa dizia da necessidade de estar ‘bem arrumada’, limpa e sem ‘extravagâncias’ para que houvesse mais oportunidades e menos olhares tortos. Me pergunto se o que eu via ali de fato correspondia a essa impressão ou era apenas projeção, baseada nas minhas próprias vivências.

O ônibus em que segui até o bairro levava apenas a mim e mais cinco pessoas. Me certifiquei com o cobrador na entrada que a condução passaria em frente ao Centro de Saúde. “O postinho do Monte Cristo?”, ele me respondeu. Sim, chamar de ‘Centro de Saúde’ é mesmo uma coisa muito acadêmica. Ri do meu próprio excesso de zelo e busca de acurácia.

Havia calma suficiente na viagem para que o cobrador e o motorista conversassem animados, levando inclusive o primeiro a sair de seu posto de trabalho. Descobri depois que essa era uma característica frequente daquela linha de ônibus, a calma em relação aos ônibus lotados que eu pegava entre meu local de moradia e o centro da cidade. Chegando ao bairro uma curva fechada acabou por derrubar o pote com um sanduíche que seria o lanche do cobrador, aparentemente preparado pela esposa. Enquanto ele juntava do chão e lamentava o

ocorrido, entre as risadas e pesares do motorista, ele acalmava os ânimos dizendo que aquele seria o segundo do dia, então pelo menos um dos preparados havia tido um destino diferente do chão. Egoisticamente pensei que a confusão do momento poderia fazer ele esquecer que tinha ficado de me avisar em qual ponto eu deveria descer. Não esqueceu. Ao passarmos em frente ao Centro de Saúde pude ver uma longuíssima fila que se formava na rampa que dava acesso à unidade. Enquanto descia, o cobrador brincava me dizendo que seria *apenas* aquela *filinha* que eu teria de pegar para ser atendida. Sorri de volta e contei que, felizmente, eu estava ali apenas para trabalhar.

Entre a fila imensa que fazia curva na rampa e a escadaria, eu optei pela escadaria. Desta forma me posicionei perto da porta de entrada e a frente da fila, ainda que lateralizada, tentando de toda forma sinalizar que eu não estava ali para atendimento e nem pretendia furar fila alguma. Filas para atendimento em Centros de Saúde são territórios de disputa. Eu tinha aprendido isso ao longo dos anos enquanto era arrastada por minha mãe, cedo da manhã, para a fila do centro de saúde de referência do meu bairro em Sobral. Ela que me ensinou a decorar os rostos de quem havia chegado antes de mim, deixar claro que eu estava lá para atendimento e, em caso de alguém furar a fila, falar alguma coisa. Essa última parte eu infelizmente nunca dominei, dado uma timidez tão grande que me parece congênita. Ali, do outro lado do país, eu lembrava dos ensinamentos maternos e me preocupava de ser vista como a tal pessoa que furaria a fila e precisaria ser chamada a atenção. Enquanto esperava, observava a fila. A maioria das pessoas ali eram mulheres, ocasionalmente uma gestante ou outra. O horário da abertura dos portões do Centro de Saúde se aproximava e eu ouvi uma interpelação dando conta exatamente do meu medo: alguém havia furado a fila. Felizmente não falavam sobre mim, mas sobre uma outra jovem que tinha se posicionado no local errado, estrategicamente ou não.

Roy Wagner (2012), assim como diversos outros autores da antropologia, elabora questões sobre como os problemas que o pesquisador iniciante enfrenta em sua primeira ida a campo são especialmente de ordem prática. “Ele pode ou não saber algo sobre as pessoas que veio estudar, pode até ser capaz de falar sua língua, mas permanece o fato de que como pessoa ele tem de começar do zero” (WAGNER, 2012, p. 44). Naquele momento, apesar de tudo que eu tinha ouvido sobre a materialização do campo, eram desfeitas quaisquer preparações ou anotações prévias.

No fim das contas, eu sequer tive de acessar o Centro de Saúde por aquela entrada e aquela fila. Trocando mensagens através do WhatsApp com a coordenadora, fui encaminhada

para o estacionamento da unidade. Lá, uma pequena porta dava acesso a parte de trás do serviço. Subindo alguns degraus e atravessando a pequena horta medicinal, entrei no Centro de Saúde. Pensava se era por ali que os profissionais entravam. Havia uma diferença? Se sim, aquilo me categorizava como profissional e não público? Busquei, desconfiada como quem está onde não deveria, saber onde era a sala da coordenação. Como em todo serviço de saúde pública que já encontrei por aí, a coordenadora já estava abarrotada de serviços e gente a chamando por todos os lados.

Quando encontrei Suzana, a coordenadora do serviço naquela ocasião, a conversa foi o mais tranquila possível. Munida de todos os documentos necessários, comuniquei sobre minha pesquisa, as coisas que tinha acertado com a Escola de Saúde Pública e perguntei sobre a possibilidade de fazer a pesquisa com auxílio do Centro de Saúde, deixando claro que minha intenção não era estar lá todos os dias e sim acompanhar as gestantes. Suzana me informou logo de início que havia muitas gestantes no bairro. Ênfase no ‘muito’. Justificou a quantidade de gestantes pelo fator ‘vulnerabilidade’. Pensei em quando eu trabalhava na assistência social e todos os manuais falavam sobre o atendimento a famílias em situação de vulnerabilidade. Seria a isso que Suzana se referia? Mas vulnerabilidade de quê? Malagón-Oviedo e Czeresnia (2015), realizando revisão de literatura em torno do uso do termo no setor da saúde pública, conceituam que

[...] *vulnerabilidade* no plano social se refere à existência de relações que limitam a capacidade de atuação das pessoas e que retiram os suportes institucionais de segurança social, ou seja, situações que negam o exercício efetivo de direitos e, portanto, insegurança presente e evanescência de projetos futuros. (p. 246)

Os autores demonstram ainda que, entre os níveis de vulnerabilidade, entram questões da ordem de classe, raça/etnia, religiosidade e outros aspectos da exclusão social. Acredito que, adotando o conceito de vulnerabilidade promovido na construção de políticas públicas no Brasil, seja necessário adicionar a incidência de questões de saúde mental entre os itens que caracterizam situações de vulnerabilidade. Neste sentido, durante o campo pude observar alguns dos diversos graus de vulnerabilidade que envolvidos nas relações das quais minhas interlocutoras faziam parte.

Enquanto conversávamos, e eu perguntava sobre o Grupo de Gestantes, uma profissional entrou na sala em busca de uma informação com Suzana. Ao ouvir sobre a possibilidade de início de outro grupo com o mesmo tema a profissional fez uma expressão de

desagrado e questionou a necessidade de outro. Aparentemente havia certa resistência em relação a pertinência da atividade.

Ao saber que eu pretendia pesquisar com as mulheres que participavam do grupo, Suzana deu a sugestão de que eu frequentasse a sala de espera da unidade e buscasse interlocutoras por lá também. Ela acreditava que a pesquisa poderia ficar enviesada caso eu só falasse com mulheres que frequentavam o grupo, pois a quantidade era pouca, dado o número geral de gestantes no bairro. Concordei e acertamos o meu provável período de campo: no máximo, final de setembro. Naquele momento eu não imaginava que ficaria lá até o final de outubro (com o desejo de ficar até o fim de dezembro). Foi através de Suzana que obtive os contatos de Marcela, que era facilitadora do Grupo de Gestantes, profissional da residência multiprofissional em saúde da família e atuava no serviço como enfermeira. Foi principalmente através de Marcela que minha participação no grupo seria mediada. Resolvi aguardar até o próximo grupo do mês para começar a frequentar o serviço. Depois daquele momento, passei pouco a pouco a conhecer as mulheres que tornaram-se minhas principais interlocutoras durante o processo de pesquisa. Abaixo trago uma breve caracterização destas, a ser retomada e expandida no capítulo 3, a fim de familiarizar o leitor com as mulheres cujas experiências me proporcionaram a possibilidade de uma dupla abordagem do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

Quadro 1 – Lista de interlocutoras de pesquisa.

| Nome²⁰ | Idade | Profissão²¹ | Natural de | Filhos²² | Área do centro de saúde na qual é vinculada |
|--------------------------|--------------|-----------------------------------|-------------------|----------------------------|--|
| Mônica | 43 anos | Cuidadora de Idosos | Rio Grande do Sul | 3 | 35 |
| Luana | 19 anos | Atendente de Telemarketing | Santa Catarina | 1 | 33 |
| Diana | 30 anos | Estudante e Caixa de supermercado | Santa Catarina | 3 | 35 |
| Sandra | 30 anos | Estudante e Dona de Casa | Santa Catarina | 3 | 34 |

²⁰ Os nomes vinculados às minhas interlocutoras são fictícios, assim como os demais nomes mencionados ao longo do texto e relacionados aos funcionários do Centro de Saúde Monte Cristo.

²¹ Todas as minhas interlocutoras eram responsáveis pelos cuidados com o lar. As que estão classificadas no quadro acima como ‘Dona de casa’ são as que afirmaram que ‘não trabalho’ ou ‘não trabalho fora’.

²² A quantidade de filhos inclui a gestação atual.

| | | | | | |
|-----------|---------|---|-------------------|---|----|
| Tamara | 33 anos | Auxiliar de limpeza | Rio Grande do Sul | 4 | 34 |
| Simone | 27 anos | Dona de Casa | Rio Grande do Sul | 3 | 33 |
| Priscilla | 22 anos | Atendente de caixa em Posto de Gasolina | Sem informação | 3 | 35 |
| Juliana | 24 anos | Auxiliar de Limpeza | Bahia | 1 | 35 |
| Roberta | 29 anos | Sem informação | Bahia | 2 | 33 |

Após a primeira reunião com a coordenação do Centro de Saúde, a volta para casa, pude conferir o tal trânsito interminável que o professor tinha me alertado, ainda no ano anterior quando o acompanhei até uma das comunidades, no Monte Cristo. Se na manhã o percurso durou 10 minutos, a volta me deu mais de uma hora e meia para pensar naquele encontro. O primeiro dia me ensinou a calma necessária para cruzar aquela ponte. A alteridade que eu buscava, enquanto antropóloga, não estava na ilha, mas dizia muito sobre ela. Ao mesmo tempo, o percurso realizado através do transporte público me mostrava que meu campo era atravessado pela própria questão da urbanização do território.

2.3.1 A cidade e o fazer antropológico entre classes populares.

Segundo Foucault (2011), “não é o consenso que faz surgir o corpo social, mas a materialidade do poder se exercendo sobre o próprio corpo dos indivíduos.” (p. 146). Desta forma, ao me referir a ‘classes populares’ não é a uma massa social homogênea que me reporto, mas sim a classificação social externa produzida sobre diversos sujeitos, classificados socialmente a partir de questões como renda média e local de moradia.

A pesquisa entre classes populares tem larga produção no território brasileiro, parte disso, deve-se ao próprio fazer antropológico no país, voltado a questões relacionadas a opressões e desigualdades. Na área da antropologia urbana, a disciplina teve forte impulsionamento no Brasil a partir da década de 1970, voltando os olhos da disciplina para questões vigentes na época, como “repressão, ditadura militar, crescimento urbano, pobreza, marginalidade e o chamado “milagre econômico”.” (DUTRA e RIBEIRO, 2013, 133). Nesse

sentido, os autores apontam que os antropólogos desta época estavam operando em prol de ‘dar voz’ aos sujeitos pesquisados, principalmente a partir de uma metodologia qualitativa.

Através de recursos como a etnografia e a observação participante foi possível a investigação dos aspectos cotidianos e microssociais do complexo urbano procurando enfatizar não somente os próprios atores sociais e suas práticas, como também o contexto de sua produção, no caso a paisagem urbana, como parte constitutiva da vida social destes indivíduos. (DUTRA e RIBEIRO, 2013, p. 134)

Lia Zanotta Machado (2018) caracteriza o fazer antropológico no Brasil, especificamente antes do ano 2000, como “voltado para a análise de problemáticas sociais brasileiras, com alta participação na esfera pública e *impacto social*” (p. 286). Como afirma a autora, os antropólogos, após a Constituição Federal de 1988, direcionaram seus esforços para a defesa de direitos e estudos sobre a diversidade cultural. Pode-se observar então que a disciplina antropológica no Brasil esteve constantemente em consonância com questões que ultrapassavam os muros da academia, colocando-se em consonância às questões sociopolíticas e econômicas dos períodos. Nesse sentido, a antropologia urbana fez parte desse movimento de voltar-se às questões da alteridade no próprio quintal. Porém, mais do que ‘dar a voz’, faz-se necessário reconhecer a autoria coletiva da produção antropológica, reconhecendo que os interlocutores são autores de suas próprias histórias, não cabendo ao antropólogo a figura de salvador ou redentor que, esclarecido, levará o conhecimento para os sujeitos. Cláudia Fonseca (2006), abordando a questão da etnografia em sua intersecção com o fator classe social, aponta para algumas modalidades de pesquisa que se equivocam na abordagem do campo e dos sujeitos. Dentre elas, a perspectiva da tarefa do pesquisador de transformar a situação econômica de seu interlocutor e a produção etnográfica com vias de denúncia da exploração e das alegadas causas da miséria social. Para a autora, um caminho possível seria uma produção etnográfica que contribua para a visualização do campo de pesquisa sem cair em categorias que reificam a condição de passividade.

Porém é de esperar-se que, mantendo o norte da descrição densa, traz-se uma contribuição não somente para a reflexão acadêmica sobre processos sociais, mas também para planejadores e agentes de intervenção que procuram, através do diálogo com os múltiplos agentes da sociedade contemporânea, instrumentos para combater a desigualdade política e econômica – desigualdade esta que reforça diariamente as fronteiras de classe. (FONSECA, 2006, p. 17)

Na área da pesquisa antropológica em saúde entre classes populares urbanas, autoras como Soraya Fleischer (2015) e Flávia Motta (2015) já produziram etnografias que fogem da perspectiva de vitimização ou ausência de agência entre os interlocutores. Se a pesquisa qualitativa em saúde, desenvolvida por profissionais não-antropólogos, utiliza a etnografia enquanto metodologia (NAKAMURA, 2011; BONADIO, 1998), a antropologia da saúde oferece uma visão ampliada sobre as questões de saúde doença. Jean Langdon, Maj-Lis Follér e Sônia Maluf (2012) desenvolvem uma revisão do campo da antropologia da saúde no Brasil, consolidando essa vertente da disciplina no país a partir da década de 1980. As autoras demonstram que a antropologia da saúde conduz frequente intercâmbio com outras áreas do conhecimento, ampliando as possibilidades de atuação e compreensão de seu campo. Em suas origens, na intersecção com a questão de classe, especificamente a pobreza, demonstram que Parry Scott, ainda na década de 1980, inaugurou os estudos na intersecção entre saúde, família e pobreza no país. O próprio autor, em entrevista a Pedro Nascimento e Marion Quadros (2015), demonstra como a vivência na pesquisa de campo o levou a considerar outros marcadores, para além da saúde. Desse modo, sua prática o levou a “Não pesquisar somente sobre saúde, mas levar em conta o uso da força de trabalho e as relações de poder. E a saúde começou a ser um indicador de como estava sendo explorado o trabalhador, como estava sendo usada a sua força de trabalho.” (p. 216). É ainda falando sobre o campo da Antropologia da Saúde que Parry Scott, na mesma entrevista, demonstra a posição que o antropólogo é colocado na produção brasileira. Para o autor, é a área dos serviços públicos de saúde, e a forma como a população lida com estes, que se torna tema de interesse.

A pesquisa que me propus a desenvolver durante o mestrado se colocava justamente ao lado das usuárias do serviço público de saúde. Não eram os profissionais que me interessavam, nem avaliar seus trabalhos ou mesmo servir como ponte entre estes e as usuárias do serviço. Todavia, o campo deu a volta em todos os meus planos. As relações que se formavam dentro e fora dos serviços só demonstravam a inseparabilidade entre a percepção e experiência das usuárias e a atuação dos profissionais. Desta forma, não havia outra possibilidade além de, como indica Joan Scott (1999), tornar a experiência visível, mas amparando-a historicamente para que ela não seja fechada sobre si.

Não são os indivíduos que têm experiência, mas os sujeitos é que são constituídos através da experiência. A experiência, de acordo com essa definição, torna-se, não a origem de nossa explicação, não a evidência autorizada (porque vista ou sentida) que fundamenta o conhecimento, mas sim aquilo que buscamos explicar, aquilo sobre o

qual se produz conhecimento. Pensar a experiência dessa forma é historicizá-la, assim como as identidades que ela produz. (p. 27)

Desta forma, a escrita desse trabalho e a própria vivência de campo são amparadas pelo contexto sociopolítico no qual não só meus interlocutores estavam, como no contexto que eu, enquanto pesquisadora, psicóloga, feminista, nordestina e usuária do SUS, me colocava e era colocada. A contribuição da pesquisa passa então pela intersecção entre a antropologia urbana, antropologia da saúde e a própria saúde coletiva, trazendo em seu bojo questões de gênero, classe, raça e etnia, em um compromisso ético e político de tornar visível os desdobramentos trazidos pelo campo, que rompem quaisquer previsões de comitês ou projetos.

O compromisso aqui proposto se dá, enfim, na possibilidade de expandir os caminhos possíveis para a pesquisa em saúde entre classes populares e na própria atuação dos profissionais da área. Como afirma Peirano (2014) “ampliamos o universo pesquisado com o propósito de expandir o empreendimento teórico/etnográfico, contribuindo para desvendar novos caminhos que nos ajudem a entender o mundo em que vivemos.” (p. 389). Como parte deste compromisso, a primeira parte da pesquisa foi o ato de debruçar-me sobre os documentos em torno da criação não só do PHPN, mas de outras políticas relacionadas à saúde materno-infantil, saúde da mulher e a própria demanda por humanização do parto e nascimento que levou a criação do PHPN. Foi a leitura etnográfica dos documentos (manuais, diretrizes, leis, decretos etc.) que possibilitou dialogar com o PHPN a partir da experiência das mulheres vinculadas ao programa, observando sua aplicação, limites e contornos no papel e na prática.

3 MATERNIDADE ENQUANTO QUESTÃO DE ESTADO: POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO-INFANTIS NO BRASIL

O trato com documentos revela serem eles, antes de tudo, os elos de relações estabelecidas, enquanto a análise hermenêutica permite o desvelamento de intenções, valores, desejos, recuos, presentes não só em tudo que é explicitado, mas também naquilo que é omitido ou dissimulado. (COSTA, 2010, p. 177)

O capítulo a seguir busca delinear como foram apresentadas e construídas as políticas relacionadas à saúde materno-infantil no Brasil, a fim de demonstrar a atual conjuntura em que se encontram as discussões em torno da humanização no pré-natal e nascimento. Para tanto, trago as primeiras políticas materno-infantis no país e seu contexto de criação, consonante com as modificações do que veio a se tornar o Ministério da Saúde. Posteriormente, trago a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), demonstrando o contexto político em que este foi construído, chegando até a criação da Estratégia de Saúde da Família, aplicada na Atenção Primária, carro-chefe do SUS. Nesse cenário, chamo a atenção para a influência da participação popular para a transformação em prol da universalização da assistência à saúde a partir da Constituição Federal de 1988 e consequente criação do SUS. Por fim, caracterizo o contexto da humanização em saúde, voltada às questões materno-infantis, no país a partir da década de 1980, passando pela criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a influência da Rede de Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), a criação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e, por fim, a criação da Rede Cegonha, atual estratégia que engloba na área da saúde a assistência à gestação, parto e puerpério.

3.1 AS PRIMEIRAS POLÍTICAS MATERNO-INFANTIS

Parte da metodologia estabelecida para a execução da pesquisa apresentada aqui dizia da necessidade e interesse em buscar em fontes documentais, fossem manuais, relatórios ou trabalhos acadêmicos, a fim de entender os modos como se articula a política de saúde com a qual a experiência de minhas interlocutoras se relaciona. Compreendendo que todo conhecimento é parcial e aceitando que meu olhar é inclinado à uma perspectiva crítica e feminista em torno da construção e aplicação, não só de políticas públicas, mas também de outras políticas do Estado, é inspirada por Haraway (1995) que traço a linha histórica que se articula ao meu interesse de pesquisa. A experiência de mulheres de classe populares em relação

ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, ofertado na Atenção Primária através do Sistema Único de Saúde, faz-se em uma rede de saberes que opera muito além do bairro onde a pesquisa foi produzida, na porção continental da Ilha do Desterro. Busquei, então, demonstrar os vínculos entre as políticas públicas sobre as quais me debruçava e as esferas econômicas, familiares e de gênero que perpassam e são perpassadas por estas.

Na tentativa de compreender o cenário brasileiro das políticas de saúde direcionadas para a atenção materno-infantil, fez-se necessário realizar um retorno até, pelo menos, o fim do século XIX e início do século XX. Demarco esse momento histórico amparada principalmente pelas obras da médica e historiadora Maria Martha de Luna Freire (2009) e de Joseanne Marinho (2011), também historiadora, que direcionam seus estudos sobre o campo da assistência materno-infantil no país.

Desde o final do século XIX o Estado brasileiro se guiava pelo princípio de que “a solução dos problemas sociais que direcionariam para o progresso da nação dependia, em larga medida, da proteção de mães e de filhos.” (MARINHO, 2011, p. 1). Em um país que se encontrava em meio a um crescente processo de urbanização e industrialização, amparado pelos ventos da modernidade, em uma tentativa de acompanhar as transformações econômicas mundiais, a produção de “sujeitos sadios”²³ tornou-se um dos objetivos nacionais. Com inspiração eugênica, “seus pressupostos pretensamente científicos passaram a servir para fornecer explicações sobre a situação de atraso do país e, ao mesmo tempo, direcionavam as ações que poderiam ser aplicadas para a superação dessa situação problemática.” (MARINHO, 2011, p. 1).

O trabalho de Freire (2009) demonstra como motivações para o movimento sanitário, de cunho eugenista, visavam corrigir e ao mesmo tempo justificar o atraso econômico, o clima tropical e a miscigenação racial do povo como empecilhos à construção da nação” (p. 20). A elevada taxa de mortalidade infantil nesse contexto foi peça chave para a formulação de iniciativas em prol da proteção da saúde infantil pela via da educação das mulheres para o exercício da maternidade. Importante frisar que a pesquisa de Freire utiliza as revistas direcionadas ao público feminino, que veiculavam preceitos médicos de acordo com a política estatal. O público dessas revistas, e conseqüentemente o público de interesse do Estado

²³ A produção de ‘sujeitos sadios’ pelo Estado brasileiro vai em consonância à discussão de Foucault (2011) a respeito do controle da sociedade sobre os indivíduos pela via do corpo. Nesse sentido, o autor afirma que “Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política.” (FOUCAULT, 2011, p. 80).

para essa educação para a maternidade, era formado por classes médias e altas urbanas, traçando uma divisão não só de classe, mas de raça. Afinal, o país só teve a abolição da escravatura em 1888, sem qualquer política de inclusão ou reparação do dano decorrente da escravização do povo negro e da política colonial instalada no território nacional²⁴.

Freire (2009) aponta a primeira metade do século XX como o momento no qual a maternidade, no Brasil, tornou-se matéria científica apta às intervenções do Estado através da construção de um discurso maternalista. Foi dentro desse marco temporal que foram formuladas as primeiras políticas públicas direcionadas especificamente para proteção materno-infantil. Freire (2009) identifica neste período a prática da puericultura²⁵ como a principal ferramenta de intervenção da medicina dentro das famílias brasileiras. A autora aponta ainda que o período foi marcado por um forte sentimento nacionalista, amparado pelo Estado. Parte da ideia da produção de políticas de proteção materno-infantis dizia da necessidade e incentivo para a produção de indivíduos saudáveis para o fortalecimento da nação.

Almejava-se uma verdadeira revolução cultural, através da rejeição a costumes identificados como o passado “atrasado” e com as tradições de adoção de novos comportamentos e atitudes, e do estabelecimento de novas relações sociais, com a reconfiguração das relações de gênero. (FREIRE, 2009, p. 20).

O cenário de sentimento nacionalista descrito por Freire (2009), operando através das práticas relacionadas à maternidade, lembra o contexto francês exposto na obra de Elizabeth Badinter (1985). Caracterizando a demanda por modificação das práticas do exercício da maternidade na França do século XVIII, Badinter (1985) demonstra que a preocupação francesa vinha de um anseio por fortalecimento da nação pela via demográfica e econômica. A alta taxa de mortalidade infantil no país, que superava então os 25%, levou ao interesse do Estado e da sociedade francesa em modificarem práticas e relações, a fim de proteger a infância. As práticas de interesse do Estado francês se direcionaram especialmente ao costume de entregar os recém-nascidos à criação por amas-de-leite, longe da casa e do cuidado materno. Meyer (2000), afirma que o contexto europeu nos séculos XVIII e XIX, este costume burguês foi abolido dado “a

²⁴ O trabalho de Aníbal Quijano (2009) é de suma importância para compreender como a classificação racial promovida pelo colonialismo opera ainda hoje, através dos efeitos da colonialidade do poder, imersa nas relações sociais.

²⁵ Puericultura é definida por Ferreira (1999) apud Bonilho e Rivorêdo (2005) como “o conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança, desde o período de gestação até a idade de 4 ou 5 anos, e, por extensão, da gestação à puberdade.” (p. 7)

necessidade dos estados nacionais nascentes de expandir sua população para atender suas crescentes demandas militares e econômicas” (p. 122). Se na França a questão se dava muito mais pela via de classe, afinal as amas-de-leite estavam afastadas da burguesia, no Brasil os esforços se dirigiam a proteção das crianças que estavam à mercê do ‘perigo’ imposto pelo convívio com as amas-pretas, criando um interesse de interdição baseado em raça e classe.

Lançando mão da análise de Grahan (1995), que explora a dinâmica entre a abolição da escravatura e a manutenção das relações sociais desiguais entre brancos e negros, Freire (2006) afirma que as amas-pretas foram tornadas alvo da sanha higienista promovida pelo governo, ao conduzir a população ao temor de epidemias e do “contágio físico e moral” (FREIRE, 2006, p. 48) promovido pelas amas-pretas ao amamentar os filhos das classes médias e altas urbanas. Desse modo, ao longo da discussão histórica promovida aqui, é preciso compreender que existe um ideal de corpo e uma identidade de mulher para a qual a medicina e o Estado brasileiro direcionavam suas ações para transformá-las em aliadas pela correta prática da maternidade.

Marinho (2011) aponta a medicina como uma das principais aliadas do governo brasileiro para consolidar a maternidade enquanto prática científica, facilitando o aceite por parte das mulheres desse novo papel social. Aliadas do Estado e da medicina, elas eram responsáveis por aplicar o saber científico na criação de filhos sadios para o país. “Nesse processo, o papel feminino foi reabilitado pelos médicos, a sua condição social foi elevada e enaltecida, pois de uma personagem secundária, a mulher passou a ter posição de relevância e de prestígio para o desenvolvimento do país” (MARINHO, 2011, p. 3). É importante notar que internacionalmente o movimento de modificação do caráter feminino em relação à maternidade já vinha ocorrendo por todo o século XIX. Se na França, como afirma Silvia Alexim Nunes (2000), o Código Civil de 1804 colocava a mulher como propriedade do homem, tendo por função primeira a reprodução e privando-a de acesso à educação e trabalho, era pela via da maternidade que o papel da mulher e a feminilidade eram construídos e valorizados. “Pode-se observar então uma valorização dos aspectos positivos da feminilidade e de suas funções e um endeusamento da figura materna nunca antes observados.” (NUNES, 2000, p. 65). Nunes demonstra que, ancorados na valorização da maternidade enquanto papel social, na Europa os discursos médicos colocavam pretensas características femininas, como doçura e indulgência, como elementos essenciais para a ordem social. Para além, o discurso médico era de que “a nova mulher, educadora dos filhos e transformadora do homem, é para a medicina a pedra

angular do equilíbrio familiar” (NUNES, 2000, p. 67). Foi então nessa corrente de transformação da maternidade em papel social ancorado no saber médico-científico que o Brasil produziu suas primeiras políticas públicas direcionadas para este público, consolidando uma aliança entre mães e médicos. Se incluirmos essas políticas no campo do que Ana Paula Vosne Martins (2004) chama de gerenciamento do corpo feminino, podemos inferir que estas são parte de um movimento de colocação das mulheres sob a tutela não só do Estado, como da autoridade do saber médico-científico. Desse modo,

Também o gerenciamento está presente nos esforços dos médicos para convencer as mulheres a se tornarem pacientes, a confiarem nos especialistas, a pautarem suas vidas pela higiene e pelos conselhos médicos, a procurarem desempenhar as funções de esposa e mãe como um dever sagrado e natural e, por fim, a se definirem como mulher, tomando seus corpos como fundamento de identidade e de devir. (MARTINS, 2004, p. 15-16).

Nessa mesma linha de diálogo, o trabalho de Scavone (1985) já havia apontado que, no cenário de transformação da maternidade, o saber empírico das mulheres foi substituído pela disciplina médica, posicionando as mulheres no lugar de “pacientes” frente ao saber médico. Se no Brasil a puericultura enquanto prática médica direcionada ao cuidado materno-infantil tornou-se parte de política pública a partir do início do século XX, na Europa essas transformações borbulhavam desde o final do século XIX. Como bem lembra Fabíola Rohden (2002), o desenvolvimento dos cuidados pré-natais e da ideia do parto realizado em hospitais, criando assim as maternidades, estava aliado tanto ao avanço científico quanto à necessidade de aplicação de uma disciplina moral e corporal, especialmente para as mulheres de classes menos abastadas da sociedade.

O governo brasileiro, através de documento versando sobre a história da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (BRASIL, 2011a), produzido pelo Ministério da Saúde, diz pouco sobre o período relacionado por Freire (2009) e Marinho (2011) como base para as primeiras políticas materno-infantis. O documento, demarcando o início das políticas sobre o tema da saúde da criança em 1937, afirma que

O primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência de que se tem notícia foi instituído durante o Estado Novo (1937/1945). As atividades desse programa eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Em 1940, essas atividades foram delegadas ao Departamento Nacional da Criança (DNCr), criado pelo presidente Getúlio Vargas

com a assinatura do Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro. (BRASIL, 2011^a, p. 9-10)

Entre as prerrogativas do documento citado estão “realizar inquéritos e estudos relativamente à situação, em que se encontra, em todo o país, o problema social da maternidade, da infância e da adolescência” (p. 10), “divulgar todas as modalidades de conhecimentos destinados a orientar a opinião pública sobre o problema da proteção à maternidade, à infância e à adolescência” (p. 10) e “fiscalizar, em todo o país, a realização das atividades que tenham por objetivo a proteção à maternidade, à infância e à adolescência.” (p. 11).

Para o governo brasileiro, na primeira metade do século XX a maternidade e a infância tornaram-se problemas e, como tais, precisavam ser resolvidos. Proponho então, em consonância com as autoras citadas anteriormente, que a via para a resolução deste problema deu-se pela educação para o exercício da maternidade. Consolidava-se assim, no discurso oficial brasileiro, a maternidade enquanto estruturante da identidade feminina, tornando esta não só uma inclinação biológica dita inata, mas também um ofício direcionado para o bem da nação. Todavia, como bem alertou Judith Butler (2015), problemas não necessariamente precisam ter conotação negativa, afinal, “problemas são inevitáveis e nossa incumbência é descobrir a melhor forma de criá-los, a melhor forma de tê-los” (p. 7). Ao analisar esse tipo de política pública é possível então vislumbrar tanto a forma como a mulher era tomada socialmente a partir de seu papel de gênero referente a reprodução, como também a forma de organização do Estado de modo geral. Tomemos então, invertendo o olhar em torno da criação do problema da maternidade, a formulação das políticas públicas materno-infantis enquanto problemas, a fim de desfazer suas naturalizações e enquadramentos imobilizantes em relação ao gênero, à ciência médica, à maternidade e ao Estado.

3.2 O NASCIMENTO DO SUS E DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Durante o campo de pesquisa, estando dentro de um Centro de Saúde da Atenção Primária, a “menina dos olhos” do SUS (GOMES *et. al*, 2011), por diversas vezes encontrei, nas falas de minhas interlocutoras, uma dupla relação estabelecida entre os serviços privados de saúde e as ofertas da saúde pública. Do mesmo modo, o trabalho fora de casa, o mesmo que potencialmente viabiliza a possibilidade de acesso ao serviço privado de saúde, aparecia como ponto de interesse e afetava a relação daquelas mulheres com o Centro de Saúde, a gestação e

até a saúde mental. Desse modo, compreender como foi construído o Sistema Único de Saúde, e os processos que levaram até essa política pública, assim como sua relação com a atenção privada e os interesses do Estado, diz também de como as possibilidades de acesso à saúde foram transformadas ao longo do tempo, chegando até a conjuntura atual do que é ofertado em termos de saúde pública e também sobre como essa oferta é feita.

Em termos de assistência em saúde, o trabalho de Arthur Chioro e Alfredo Scaff (1999) demonstra como o modelo de saúde brasileiro foi, desde o final do século XIX até a década de 1960, de caráter sanitário de inspiração militar e “visava o combate às doenças através de estruturas verticalizadas e estilo repressivo de intervenção e execução de suas atividades sobre a comunidade e as cidades.” (p. 2). Os autores evidenciam que ao longo desse período a política de saúde foi alocada em diversos ministérios, como o Ministério da Justiça, em 1923 e posteriormente ao Ministério da Educação, 1930, que se tornou então o Ministério da Educação e Saúde. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que se aliou a um caráter privatista de acesso à saúde, dado a diminuição das campanhas sanitaristas. Assim, houve “um importante crescimento da atenção médica da Previdência Social, o que determinou a conformação de um novo modelo hegemônico na saúde: o modelo médico-assistencial privatista.” (CHIORO e SCAFF, 1999, p. 3).

Chioro e Scaff (1999) demonstram que no início do século XX a assistência médica profissional só era obtida por meio da contratação de profissionais liberais ou pelo acesso às Santas Casas de Misericórdia. Com o surgimento da Previdência Social, em 1923, cria-se então Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP), onde a assistência médica era central obrigatória (p. 4). Nas CAPs o capital era administrado tanto por empresas quanto por trabalhadores. Em meio a transformações na previdência social nos anos posteriores, em 1960 é aprovada a Lei Orgânica da Previdência e então, posteriormente, com a instauração da Ditadura Militar, o papel do Estado se consolidou enquanto regulador da previdência, excluindo os trabalhadores das áreas de controle relacionadas à previdência social. Esse movimento culminou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, pelo governo militar, que tinha como direcionamentos o “privilegiamento da prática médica curativa individual, assistencialista, em detrimento da saúde pública” (CHIORO e SCAFF, 1999, p. 6). Nesse período, como apontam Paiva e Teixeira (2014), a saúde brasileira se via dividida entre medicina previdenciária e saúde pública. Sendo a primeira direcionada à atenção individual e a segunda à prevenção de doenças entre as camadas populares urbanas e a zona rural.

Ainda em termos da ligação entre previdência social e a oferta de saúde no Brasil,

Em 1977, criou-se o SINPAS - Sistema Nacional da Previdência Social base jurídica do sistema de saúde da década de 70, em conjunto com a lei do Sistema Nacional de Saúde (1975), reorganizando a Previdência e procurando racionalizar e centralizar administrativamente a previdência [...] A lógica desse sistema que caracterizou a década de 70 era baseada no Estado (como grande financiador da saúde através da Previdência Social), no setor privado nacional (prestador dos serviços de atenção médica) e no setor privado internacional (produtor de equipamentos biomédicos e medicamentos). (CHIORO; SCAFF, 1999, p. 7)

A década de 1970 foi marcada por crises econômicas internacionais que afetaram diretamente o Brasil, interrompendo o ciclo conhecido por ‘milagre econômico’ do governo militar. Chioro e Scaff (1999) traçam aí um dos momentos chave para a mobilização popular em prol de mudanças sociais e no campo da saúde que culminaram na Reforma Sanitária. Em um movimento descentralizado constituído por diversos atores sociais, alguns atuando desde antes do golpe militar no setor de saúde, como na promoção de cursos de medicina preventiva na década de 1950 (PAIVA e TEIXEIRA, 2014). Iniciativas como a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), no final dos anos 70, são apontadas pelos autores como movimentos que operaram na contracorrente do autoritarismo e da precarização da saúde pública oriundos do governo militar.

Ainda dentro da Ditadura Militar, diversos municípios deram início a experiências de implantação de redes de atenção básica à saúde (CHIORO e SCAFF, 1999). Outros pontos chave para compreender o cenário da Reforma Sanitária são a Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, em 1978, promovida pela Organização Mundial da Saúde, e também o surgimento e fortalecimento de movimentos populares de saúde e, já no início dos anos 80, a abertura do processo de redemocratização do Brasil. Após a saída do regime militar, durante a presidência de Tancredo Neves/José Sarney, e tomando como base os princípios evocados pelo movimento de reforma sanitária, é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)²⁶. Nesse processo, “O SUDS incorpora os princípios da reforma sanitária: universalização, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização, democratização das instâncias gestoras etc.” (CHIORO e SCAFF, 1999, p. 15). Todavia, o

²⁶ O SUDS foi criado como uma ação de curto prazo através do decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987 a fim de implementar uma política de saúde consonante com as demandas da Reforma Sanitária e promover ações integradas em saúde com órgãos da previdência e assistência social.

SUDS não promoveu modificações profundas na organização do sistema público de saúde, sendo substituído posteriormente pelo Sistema Único de Saúde. É importante frisar porém que, mais do que um movimento movido por lideranças políticas, a Reforma Sanitária tem sua base na mobilização social. Foi através desta, durante todo o período da Ditadura Militar, que se desenvolveu o fortalecimento do movimento em prol da democratização da saúde, incluindo atores de movimentos sindicais e universitários.

Seguindo-se ao fim da Ditadura Militar, deu-se a formulação de uma nova Constituição Federal, consolidada em 1988, trazendo em seus princípios ideais de bem-estar social. Entre estes, se dão as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Promulgada a Constituição Federal de 1988, nela ficaram estabelecidos os princípios do SUS: universalidade no acesso, integralidade da assistência e equidade na distribuição dos serviços, esses expressos em seus artigos de 196 a 200. O artigo 196, afirma: “Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Para o alcance desses princípios, estabeleceram-se as seguintes diretrizes organizativas do SUS: integração e hierarquização do sistema; descentralização político administrativa com direção única em cada esfera de governo; o controle social mediante organização dos Conselhos de Saúde entre os usuários e o governo em todos os níveis do sistema. (SOUSA, 2014, p. 12).

Em 1988 o acesso à saúde no país tornou-se gratuito para todos os cidadãos. Se antes apenas segurados através da assinatura da carteira de trabalho tinham acesso ao serviço público²⁷, abria-se naquele momento a porta para milhares de brasileiros desassistidos em relação à saúde. Seguindo a ideia de uma reformulação das políticas de saúde brasileiras o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, foi formulado a fim de modificar as práticas de saúde hospitalocêntricas, fortalecendo uma ideia de promoção de saúde através do SUS. Vindo de um processo de valorização da Atenção Primária em Saúde²⁸, o PSF se unia a perspectiva de democratização do SUS e ampliação do acesso através de iniciativas municipalizadas. Nesse aspecto,

²⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUS democratiza o acesso do cidadão aos serviços de saúde. 2009. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2009/11/sus-democratiza-o-acesso-do-cidadao-aos-servicos-de-saude>

²⁸ Starfield (2002) *apud* Gomes *et. al.*, (2011) afirma que “a APS forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a APS é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições.” (p. 882).

O PSF representa ações combinadas a partir da noção ampliada de saúde – que engloba tudo aquilo que possa levar a pessoa a ser mais feliz e produtiva – e se propõe a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida. (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

Posteriormente, diante de sua ampliação, o programa teve seu nome modificado para Estratégia de Saúde da Família (ESF). Desde então, a ampliação da atenção à saúde na ESF se dá a partir da atuação de equipes multiprofissionais dentro das Unidades Básicas de Saúde, responsáveis por população específica dentro de território de referência. Desse modo, a equipe da ESF, amparada pela Política Nacional da Atenção Básica²⁹, atualmente se caracteriza como constituída por

(...) no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. (BRASIL, 2017).

No Centro de Saúde em que minha pesquisa foi realizada constava, até outubro de 2019, a subdivisão do território em 5 áreas, cada uma com uma equipe multiprofissional básica, em consonância com a prerrogativa da ESF. No que diz respeito às equipes de saúde bucal, apenas três equipes atendiam as 5 áreas. Durante entrevista com a coordenação da unidade de saúde foi informado que havia possibilidade de criação de uma sexta área na divisão estratégica do território do bairro pelas equipes de saúde. No momento da pesquisa a coordenação informou também que cada área contava com, em média, 2.500 pessoas subscritas.

É importante mencionar que durante todo o processo de construção do SUS, houve influência direta de atores sociais externos ao governo, imbuindo nas discussões da área da saúde a questão da ampliação do acesso e universalização da assistência na área. Grande parte desse processo surgiu a partir das Conferências de Saúde. Conforme o documento As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas (BRASIL, 2009), as conferências datam da década de 1930, ainda vinculadas ao governo de Getúlio Vargas e compostas

²⁹ Para mais informações sobre a Política Nacional de Atenção Básica, consultar: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

essencialmente por setores do governo federal articulado ao governo de estados e municípios. Conforme suas edições e modificações, tornando-se nacionais e abertas a sujeitos externos ao governo, a 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, tratou de questões fundamentais para a definição do SUS enquanto direito universal.

Reuniu 402 participantes, a maioria representando órgãos públicos, em torno do tema “A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”. Embora o temário contemplasse temas como articulação intersetorial, recursos humanos, financiamento, participação comunitária e outros, o eixo dos debates foi a formulação e implantação de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que propunha a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde à população, com a criação de uma rede básica de saúde de cobertura universal. (BRASIL, 2009, p. 14)

Desse modo, o momento refletia “reconhecimento do movimento social que se fortalecia nesse período em torno da reivindicação de reformas mais profundas do sistema de saúde” (BRASIL, 2009, p. 15).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, modificou a própria estruturação das conferências de saúde, demonstrando a abertura para a participação social.

Um amplo processo de mobilização social, que articulou representação de diferentes segmentos e estimulou a realização de pré-conferências nos estados, permitiu a reunião de cerca de quatro mil pessoas em Brasília, dos quais mil eram delegados com direito a voz e voto, para discutir os rumos do sistema de saúde. (BRASIL, 2009, p. 17).

Os resultados da conferência continham orientações para a criação de um Sistema Único de Saúde, separando então a obtenção dos serviços de saúde da contribuição com a previdência, conforme mencionado anteriormente. A partir desse momento, as Conferências de Saúde passaram a contar com ampla participação popular, contribuindo diretamente para a ampliação da assistência em saúde consonante com as demandas sociais. É importante frisar que é a partir do aumento de participação popular nas discussões relacionadas às formulações de políticas de saúde que o Brasil passa a formular a adotar posicionamentos alinhados com demandas populares, como relacionados à saúde da mulher e a própria humanização na área da assistência a gestação e parto.

3.3 MOVIMENTOS PELA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À GESTAÇÃO E AO PARTO NO BRASIL E O PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

Ao abordar a saúde reprodutiva no Brasil e o movimento pela humanização na área, é preciso reconhecer a importância da Política Integral de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM) nesse contexto. Osis (1998) chama a atenção para o fato de que, até a década de 1980, as políticas de saúde voltadas para as mulheres focavam na gestação, parto e puerpério e, a partir de 1984, com o lançamento do PAISM, o governo brasileiro passa a direcionar suas políticas a uma visão integral a mulher. Nesse sentido, Osis (1998) comenta

O conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres. Ao situar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher vista como um todo, o PAISM rompeu com a lógica que, desde há muito tempo, norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres. No contexto do PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e puerpério. (p. 31)

Em 2004 o governo brasileiro lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes (BRASIL, 2004), para, entre outros objetivos, propor “diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres” (p. 10). Entre as questões pendentes mencionadas pelo texto, estaria a então baixa adesão ao pré-natal por parte das brasileiras. O texto afirma que

Segundo a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) (BENFAM, 1996) aproximadamente 13% das mulheres que tiveram filhos nos cinco anos que antecederam a pesquisa não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal. Dessas, 9% eram residentes nas regiões urbanas e 32% no meio rural. (BRASIL, 2004, p. 28)

No momento da publicação do referido texto da PAISM, os dados eram alarmantes em relação à recém-criada Política e Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)³⁰.

Os indicadores do SISPRENATAL (2002) demonstram que somente 4,07% das gestantes inscritas no PHPN realizaram o elenco mínimo de 29 ações preconizadas pelo Programa (BRASIL, 2001) e que somente 9,43% realizaram as seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério. (BRASIL, 2004, p. 28-29)

³⁰ O texto da portaria que dá origem ao PHPN está disponível no Anexo 2 deste trabalho.

No que diz respeito ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, lançado pelo Ministério da Saúde em 2000 e adotado por esta pesquisa como eixo relacional de análise, faz-se necessário caracterizar o movimento em prol da humanização que deu subsídios seu desenvolvimento.

Tornquist (2002b), abordando o movimento pela humanização do parto e do nascimento no Brasil, aponta que esse movimento, que é localizado no país desde a década de 1980, propõe mudanças na assistência ao parto hospitalar/medicalizado. Em 1993 inaugurou-se no Brasil a ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, sendo este um movimento encabeçado pela sociedade civil e com membros distribuídos por todo o território nacional, visando a difusão de informações sobre a assistência à mulher e ao bebê durante o processo de gestação e parto (DINIZ, 2004; RATTNER *et. al*, 2010). A ReHuNa desde seu início criou parceria com entidades como a Unicef e o Ministério da Saúde em prol da modificação do cenário da assistência à gestação e parto, promovendo ainda cursos direcionados para a prática obstétrica e afins. (RATTNER *et. al*, 2010). A base desse movimento gira em torno de uma prática médica amparada pela Medicina Baseada em Evidências (MBA)³¹, demanda amparada por órgãos como a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Seguindo como base as propostas da OMS para o parto seguro³², o movimento pela humanização critica o modelo medicalizado de assistência ao parto e o uso de procedimentos não-naturais e de base tecnocrática, visando “questionar o predomínio da técnica e da cultura sobre procedimentos tidos como naturais, postulando-se, no limite, um retorno a uma vida mais natural.” (TORNQUIST, 2003, p. 487). No cenário da antropologia, é interessante e pertinente o apontamento que Tornquist (2002b) faz sobre este movimento, evidenciando que este confirma a relação dicotômica entre natureza-cultura, invertendo os sinais clássicos e positivando a dimensão ligada à natureza e negativando a tecnocrática/social/cultural.

³¹ Para informações mais aprofundadas sobre o tema da medicina baseada em evidências e sua aplicação na dinâmica do parto ver Diniz e Duarte (2004) e Diniz (2005).

³² Recomenda-se o incentivo ao parto vaginal, aleitamento materno no pós-parto, presença de acompanhante, fim de intervenções desnecessárias e excessivamente intervencionistas como a episiotomia, enema e retirada de pelos pubianos, entre outros, como relata Tornquist (2002b). Em 2018 a OMS lançou novas recomendações em torno do parto e nascimento. O material pode ser consultado no seguinte link: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

Dado o intenso processo de movimento sociais e de articulação de órgãos internacionais, a política de saúde do Brasil, amparada pelos princípios básicos do SUS, se direcionou para a inserção da humanização entre as práticas de cuidado e gestão da saúde. No que diz respeito à humanização da assistência à gestação e ao parto, em 2000, através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000 foi lançado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000). Este programa tem por objetivo “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2002, p. 5). No que diz respeito à humanização, o programa entende o termo e as ações demandas a partir dos seguintes princípios:

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos. (BRASIL, 2002, p. 6-7).

Entre os direitos da gestante ao acessar o pré-natal através do PHPN estão o atendimento digno durante todo o processo de gestação, parto e puerpério, o conhecimento e acesso à maternidade na qual será realizado o parto, além de atendimento “de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica” (BRASIL, 2002, p. 6). O programa, na cartilha consultada, não faz menção que as práticas sejam vinculadas aos preceitos da OMS, deixando margem para que as ações “de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica” (BRASIL, 2002, p. 6) possam se referir a outros órgãos da classe médica, como conselhos federais, estaduais e afins. Ao longo deste trabalho as diretrizes do PHPN serão retomadas a fim de dialogar com as experiências relatadas por minhas interlocutoras, gestantes na ocasião da pesquisa, e as informações recebidas através de parte da equipe que no momento da pesquisa atuava no Centro de Saúde que deu subsídio para este trabalho.

O PHPN, desde 2011, está ligado à Rede Cegonha, estratégia promovida pelo governo brasileiro e lançada no referido ano em prol “assegurar à mulher o direito ao planejamento

reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011b). A Rede Cegonha é uma proposta do governo federal, mas cabe aos estados e municípios a adoção da estratégia. Os componentes da Rede são: I - Pré-Natal; II - Parto e Nascimento; III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011b). No que diz respeito ao pré-natal, as propostas da estratégia são:

- a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico. (BRASIL, 2011b).

Neste cenário, o PHPN surge a fim de garantir a cooptação e o monitoramento da atenção à gestação e ao parto por meio do cadastramento de gestantes ao programa, inserindo-as dentro da estratégia da Rede Cegonha. Carneiro (2013), em uma análise inicial pouco após o lançamento da Rede Cegonha, alertava para a necessidade de reconhecer outras necessidades para além do parto humanizado, o que parecia ser carro-chefe da recém lançada estratégia Rede Cegonha.

[...] considerando o caráter de urgência de uma política de saúde orientada ao nascimento, poderíamos aventar a hipótese de, no Brasil de hoje, ser primeiro preciso que as mulheres tenham acesso ao SUS, aos leitos e aos exames pré-natais, para que, depois, uma vez lá instaladas, possam e tenham embasamento para demandar o atendimento diferenciado que as atendidas na rede privada já têm questionado. (CARNEIRO, 2013, p. 57-58)

Ao longo de seu texto Carneiro argumenta, baseada em críticas do movimento feminista e de sua própria experiência enquanto pesquisadora, que a Rede Cegonha peca em seu caráter universalizante por incorrer no risco de apagar a subjetividade das mulheres envolvidas. Desse modo, ocorreria a homogeneização do serviço, deixando de lado questões

como diretamente relacionadas com o próprio direito à saúde. “[...] seria preciso também ponderar a respeito das crenças, habitat, raça e etnia, e não mais somente do corpo e dos aspectos emocionais.” (CARNEIRO, 2013, p. 56)

A opção por posicionar o PHPN como eixo de análise é amparada por minha experiência anterior explorando os preceitos da humanização (VIEIRA e ÁVILA, 2018), que na ocasião dialogava com a perspectiva da maternidade de cunho naturalista (BADINTER, 2011). A experiência de trabalho direcionou-me até grupos online inclinados para a discussão e compartilhamento de práticas de maternidade que discutiam a humanização. Diante disso, comecei a me apropriar do tema, buscando em fontes oficiais (manuais, resoluções e afins) e em depoimentos, relatos e narrativas dos atores imersos nesse universo, fossem mães, familiares ou profissionais. Desse modo, pude observar que o tema da humanização se encontrava bastante difundido entre camadas médias da população. Enquanto usuária do SUS e vinda de um outro contexto social, a informação da existência de um programa de saúde ofertado pelo governo através do SUS que abordava a humanização na gestação fez surgir o interesse em compreender como a temática operava entre as classes populares, geralmente afastadas dos núcleos de discussão a que eu havia tido acesso até então, através da pesquisa realizada ainda na graduação. Um dado importante para a compreensão da localização desta pesquisa nos estudos antropológicos sobre a relação entre gestação, obstetrícia e políticas públicas é o fato da antropologia do parto já ter produção significativa nacionalmente. Entre os trabalhos realizados, destaco os de Tornquist (2002b), McCallum e Reis (2006), Gualda (1992), Souza (2005) e Muller (2013) que abordam diretamente as práticas de humanização do parto. Quando se parte para o tema do pré-natal a produção é escassa, estando mais presente em áreas vinculadas à saúde coletiva e demais ciências da saúde.

Rosamaria Carneiro (2011), a partir da pesquisa com dois grupos de preparação para o parto em São Paulo, traz a perspectiva de mulheres que buscam outra forma de parir, afastando-se da alegada apropriação do parto pelo ato médico, tema já debatido por autoras diversas como, por exemplo, Fabíola Rohden (2002; 2006). Carneiro demonstra como há outra subjetividade envolvida nas adeptas do movimento de humanização do parto, incluindo o que ela resume como um outro corpo de mulher e uma outra figura de mãe. Sua pesquisa demonstra assim que a prática de humanização envolve algo além de diretrizes médicas não intervencionistas, envolve em si uma outra forma de ver o corpo, a mulher e a maternidade.

Olivia Hirsch (2015) promove uma exploração dos significados do parto “*natural*” e “*humanizado*” entre camadas médias e populares no contexto urbano da cidade do Rio de Janeiro. Seu trabalho, realizado em uma casa de parto pública e em um curso privado de preparação para o parto, evidência que

Os dados colhidos sugerem que as mulheres de camadas médias investigadas dão grande valor à redução das intervenções médicas de rotina e à sensação corporal, que é considerada uma via para o aperfeiçoamento subjetivo. Já para as entrevistadas de camadas populares, o que mais se valoriza na proposta é o tratamento dispensado pelos profissionais de saúde que trabalham na casa parto e o fato de serem reconhecidas como “pessoas” e não apenas como um corpo que dá à luz, como costuma ocorrer nas maternidades públicas brasileiras. (HIRSCH, 2015, p. 229)

O trabalho de Hirsch contribui para dar suporte a noção de que marcadores como classe social e educação formal contribuem ativamente para as significações que as mulheres atrelam às práticas de humanização relacionadas à maternidade, nesse caso, especificamente ao parto. Sua pesquisa dá índices da importância de se abordar o pré-natal, enquanto política de preparação e construção da maternidade, entre camadas populares urbanas. Foi na busca por compreender quais as relações estabelecidas entre as mulheres gestantes e o PHPN, ou seja, a experiência destas acessando o programa através do Centro de Saúde, que minha pesquisa foi lançada em campo.

Alfonsina Robles (2015), propõe uma abordagem do pré-natal enquanto dispositivo de regulação para colocar em diálogo corpo e parentalidade entre mulheres jovens de camadas populares usuárias do serviço público de saúde. Seu trabalho dialoga com a experiência de pesquisa relacionada à maternidade em camadas populares de Recife, em Pernambuco, e da gravidez na adolescência em uma “favela pacificada” do Complexo do Alemão, no Rio de Janeiro. De acordo com Robles, sua intenção era “compreender a construção de experiências maternas em mulheres de camadas populares” (2015, p. 191). Focalizando seu trabalho nas mulheres-jovens, a autora identifica que

O pré-natal, tal como é implementado nos dois contextos de pesquisa, aparece, então, como um dispositivo de regulação segundo o qual as jovens mulheres de camadas populares deverão desenvolver cuidados para si e para o “outro”, cuidados que não somente abrangem a dimensão biológica e corporal, mas também derivam na construção de um papel parental particular. (ROBLES, 2015, p. 198)

Robles (2015), faz diversos apontamentos pertinentes ao contexto do pré-natal, inclusive sobre a formação de grupos de gestantes dentro dos dispositivos do SUS na atenção básica. Esses grupos são apontados pela autora como um instrumento de regulação. Os encontros nesses contextos promoveriam o incentivo para que as mulheres desenvolverem uma consciência de seus corpos como contendo um “outro” e promoveriam também a “transmissão de normas corporais e parentais sob o registro da sanitização” (p. 204). Foi justamente através da inserção em um grupo de gestantes oferecido mensalmente dentro do Centro de Saúde que encontrei a maioria de minhas interlocutoras. Utilizando o grupo como porta de entrada para o funcionamento da unidade de saúde, tracei meu itinerário de pesquisa a partir dele.

Como bem apontam Van der Sand *et. al.* (2016), a vivência da gravidez é multidimensional e inclui nessa teia uma rede de significantes estabelecidos socialmente. Tornquist (2003), utilizando os trabalhos de Sarti (1997), Fonseca (1996) e Paim (1998) entre classes populares, aponta que entre as camadas populares urbanas a maternidade é vista como um elemento decisivo na identidade feminina e o parto configura-se como sendo uma passagem para a condição adulta da mulher. Durante meu campo de pesquisa, a gestação aparecia na fala de algumas de minhas interlocutoras em consonância com a proposição destas autoras, esbarrando no meu estranhamento de quem vem de outra camada de classes populares, do outro lado do país. O meu estranhamento aparecia ao encontrar uma interlocutora afirmando que aos 19 anos já estava na hora de ter um filho, porque todas as amigas da mesma idade já tinham, e até mesmo ao ouvir duas interlocutoras, aos 30 anos, se queixarem que os conhecidos do bairro criticavam suas gestações pois elas já estariam ‘velhas’.

Meyer (2005), explorando a abordagem de Foucault (1993) do processo de medicalização dos corpos e do sexo, articula a proposta do autor ao tema da maternidade, para ressaltar como é a partir de uma análise dos processos de gestão da vida de mulheres-mães que se pode enxergar os desdobramentos das políticas direcionadas a este público. Desse modo, penso que abordar a vivência do pré-natal, a partir de uma política pública, que relaciona os significantes humanização, maternidade e saúde, é um passo para a ampliação da discussão em um contexto de cada vez maior politização da maternidade enquanto prática experienciada através do corpo. Os processos transcorridos no decorrer da pesquisa e apresentados aqui fazem parte da profusa rede de relações que contornam e extrapolam saberes médicos, políticas de Estado, trabalho, educação, migração e, enfim, formas de maternidade.

4 “VOCÊ TERIA UM TEMPO PARA A GENTE CONVERSAR?”: ENCONTROS E INTERPELAÇÕES EM UM CENTRO DE SAÚDE

Como se começa uma pesquisa? Que horas o campo é inaugurado? Esse é o tipo de pergunta que um aspirante a antropólogo pode se fazer diante da perspectiva de, enfim, lançar-se em campo. A ideia do capítulo a seguir é, em parte, deixar que o leitor caminhe ao meu lado em busca de, talvez, pelo menos algumas pistas para responder essas perguntas. Ou mesmo descobrir que não existem respostas.

Através da leitura deste capítulo espero que exista a possibilidade de sentir-se lá, entre corredores, salas e encontros, vivendo através do texto uma parte do que foi o tempo da pesquisa. Abordando desde os estranhamentos de uma quase antropóloga, migrante e ansiosa, até o encontro com as interlocutoras, trazendo as demandas, queixas e relatos destas, o capítulo se constrói no compasso da ideia de que, como diz Vera Iaconelli (2019), “somos feitos de histórias que precisam ser contadas de novo e de novo e de novo, para que o novo possa advir” (p. 22). É mescla da minha história, das minhas interlocutoras e do próprio bairro que se constrói a história a seguir, transcrita em quatro tópicos, abordando questões sobre as interseccionalidades e os marcadores sociais, a relação entre migração e saúde, trazendo experiências comparadas de pré-natal e parto, além de problematizar a dinâmica do próprio acesso ao Centro de Saúde e como o trabalho remunerado e o trabalho doméstico não remunerado afetam o acesso à saúde por parte das gestantes que contribuíram com essa pesquisa.

4.1 ENTRE A SALA DE ESPERA E O GRUPO DE GESTANTE: (DES)ENCONTROS METODOLÓGICOS DE/COM UMA ANTROPÓLOGA EM TREINAMENTO

“O posto tem um segurança. Não reparei isso da última vez”. A primeira anotação na minha caderneta de campo, dias após minha reunião com a coordenadora do Centro de Saúde, é composta por essas duas frases. Lembrava que da primeira vez em que estive lá eu tinha reparado nas grades que compunham a estrutura física da instituição, mas não lembrava de ter visto qualquer segurança. Puxando pela memória percebi que, como entrei pela parte de trás da unidade de saúde, eu também saí por lá. Desta forma eu não cruzei a sala de espera principal da unidade, onde o tal segurança ficava. Vestia uma calça social escura e uma blusa branca de

botões. Imaginei tratar-se de funcionário terceirizado. Pensei que talvez tivesse a minha idade ou até menos. Ficava de pé, próximo à entrada e as vezes circulava pela unidade. Entre os demais Centros de Saúde que frequentei na cidade, em bairros de renda média, não lembrava de ter visto qualquer sujeito exercendo aquela função de segurança.

No início de julho de 2019 eu fui para o meu primeiro Grupo de Gestantes no Centro de Saúde. Tinha acertado tudo anteriormente com Marcela, a enfermeira residente em saúde da família³³ e responsável pela condução do grupo. Os acordos foram realizados via e-mail e WhatsApp. Falei com Marcela após a reunião com a coordenação do Centro de Saúde e enviei meu projeto, comuniquei minhas intenções e acertamos que eu iria observar e participar do próximo grupo. Entre a reunião com a coordenadora e o Grupo de Gestantes eu tinha optado por não ir até o serviço fazer pesquisa na sala de espera. Pensei que o grupo seria uma forma de me apresentar à unidade de saúde e criar algum vínculo com o local antes de iniciar a abordagem na sala de espera.

Marcela havia me dito que, em média, oito mulheres participavam do grupo, variando de frequência. Algumas iam sempre, outras só apareciam uma vez. Quando iniciei a pesquisa, o grupo acontecia de quinze em quinze dias, às quintas-feiras no auditório do Centro de Saúde, tendo início às 15h. Ao fim do campo, os encontros tinham se tornado mensais, na quarta quinta-feira do mês, ainda às 15h.

No meu primeiro dia participando do grupo de gestantes, um dia quente de julho, cheguei pouco antes das quinze e fiquei observando a sala de espera. Olhava ao redor procurando gestantes e me perguntava se elas iriam para o grupo. Enquanto observava reparei o segurança e a forma como a unidade era distribuída. Um vão central onde, em uma espécie de ilha, ficavam as pessoas que faziam a recepção dos usuários. Cinco pessoas se dividiam atrás de bancadas de madeira, computadores e avisos sobre campanhas de saúde nacionais e sobre o funcionamento do próprio Centro de Saúde. Daquela parte central se via quatro corredores, três deles levando a salas de espera ainda menores, que antecediam as salas onde os médicos e enfermeiros atendiam.

Um dos corredores que eu observava, ali sentada em um dos bancos da sala de espera, era interdito. Um papel avisava que lá o acesso era somente para funcionários. Era lá que ficava

³³ No Centro de Saúde onde a pesquisa foi desenvolvida, além das equipes básicas da Estratégia de Saúde da Família, existiam profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família atuando no local juntamente às equipes da ESF. Além destes, também era possível observar a atuação de estagiários de cursos da área a saúde sendo supervisionados no local por profissionais funcionários da unidade.

a sala da coordenadora e o auditório onde o Grupo de Gestantes seria realizado. Logo ao lado da porta que condicionava o acesso, ficava a farmácia da unidade de saúde. Uma pequena sala onde duas funcionárias se dividiam no atendimento da eterna fila para retirada de medicamentos. Avisos grudados no vidro que dividia a farmácia da sala de espera davam conta de anunciar quais medicamentos estavam em falta, qual o período de funcionamento da farmácia e outros pormenores, como os dias que a farmácia estaria fechada para balanço do estoque ou mesmo que os medicamentos em falta poderiam ser buscados em farmácias de Centros de Saúde de outros bairros. Eu, sentada naquele banco que percorria a parede e dava praticamente a volta completa na sala de espera central, esperava. Ainda faltavam vinte minutos para o início do grupo, enviei mensagem para Marcela avisando que eu havia chegado. Levava na bolsa vários TCLE e pacotes de biscoito de polvilho. Marcela tinha me avisado que parte da programação do grupo era um lanche organizado pelos residentes, além de um sorteio com algum item para o bebê, que era realizado entre as gestantes presentes. Junto ao TCLE eu levava uma espécie de flyer (APÊNDICE A) com informações básicas sobre a pesquisa. Fiz o material pensando em uma forma de ‘traduzir’ as três páginas de TCLE e deixar o processo menos ‘duro’. O material foi feito também baseado no aviso de Marcela em relação à dinâmica entre as gestantes e pesquisadores. Aparentemente outra pessoa, de outra área, tinha recentemente realizado uma pesquisa pontual entre as participantes do Grupo de Gestantes e isso gerou forte incômodo por parte delas. De acordo com Marcela, o imbróglio era por conta do não esclarecimento dos objetivos da pesquisa, do TCLE e da própria relação que o pesquisador estabeleceu com a gestantes (ou a falta dela).

Às 15h fui até o auditório. Atravessei a porta que exclamava que o acesso era somente para funcionários e me senti novamente fazendo a coisa errada. Eu não era usuária, não era funcionária. Era só uma pessoa estranha ao local que atravessava portas que provavelmente não deveria. Nessas horas eu desejava ser uma mulher de altura mediana para quem sabe, poder me misturar melhor no ambiente. A despeito do desejo, foi como uma mulher de mais de um metro e oitenta que atravessei aquela porta e cruzei o corredor em direção ao auditório. Uma agente de saúde estava no caminho e me olhou de forma surpresa. Era quase possível ver uma interrogação no seu rosto. Ela olhava para cima em direção ao meu rosto, sorri de boca fechada como quem quase pede desculpa por estar ali. Então aquilo era ser antropóloga? Entrar em lugares que não necessariamente querem que você entre? O “choque cultural” que Wagner (2012) fala era aquilo? “Nele, a “cultura” local se manifesta ao antropólogo por meio de sua

própria inadequação; contra o pano de fundo de seu novo ambiente foi que ele se tornou “visível”.” (p. 48). Eu era visível. Visivelmente desconcertada.

Quando cheguei ao auditório uma outra residente já estava por lá. Me apresentei e perguntei por Marcela. Ela disse que Marcela estava atendendo e logo deveria chegar, assim como as gestantes. Me sentei e fiquei aguardando, novamente olhando ao redor. Uma bancada, alguns computadores mais antigos. Muitas cadeiras, algumas amontoadas. Uma espécie de estante embutida com bolas, colchonetes e outros apetrechos que pensei serem utilizados nos grupos de atividade física promovidos na unidade. Geralmente esses grupos são direcionados para idosos e/ou hipertensos e diabéticos e promovidos por profissionais nos Centros de Saúde. Exemplos de etnografias nesse tipo de grupo podem ser vistos no artigo de Soraya Fleischer e Monique Batista (2014) e no livro ‘Descontrolada: Uma Etnografia dos Problemas de Pressão’ (FLEISCHER, 2018). Um paralelo possível entre o que posteriormente encontrei durante minhas observações e participações nas reuniões do Grupo de Gestantes e o trabalho de Fleischer e Batista (2014) é justamente como este era menos verticalizado, proporcionando espaço para agência dos participantes. As autoras afirmam que era possível observar, no grupo por elas pesquisado, “pessoas exercendo agência ao estabelecerem seus objetivos” (p. 239). Indo além, apontam que “Essa agência, inclusive, era visível nas práticas de escuta, mas sobretudo de fala” (FLEISCHER, BATISTA, 2014, p. 239). Por diversas vezes eu pude observar a mesma agência partindo das mulheres que participavam do Grupo de Gestantes e que, a despeito do tema previsto para o encontro, colocavam suas diferentes demandas pessoais como ordem do dia.

Quando Marcela chegou ainda não havia nenhuma gestante na sala. Nos apresentamos e ela tratou logo de mencionar que geralmente naquele horário as gestantes já haviam chegado e que o fato de não ter nenhuma ainda não era usual. O desconforto de nós três era palpável. Marcela provavelmente sabia da minha expectativa. Passados alguns instantes, chegou Viviane. Grávida de 28 semanas, e tendo sofrido um aborto anteriormente, era a primeira vez que ela participava do grupo. Já passava das 15h e as residentes resolveram iniciar o grupo, mesmo que somente com Viviane. A própria brincou que assim ela teria o espaço só para as próprias dúvidas. Marcela se apresentou e apresentou também a proposta do grupo: um espaço de compartilhamento de experiências, voltado para as gestantes. A ideia era que as demandas trazidas pelas gestantes fossem o fio condutor do encontro. Eu me apresentei, assim como a outra residente presente. Foi a primeira vez que disse quem eu era e o que eu me propunha a

fazer ali. “Olá, meu nome é Alana, eu sou formada em Psicologia, faço mestrado em Antropologia na UFSC e atualmente faço uma pesquisa sobre pré-natal com as gestantes aqui da unidade.” Provavelmente essa transcrição mente, pois eu demorei um pouco para aperfeiçoar esse discurso que reproduzi nos grupos seguintes e nas abordagens da sala de espera. Naquele dia, se houvesse um pouco mais de pressão, talvez eu esquecesse até meu nome.

A fala de Viviane começou tímida e logo se expandiu. Ela tinha 23 anos e estava grávida de uma menina. Tinha sido demitida logo após comunicar sobre a gravidez e atualmente só o companheiro trabalhava. Ela relatou que morava no bairro há pouco tempo e por isso não tinha com quem conversar. A família morava em um bairro afastado do Monte Cristo. Suas principais preocupações eram sobre a amamentação e o parto. Marcela tentou tirar as dúvidas dela e incentivar a comparecer mais vezes ao Grupo de Gestantes. Seus argumentos iam em direção a ‘naturalidade’ dos sentimentos e sensações de Viviane em relação à gestação. Anotei na caderneta “é tudo muito *natural*”. Perguntei a Viviane se ela usava algum tipo de aplicativo no celular para acompanhar a gestação ou mesmo se participava de algum grupo online. Ela confirmou sobre os dois, porém não deu maiores detalhes sobre. Em dado momento ela disse também que tinha tido acesso à um Plano de Parto³⁴. A médica de sua área tinha oferecido. O objetivo de Viviane era ter o parto no Hospital Universitário da UFSC. O local já foi palco da etnografia de Carmem Tornquist (2003), justamente sobre parto e humanização. Ao fim do grupo eu abordei Viviane e falei sobre a pesquisa. Entreguei o TCLE e o flyer, indicando meus contatos e pedi que, caso tivesse interesse, entrasse em contato para conversarmos sobre. Disse que no grupo seguinte eu iria e que poderíamos nos ver por lá. Ela demonstrou interesse em participar. Nunca mais a vi. No grupo seguinte eu tive de ir até Porto Alegre para a Reunião de Antropologia do Mercosul e acabei não conseguindo comparecer. Viviane não apareceu em nenhuma outra reunião do grupo, tampouco a vi na unidade nos meses seguintes. Percebi naquele momento a importância de pegar o contato telefônico de minhas interlocutoras.

Ainda em Porto Alegre, comuniquei a Marcela que não poderia ir à última reunião de julho. Além do evento na cidade eu estava correndo contra o tempo em busca de um novo local para morar. Entre as vulnerabilidades enfrentadas por estudante de classe popular e migrante em Florianópolis, a questão da moradia sempre pesa. Eu estava saindo do kitnet que dividia

³⁴ O Plano de Parto é um documento, geralmente formulado a partir do diálogo entre gestante e equipe de pré-natal, que dá conta das intervenções e condutas a serem tomadas no momento do parto e são pré-aprovadas pela gestante. No decorrer do trabalho retornarei ao tema para aprofundar a discussão em torno do Plano de Parto e sua oferta.

com mais duas pessoas em um morro próximo à UFSC para ir não sabia para onde. A pesquisa parecia quase um supérfluo frente às necessidades reais até demais que se abalavam sobre mim. Nesse momento eu lembrava que só estava passando por aquilo justamente por conta da pesquisa. Poderia ter escolhido pesquisar em minha cidade natal, mas resolvi devolver o investimento feito pela universidade pública no mesmo território.

No grupo seguinte eu já estava morando em outra área da cidade. Agora eu pegaria três ônibus e atravessaria dois terminais para chegar até o Monte Cristo. Era o primeiro grupo de agosto e Marcela não participaria. Em seu lugar, uma residente ficou responsável por me acompanhar. Aquele foi o primeiro momento em que fui convidada por Marcela a participar mais ativamente do grupo. O convite não era para a minha versão pesquisadora e sim para a versão psicóloga³⁵. Fiquei de fazer uma atividade e conversar sobre autocuidado com as gestantes. Carolina, a residente de educação física, me ajudou na condução do grupo. Felizmente ela estava ali para tirar dúvidas sobre o funcionamento da unidade, os serviços oferecidos e me ajudar na dinâmica. Ela era mais íntima e autorizada no espaço. Foi naquela reunião do grupo que conheci duas mulheres que, vizinhas e gestantes, estiveram presentes durante toda minha trajetória de pesquisa e tornaram-se minhas interlocutoras. Ao fim do campo Diana e Sandra já tinham inclusive decorado a minha fala de apresentação inicial nos grupos. Voltarei a essas mulheres e à experiência participando ativamente do grupo no papel de psicóloga (mais precisamente de ‘formada em psicologia’) em outro momento.

Dalí em diante, por conta da baixa quantidade de mulheres no Grupo de Gestantes, comecei a fazer pesquisa também na sala de espera. Pouco antes do segundo grupo de agosto eu fui até o Centro de Saúde decidida a, finalmente, levar minha pesquisa até essa outra área da unidade de saúde. Na chegada eu entrei e abordei a primeira pessoa livre que encontrei entre as que ficam no balcão de atendimento central, responsáveis cada uma por uma área do bairro. Informei que era pesquisadora e dei um breve resumo das minhas intenções. Ela me disse que não havia melhor dia ou horário para encontrar gestantes por ali. Que elas iam independente de agendamento prévio e de que não havia um dia certo para o pré-natal. Eu lembrava de Sobral e

³⁵ Ao receber os convites para me posicionar enquanto psicóloga eu sempre deixava claro que estava ali como alguém formada em psicologia e que atualmente não exercia a profissão. Por conta do vínculo junto à CAPES para obtenção da bolsa de mestrado e da impossibilidade de arcar com a anuidade do Conselho Regional de Psicologia, eu renunciei à minha autorização para o exercício da profissão. Dessa forma, existia uma constante preocupação em orientar as mulheres do Grupo de Gestantes para procurar profissionais da psicologia habilitados para manejar as demandas que elas apresentavam, assim como reafirmar para a equipe que eu era formada em psicologia mas não estava ali para atuar profissionalmente.

do Centro de Saúde que eu frequentei enquanto paciente durante boa parte da vida, às quartas-feiras eram os dias de atendimento pré-natal e de puerpério. Uma infinidade de mulheres, barrigas e bebês. Agradei e avisei que estaria por ali nos próximos meses. Fui sentar-me do lado esquerdo da unidade, o lado que mais me deu ‘sorte’ nas abordagens, diga-se de passagem. Lá, sentada abaixo dos quadros de aviso, percebi que naquele momento a subdivisão do bairro em 5 áreas era fruto de uma recente ampliação. Dada a grande demanda por atendimento, a área 37 tinha sido recém criada. Dessa forma, a divisão do bairro era feita entre a área 33 e a 37³⁶, cada qual com sua equipe de saúde da família. Descobri também que o horário de funcionamento do Centro de Saúde tinha sido expandido, agora a unidade operava por 12h, de 7 da manhã até às 7 da noite. Era de tarde e, tentando fugir do trânsito intenso de retorno à ilha, eu só poderia ficar mais umas duas horas.

Enquanto olhava ao redor, acompanhava o entra e sai de usuários e a passagem dos profissionais. Médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde, atendentes do balcão e o segurança. Comecei a pensar como eu faria para abordar as gestantes. Primeiro de tudo, como eu saberia quem estava ou não gestante? Quando conheci Luana, por exemplo, ela estava muito próxima do parto e por pouco eu não percebi sua gestação. O que ‘denunciou’ foi a caderneta de gestante que ela carregava.

Acabei desenvolvendo uma técnica de abordagem. Fora do grupo de gestantes, na sala de espera, eu só interpelava mulheres que: 1) estivessem com a caderneta de gestante e/ou 2) estivessem visivelmente grávidas, de preferência nas semanas finais da gestação. Naquele mesmo dia conheci Mônica, a primeira gestante que abordei na sala de espera. Ela estava lá para uma consulta com o dentista e eu avistei a barriga que informava visualmente a gravidez já avançada logo que Mônica entrou na unidade. Sentada ali, do lado esquerdo do Centro de Saúde, eu conseguia ver praticamente toda a área central da unidade. Foi naquele dia também que, após falar com Mônica e ficar sorrindo aleatoriamente pelo feito da minha primeira entrevista, percebi que ali não se podia sorrir para estranhos. Enquanto sorria uma mulher do outro lado do corredor pensou que eu ria de alguma forma dela e falou para a pessoa do lado, irritada, e suficientemente alto para que eu pudesse ouvir: “ela acha que eu tenho cara de palhaça?”. Mudei de local, ligeiramente constrangida e tentando lembrar que, dado o bairro em que eu estava, a minha quase falta de referências no local e minhas intenções de pesquisa, eu

³⁶ Como dito no início do trabalho, os números das áreas são fictícios para posteriormente não identificar minhas interlocutoras, que serão apresentadas também via pertencimento de área.

definitivamente não deveria irritar ou incomodar as pessoas. Eu não era parte de um grupo de pesquisadores, não estava lá acompanhada. Eu era uma cearense, sozinha, em um bairro do sul do país.

Frequentando a sala de espera ao longo do campo, acabei produzindo um texto quase padrão de abordagem. “Oi, com licença, posso falar com você um minuto? Meu nome é Alana, eu sou psicóloga e faço mestrado em antropologia na UFSC. Estou pesquisando sobre atendimento pré-natal aqui na unidade. Você teria interesse em participar da pesquisa? São só alguns minutos.”. O texto todo, com leves variações, foi se formando ao longo do campo, vindo do entendimento que as pessoas estavam quase sempre com pressa; de que o ‘sou psicóloga’ criava um entendimento maior do que o ‘sou estudante de antropologia’, assim desacompanhado; e também que aquelas mulheres não estavam interessadas ou mesmo dispostas a ter uma estranha as acompanhando por dias ou meses, entrando em suas casas, andando com elas pelo bairro. O tempo que elas gentilmente dispunham para mim era aquele, da sala de espera ou ao fim do grupo de gestantes. Os encontros acabavam quase sempre porque elas estavam sendo chamadas para o atendimento ou porque tinham de voltar para casa. Cuidado com os outros filhos, preparar comida, compromissos diversos que vinham imediatamente após a ida ao Centro de Saúde. Uma das conversas, confesso, foi interrompida pela minha própria ansiedade em saber que aquela mulher estava em trabalho de parto. Mesmo sabendo que o parto pode demorar mais de 12h, me senti terrível em, naquele momento, ficar ‘prendendo’ a mulher em uma conversa sobre a experiência de pré-natal dela.

Ao contrário da experiência de Bonadio (1998), ao desenvolver uma pesquisa sobre a experiência de pré-natal de gestantes em uma instituição filantrópica localizada na cidade de São Paulo, na qual médicos a auxiliaram na escolha das participantes da pesquisa, a abordagem e escolha de minhas interlocutoras não foi intermediada por nenhum profissional da unidade de saúde. Mesmo nos grupos de gestantes, não era Marcela que explicava meus objetivos ou incentivava as mulheres a conversarem comigo. Das abordagens na sala de espera, somente uma não quis participar da pesquisa, alegou falta de tempo. Vi ela rapidamente desaparecer através da porta do Centro de Saúde. No grupo de gestantes, entre as mulheres que abordei, somente três não aceitaram participar. Ao todo, acabei dialogando com nove mulheres sobre suas experiências de pré-natal entre junho e outubro de 2019. Inúmeras outras gestantes atravessaram meu caminho nesse período, principalmente na sala de espera, mas além de todos os pré-requisitos que eu tinha planejado para escolher quem abordar ou não, existiam também

os dias em que a timidez e o medo da recusa falavam mais alto. Seguindo uma metodologia de observação participante no grupo e na sala de espera, entrevistas semiestruturadas, estudo dos manuais e resoluções sobre o tema do pré-natal e humanização disponibilizados pelo governo, assim como demais notícias da área, a pesquisa caminhou. Findei com a história de nove mulheres em meus braços, de cidades, estados, idades e profissões diferentes.

Apenas uma das conversas que tive com minhas interlocutoras ao longo da pesquisa foi gravada, graças ao sumiço temporário de minha caderneta oficial. Geralmente as conversas iam acontecendo e eu fazia rabiscos na caderneta, que depois se tornaram diários de campo. Algumas vezes, saindo da unidade, o celular gravava algum pensamento sobre o campo, como lembrança para incluir nos arquivos. O fato de não gravar dizia também de uma ideia de que a gravação poderia passar algo como uma possibilidade de registro acusatório, ser usado contra as próprias usuárias. O TCLE já deixava muitas de minhas interlocutoras constrangidas, desacostumadas com aquele tipo de documentação. Além do quê, ao longo das conversas elas se sentiam mais livres para caso necessário, tecer críticas ao atendimento ou funcionamento geral da unidade. Um aparelho gravando aquele diálogo, imagino, poderia intimidar aquelas mulheres. A única entrevista gravada foi a última que realizei com usuárias do serviço. Uma entrevista dupla, após uma reunião do Grupo de Gestantes. O celular surgiu no momento em decorrência do sumiço temporário da caderneta de campo e minhas interlocutoras aceitaram a gravação diante do meu compromisso em não divulgar o áudio e manter o sigilo imposto pelo TCLE.

Durante todo o meu percurso de pesquisa eu fui um elemento estranho dentro do funcionamento do Centro de Saúde. Nas reuniões do Grupo de Gestante eu não era profissional, sem jaleco e sem crachá. Na sala de espera, eu não era usuária. Das inúmeras interpelações dos recepcionistas e outros usuários, eu não tinha classificação. “Você tá esperando na fila?”. “Você já foi atendida?”. “Essa é a fila pro dentista?”. As únicas pessoas que me reconheciam no espaço e que cruzavam comigo frequentemente eram Marcela, Carolina e a recepcionista para qual indiquei que fazia pesquisa ali, mas que só estava durante um turno do dia na unidade.

Dentre as interpelações na unidade de saúde, as que mais me chamaram a atenção foram as dos seguranças. Elas foram silenciosas. Eu via a curiosidade em relação aquela pessoa que, nem se consultava e nem pegava remédio, tampouco estava em alguma fila. Levando em consideração todo o contexto do bairro, entendo a atenção destinada ao enigma. Ao fim do campo, entendi que dois seguranças se revezavam no Centro de Saúde entre a manhã e à tarde.

Nunca fiquei até 19h para saber se existia algum outro. Apenas uma vez algum deles me dirigiu a palavra. Perguntava se eu estava na fila para o dentista. Neguei e continuei onde estava, acompanhando o fluxo do Centro de Saúde. Os dois homens que trabalhavam como seguranças eram dois homens negros e jovens. Suponho que os dois com menos de 30 anos. Ficavam andando pelo Centro de Saúde e por vezes fechavam e abriam a porta de vidro que dava acesso a unidade, diante do esquecimento dos usuários que cruzavam e a deixavam aberta. Em tempo mais ameno, iam na parte de fora da unidade. Certa vez um deles foi até a grade, que antecede a porta de vidro, e a fechou. Não usou cadeado, mas fechou a grade, encaixando os ferrolhos. Fiquei me perguntando se algo tinha acontecido para que ele tentasse dificultar a entrada. Minutos depois chegaram pessoas até a unidade e abriram a grade. Ele não fechou mais. O resto da tarde correu com as grades abertas e o fluxo normal.

4.2 QUEM SÃO ESSAS MULHERES? A LOCALIZAÇÃO DAS INTERLOCUTORAS ENTRE OS MARCADORES SOCIAIS

Quando eu me preparava, ainda em 2018, para qualificar meu projeto de mestrado, me questionaram se eu estava inserindo discussões sobre raça e etnia no meu tema. Respondi que iria aguardar para ver o que campo me traria. Eu era (e ainda sou) uma forasteira na cidade e não fazia ideia de como a população se apresentava em termos raciais. Mesmo tendo em mente a necessidade de inserir debates sobre raça e interseccionalidades no meu trabalho, fosse pela presença ou ausência de sujeitos, em dado momento eu simplesmente esqueci.

Meu campo teve início, mulheres foram tornando-se interlocutoras e tudo transcorria ‘normalmente’ até que encontrei Simone. Ela estava em uma das edições do grupo de gestantes e ao seu redor estavam outras mulheres com quem eu já havia conversado. Simone era uma mulher de sorriso largo. Contava causos da própria vida de um jeito maravilhoso, como quando demonstrou, com humor, a cara de dor que fazia quando amamentava o primeiro filho ou sobre as receitas de família a respeito de proibições de alimentação no puerpério. Enquanto ouvia atenta tudo que Simone falava, eu me dei conta de que ela era negra. E confesso que naquele momento eu olhei ao redor e vi minhas outras duas interlocutoras, brancas, ao seu lado e pensei: como eu não vi isso antes? Voltei correndo até a caderneta de campo e puxei pela memória todas as mulheres com quem tinha conversado. Como eu podia ter suprimido aquela característica? Eu anotei que alguém era branca? E negra? Cheguei em casa e li, quase por

acaso, Claudia Fonseca (1998). Ela se queixava, na leitura de um trabalho específico, sobre a falta de dados geracionais, de classe e afins sobre as interlocutoras. Logo após, demonstrando diferenciações entre a pesquisa em outras áreas das ciências sociais (não especificadas) e a pesquisa etnográfica, ela escreveu que, nas primeiras, dada a escolha prévia dos “informantes” de pesquisa, “o particular é usado para ilustrar ou testar alguma afirmação geral. Por outro lado, na antropologia clássica, o pesquisador escolhe primeiro seu “terreno” e só depois procura entender sua representatividade.” (p. 60). Prosseguindo, Fonseca declara que

No primeiro tipo de pesquisa [no campo de outras ciências sociais], a pesquisa empírica vem a reboque das hipóteses teóricas, e é neste sentido que os informantes devem ser “representativos”. No segundo tipo de pesquisa, essa relação é praticamente invertida. Feita a observação, o pesquisador procura definir quais as generalizações possíveis. (FONSECA, 1998, p. 60)

Foi no segundo tipo de pesquisa que meu trabalho se desenvolveu. Com a caderneta de campo em mãos eu analisava os dados que o campo produzia, relacionava ele com os textos e diretrizes pesquisados, para daí entender a representatividade deste.

Sigo agora na apresentação de minhas interlocutoras. Pensei em seguir uma lógica cronológica do encontro e vi que ela se diferenciava da ordem temporal da assinatura do TCLE. Me dou o luxo então de seguir uma ordem quase que sentimental na apresentação das minhas interlocutoras. Sem elas esse trabalho não seria possível. Agradeço pelos minutos, horas e pela paciência em auxiliar uma antropóloga em treinamento. O que segue abaixo é um breve perfil dessas mulheres que será retomado ao longo do capítulo.

Mônica

Conheci Mônica na sala de espera. Eu vi quando ela chegou até a unidade de saúde. Carregava uma barriga enorme, que depois descobri ser de oito meses de gestação. Mônica se sentou próximo à fila em um dos corredores. Precisava daquela consulta e do atestado que a acompanharia. Tomei coragem ainda não sei de onde e fui até ela. Me apresentei, disse minhas intenções de pesquisa e perguntei se ela gostaria de participar. Deixei claro que se não quisesse, não tinha problema. Mônica aceitou e seguimos aos trâmites do TCLE. Enquanto eu explicava o documento ela me disse que conhecia, pois já tinha respondido um daquele tipo. Porém, disse que quando assinou ela não se atentou realmente a que o documento se pretendia. Brincou

dizendo que depois teve medo de ter assinado algo que significasse que ela estava ‘dando’ o filho. Entre risos eu assegurei que não tinha interesse em pegar o filho de ninguém.

Mônica não é natural de Florianópolis, nasceu no interior do Rio Grande do Sul e tinha vindo para a cidade há um ano e meio e morava no bairro com o companheiro. Contou que tem duas filhas, uma de 23 anos, que também mora na cidade, porém em outro bairro, e uma de 12 anos que não se adaptou aqui e voltou para a terra natal a fim de morar com a avó. Mônica me contava sobre sua vida e sua experiência de gestação enquanto estávamos sentadas lado a lado aguardando o seu atendimento no Centro de Saúde. Sua atual gravidez era de risco e ela era acompanhada em consultas no Centro de Saúde e por um obstetra da rede pública de Florianópolis. A gravidez não foi planejada e veio após duas tentativas falhas de implantar o DIU³⁷. Ela planejava uma ligação de trompas três meses após o parto. Lamentava não poder fazer no mesmo dia. Mônica trabalhava como cuidadora em uma clínica para idosos. Era uma mulher negra de 43 anos e enquanto conversávamos eu via em seu rosto as marcas típicas da gestação em formas de manchas em forma de nuvens que cruzavam seu rosto. Nosso encontro foi interrompido pela chamada para a consulta que ela correu pois, por estar um pouco afastada da fila conversando comigo, quase perdeu a vaga. Mônica foi minha primeira entrevista de campo, eu quase não acreditava na minha sorte de encontrá-la. A previsão do nascimento do bebê que ela carregava era outubro, via cesárea, como foram os dois partos anteriores.

Luana

Eu quase não percebi que Luana estava grávida. Só me chamou a atenção quando notei que junto ao celular ela carregava a caderneta de gestante. Felizmente aquela caderneta é grande o suficiente para chamar atenção. Ela era jovem, magra e estava de camiseta, com um cachecol por cima da barriga que praticamente omitia seus 9 meses de gestação.

Luana tinha 19 anos e era sua primeira gestação. A experiência que ela tinha com gestações e bebês vinha das amigas, a maioria já mães. Ela me contou que a gestação tinha sido planejada. Planejada no sentido de ‘eu queria’, não no sentido de ‘estamos tentando’. No momento da pesquisa ela trabalhava com telemarketing e morava com o companheiro, de 30 anos. Ele não participava do pré-natal, tampouco quis fazer os exames necessários³⁸. Eu não

³⁷ Dispositivo intrauterino. O DIU distribuído gratuitamente pelo governo é o DIU de cobre e faz parte da política de planejamento familiar. É um dos métodos contraceptivos não-hormonais mais eficazes. Mais informações: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/52406-esclarecendo-mitos-sobre-o-diu-de-cobre>

³⁸ Mais informações sobre o Pré-Natal do Parceiro podem ser acessadas aqui: https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf

consigo precisar se Luana era branca ou negra, ela estava naquele limiar do colorismo³⁹ que talvez socialmente a classificasse ela como uma mulher parda. Me contou que descobriu a gestação através de um teste de farmácia e logo foi até o Centro de Saúde para confirmar e iniciar o pré-natal. Disse que utilizava um aplicativo⁴⁰ de celular para acompanhar a gestação. Ao fim da entrevista, fiquei sentada ao seu lado enquanto aguardávamos o atendimento e ela me perguntou sobre o mestrado, afirmando de antemão que ela não tinha “cabeça para isso” pois exigia muito trabalho. Expliquei como funcionava o mestrado e as pesquisas. Luana me contou que só tinha cursado até o primeiro ano do ensino médio. Havia saído da casa da mãe aos 16 anos e por conta disso teve que trabalhar. Ela não entrou em detalhes sobre o motivo da saída, tampouco deu margem para conversarmos sobre. Perguntei se ela pretendia terminar o ensino médio e ela me disse que tinha planejado fazer isso em 2019, mas daí veio a gravidez e os planos ficaram para depois. Ela ainda quer concluir, pelo menos, o ensino médio. Luana tinha uma docilidade de quem, curiosa, ainda está descobrindo o mundo. Não sabia o número da própria identidade e eu fiquei de pegar depois, via telefone. Tempos depois eu vi Luana na sala de espera do Centro de Saúde. Ela carregava um bebê recém-nascido nos braços e eu imaginei que estivesse ali para a consulta de puerpério. O companheiro a acompanhava e ficou tratando dos trâmites documentais enquanto ela foi se sentar para aguardar a consulta. Eu estava doente naquele dia e achei melhor não arriscar passar algo para mãe ou bebê. Fiquei feliz em vê-la.

Diana

Diana estava na segunda reunião do Grupo de Gestantes que eu participei. Quando a conheci ela estava com 23 semanas de gestação, grávida de uma menina. Era sua primeira vez

³⁹ Bianca Santana produziu um ótimo texto sobre o colorismo e sua forma de funcionamento. Ela diz que “Colorismo significa, de maneira simplificada, que as discriminações dependem também do tom da pele, da pigmentação de uma pessoa. Mesmo entre pessoas negras ou afrodescendentes, há diferenças no tratamento, vivências e oportunidades, a depender do quão escura é sua pele. Cabelo crespo, formato do nariz, da boca e outras características fenotípicas também podem determinar como as pessoas negras são lidas socialmente. Pessoas mais claras, de cabelo mais liso, traços mais finos podem passar mais facilmente por pessoas brancas e isso as tornaria mais toleradas em determinados ambientes ou situações.” O texto completo está disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/colorismo-e-o-mito-da-democracia-racial/>

⁴⁰ O aplicativo que Luana utilizava na ocasião chama-se ‘Baby Center – Minha gravidez e meu bebê hoje’ e está disponível na Play Store de forma gratuita. A descrição do aplicativo afirma que este é a plataforma digital mais utilizada no Brasil “para acompanhar a gravidez e o desenvolvimento do bebê”. O aplicativo conta com inúmeros recursos como fórum de discussão, notícias relacionadas à gestação, acompanhamento semanal e informações diversas desde quais exames de pré-natal são necessários até informações sobre parto humanizado e direitos trabalhistas da mulher gestante e puérpera.

participando do grupo, porém sua terceira gestação. Ela morava no bairro junto ao seu companheiro, pai das últimas filhas e sua filha mais velha. A filha mais velha era pré-adolescente e fruto de uma relação anterior de Diana. A gestação atual não tinha sido planejada. Inclusive, ela havia engravidado mesmo tendo colocado um DIU meses antes. Natural de Florianópolis, Diana trabalhava como caixa em um supermercado próximo ao bairro e frequentemente trazia a questão do trabalho em suas falas. Relatava sofrer de ansiedade sendo as relações no trabalho disparadoras de crises de pânico. Ela tinha trinta anos e era uma mulher branca de cabelo loiro escuro, frequentemente preso em um rabo de cavalo ou coque bailarina. Relatava frequentar o Centro de Saúde quase que diariamente por conta dos problemas físicos e emocionais. Com os atestados das consultas ela conseguia se livrar, ao menos momentaneamente, do desconforto causado pelo trabalho. Além do trabalho, Diana fazia um curso noturno para tornar-se professora.

Logo que a conheci, ainda no primeiro grupo, Diana concordou em participar da pesquisa e disse que era importante eu colocar, por exemplo, a necessidade de o Estado fornecer mais exames de ultrassom ao longo da gestação. De acordo com ela, o Centro de Saúde só oferecia a marcação de um exame de ultrassom durante a gestação. Diana passou a frequentar o Grupo de Gestantes mensalmente e na última vez que a vi a altura da barriga já anunciava a proximidade do parto. Ela sempre vinha acompanhada por Sandra, amiga e vizinha. As duas mantinham cumplicidade e cuidado entre si e entre os filhos. Na última vez que fui ao grupo de gestantes ela disse que provavelmente não viria para o seguinte, pois estaria parindo, mas que talvez ainda viesse com o recém-nascido a fim de acompanhar Sandra.

Sandra

Faço a separação entre Sandra e Diana de forma quase relutante. As duas estavam sempre juntas e a história de uma é quase impossível de ser contada sem a da outra. Sandra, assim como Diana, tinha 30 anos e era natural de Florianópolis. Morava no bairro praticamente a vida toda. Fazia curso noturno para tornar-se professora, assim como Diana. A gestação atual era sua terceira e não foi planejada, assim como a da amiga. Quando a conheci ela brincava dizendo que quando Diana engravidou ela repreendeu a amiga pela falta de cuidado e acabou ela mesma engravidando. Tinha pagado com a língua.

Sandra tinha dois filhos, uma menina pré-adolescente e um menino com cerca de 8 anos. A filha era fruto de outro relacionamento. Atualmente moravam todos juntos com o pai

do filho do meio e do bebê que naquele momento ainda não se sabia o sexo. O tema era problemático em casa pois a filha não queria que fosse outra menina, com medo de perder a atenção dispensada a ela.

Sandra sempre foi extremamente participativa nos grupos. Sempre tinha algo para contar ou opinar, fosse sobre ela ou evocando experiências de Diana. Era uma mulher branca de cabelos longos e negros, sempre presos em rabo de cavalo. Eu quase consigo ouvir mentalmente ela dizer “já que ninguém vai falar, eu vou!”. A frase sempre vinha durante os grupos após algum profissional fazer uma pergunta e o silêncio pairar no ambiente. Sandra sempre deixou claro que não era uma mulher de muita paciência, especialmente com quem abusava de sua boa vontade. Tomava as dores próprias e as de Diana nos acontecimentos cotidianos. Quando conheci Sandra ela estava completando 12 semanas de gestação. Quando me despedi do grupo de gestantes, ela já tinha chegado até a vigésima quinta e descoberto que seria outra menina.

Tamara

Tamara foi um achado. Nos encontramos na sala de espera no final de agosto. Ela estava lá para realizar uma consulta de pré-natal e foi a mulher que mais me deu informações durante nossa conversa. Ela tinha 33 anos e era uma mulher pequena e negra que estava na trigésima sétima semana de gestação. Era sua quarta gestação e ela planejava ser seu quarto parto normal.

Tamara não era de Florianópolis, tinha vindo do interior do Rio Grande do Sul e morava no bairro há mais ou menos 20 anos. cursou até a quinta série e trabalhava fazendo limpeza. No momento em que conversávamos ela estava de licença do trabalho, pois tinha sofrido um acidente que lhe deixou a mão machucada. Morava com o marido e os filhos, estes tinham 12, 10 e 5 anos. Quando perguntei sobre o puerpério, me disse que contaria com a ajuda dos filhos e do marido no período.

Tamara não participava do Grupo de Gestantes por conta da distância entre o Centro de Saúde e sua casa. Contou que o marido era soldador, tinha o ensino primário completo, também era do Rio Grande do Sul e contou também que ele participava do pré-natal dos filhos, inclusive assistiu o parto deles. Só no primeiro que ele não foi autorizado pela equipe de saúde. Guarda mágoa até hoje. Todos os filhos foram planejados, incluindo o da atual gestação. Ela me contou que até aquele momento só tinha tido uma consulta com o médico, mas que a

enfermeira que a atendia era muito boa e perguntava tudo. Durante a conversa percebi que ela falava de Marcela. Tamara conversava comigo de forma tão aberta e disponível que foi quase um afago na alma. Enquanto conversávamos uma conhecida dela a abordou. Conversaram ao meu lado por um tempo e eu percebi o desencontro entre o que Tamara me disse e o que ela dizia para aquela mulher. Para ela as informações eram poucas e superficiais, para mim os detalhes se sobrepunham. Me despedi de Tamara desejando um bom parto pois faltam apenas 20 dias.

Simone

Simone surgiu no dia em que o grupo de gestantes falava sobre amamentação. Ela era espontânea e, por isso mesmo, deixava o clima mais leve. Foi ela que me fez perceber que a maioria das minhas interlocutoras era negra. Enquanto contava suas experiências passadas com a gestações e sobre os ensinamentos familiares sobre cuidado com os filhos, eu olhei para ela e a percebi negra.

Nascida no interior do Rio Grande do Sul, como boa parte de minhas interlocutoras, Simone morava então há seis anos em Florianópolis. Quando nos encontramos ela estava grávida de 29 semanas, sendo aquela sua terceira gestação. Uma menina que vinha juntar-se à filha mais velha e ao filho do meio. Tinha descoberto a gestação por conta de um teste de farmácia, logo depois procurou o Centro de Saúde. Quando perguntei se ela queria participar da pesquisa ela me respondeu ‘ah, já estou aqui mesmo’ e sentou-se do meu lado ao fim do grupo de gestantes. Simone tinha um sorriso aberto quase que contínuo.

Aos 27 anos, Simone morava no Monte Cristo junto aos filhos e o companheiro. Ela não era casada. Em suas palavras, ela era ‘amaziada’. Tinha cursado até o primeiro ano do ensino médio e não trabalhava fora de casa. Se dedicava integralmente aos cuidados com a família.

Priscilla

Quando perguntei se Priscilla queria participar da minha pesquisa, ela negou. A conheci no mesmo dia que conheci Simone. Foi só quando Simone se sentou ao meu lado para responder minhas perguntas e falar sobre sua experiência no pré-natal que Priscilla resolveu ficar na sala e depois participar da pesquisa.

Priscilla estava acompanhada do filho de três anos e naquele momento já estava no final da gestação. Aos 22 anos, era seu terceiro filho que estava ali na barriga, prestes a chegar ao mundo. No dia que a conheci ela já tinha ido ao hospital por conta do início do trabalho de parto. Tinha perdido o tampão mucoso, mas sido encaminhada para casa por falta de contrações ritmadas. Toda a minha conversa com ela foi mediada pela minha aflição de estar ‘prendendo’ na pesquisa aquela mulher que logo estaria parindo. Durante o grupo daquela tarde Priscilla levava a mão a barriga constantemente. Negra, alta e rouca, o gesto se dividia em segurar a barriga e dividir espetinhos de fruta com o filho, que insistia em correr e explorar o auditório do Centro de Saúde.

Priscilla me falou de como estava sendo seu pré-natal, como era a marcação de consultas, como esperava que fosse o parto. Descobri naquele dia que ela estava casada com o pai do filho que ela estava gerando e que eles moravam juntos. Enquanto conversava com ela, em meio à uma queda de energia que aconteceu no Centro de Saúde naquele fim de tarde, Priscilla disse que iria ao hospital naquele dia pois as contrações estavam aumentando e ritmando. Minha aflição me impediu de pegar dados como profissão e coisas do gênero. Mesmo sabendo que trabalhos de parto podem durar até mesmo dias, eu absolutamente não queria ser responsável por atrasar a chegada daquele bebê. Todas as tentativas de falar com Priscilla por telefone para pegar informações básicas que faltaram foram infrutíferas. Parte de mim queria perguntar sobre sua origem, escolaridade, profissão etc., mas o principal seria: e então? o parto foi naquele dia?

Juliana

No dia que Juliana foi ao grupo de gestantes eu me sentei ao lado dela. Cheguei atrasada por conta de um acidente de trânsito envolvendo o ônibus e, esbaforida, foi ali que me coloquei. Juliana tinha 24 anos e estava grávida de 26 semanas. Ela estava morando em Florianópolis há 7 anos e aquela era sua primeira gestação.

Juliana veio do interior da Bahia para Santa Catarina junto com a irmã em busca de trabalho. Ela morava com uma amiga, mas desejava morar junto ao namorado, pai do bebê que carregava. Tinha pele negra escura, unhas longas e um piercing no nariz igual ao que eu tinha. Seu cabelo se alongava em tranças grossas. Ela me contou que tinha o ensino médio completo, assim como o namorado. Ela trabalhava como auxiliar de limpeza em um bairro próximo ao Monte Cristo e seu namorado era pedreiro. Ao longo do grupo Juliana demonstrava interesse

em tudo que estava sendo dito e compartilhava suas angústias em relação à gestação, especialmente porque as coisas com o namorado não estavam exatamente como ela desejava naquela altura da gravidez. Juliana me disse que tinha visto o convite para o Grupo de Gestantes colado na parede do Centro de Saúde e tinha resolvido ir. Fiquei feliz de conhecê-la. Sempre fico assim quando encontro nordestinas pelo caminho.

Roberta

Roberta mexeu comigo. Todas as mulheres com quem falei mexeram e eu levo comigo o encontro com cada uma, mas Roberta foi diferente. Eu não estava preparada para tudo que ela era.

Assim como Juliana, Roberta era natural da Bahia. Ela tinha 29 anos e estava grávida de 24 semanas quando a conheci. Ela era mulher negra, grande e silenciosa. A encontrei no mesmo grupo em que encontrei Juliana. As duas chegaram juntas e pela proximidade e origem eu achei que eram amigas ou mesmo familiares, mas descobri que se conheceram na sala de espera do Centro de Saúde. Ela tinha vindo à Florianópolis há 10 anos em busca de trabalho, sozinha aos 19 anos. Deixou o filho pequeno, que tinha tido aos 18, com a mãe para que ele fosse criado por ela. Logo após chegar na cidade ela conheceu seu companheiro. Moram juntos desde então. Ela estudou até a oitava série e seu companheiro chegou até o primeiro ano. Ele tem 30 anos e trabalha como carpinteiro. Ela trabalha como caixa em um posto de gasolina.

O filho de Roberta veio morar com ela há cerca de seis anos, desde a morte da avó. Desde a morte da mãe Roberta vem enfrentando um quadro de depressão. Ele foi negligenciado de início, mas depois Roberta procurou ajuda de psiquiatras e até mesmo psicólogo no Centro de Saúde. Quando a conheci o tema do grupo de gestantes era setembro amarelo e prevenção ao suicídio. Falávamos sobre depressão pós-parto e puerpério quando, ao final do grupo, Roberta compartilhou que já havia tentado suicídio por três vezes, sendo a última tentativa há poucas semanas.

Eu não estava preparada para aquele encontro, imagino que Roberta também não, mas ele foi extremamente necessário. Talvez para nós duas. Gosto de pensar que Roberta saiu daquele encontro podendo dar vazão a questões que lhe afligiam e amparada por informações úteis para buscar auxílio psicológico através do SUS. Eu certamente sai com os olhos ainda mais abertos para a faceta da saúde mental dentro da Atenção Primária e sua intersecção com o pré-natal.

4.2.1 O porquê das interseccionalidades

O Sul do Brasil ainda é considerado um território branco, apesar disso, grande parte de minhas interlocutoras era negra. A pesquisa do IBGE⁴¹ constatou que em 2018 os autodeclarados brancos nos estados do sul do país (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná) formavam 73,9% da população da área. É preciso considerar também o esforço de apagamento da população negra nesses locais, construindo uma invisibilidade social através de pesquisas e políticas, como bem apontou Ilka Boaventura Leite (1996) em livro percorrendo através da história e etnografia os processos relacionados à invisibilidade e territorialidade entre os negros do sul do país. Sobre o tema, a autora afirma

Esquecidos pelas políticas públicas e pelas pesquisas científicas, os negros deixaram de fazer parte, ou talvez nunca fizeram, do perfil étnico da região Sul, de sua identidade. Ou porque foram invisibilizados pelas várias formas de representação literária e política ou porque foram segregados social e espacialmente, de modo a serem tratados como não existentes. (LEITE, 1996, p. 9)

Em síntese, a proposta de Ilka Leite, amparada por diversos outros estudos, é de que “a identidade do sul se constrói pela negação do negro” (1996, p. 49). A descrição que eu fiz de minhas interlocutoras mescla as informações que elas me deram e minha percepção sobre elas, incluindo seus fenótipos. Eu não perguntei se elas se consideravam brancas, negras ou pardas. A questão racial não surgiu explicitamente em nenhuma das entrevistas, fosse em respostas diretas ou quando evocando experiências outras por parte de minhas interlocutoras. Desta forma, quando afirmo que minhas interlocutoras são brancas, negras ou pardas, o faço de acordo com a minha percepção destas, não em decorrência de autodeclaração. Depois da pesquisa feita e dos dados esmiuçados, me perguntei se caso a pesquisa tivesse sido realizada em outro local de Florianópolis, a discussão posterior envolveria raça. De todo modo, trago a questão da raça para a discussão por entender que as informações sobre minhas interlocutoras devem ser encaradas à luz de uma perspectiva de interseccionalidade. O conceito de interseccionalidade surgiu, como lembra Maluf (2018), no final da década de 1980 através da jurista e acadêmica Kimberly Crenshaw. Nas palavras de Maluf, Crenshaw buscou através da perspectiva da interseccionalidade

⁴¹<https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2019/05/22/ibge-em-todas-as-regioes-mais-brasileiros-se-declaram-pretos.htm>

tirar das margens a relação entre raça e gênero e de pensar teoricamente e de modo articulado essas duas experiências: para uma mulher negra, a experiência de ser mulher não poderia ser vista de modo independente da experiência de ser negra, mas sim a partir das interações entre uma e outra (p. 436).

Como referência à esta perspectiva, me baseio principalmente os trabalhos de Carla Akotirene (2018), Angela Davis (2016) e Patrícia Hill Collins (2015). As autoras referidas estão alinhadas à perspectiva interseccional especialmente voltada à relação entre feminismo, mulheres negras e classe. Akotirene (2018) chama a atenção para a pertinência da interseccionalidade no que diz respeito ao seu uso enquanto ferramenta metodológica para evidenciar as questões e opressões relacionadas ao gênero, raça e classe que são perpetuadas socialmente. Nesse sentido, é importante fazer uma digressão em torno da própria ideia de sujeito do feminismo, tema debatido por autores como a filósofa Judith Butler (2015) ao contribuir com a questão problematizando a ideia de “mulheres” como sujeito do feminismo. Butler argumenta que no interior da teoria feminista existe uma identidade construída a respeito do que significa “mulher”. A identidade “mulher” serviria como uma “representação” a fim de promover visibilidade e legitimidade às mulheres enquanto sujeitos políticos. As limitações desta construção vão em direção a questões como a do binarismo entre masculino/feminino, carregando uma essencialização em torno de uma identidade comum à todas as mulheres, operando uma conformação nos moldes do que definiria o sujeito “mulher”. De acordo com Butler (2015),

Se alguém “é” uma mulher, isso certamente não é tudo o que esse alguém é; o termo não logra em ser exaustivo, não porque os traços predefinidos de gênero da “pessoa” transcendam a parafernália específica de seu gênero, mas porque o gênero nem sempre se constituiu de maneira coerente ou consistente nos diferentes contextos históricos, e porque o gênero estabelece interseções com modalidades raciais, classistas, étnicas e regionais de identidades discursivamente constituídas. Resulta que se tornou impossível separar a noção de “gênero” das interseções políticas e culturais em que invariavelmente ela é produzida e mantida. (p. 21)

Nesse sentido, as contribuições de Angela Davis (2016), escritas a partir dos anos 70 a respeito da posição da mulher negra na sociedade estadunidense, demarcam, por exemplo, a diferenciação entre a posição social das mulheres negras no período da escravidão em relação às mulheres brancas no que diz respeito ao enquadre destas enquanto “mulheres”. Enquanto as primeiras eram por vezes excluídas da dinâmica do que evocava a “fragilidade” do sexo

feminino frente ao masculino no que diz respeito ao trabalho braçal. A respeito da maternidade e sua exaltação no século XIX, especialmente direcionada às mulheres brancas, Davis (2016) escreve que

A exaltação ideológica da maternidade - tão popular no século XIX - não se estendia às escravas. Na verdade, aos olhos de seus proprietários, elas não eram realmente mães; eram apenas instrumentos que garantiam a ampliação da força de trabalho escrava. Elas eram “reprodutoras” - animais cujo valor monetário podia ser calculado com precisão a partir de sua capacidade de se multiplicar. (p. 18)

A proposta de Crenshaw a respeito da pertinência do conceito de interseccionalidade se confirma em trabalhos que buscam abordar a vivência de mulheres que são atravessadas por questões geracionais, raciais, de classe e afins e envoltas em diversos marcadores sociais da diferença.

Biroli e Miguel (2015), desenvolvendo um resgate teórico das contribuições que as discussões que tratam de forma convergente questões de raça, classe e gênero trouxeram nas últimas décadas, demonstram como essa perspectiva torna evidente o quanto “as opressões são múltiplas e complexas e não é possível compreender as desigualdades quando se analisa uma variável isoladamente.” (p. 27). Desse modo, localizar minhas interlocutoras em termos de idade, raça, classe e afins, é também uma tentativa de expandir as possibilidades de análise sobre a experiência que elas me relataram enquanto usuárias do SUS e mulheres grávidas. Afinal, como os Biroli e Miguel (2015) afirmam,

Uma análise focada nas relações de classe pode deixar de fora o modo como as relações de gênero e o racismo configuram a dominação no capitalismo, posicionando as mulheres e a população não-branca em hierarquias que não estão contidas nas de classe, nem existem de forma independente e paralela a elas. Reduz, com isso, sua capacidade de explicar as formas correntes de dominação e os padrões de desigualdade. Do mesmo modo, uma análise das relações de gênero que não problematize o modo como as desigualdades de classe e de raça conformam o gênero, posicionando diferentemente as mulheres nas relações de poder e estabelecendo hierarquias entre elas, pode colaborar para suspender a validade de experiências e interesses de muitas mulheres. Seu potencial analítico assim como seu potencial transformador são, portanto, reduzidos. (p. 28-29).

As discussões que trago ao longo deste trabalho não visam abarcar totalmente, tampouco finalizar o tema, ficando abertas para interpretações e desdobramentos. A apresentação de minhas interlocutoras, localizadas entre raça, classe e gênero e outros marcadores sociais como nível de escolaridade e idade, visa possibilitar uma análise atenta ao

fato de que, como afirma Collins (2015) “Raça, classe, gênero, sexualidade, idade, habilidade⁴², nacionalidade, etnia e categorias semelhantes de análise são compreendidas de forma melhor em termos relacionais do que em isolamento.⁴³” (p. 14). A autora afirma ainda que, “Porque as formações sociais de desigualdades sociais complexas são historicamente contingentes e transculturalmente específicas, realidades materiais desiguais e experiências sociais variam ao longo do tempo e do espaço”⁴⁴ (p. 14).

Daniela Rosa (2019) ressalta que poucos são os estudos que se dedicaram a explorar os impactos da questão raça/cor na assistência perinatal para mulheres negras. Dentre os estudos que conseguiram o feito, a autora destaca o Nacer no Brasil, realizado entre 2011 e 2012, pela Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz). Rosa levanta o argumento de que a questão da raça influencia diretamente na qualidade de assistência recebida por mulheres negras.

Alguns recortes da pesquisa revelam que as mulheres pretas têm maior risco de um pré-natal inadequado, são mais impedidas de ter acompanhantes durante o trabalho de parto (direito garantido pela lei 11.108 de abril de 2005) e também são as que mais peregrinam em busca de maternidade para o parto. Durante o pré-natal, as pretas também foram menos orientadas sobre o início do trabalho de parto e sobre possíveis complicações na gravidez. (ROSA, 2019, p. 24)

Desse modo, faz-se necessário levar em conta os diversos marcadores envolvidos no acesso não só aos serviços de saúde, como também relacionados a questões de moradia, origem, geração e classe que, profundamente relacionados, afetam a própria existência do sujeito e, no caso da pesquisa, a vivência da gestação e avaliação da assistência pré-natal.

4.3 SAÚDE E MIGRAÇÃO: EXPERIÊNCIAS COMPARADAS DE PRÉ-NATAL E PARTO.

O bairro Monte Cristo é um exemplo da intensa luta por moradia ao longo da história de Florianópolis. O contexto da relação entre o movimento sem-teto e a Grande Florianópolis é abordado por Francisco Canella em artigo de 2015. Nele, o autor demonstra como a cidade de Florianópolis, há cerca de três décadas, vem construindo a imagem de polo turístico, ignorando os conflitos urbanos protagonizados no cenário da luta por moradia. A decisão

⁴² O termo ‘habilidade’ se refere a questões relacionadas a capacidades motoras e neurológicas envolvidas no tema do capacitismo, ou seja, à discriminação com Pessoas com Deficiência (PcD).

⁴³ “Race, class, gender, sexuality, age, ability, nation, ethnicity, and similar categories of analysis are best understood in relational terms rather than in isolation from one another.” (p. 14).

⁴⁴ “Because social formations of complex social inequalities are historically contingent and crossculturally specific, unequal material realities and social experiences vary across time and space.” (p. 14).

política, ainda na década de 1950, de transformar a cidade em polo turístico é abordada por Canella (2015) como um projeto de classe, viabilizado pelas classes dominantes, que afetou diretamente a questão imobiliária. O Monte Cristo aparece nesse cenário como fruto de ocupações promovidas por movimentos populares que datam da década de 1990. Formados por pessoas em busca de moradia, imersas em um quadro de abandono social e luta por direitos, as primeiras ocupações trouxeram tanto nativos, quanto migrantes para Florianópolis. De acordo com Canella (2015),

A dinâmica migratória é agora marcada pela chegada de pessoas provenientes de outras regiões do país, e tem sido acompanhada pela expansão das áreas de pobreza. De acordo com a pesquisa Infosolo, concluída em 2005 havia 61 assentamentos informais apenas em Florianópolis. Nos outros municípios da área conurbada também se constatou 110 áreas de ocupação irregular: 67 em São José, 27 em Palhoça e 16 em Biguaçu. Um total de 171 favelas e assentamentos informais, nos quais seus habitantes representavam mais de 14% da população da área conurbada de Florianópolis. (p. 229)

Desta forma, os migrantes apresentados na pesquisa de Canella vêm a Florianópolis, ainda hoje, em um movimento que data do início dos anos 1990, em busca de oportunidades, moradia e melhora na qualidade de vida.

ao contrário da década de 1990, quando o perfil migratório era dominado por famílias oriundas do interior do estado, ou dos estados vizinhos da região Sul (Paraná e Rio Grande do Sul), o que se atesta hoje é que, junto com estes migrantes da região Sul, ocorre também a presença de migrantes de outras regiões, como do Sudeste e, especialmente, do Nordeste. Famílias que, segundo depoimentos coletados, migraram em razão das maiores oportunidades de trabalho em Santa Catarina. "Aqui só não trabalha quem não quer", como disse um dos novos moradores convertido em sem-teto. (CANELLA, 2015, p. 238)

Por mais que a cidade se orgulhe e exalte migrações anteriores, como de açorianos⁴⁵ e outros povos europeus que colonizaram a região, retirando o controle das terras das mãos dos povos indígenas originários, os migrantes de outras regiões, especialmente os de classes populares, continuam sendo preteridos na história e organização da cidade.

Como descrevi anteriormente, parte de minhas interlocutoras não era natural de Florianópolis. Entre essas, quatro haviam tido experiências de gestação e/ou parto em outros locais do país, fosse em cidades do Rio Grande do Sul ou mesmo no interior da Bahia. Enquanto

⁴⁵ <http://www.nea.ufsc.br/files/2011/04/SERGIO.pdf>

conversava com essas mulheres sobre seus processos de pré-natal, relacionados às gestações atuais, as informações sobre seus processos passados de gestar e parir surgiam em formas de comparações, queixas, elogios e até mágoas.

Quando Mônica me contava sobre seu pré-natal, na sala de espera do Centro de Saúde, contava também sobre sua experiência de gestação e parto no Rio Grande do Sul. O tema surgiu pela minha curiosidade em torno da via de parto escolhida para a gestação atual, parto normal ou cesariana. Naquele momento ouvi a justificativa de cesárea em decorrência dos dois partos anteriores também terem sido cesáreas. Mônica contou que, no primeiro parto, não houve passagem pélvica para o filho e o parto tornou-se uma cesárea. O parto que ela me relatava tinha acontecido há 23 anos em Porto Alegre, mesma cidade onde ocorreu o pré-natal. Daquele parto ela lembrava, vividamente, que nos dias seguintes à cirurgia o corte da cesariana infeccionou e ela teve de voltar ao hospital. Me descreveu que “abriram a barriga” sem anestesia, tamanha a infecção. De acordo com Mônica, ela sentiu todo o procedimento e viu o dano que a infecção tinha causado. A justificativa para a falta de anestesia foi que “não pegava” por conta da infecção no local.

O pré-natal e parto do segundo filho de Mônica também foi em Porto Alegre e novamente aconteceu via cesariana. A justificativa desta vez foi o tamanho da criança, um bebê de cinco quilos. Desta vez sem infecção posterior, felizmente. Questionando como ela via os processos de pré-natal desenvolvidos em Porto Alegre e Florianópolis, Mônica me relatou que lá era mais precário e justificou essa percepção por conta da quantidade de exames solicitados ao longo da gestação. Exaltava o fato de que em Florianópolis eram passados vários exames e que nunca faltou nenhum, diferente de Porto Alegre.

Quando encontrei Mônica ela já estava com oito meses de gestação. Uma gestação considerada de risco diante dos parâmetros médicos⁴⁶, pois Mônica apresentava quadro de diabetes, hipertensão e tinha 43 anos. Em decorrência disso, ela intercalava as consultas habituais no Centro de Saúde, oferecidas por enfermeiros e médicos, com um médico obstetra da rede pública. Naquele momento, dado a idade gestacional, as consultas eram quinzenais.

⁴⁶ De acordo com o Manual Técnico Gestação de Alto Risco (BRASIL, 2010), a gestação de alto risco é a gestação onde existe a “probabilidade de evolução desfavorável” (p. 11). O texto do manual classifica em três grupos os fatores de risco anteriores à gestação: 1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, 2. História reprodutiva anterior e 3. Condições clínicas preexistentes. Como fatores de risco que podem surgir durante a gestação, o manual inclui os grupos: 1. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos, 2. Doença obstétrica na gravidez atual e 3. Intercorrências clínicas. (BRASIL, 2010, p. 12-13). Questões como pressão arterial elevada, diabetes gestacional, gravidez na adolescência e acima dos 37 anos são alguns dos fatores de risco mencionados no manual.

Tamara carregava o quarto filho quando nos encontramos e, assim como Mônica, realizava consultas quinzenais dado a proximidade do parto. De todas as gestações, apenas a primeira não tinha sido acompanhada em Florianópolis, tampouco resultado em parto no Hospital Regional de São José Doutor Homero de Miranda Gomes. O hospital, localizado na cidade de São José, ao lado de Florianópolis, sempre foi referido por minhas interlocutoras simplesmente como “o Regional”.

O primeiro parto de Tamara aconteceu no interior do Rio Grande do Sul, quando ela tinha cerca de 21 anos. Apesar de já morar no Monte Cristo na época do parto, ela tinha ido para o Rio Grande do Sul para ficar próxima da família naquele momento. Lá ela relatou que teve um parto difícil em decorrência da proibição do marido acompanhar o parto e da raspagem dos pelos pubianos e realização de lavagem intestinal como preparo para o parto⁴⁷. Tamara me relatou que, durante os procedimentos, ela ficava sozinha em uma sala, sem informações ou acompanhantes, enquanto o marido era impedido de acompanhar o parto, sob justificativas diversas, todas infundadas. Em seu relato, Tamara contou que o marido possuía uma grande mágoa por não ter visto o nascimento do primeiro filho. A gestação havia sido planejada e ele estava ansioso pelo processo, mas acabou sendo frustrado. Ela me contava a experiência comparando com seus partos posteriores realizados no Regional. Lá o marido acompanhou todos os processos, não ocorreu lavagem intestinal ou raspagem de pelos, tampouco isolamento. No Regional, de acordo com Tamara, ela teve ótimos partos e era lá também que pretendia ter o quarto filho.

Enquanto conversava com Tamara mencionei que já tinha encontrado algumas mulheres que também eram naturais do Rio Grande do Sul e que estavam morando no bairro. Tamara então me contou que existiam muitas pessoas de fora no local e lamentava que muitas não sabiam o que poderiam ganhar. Tamara me contou que por “ganhar”, ela se referia às ações de grupos como Associações e ONG’s que atuam no bairro e fornecem auxílio para mulheres

⁴⁷ O relato feito por Tamara sobre seu primeiro parto é similar a diversos outros relatos veiculados através de redes sociais e em trabalhos acadêmicos sobre violência obstétrica. Todavia, Tamara não nomeou o que sofreu como violência obstétrica. Acredito que nesse caso, a não nomeação passe pelo desconhecimento em torno do termo e, conseqüentemente, pela possibilidade informar sobre a violência sofrida em termos adotados por órgãos como a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde. Sobre a definição do termo, o site Blog da Saúde, vinculado ao Ministério da Saúde, afirma que violência obstétrica se refere a prática de violência que “acontece no momento da gestação, parto, nascimento e/ou pós-parto, inclusive no atendimento ao abortamento”. O site afirma ainda que esta “Pode ser física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual, além de negligência, discriminação e/ou condutas excessivas ou desnecessárias ou desaconselhadas, muitas vezes prejudiciais e sem embasamento em evidências científicas”. A postagem é de 2017 está disponível em <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53079-voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica>

gestantes, seja na forma de enxoval para o bebê ou outros itens. As mulheres de fora, em sua visão, por vezes desconheciam essas ações e, mesmo em necessidade, não podiam usufruir do auxílio. Ela me contou que já tinha ganho dois enxovais em gestações passadas, através da participação em grupos de gestantes promovidos por essas ONGs e Associações, como o grupo promovido em um Centro Espírita na comunidade. De acordo com ela, alguns desses grupos atuavam há mais de 30 anos dentro do Monte Cristo, mas não eram conhecidos por todos os moradores.

Simone, também natural do Rio Grande do Sul e moradora de Florianópolis há seis anos, trouxe uma experiência e apreensão diferente em relação a assistência realizada ao pré-natal no estado vizinho quando comparada a Mônica e Tamara. Enquanto as primeiras preferiam o atendimento realizado em Florianópolis, Simone se queixava e apresentava argumentos para justificar sua preferência pelo atendimento no Rio Grande do Sul.

Entre os argumentos estava a questão de que, em seu estado de origem, os atendimentos pré-natais eram realizados por um ginecologista. Simone afirmava que eram médicos ‘especialistas’ que realizavam os atendimentos. Em contraponto, contou que durante o pré-natal da gestação atual ela recebeu informações desencontradas em relação à gestação e a uma intercorrência (que não especificou qual) da parte de profissionais diferentes, entre médicos e enfermeiros. Para Simone, se o atendimento tivesse sido realizado por um ‘especialista’, “que faz exame de toque e tudo mais”, isso não teria acontecido. Entre as queixas, relatava que naquele ponto as consultas deveriam ser quinzenais, mas há um mês tentava marcar consulta com o médico e não tinha atendimento. Na fala de Simone, o médico do Centro de Saúde, que frequentemente é especialista em saúde da família, seria menos capacitado para realizar o atendimento à gestante, dado as especificidades da própria gestação.

O argumento de Roberta, natural do interior baiano, corrobora com a perspectiva de Simone em relação ao pré-natal. Roberta, que teve o primeiro filho aos 18 anos, no interior da Bahia, e quando perguntei como ela avaliava as experiências de pré-natal, se via alguma diferença entre elas, relatou que preferia o pré-natal realizado na Bahia pois lá ela tinha a assistência realizada por um médico ginecologista, sendo este um ‘especialista’ na gestação. Ela me disse que preferia ser atendida por um médico ‘específico para a gravidez’. Em Florianópolis a maioria das consultas de pré-natal que Roberta tinha passado até o momento eram com o médico. Simone e Roberta compartilhavam a assistência ao pré-natal devia ser

oferecida por um médico especialista no tema, fosse ginecologista ou obstetra. A especialidade médica ligava-se diretamente com a ideia de melhor atendimento.

A variação de experiências e perspectivas de minhas interlocutoras em relação às suas gestações anteriores e atuais, envolvendo a assistência médica recebida ou esperada, envolve elementos diversos que vão desde concepções prévias em torno da gestação até as políticas de saúde ofertadas na ocasião de suas gestações e partos. Entre as mulheres com quem conversei, apenas Mônica teve uma gestação e parto anterior a implantação do PHPN no Brasil. A filha mais velha nasceu no fim da década de 90 e a experiência daquele parto parecia influenciar a compreensão de Mônica em torno da própria dinâmica em torno das possibilidades de assistência médica à gestação e parto. Um exemplo disso era a descrença de que caso levasse um Plano de Parto para a maternidade o documento seria levado em consideração pelos profissionais do local.

Para compreender as diferenças entre as formas de acesso à saúde durante a gestação experienciadas pelas interlocutoras desta pesquisa é preciso compreender também a parcela da autonomia de municípios frente aos investimentos e organização na área da saúde. Desta forma, seria necessário um estudo posterior para aprofundar a compreensão da própria municipalização da saúde no Brasil e seus efeitos em políticas vindas do governo federal, especialmente as vinculadas à Atenção Primária e à assistência pré-natal.

4.4 “TEM QUE CHEGAR CEDO PRA PEGAR SENHA”: O AGENDAMENTO DE CONSULTAS, EXAMES E O VÍNCULO COM O CENTRO DE SAÚDE ATRAVÉS DOS PROFISSIONAIS

Dentro de minha experiência pessoal de usuária do serviço público de saúde, tenho frequentado a vida inteira filas de Centros de Saúde, desde o tempo em que se chamava Posto de Saúde. Pude ver as políticas públicas de saúde mudarem e o ‘postinho’ do bairro se tornar Centro de Saúde. A base da minha experiência enquanto usuária do serviço de saúde da atenção primária vem do interior do Ceará, mas foi similar ao que encontrei quando fui morar em Florianópolis, pelo menos em parte. No que diz respeito à marcação de consultas, foram as mesmas longas filas cedo da manhã que encontrei nas duas cidades. No dia em que conheci o Centro de Saúde no Monte Cristo, foi também a grande fila na rampa de entrada que primeiro atraiu meus olhos, ao mesmo tempo, a fila e a marcação de consultas apareceram

constantemente nas conversas com minhas interlocutoras. Muitas das vezes em que eu pedia que elas falassem sobre o atendimento pré-natal, se tinham alguma queixa ou elogio específico, elas me falavam sobre a marcação de consultas e as filas para pegar senha para o atendimento.

No Centro de Saúde em que fiz pesquisa existiam 5 equipes de saúde da família entre junho e outubro de 2019. Cada equipe tem autonomia para a marcação de consultas, tanto na forma presencial, quanto nas possibilidades de marcação via ligação ou WhatsApp. A autonomia era tanta que, por exemplo, determinada equipe exibia um cartaz na porta de vidro do Centro de Saúde que avisava que usuários cadastrados em determinada área deveriam aguardar do lado de lá do vidro para que recebessem as fichas para marcação de consultas. Esses usuários deveriam esperar no espaço entre as grades e a porta de vidro, ocupado por pequenos bancos ligados às paredes, pela distribuição de senhas. Na primeira vez que estive no Centro de Saúde, ainda em junho de 2019, a grande fila que dava volta na rampa de entrada foi extinguida às 8h da manhã. Era o horário em que o Centro de Saúde abria suas portas e uma mulher distribuiu diversas fichas, dando vazão à fila. Nos meses seguintes o Centro de Saúde passou a funcionar em horário estendido, abrindo suas portas às 7 da manhã e encerrando as atividades às 19h. Ainda assim, de acordo com a coordenadora com quem conversei no início de outubro, as pessoas continuavam a fazer filas antes da abertura da unidade. Ela considerava a permanente existência de filas um costume que a população mantinha de tempos passados, assim como a insistência em chamar o Centro de Saúde de ‘postinho’.

No dia em que conversei com Mônica, ela estava em uma fila de espera para atendimento no Centro de Saúde. Entre diversas informações, ela me contou que até aquele momento tinha realizado um ultrassom pelo SUS e duas de forma privada, com dinheiro próprio. Se queixou da dificuldade em marcar consulta com a médica no Centro de Saúde e de ter de chegar muito cedo para encarar a fila e conseguir atendimento. Ressaltava que o atendimento a gestantes deveria ser prioridade. O que Mônica me falou coincidiu com o que posteriormente Luana me disse enquanto também esperava consulta no local. Luana dizia que as gestantes deveriam ter preferência na marcação de consultas médicas, justamente porque para fazer a marcação ela tinha de vir muito cedo ao ‘postinho’ para buscar a ficha. Me disse que não existia marcação prévia para as gestantes, informando, porém, que aparentemente antigamente tinha, mas as pessoas marcavam a consulta e faltavam e então agora “o certo paga pelo errado”. Para Luana, a falta de compromisso de outros influenciava a forma como a marcação de consulta era feita atualmente, a deixando em longas filas matinais. Ao mesmo

tempo, caso Luana demorasse para voltar às suas consultas mensais de pré-natal, disse que a agente de saúde lhe enviava uma mensagem via WhatsApp para que ela lembrasse de ir marcar as consultas. Quando conversei com Tamara, ela também se juntou ao coro das insatisfeitas quanto à dificuldade em pegar a ficha para marcação de consultas, descrevia as mesmas dificuldades ao mesmo tempo que elogiava os atendimentos que recebia.

Simone elogiou o atendimento que recebia no Centro de Saúde por conta do pré-natal, mas também frisava a questão de uma falta de preferência para as gestantes na hora de marcar consultas. Me falava da necessidade de chegar cedo da manhã para pegar uma senha e tentar atendimento no dia. Além disso, Simone que disse que há mais de um mês ela tentava marcar atendimento com a médica e não conseguia. Naquela altura da gestação, a recomendação era que suas consultas fossem quinzenais, porém, nas suas palavras, “até agora nada de chamarem”. Já a experiência de Priscilla, que conheci no mesmo dia em que conheci Simone, era diferente. Priscilla marcava suas consultas através do WhatsApp e não tinha queixas em relação a isso. Exaltava a quantidade de exames solicitados durante os atendimentos, elencando-os como uma espécie de prova da qualidade da assistência.

No que diz respeito aos exames, assim que iniciei meu campo, Sandra e Diana, sabendo da minha pesquisa, disseram que eu precisava colocar na pesquisa que as gestantes só tinham direito a um exame de ultrassom pelo SUS e que esse número deveria ser maior. As duas já tinham realizado exames de ultrassom por fora, fosse pelo plano de saúde oferecido pelo emprego, fosse tirando o dinheiro do próprio bolso. Na primeira vez que elas estiveram no grupo de gestantes alertaram a outra gestante que ela, já no fim da gestação, deveria ter direito a outro exame de ultrassom para saber se o bebê estava encaixado ou não⁴⁸.

Quando conversei com Tamara ela também mencionou a demanda por exame de ultrassom. Me contou que na gestação atual ela só teve direito à um exame de ultrassom e que acabou perdendo o exame por não comparecer. Me explicou que foi avisada, por telefone, da marcação do exame às 10h da manhã, sendo que o exame estava marcado para o mesmo dia, às 11h da manhã. Me disse que, por conta da demora da marcação, ela já tinha um exame de ultrassom marcado para aquela tarde, pago com dinheiro do próprio bolso. Como não compareceu ao exame marcado pelo SUS, perdeu a chance de ter outro ultrassom durante a

⁴⁸ Por ‘encaixado’ elas se referem ao bebê estar encaixado na posição cefálica, ideal para o parto normal. Bebês em posição pélvica, por exemplo, geralmente são encaminhados para nascer via cesariana. <https://bebe.abril.com.br/gravidez/entenda-as-posicoes-em-que-o-bebe-pode-estar-na-hora-do-parto/>

gestação realizado pela via do serviço público. Enquanto eu perguntava se tinha sido sempre assim, afinal ela tinha outros três filhos, ela me contou que durante a gestação do terceiro, há cinco anos, as gestantes tinham direito a mais exames de ultrassom. Me disse que o ideal era que fossem oferecidos pelo SUS pelo menos dois exames de ultrassom para a gestante durante o pré-natal.

De acordo com o site do Cartão SUS⁴⁹, durante o pré-natal, seguindo orientação da OMS, devem ser realizados no mínimo três ou quatro exames de ultrassom durante o pré-natal. Todavia, o próprio site⁵⁰ afirma que o número de exames depende a disponibilidade da unidade de saúde, da gestante e dos riscos envolvidos na gestação. Desta forma, fatores como gravidez de risco ou número geral de solicitações de ultrassom e disponibilidade do serviço interferem diretamente no número de exames de ultrassom ofertados para as gestantes durante o pré-natal.

Lilian Chazan (2007), em um estudo sobre a ultrassonografia obstétrica na perspectiva antropológica, afirma que o ultrassom “desempenhou e continua cumprindo um papel significativo para a construção e manutenção de uma nova percepção e sensibilidade acerca do feto” (p. 51). A autora elenca diversos trabalhos, como os de Rosalind Petchesky (1998), Rayna Rapp (1997) e Eugenia Georges (1996), para construir a argumentação em torno da modificação da percepção em torno do feto, amparada pela via tecnológica. Partindo de uma visão foucaultiana, a autora demonstra como a partir da inserção da ultrassonografia fetal e do surgimento da medicina fetal, “o feto ‘visível’ tornou-se passível de uma vasta gama de intervenções, diretas e indiretas, abrangendo desde modificações alimentares impostas à gestante até intervenções cirúrgicas no feto” (CHAZAN, 2007, p. 53).

Partindo do trabalho de Georges (1996), Chazan (2007) afirma que a tecnologia biomédica que passou a operar sobre a mulher, promovida através de um saber médico aliado a uma aparelhagem que dava ‘acesso’ ao feto, modificou a rede de saber/poder produzindo subjetividades de gestantes e de fetos através da mediação tecnológica promovida pelo ultrassom. A perspectiva da autora se liga à ideia de Foucault (2011) sobre os efeitos positivos da produção de poder. Explorando o estudo de Browner e Press (1996) sobre cuidados pré-natais nos Estados Unidos, Chazan (2007) demonstra que o estudo dos autores evidenciou por

⁴⁹ <https://cartaodosus.info/>. O Cartão SUS é emitido pelo Governo Federal e através do seu número registrado é possível acessar os serviços do SUS e consultar o histórico médico (realizado através do SUS). Para realizar cadastro e obter o Cartão SUS basta se dirigir a qualquer Unidade Básica de Saúde, incluindo os Centros de Saúde dos bairros.

⁵⁰ <https://cartaodosus.info/pre-natal-sus/>

parte das gestantes “o sentimento de conforto e reassuramento por receberem instruções sobre o que fazer [a respeito a gestação]” (p. 55). Todavia, ao mesmo tempo em que se sentiam asseguradas pelo saber médico, as mulheres pesquisadas ignoravam diretrizes que não condiziam com suas rotinas e costumes usuais. “Em suma, essas mulheres confiavam mais em seu conhecimento incorporado do que na opinião de médicos em relação a recomendações diversas de cuidados pré-natais, mas aceitavam facilmente a autoridade médica quando esta se apresentava apoiada pela tecnologia.” (BROWNER; PRESS, 1999 *apud* CHAZAN, 2007, p. 55). O exame de ultrassom, nas falas de minhas interlocutoras, aparece de duas formas: assegurar a boa condução da gravidez e definir o sexo do feto. Sandra, por exemplo, fez vários exames de ultrassom nos meses iniciais da gestação para descobrir o sexo da criança, dado o drama familiar em torno da aceitação ou não da filha mais velha caso o feto fosse do sexo feminino.

O exame de ultrassom, porém, é apenas um dos serviços demandados por minhas interlocutoras dentro do Centro de Saúde. As consultas, pedidos de exame e retiradas de medicamentos, assim como os encaminhamentos para outras especialidades, como psicólogos, nutricionistas etc. são parte da rotina do Centro de Saúde e aparecem também no pré-natal. Os exames, em geral, apareceram nas falas de minhas interlocutoras como características que positivavam a experiência do pré-natal. Os exames de sangue e acompanhamento de taxas como pressão e glicose era algo que aumentava a satisfação das gestantes frente ao atendimento. Todavia, ao mesmo tempo em que os exames eram positivados, a falta de profundidade durante as consultas também foi contestada. As queixas iam na direção de se opor a um atendimento que se baseia somente em leitura de taxas e medição da altura uterina para acompanhamento da gestação.

4.5 TRABALHO E GESTAÇÃO: O ACESSO AO CENTRO DE SAÚDE MODULADO PELO TRABALHO FORA E DENTRO DE CASA

Na primeira vez que participei do Grupo de Gestantes, ouvi de Viviane que ela havia sido demitida após ter comunicado sobre a gravidez. Ela tinha dito também sobre a dificuldade em buscar auxílio, pela via dos órgãos públicos competentes, para contestar a demissão ou buscar direitos. No grupo seguinte, ouvi de Diana como o trabalho influenciava na sua vida, sendo disparador de questões relacionadas à sua saúde psicológica e física. Ao longo do campo,

o trabalho surgiu como questão na fala de outras interlocutoras, ora relacionado ao trabalho dentro de casa, ora relacionado à um emprego formal fora de casa. O acesso ao Centro de Saúde e ao grupo de gestantes ia sendo atravessado por questões relacionadas ao trabalho. Ao mesmo tempo que a ida ao Centro de Saúde podia se apresentar como uma rota de fuga diante das demandas vistas como abusivas no trabalho formal, o acesso ao serviço de saúde também aparecia como modulado pela possibilidade ou não de atestados, licenças, trabalho doméstico e cuidado com os outros filhos, aqui também encarado como trabalho.

No momento da pesquisa, Diana trabalhava como caixa em um supermercado. Esse era seu cargo oficial, mas constantemente ela era realocada para realizar outros serviços no local. Mesmo grávida, Diana relatou que era direcionada para serviços que necessitavam grande esforço físico e lida com produtos potencialmente tóxicos. Ao se queixar de ter de realizar tais trabalhos, que estavam fora da descrição do emprego para qual Diana foi contratada, ela relatou que ouvia dos colegas de trabalho que a atividade física realizada ali seria boa para “ajudar no parto normal”. Em 2017, com a aprovação da Reforma Trabalhista⁵¹, o trabalho de gestantes em ambiente insalubre de grau médio e mínimo passou a ser legalizado. Até então, a proteção de gestante era baseada no artigo 6º da Constituição Federal de 1988⁵². Em maio de 2019 o Supremo Tribunal Federal contestou a autorização da Reforma Trabalhista que permitia o trabalho de gestantes e mulheres que amamentam em graus de insalubridade, através da ADI 6938⁵³. A ação que acarretou o julgamento e a ADI mencionada é fruto da demanda da Confederação Nacional dos Trabalhadores Metalúrgicos, que afirmou

Sabidamente, são muitas, senão a maioria, as trabalhadoras de baixa renda e de pouca escolaridade que, ante a possibilidade de perda da remuneração a título de adicional de insalubridade, deixarão de procurar um médico para continuarem trabalhando em condições insalubres, comprometendo não só a sua saúde, mas, também, a saúde dos nascituros e dos recém-nascidos. (BARBIÉRI, 2019)

Durante todo o meu campo a questão do trabalho povoava as falas de Diana. Logo no primeiro encontro ela relatou que ia constantemente ao Centro de Saúde em busca de consultas

⁵¹ Reforma Trabalhista é o nome popular das reformas aplicadas ao decreto-lei Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), publicadas em 2017. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm

⁵² Dados mais aprofundados sobre as mudanças na legislação em torno do trabalho de gestantes e mulheres em período de amamentação podem ser acessados em: <https://blog.sajadv.com.br/reforma-trabalhista-trabalho-insalubre-gestante/>

⁵³ Ação Direta de Inconstitucionalidade. Mais detalhes em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI5938decisoliminarMin.AlexandredeMoraesem30.4.19.pdf>

e remédios para as constantes dores de cabeça e crises de pânico, influenciadas por seu quadro de ansiedade. Além disso, Diana apresentava queixas que demandavam atenção por parte de nutricionista e psicólogo. Ao repassar às queixas à equipe médica, relatou ter ouvido que aquele quadro era ‘normal’, já que seus exames de sangue não tinham mostrado qualquer alteração significativa. O “normal” que a equipe médica se referia era amparado pelas ‘normalidades’ da gestação. Enjoos, mudança de apetite, ansiedade etc., tudo dentro do quadro ‘normal’. A respeito da consulta com psicólogo, no início do meu trabalho de campo, Diana afirmava ter solicitado marcação de atendimento, mas não ter tido retorno até então. Ao fim do campo, ela tinha passado por atendimento grupal junto à psicóloga do serviço. Todas as idas de Diana ao Centro de Saúde necessitavam ser comprovadas por um atestado médico que afirmasse que ela esteve lá durante o período em que estava fora do trabalho, assim a falta ao serviço estaria ‘justificada’.

O atestado médico apareceu como mediador da relação entre Centro de Saúde, gestantes e trabalho formal novamente no relato de Mônica. Ela afirmava que não comparecia ao Grupo de Gestantes porque eles não ofereciam atestado médico, apenas comprovante de comparecimento. De acordo com ela, o comprovante não era aceito no trabalho como justificativa para a falta. Desta forma, caso Mônica faltasse para ir ao Centro de Saúde e não levasse um atestado médico, o dia seria descontado de seu salário. Pela sua fala, existia também uma preocupação sobre a possibilidade dos atestados médicos, e conseqüentemente as faltas para consultas e afins, serem vistos como excessivos pelo local onde ela trabalhava como cuidadora de idosos.

Quando conversei com Tamara, ela estava de licença do trabalho como auxiliar de limpeza por conta de um acidente no local. Com a mão ainda machucada e inchada, ela estava dedicada apenas ao trabalho dentro de casa. Todas as mulheres com quem falei eram responsáveis pelos cuidados na própria casa, incluindo os cuidados com os demais filhos. Algumas se ajudavam, como Diana e Sandra, compartilhando jantares, por exemplo. Os companheiros pouco eram citados nesse aspecto, fosse como auxiliares no trabalho doméstico ou como corresponsáveis. Quando perguntei a Simone se ela trabalhava, ela me respondeu com “não trabalho fora”. No meu entendimento, Simone demarcava ali o fato do trabalho doméstico ser também trabalho.

Rocha e Pinto (2018) apontam que no Brasil, de acordo com pesquisa realizada em 2014 pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social (MTPS) entre homens e mulheres

economicamente ativos, ou seja, realizando atividade formal remunerada, a dedicação semanal ao trabalho doméstico era de 25,3 horas para as mulheres e 10,9 para os homens. Em 2017, a Organização das Nações Unidas⁵⁴ lembrou que o trabalho doméstico não remunerado é responsável entre 10 e 39% do PIB (Produto Interno Bruto) dos países. O órgão utilizou o dado para chamar a atenção para a questão do trabalho doméstico e de como este dá subsídios inclusive para carências dos serviços públicos e de infraestrutura. Nesse sentido, cabe pensar o quanto o trabalho doméstico envolve também o cuidado com crianças e outros sujeitos inseridos na esfera doméstica que carecem de cuidado e não são abarcados por políticas públicas específicas.

No que diz respeito ao trabalho remunerado fora de casa, Costa (2018) elabora sobre a mão dupla da inserção das mulheres no mercado de trabalho formal, afirmando que

A inserção da mão de obra feminina no mercado de trabalho tornou-se irreversível devido à sua importância socioeconômica e sua relevância para as próprias mulheres. O trabalho tornou-se o meio pelo qual as mulheres adquiriram a chave para a liberdade concedida pela emancipação financeira, mas como exposto, tal liberdade é carregada de penalizações e densas dificuldades que tornam claras as desigualdades estruturais entre homens e mulheres no mercado de trabalho, revelando que existe uma liberdade de escolha em certa medida, mas que o espaço no mercado muitas vezes é alcançado à duras penas. (p. 448)

Nesse sentido, quando Luana me disse que tinha saído de casa aos 16 e interrompido os estudos, pois teve de trabalhar para se sustentar, era essa liberdade agri-doce que estava em jogo. Uma emancipação financeira carregada de penalizações, no caso, ter de renunciar à educação formal no primeiro ano do ensino médio. Ainda sobre Luana, quando perguntei se alguém iria auxiliar no puerpério, a resposta deu conta de que ela não contaria com ajudas externas. Ou seja, durante sua licença do trabalho formal, ela somaria ao trabalho doméstico a responsabilidade pelo cuidado com a criança. Quando questionava sobre como seria o puerpério, minhas interlocutoras se dividiam entre não ter ajuda e ter auxílio de mulheres próximas, como mães e sogras. Apenas Tamara disse que contaria com o auxílio do marido e dos filhos. Desta forma, era mais uma vez o trabalho de mulheres o convocado para suprir a demanda em torno do cuidado e trabalho doméstico.

⁵⁴<https://nacoesunidas.org/trabalho-domestico-nao-remunerado-representa-ate-39-do-pib-dos-paises-diz-onu-mulheres/>

O trabalho doméstico aparecia no campo também em forma de condição de possibilidade de acesso ao Centro de Saúde. Ora em falas que diziam da necessidade de retornar a casa para cuidar dos filhos, ora em dizer que aquele turno era o único possível por conta dos afazeres domésticos. Dali a pouco a escola findaria, crianças teriam de voltar para casa e o ciclo diário iria continuar.

Quando algumas de minhas interlocutoras falavam sobre as longas filas de espera, cedo da manhã, que enfrentavam para pegar senha e buscar atendimento, a questão do trabalho também estava em jogo. Para estar nas filas e receberem fichas, a cultura local dizia que era necessário estar na fila cedo da manhã, antes da unidade abrir. Quem chegasse tarde corria o risco de não conseguir atendimento para o mesmo dia. Caso alguma delas encarasse a fila e ainda assim não conseguisse senha ou atendimento, como justificar o atraso ou a falta no trabalho? E no caso de encarar a fila e não haver médico disponível? O atestado médico é então visto como uma autorização em busca de um direito básico que é protegido pela constituição brasileira e fundamento básico do SUS, o direito à saúde. Durante meu período de campo Diana não conseguia licença médica por mais de 2 ou 3 dias, possibilitando seu afastamento do local de trabalho. No último Grupo de Gestantes que participei Diana contou, sorrindo, que não estava mais trabalhando pois finalmente tinha conseguido licença médica solicitando seu afastamento.

Os relatos de minhas interlocutoras, na ocasião gestantes, assim como os diálogos com funcionários do Centro de Saúde e minha própria observação curiosa demonstram que existem diversas relações perpassando a aplicação e o acesso à própria instituição de saúde, conseqüentemente, ao próprio PHPN. Foucault (2011), afirmou que a função do intelectual na prática militante seria “fornecer os instrumentos de análise”, uma espécie de “sumário topográfico e geológico da batalha” (p. 151). O que busquei delinear nesse capítulo é então uma parte das diversas redes e interferências presentes no acesso à saúde, além do próprio percurso antropológico da pesquisa, dando índices possíveis para a análise não só de uma política pública, quanto da própria prática antropológica.

5 ENTRE OS MANUAIS E A PRÁTICA: ROTAS POSSÍVEIS NA APLICAÇÃO DE POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Quando ingressei no campo parte do meu interesse era fazer uma comparação entre a experiência de minhas interlocutoras e as diretrizes dos manuais e protocolos relacionados à Política de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Os manuais estudados somaram-se aos cursos realizados através do UNA-SUS em busca de conhecer parte do campo de pesquisa, que posteriormente se abriu em conversas realizadas em bancos de sala de espera e fins de tarde após edições do Grupo de Gestantes. Os achados desta experiência giram em torno das possibilidades de uma adoção da humanização em saúde que ultrapassa manuais e age em prol da assistência ética e integralizada, fugindo das avaliações de qualidade que se baseiam em números e dando lugar à possibilidade de escuta ativa e desconstrução do lugar de poder da fala exclusiva do profissional de saúde. No capítulo a seguir exploro o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, esmiuçando em seu texto as orientações em relação ao pré-natal, ao mesmo tempo em que trago a experiência de minhas interlocutoras em suas narrativas em torno da assistência recebida. Demonstrando as diferenças no atendimento recebido dentro de um mesmo Centro de Saúde, proponho pensar o que opera entre as diretrizes e sua aplicação, afetando o acesso e a apreensão em torno das possibilidades do Centro de Saúde. Descrevo ainda a experiência de acompanhar o Grupo de Gestantes oferecido na unidade de saúde, demonstrando como este se configura como uma estratégia de humanização fora do consultório médico, ampliando as possibilidades de assistência pré-natal a partir de ações de sujeitos individuais inclinados a discussões em torno da humanização, firmando um compromisso ético. Por fim, proponho discutir os recentes desdobramentos em torno do subfinanciamento da saúde brasileiro promovidos pelo governo federal, assim como dos golpes sofridos no cenário brasileiro da assistência à gestação e parto, e como ações individuais e coletivas podem auxiliar ao combate à precarização, fazendo da humanização carro-chefe na luta pela universalidade e integralidade do SUS.

5.1 AS DIRETRIZES DO PHPN E A VISUALIZAÇÃO DA APLICAÇÃO DA POLÍTICA ATRAVÉS DISCURSO DAS USUÁRIAS.

Quando pensei em pesquisar o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, esbarrei na dificuldade em ter de explicar para as pessoas ao redor a que se referia o programa.

O constante apagamento do período do pré-natal nos discursos em torno da humanização são parte do problema em esclarecer que o PHPN é referente ao ‘Pré-natal e Nascimento’ e não ao ‘Parto e Nascimento’. Entre os esforços de dialogar entre não familiarizados com os conceitos de humanização em saúde e políticas de pré-natal, me questionava como soaria no campo a minha questão primordial: como se dava (e era narrada) a experiência daquelas mulheres que recebiam assistência pré-natal através do programa? Entre as diversas vias de abordagens possíveis, cogitei perguntar diretamente: qual a sua experiência com o PHPN? Mas daí a percepção que nomes de políticas e programas não são tão facilmente identificáveis por quem não trabalha diretamente com elas. Se entre meus pares acadêmicos, mais familiarizados com estudar políticas públicas na área da saúde, a sigla era uma incógnita, supus que entre as mulheres que iriam se tornar minhas interlocutoras não seria diferente. Ainda assim, em minha primeira entrevista formal, resolvi arriscar e perguntar algo mais direto sobre a política. Perguntei para Mônica se ela tinha ouvido falar sobre humanização durante os atendimentos recebidos ao longo da gestação. Ela me olhou como quem me interrogava e, após alguns segundos, disse que achava que sabia do que se tratava, porém nunca tinha ouvido falar dentro do consultório, apenas no Grupo de Gestantes na ocasião em que pôde comparecer. “A enfermeira falou”. Daquele dia em diante resolvi não citar o programa, além do que já estava presente no flyer que entregava junto ao TCLE, durante as conversas com minhas interlocutoras. Deixaria o campo me mostrar como era a assistência pré-natal e a partir daí voltar aos manuais, cartilhas e leis para ver como era a orientação para a aplicação do programa e como era narrada a assistência prestada ali.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento foi criado a partir da Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000 (ANEXO A). De acordo com a portaria, o programa surge da necessidade de, de acordo com o artigo 1, em seu parágrafo único.

O Programa objeto deste Artigo será executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2000)

As justificativas para a criação do programa vão desde o esforço para reduzir taxas de morbimortalidade até ampliação e democratização do acesso à saúde, formando uma parceria

entre o governo federal, estados e municípios. Em todo o texto, a palavra humanização é citada nove vezes. Em oito das ocasiões ela está relacionada ao nome do programa e não a descrição das práticas recomendadas. Em sua variável, a palavra ‘humanizada’ é citada duas vezes, sempre se referindo à assistência humanizada ao parto. Em nenhum momento a prática ‘humanizada’ é referida ao atendimento pré-natal. O texto afirma que “A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério.”, “toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria” e, por fim, que “todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura”. A construção do texto deixa a questão no ar: como se dá a humanização durante o pré-natal?

Entre os trabalhos produzidos no Brasil a respeito da humanização no pré-natal e nascimento, a maioria se debruça sobre a questão do parto. Não é de se estranhar o interesse, dado que o país registra uma das maiores taxas de cesáreas mundiais⁵⁵, assim como um alto número de registros e depoimentos relacionados à violência obstétrica. No campo da antropologia e outras ciências sociais temos os trabalhos de Tornquist (2002b; 2003), Souza (2005), Carneiro (2011), Mendonça (2015), Simas (2016), Pedroso e Lopéz (2017), abordando a intersecção entre parto e humanização. As pesquisas específicas sobre a assistência pré-natal ou a preparação para o parto são escassas nesse campo de estudo, Robles (2015) e Hirsch (2015) são umas das poucas referências na área. De modo geral, é no campo das ciências da saúde que o pré-natal é mais abordado, seja na saúde coletiva ou em trabalhos da enfermagem, psicologia, medicina etc.

Todavia, parte dos meus questionamentos pessoais, que me lançaram no campo dos estudos sobre gestação, pré-natal e maternidade em geral, era tentar descobrir qual o caminho que levava as mulheres até a demanda por partos naturais e humanizados. Frequentando grupos online já há alguns anos, eu vi diariamente o compartilhamento de dúvidas, relatos e notícias relacionadas à gestação e mulheres ansiando por partos humanizados. Durante esse período fui

⁵⁵De acordo com a pesquisa ‘Nascer no Brasil’ (LANSKY *et. al*, 2014), promovida pela Fiocruz em, na rede privada a taxa de cesarianas no país é de 88%, esse número baixa para 46% no setor público. A recomendação da OMS para cesarianas é de 10-15%, associando o número a uma efetiva diminuição da taxa de mortalidade materna e neonatal. Os dados e recomendações da OMS em relação à taxa de cesáreas por população podem ser visualizados em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?jsessionid=89DECAB81E348405DB077EEBE5C1FD12?sequence=3

me tornando ciente de como a assistência pré-natal pode modificar a apreensão das mulheres sobre suas gestações e pode, por vezes, levar a cirurgias cesarianas sem necessidade e contra a vontade inicial das mulheres que eram assistidas. É comum encontrar mulheres nesses grupos questionando sobre médicos que não esclarecem dúvidas ou se amparam em falácias em relação à saúde do feto para marcar cesarianas, especialmente no setor privado. Situações como feto com circulares de cordão, peso do bebê e até o tamanho da cabeça são utilizados como indicativo para cesarianas. Entre outros motivos sem sentido, como apresentação de miopia por parte da mãe. No Brasil a trilogia de documentários chamada “O Renascimento do Parto”⁵⁶ traz um ótimo trabalho em denunciar esse tipo de comportamento por parte dos médicos, desmistificando as reais indicações de cesariana, além de denunciar e alertar para práticas de violências obstétrica.

O PHPN é, desde 2011, vinculado à Rede Cegonha, instituída através da Portaria 1.459. A partir desse momento o PHPN passou a fazer parte da rede temática Rede Cegonha, estando unificado às outras ações, formando quatro eixos: Pré-Natal, puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, Parto e Nascimento e Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação (UFMA, 2015). A adoção da estratégia Rede Cegonha por parte dos municípios é incentivada pelo Ministério da Saúde, inclusive financeiramente. “Após a certificação da Rede Cegonha, o Município fará jus ao incentivo anual por gestantes captadas no ano, de acordo com o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança - SisPreNatal” (UFMA, 2015, p. 27). Para tanto, os municípios devem registrar precocemente as gestantes ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, inserindo as informações no SisPreNatal⁵⁷, seguindo assim as orientações do PHPN. A execução do pré-natal conforme as orientações do PHPN resultam no pagamento de R\$ 40,00 por gestante ao município (BRASIL, 2002).

⁵⁶ O primeiro filme da trilogia O Renascimento do Parto foi financiado por meio de crowdfunding, tendo ampla adesão logo de início e, diante de seu lançamento, superando em poucos meses 10 vezes a média de espectadores de produções documentais no país. Diniz (2014) chama a atenção para o fato do filme se inserir em um momento de ampliação do acesso à informação, especialmente por meio da internet. “Ao se apropriarem da informação antes monopolizada pelo médico, as usuárias relativizam a autoridade do profissional, afirmam sua insatisfação com o que é oferecido, reinterpretem sua experiência, denunciam a violência a que se sentem submetidas, e reivindicam seu direito de escolha e recusa informada” (DINIZ, 2014, p. 218).

⁵⁷ O SISPRENATAL é um software, desenvolvido pelo DATASUS, criado para acompanhar as gestantes vinculadas ao PHPN. O software é preenchido pelos profissionais das unidades de saúde nas quais as gestantes são vinculadas e propõe o acompanhamento desde o pré-natal até a consulta de puerpério. Mais informações podem ser acessadas em: <http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php>

Entre as recomendações para o pré-natal contidas na portaria que deu origem ao PHPN, destacam-se, no anexo 2 do texto, as seguintes atividades que devem ser desenvolvidas a fim da “realização de um adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera”.

- 1- Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;
- 2- Garantir os seguintes procedimentos:
 - 2.1-Realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;
 - 2.2-Realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;
 - 2.3-Realização dos seguintes exames laboratoriais:
 - a - ABO-Rh, na primeira consulta;
 - b - VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
 - c - Urina rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
 - d - Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
 - e - HB/Ht, na primeira consulta.
 - 2.4-Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes;
 - 2.5-Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
 - 2.6-Realização de atividades educativas;
 - 2.7-Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;
 - 2.8-Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco. (BRASIL, 2002)

Como mencionado no capítulo 3, minhas interlocutoras só se queixavam, em relação aos exames, quanto ao número de ultrassonografias disponíveis. Por vezes exaltavam que todos os exames (laboratoriais) eram realizados: “tudo direitinho”. Nesse sentido, o pré-natal era classificado em um primeiro momento como positivo, levado pela materialização da qualidade da assistência através da requisição de exames. Porém, com o desenrolar do campo, o que em primeiro plano era positivo, passou a ser apresentado como uma limitação da assistência pré-natal. Além de exames e medições minhas interlocutoras falavam sobre como não perguntavam como elas estavam, não davam informações amplas e precisas. Desta forma, a queixa dizia de o atendimento pré-natal por vezes focar apenas em questões físicas mensuráveis via exame, priorizando o feto, no binômio mulher-feto criado socialmente na gestação.

Para o Ministério da Saúde, o PHPN é avaliado através dos números presentes no SisPreNatal. A portaria de 2000 descreve os parâmetros de avaliação.

1- Indicadores de Processo

1.1- Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos do município);

1.2- Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal;

1.3- Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;

1.4- Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos;

1.5- Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;

1.6- Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica.

1.7- Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis (06) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica.

2. Indicadores de Resultado

2.1- Percentual de Recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município

2.2 - Percentual de Recém-nascido com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos do município

3- Indicadores de Impacto

3.1- Coeficiente de incidência de sífilis congênita no município comparando com o do ano anterior;

3.2- Coeficiente de incidência de tétano neonatal no município comparando com o do ano anterior;

3.3- Razão de mortalidade materna no município comparando com o do ano anterior;

3.4- Coeficiente de mortalidade neonatal precoce no município comparando com o do ano anterior;

3.5- Coeficiente de mortalidade neonatal tardia no município comparando com o do ano anterior;

3.6- Coeficiente de mortalidade neonatal total no município comparando com o do ano anterior. (BRASIL, 2000)

O que me interessava na pesquisa não eram exatamente os números. A quantidade de gestantes atendidas no bairro, o número de consultas realizadas ou mesmo o valor do repasse do Ministério da Saúde para o município em decorrência do cumprimento de metas. Eu me interessava por minhas interlocutoras falando sobre a experiência delas. Entre as seis consultas de pré-natal preconizadas pelo PHPN, o que se dava dentro do consultório? Como aquelas mulheres gestantes percebiam aquela assistência? Foi assim que encontrei minhas interlocutoras tecendo queixas, por vezes com a voz em baixo volume, sobre equipes de saúde da família que durante o atendimento trabalhavam em uma espécie de checklist, sem entrar nos detalhes e particularidades da gestação, dos anseios e dúvidas quanto à gestação e ao próprio parto. Atendimentos que classificavam as diversas queixas de Diana, que demandava psicólogo e nutricionista no início da gestação, como normais. Os números dos exames laboratoriais

estavam dentro dos parâmetros normais, então também era “normal” o quadro de falta de apetite, dores de cabeça e constipação frequente. Algumas vezes as queixas vinham após a minha confirmação de que “tá tudo bem, pode falar o que quiser”, olhar de rabo de olho o ao redor da sala de espera e confidenciar as experiências. Outras vezes as queixas vinham em coro durante o Grupo de Gestantes, com mulheres identificando a própria experiência no que as outras falavam, felizmente amparadas por Marcela, que não só sabia da importância de um atendimento que ultrapassa metas estipuladas por manuais e como propunha a informação ampla e espontânea durante os próprios atendimentos na unidade.

Uma das vezes em que as queixas se unificaram, levando a acenos afirmativos com a cabeça e reconhecimento da experiência compartilhada foi na ocasião do Grupo de Gestantes dedicado a falar sobre o Setembro Amarelo, mês de luta pela prevenção do suicídio. O grupo, que falava sobre a importância da atenção psicológica para a gestante, ocasionou relatos de como o atendimento pré-natal é muito focado no feto e não na mulher. Durante a entrevista com Juliana e Roberta, após o grupo, elas ressaltaram a qualidade do atendimento pré-natal baseada no número de exames laboratoriais, porém falaram sobre como o atendimento não é aprofundado, dando uma atenção quase exclusiva ao feto. Roberta, que apresentava um quadro de depressão e naquela ocasião relatou que há duas semanas tinha tido sua terceira tentativa de suicídio, disse que não tinha buscado encaminhamento para o psiquiatra pois há duas semanas sua área estava sem médico. Desta forma, os atendimentos eram realizados por um enfermeiro que, de acordo com Roberta e Juliana, atendia poucas fichas durante a manhã e à tarde, dificultando o acesso.

Diversas de minhas interlocutoras relataram que durante a gestação a maioria das consultas foi feita com profissionais da enfermagem, tendo acesso ao médico somente nos meses finais da gestação. O texto do PHPN não define qual profissional deve realizar os atendimentos de pré-natal, tampouco se o atendimento deve ser em conjunto, com médicos e enfermeiros, ou individual com cada profissional. Ainda assim, o atendimento prestado pelos enfermeiros nunca foi desvalorizado em qualquer fala, aparecendo até mesmo como mais atualizado e qualificado do que o atendimento médico, apontado como mais rápido e menos aprofundado. Quando questionei junto à coordenação do Centro de Saúde, em outubro de 2019, sobre a diferença de atendimento vista em campo, dado que algumas mulheres só acessaram o atendimento médico no fim da gestação, enquanto outras tinham consultas mais cedo, ouvi a resposta de que a diferença se dava dado a ‘autonomia’ das equipes de saúde da família. A

coordenadora ressaltou que o profissional da enfermagem estava capacitado para realizar os atendimentos e que o médico por vezes não era necessário. Ressaltou ainda que, em caso de necessidade, o enfermeiro era orientado a fazer uma interconsulta⁵⁸ com o médico. No caso de ausência de profissional médico em sua área, ele poderia recorrer ao médico de outra equipe.

No período em que conduzi a pesquisa no Centro de Saúde duas médicas deixaram a unidade após requisitarem exoneração, deixando suas respectivas áreas sem médicos. Foi relatado pela coordenação que uma pediu exoneração porque foi trabalhar junto ao Ministério da Saúde e outra foi convocada em um concurso para médico em uma cidade menor, próxima à Florianópolis. Quando falei com Mônica, no início da pesquisa de campo, ela me contou que a médica que a atendia naquele momento era nova, pois o médico anterior tinha deixado o Centro de Saúde. Ela sabia disso apesar de, aos oito meses de gestação, só ter tido uma consulta com médico do Centro de Saúde, sendo esta já com a nova profissional da área. Ao narrar sua trajetória de consultas, ela me relatou que geralmente os atendimentos que ela recebia no Centro de Saúde eram realizados por enfermeiros e estagiários. No momento em que ela me contava isso, um estagiário de medicina, estudante da UFSC, passava ao nosso lado. Ainda no que diz respeito ao atendimento por estagiários em unidades de saúde, a própria preferência de Mônica por uma maternidade passava pelo crivo da presença ou não de estudantes. Quando me relatou que seu parto seria na Maternidade Carmela Dutra, fez contraponto com o Hospital Universitário da UFSC que, além de atender outras coisas além de parto, ao contrário da Carmela Dutra, tinha mais estudantes. A relação entre estagiários, residentes e o Centro de Saúde será aprofundada nos tópicos seguintes deste capítulo.

De modo geral, é possível considerar que o atendimento pré-natal relatado por minhas interlocutoras cumpre o previsto no PHPN, apesar de subjetivamente deixar a desejar no que se entende amplamente como humanização em saúde. A preponderância de atendimentos voltados à preenchimento de um checklist da gestação, acaba por ignorar a subjetividade das mulheres que buscam atendimento pré-natal, levando a um apagamento de suas singularidades e experiências. Casos como o de Diana e Roberta são extremos nesse campo. Duas mulheres com trajetórias de vida distintas têm seus atendimentos homogeneizados no cumprimento de metas

⁵⁸ A interconsulta no local de pesquisa foi caracterizada como o ato do enfermeiro buscar orientação com algum médico da unidade quando a demanda do paciente extrapolava seus conhecimentos e/ou habilitação. Encaminhamento para outros profissionais e receitas de medicamentos, por exemplo, na ausência de médico na área que o enfermeiro é vinculado, podem ser solicitadas junto ao médico de outra área, diante do compartilhamento do caso e das demandas do paciente.

do programa de pré-natal, seja no número de exames laboratoriais, seja no acompanhamento de peso, pressão e altura uterina, revisados mensalmente no atendimento. Nesse sentido, acredito que a promoção de uma assistência pré-natal voltada ao cumprimento de metas baseadas na forma de avaliação oficial do PHPN, por exemplo, número de consultas e exames por gestante vinculada ao programa, acarreta uma homogeneização que ignora as particularidades de cada gestante, produzindo um apagamento da mulher. Ao mesmo tempo em que a profusão de exames é apontada por minhas interlocutoras como prova de qualidade do pré-natal, corroborando com a forma de avaliação do Ministério da Saúde sobre o PHPN, existe outra dimensão, que acredito pertencer ao ‘humanizado’ do programa, que é insuficiente.

Vaitsman e Andrade (2005), explorando os conceitos de satisfação e responsividade⁵⁹ como formas de medir os níveis de qualidade e humanização da assistência em saúde, demonstram que a própria ideia de humanização só passou a fazer parte do vocabulário da área da saúde a partir dos anos 90. As formulações em prol da humanização vinham em caráter de crítica a uma prática médica impessoal e ‘dezumanizada’, evocando a necessidade de atendimento ético e voltado à noção de direitos do paciente, corroborada pela Declaração dos Direitos Humanos. Para os autores, as pesquisas que avaliam a qualidade da assistência podem “verificar o modo como direitos – individuais e de cidadania – são observados no acesso e utilização dos serviços e sistemas de saúde” (p. 600). Entre as pesquisas no setor público que buscam avaliar a assistência, os autores destacam que

[...] no setor público, a avaliação feita a partir dos usuários envolve uma interação mais complexa de elementos, incluindo os que influenciam as percepções sobre os serviços públicos. O gratidão bias (Bernhart, 1999) – sentimento de gratidão – seria comum em países periféricos, dificultando uma visão mais crítica do atendimento. Os pacientes evitariam criticar os serviços devido a este viés, tanto pelo medo de perder o acesso, quanto à relação de dependência aos profissionais de saúde. (VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p. 605- 606)

Desta forma, a própria avaliação por parte dos usuários dos serviços públicos de saúde é atravessada por questões aparentemente externas ao serviço de saúde, como nível de escolaridade, renda familiar e a própria possibilidade de acessar a saúde privada. Desta forma,

⁵⁹ VAITSMAN e ANDRADE (2005) afirmam que “as pesquisas de “satisfação” focalizavam as distintas dimensões que envolvem o cuidado à saúde, desde a relação médico-paciente até a qualidade das instalações e dos profissionais de saúde, responsividade surgiu referindo-se aos aspectos não-médicos do cuidado.” (p. 600). Os autores afirmam que ‘responsividade’ permitiu acessar a dimensão da ‘visão’ e da ‘experiência’ dos usuários no campo da saúde, ou seja, “essas pesquisas permitem verificar o modo como direitos – individuais e de cidadania – são observados no acesso e utilização dos serviços e sistemas de saúde.” (p. 600).

por vezes as críticas ao serviço podem ser encaradas como uma faca de dois gumes, acarretando repreensões ao invés de melhorias. Quando eu tinha de reassegurar a minhas interlocutoras a confidencialidade de suas identidades na pesquisa, era também uma autorização para tecer críticas e sugestões que era feita. Desta forma, a exaltação da dimensão material dos exames aparece como uma forma de visualizar a assistência concreta, ao passo que a dimensão do cuidado individual e subjetivo, visto aqui como a atenção à mulher para além de protocolos e metas, pode ser vista como a faceta da experiência, ou seja, da responsividade frente à política pública e sua aplicação.

Elaborando sobre a dimensão da humanização na avaliação de políticas públicas de saúde, os autores demonstram que “humanização, tal como vem sendo aplicado no campo da saúde, é um conceito que se refere a uma concepção de política garantindo os direitos do(a) usuário(a), os quais são medidos por meio de conceitos operacionais como satisfação e responsividade” (VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p. 611). Nesse sentido, de acordo com as diretrizes do PHPN, que não esclarecem qual a noção de humanização utilizada no programa, as metas do programa são bem-sucedidas, gerando uma avaliação global positiva. Porém, tomando por base o preceito de humanização em sua origem, voltado para o fortalecimento do atendimento ético e que valoriza a dimensão individual do sujeito, a aplicação (e a própria formulação) do PHPN é insuficiente no que diz respeito à assistência pré-natal.

Uma grata surpresa durante o campo, apesar das queixas em relação à atenção destinada a dimensão subjetiva da mulher, foi o reconhecimento de iniciativas dentro do Centro de Saúde que estavam em consonância com as atuais demandas dos entusiastas e defensores da humanização da assistência à gestação, parto e nascimento. Porém, as iniciativas por vezes diziam de uma inclinação pessoal do profissional que prestava a assistência e não de uma recomendação geral da política pública ou mesmo na organização interna do Centro de Saúde. Esse tipo de discrepância em relação ao atendimento por parte das equipes de saúde da família acarretava experiências muito distintas entre minhas interlocutoras que eram vinculadas a áreas diferentes do bairro Monte Cristo, acarretando atendimento por diferentes equipes de saúde da família.

5.2 “QUAL A SUA ÁREA?”: AS DIFERENÇAS DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL OFERECIDO POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MESMO CENTRO DE SAÚDE.

O território atendido por um Centro de Saúde é dividido em áreas. Conforme a dimensão da população e território, as áreas são divididas entre equipes da Estratégia de Saúde da Família, que teve sua configuração descrita em capítulo anterior⁶⁰. No Centro de Saúde pesquisado, localizado no bairro Monte Cristo, a divisão se dava no momento da pesquisa em 5 áreas. Ao fim da pesquisa de campo, foi comunicado que a unidade se preparava para inaugurar uma sexta área de divisão do bairro. Como o bairro tem nove comunidades, algumas áreas eram responsáveis pelo território de mais de uma comunidade. Entre minhas interlocutoras, quatro mulheres eram pertencentes à área 35, três à área 33 e duas à área 34⁶¹.

Algumas eu conheci no Grupo de Gestantes e outras na sala de espera, desta forma, essas mulheres não foram escolhidas previamente para representarem todas as áreas do bairro, o que fez com que as áreas 33 e 37 não tivessem representação nessa pesquisa. Todavia, acredito que a própria ausência de mulheres dessas áreas seja um dado importante para análise. Durante a pesquisa, fui informada por uma interlocutora que havia outro Grupo de Gestantes, promovido por uma ONG, em funcionamento no Monte Cristo. De acordo com ela, o grupo funcionava na área 36. Abaixo deixo uma tabela referente às interlocutoras, suas áreas e os locais onde nos encontramos para a pesquisa.

Quadro 2 – Relação entre interlocutoras e áreas de referência do Centro de Saúde.

| Nome | Área | Local do encontro |
|-------------|-------------|--------------------------|
| Mônica | 35 | Sala de Espera |
| Luana | 33 | Sala de Espera |
| Priscilla | 35 | Grupo de Gestantes |
| Diana | 34 | Grupo de Gestantes |
| Sandra | 34 | Grupo de Gestantes |
| Tamara | 33 | Sala de Espera |
| Juliana | 35 | Grupo de Gestantes |
| Roberta | 35 | Grupo de Gestantes |

⁶⁰ A configuração das equipes da ESF encontradas no Centro de Saúde onde a pesquisa foi realizada foi descrita no capítulo 2.

⁶¹ O número das áreas foi modificado a fim de preservar a identidade de minhas interlocutoras.

| | | |
|--------|----|--------------------|
| Simone | 33 | Grupo de Gestantes |
|--------|----|--------------------|

Mencionei no capítulo 3 algumas das experiências e demandas de minhas interlocutoras em relação à assistência pré-natal recebida. Ainda assim, não houve uma experiência global que povoou a fala de todas. Como minha conversa com elas percorria caminhos de acordo com as falas que elas me traziam, alguns elementos podem ter ficado de fora não por não serem ponto nevrálgico na relação entre elas e o Centro de Saúde ou a assistência pré-natal, mas porque na ocasião outros atravessamentos tomaram a frente.

A minha inquietação em relação às diferenças entre os atendimentos recebidos por minhas interlocutoras a partir das áreas, e conseqüentemente das equipes de saúde da família a que estavam vinculadas, começou ainda com Viviane. Ela, que não se tornou minha interlocutora e que só vi uma vez ao longo do campo, contou no Grupo de Gestantes que tinha tido acesso à um Plano de Parto oferecido pela equipe que a atendia. No Grupo seguinte, quando encontrei Sandra e Diana, elas não tinham ouvido falar disso. A residente que me acompanhava naquele dia perguntou se elas já tinham Plano de Parto e Sandra e Diana responderam que sequer sabiam do que se tratava. Se em um primeiro momento foi uma grata surpresa saber que Viviane tinha tido acesso à um Plano de Parto, coisa que eu só tinha visto dentro de grupos online, prioritariamente povoados por camadas médias, saber que Sandra e Diana não sabiam do que se tratava me deixou intrigada quanto ao próprio funcionamento da unidade de saúde.

O Plano de Parto (PP) é um documento de caráter legal no qual a mulher faz previamente a escolha de como deve seguir o seu parto e pode incluir questões sobre medicações, oferta ou não de analgesia medicamentosa ou mecânica, quem deve acompanhá-la durante o parto e diversas outras questões que podem surgir. Essas escolhas devem ser amparadas e discutidas com a equipe que acompanha sua gestação e, preferencialmente, irá acompanhar o parto. Conforme apontam Suárez-Cortés *et. al* (2015), o Plano de Parto e Nascimento foi um termo proposto nos anos 80 por Sheila Kitzinger, em prol de uma assistência ao parto menos intervencionista. Os autores apontam ainda que o Plano de Parto “origina-se no respeito ao Princípio Bioético de Autonomia, aumentando assim o controle das mulheres sobre o processo do parto, contribuindo para produzir um efeito positivo sobre a satisfação.” (SUÁREX-CORTÉS *et. al*, 2015, p. 521).

O objetivo do PP é evitar intervenções desnecessárias e potencialmente danosas, que vão de encontro aos desejos da parturiente. A estratégia surge então a fim de evitar práticas de

violência obstétrica, incluindo o que pode ser visto como violência pediátrica, como intervenções invasivas e desnecessários com o recém-nascido logo após o parto, postergando o contato com a mãe na primeira hora após o nascimento.

Entre minhas interlocutoras, Mônica, ao ser perguntada por mim se tinha conhecimento do Plano de Parto, afirmou ter recebido a oferta do documento, mas achava que não tinha utilidade pois provavelmente iriam ignorá-lo na maternidade. Ela se referia a equipe que a atenderia na maternidade em que ela foi vinculada. Mônica vinha de um histórico de duas cesáreas e com experiências ruins no parto e pós-parto. Quando perguntei a Luana se ela tinha PP, pois estava muito próxima da data prevista, ela me disse não saber do que se tratava, tampouco sabia o que era violência obstétrica. Era sua primeira gestação e ela me contou que gostaria de ter o filho no Hospital Universitário (HU) da UFSC, mas tinha sido referenciada pela equipe para o parto no Hospital Regional de São José. Simone, que estava referenciada para o parto no HU, também relatou não ter Plano de Parto. Entre as demais interlocutoras, não houve qualquer menção ao documento durante nossas conversas. Ao fim do meu campo, Sandra e Diana afirmaram ter recebido da equipe de saúde que as atendia o PP, para ser preenchido de acordo com seus desejos e possibilidades. Elas mencionaram o ocorrido em uma edição do Grupo de Gestantes em resposta a questão de Marcela sobre o recebimento do documento. Posteriormente, já ao fim do campo, conversei com Marcela mais detidamente sobre o Grupo de Gestantes e o Plano de Parto, a fim de compreender melhor os dados que o campo tinha produzido. Marcela, que era residente de enfermagem e a principal responsável pela condução do Grupo de Gestantes, além de atender como enfermeira na área 33, me relatou como se deu a inclusão do PP na assistência pré-natal da unidade de saúde.

O modelo de Plano de Parto disponibilizado no Centro de Saúde (ANEXO B) pesquisado é uma adaptação do modelo disponibilizado no Protocolo de Enfermagem: Saúde da Mulher (RODRIGUES *et. al.*, 2016), que por sua vez foi adaptado a partir da carteira de gestante do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, de 2015. A adaptação do PP distribuído no Centro de Saúde pesquisado foi feita por Marcela, assim como sua distribuição entre os profissionais que atendem na unidade. De acordo com Marcela, as modificações foram feitas em relação ao original por este ser “muito simples e nada ‘motivador’”. Ela conta que a decisão de adaptar e adotar o PP como parte do pré-natal na unidade de saúde se deu por conta das manifestações das mulheres no Grupo de Gestantes, de acordo com Marcela, as gestantes “traziam muito medo do parto, dúvidas e mitos de como seria, o que podem ou não podem e ao

que têm direito”. Marcela costuma oferecer PP por volta do meio da gestação, na entrada para o terceiro semestre. Essa é também a orientação do Protocolo de Enfermagem do qual o modelo do plano foi retirado. Em relação à recepção das gestantes em relação ao documento, a enfermeira diz que

A maioria das gestantes adoram e não conheciam esse instrumento, acham o “máximo”, levam pra casa, leem e depois vêm pra retirar as dúvidas. Lembrando que não é só entregue, leio com elas ou se elas preferirem, leem em casa e depois conversamos item por item, sendo esclarecido as dúvidas. (Marcela, enfermeira residente RMSF)

Importante frisar que essa é a atitude adotada por esta profissional em relação ao PP, diferindo da atitude de profissionais que atendem em outras áreas vinculadas ao Centro de Saúde. Apesar do modelo do PP ter sido compartilhado com as demais equipes que atendem na unidade, Marcela observou que não houve muita adesão, além de questionamentos devido ao desconhecimento dos profissionais em relação à importância e possibilidades do documento.

O exemplo do Plano de Parto é útil para demonstrar como equipes de um mesmo Centro de Saúde têm abordagens distintas quanto ao pré-natal, deslocando a concepção errônea de que a prática corresponde exatamente ao proposto nos manuais e protocolos produzidos por órgãos federais, estaduais e municipais. As diferenças encontradas nas atitudes dos profissionais que atendiam no Centro de Saúde onde se deu a pesquisa se expandiram para outras áreas e outras profissões.

A marcação de consultas, tema em relação ao qual diversas interlocutoras se queixaram e que foi abordado no capítulo 3, é ponto de distinção no atendimento de acordo com a área e, conseqüentemente, à equipe às quais a gestante é vinculada. Isso inclui desde o responsável pela recepção e marcação de consultas até as Agentes de Saúde Comunitárias e demais membros da equipe de Saúde da Família. A distinção algumas vezes se apresentou até mesmo nos atendimentos prestados por uma mesma equipe. Enquanto Priscilla, da área 35, afirmava que marcava suas consultas de pré-natal por WhatsApp, Juliana e Roberta, da mesma área, apontaram como crítica ao atendimento o fato de gestantes não terem prioridade na marcação de consultas, tendo de enfrentar as longas filas matinais para pegar senha em busca de atendimento.

Os relatos de minhas interlocutoras demonstram que existe outro elemento na relação entre usuários do serviço e funcionários, afetando a forma como o atendimento se dá. Essa

noção é corroborada por um incidente que observei durante uma das visitas ao Centro de Saúde para buscar interlocutoras na sala de espera. Enquanto observava o local, uma mulher que aparentava ter cerca de 50 anos e buscava atendimento, apesar de não ter retirado ficha para ser atendida no dia, tampouco enfrentado fila alguma, chamou uma agente de saúde de comunitária e, ao pé do ouvido, pediu para ela ‘dar um jeitinho’ de encaixá-la na lista de pacientes selecionados para atendimento no dia. A profissional foi então até a ilha onde ficavam os responsáveis pela recepção e marcação de consultas e, após poucos minutos, fez sinal de positivo para a senhora que buscava o ‘jeitinho’ para ser atendida. Apesar de não ter enfrentado fila alguma, ela saíra dali com sua consulta realizada.

Em relação à forma como os atendimentos se davam, quando conversei com Tamara, vinculada à área 33, ela teceu muitos elogios à assistência que recebia no pré-natal, especialmente em contraponto com a primeira experiência de parto que teve no Rio Grande do Sul, considerada por ela como ruim. Suas queixas em relação ao pré-natal atual eram por questões como o número de ultrassons disponibilizados e a entrega de fichas para marcação de consultas. Em relação à experiência atual, da mesma forma que exaltou a quantidade de exames, elogiou o atendimento recebido durante as consultas por parte da enfermagem. Falava que a enfermeira que a atendia dava muitas informações, perguntava bastante e tinha uma consulta demorada, esclarecendo pontos importantes. Dada a descrição positiva, questionei o nome da profissional e não me surpreendi ao descobrir que ela falava de Marcela.

Quando conversei com Raquel, a coordenadora do Centro de Saúde quando finalizei minha pesquisa, em outubro de 2019, ela me relatou, sobre meu questionamento de mudanças nas formas de atendimento entre áreas relatadas por minhas interlocutoras. Ela justificou com base em duas coisas: autonomia das equipes e desconhecimento dos usuários quanto ao funcionamento da unidade de saúde. Quando mencionei as longas filas para marcação, Raquel atribuiu a fila a um costume local de chegar cedo para a marcação, ignorando que o ‘chegar cedo’ pode envolver questões como impossibilidade de perder um dia completo de trabalho ou mesmo um turno, cuidado com dependentes no interior da residência etc. Em relação a mudanças na forma de marcação de consultas, a coordenadora esclareceu que gestantes, assim como idosos hipertensos e outros grupos, têm prioridade na marcação de consultas, podendo deixar as consultas agendadas com um mês de antecedência. Todavia, ela alertou que alguns usuários desconhecem essa possibilidade e, novamente, que as equipes têm autonomia para marcação de consultas da forma que lhes convém, justificando alguns usuários marcarem por

WhatsApp e outras terem de vir presencialmente para a marcação. No que diz respeito à autonomia, foi essa também a justificativa em relação às formas de atendimento. De acordo com Raquel, cada profissional segue o protocolo de sua categoria para o atendimento, além de políticas como o PHPN, não havendo nenhuma orientação oficial na unidade direcionada à prática de humanização no pré-natal.

As informações da pesquisa são fruto de observação e da acolhida dos relatos de minhas interlocutoras, desta forma, há a possibilidade de outras questões afetarem tanto a percepção, quanto a aplicação do PHPN no Centro de Saúde. A frequente modificação do quadro de profissionais, assim como a rotatividade de residentes vinculados às residências ofertadas no município de Florianópolis, de diversas profissões, influência na assistência prestada e na própria organização da unidade de saúde. Essa rotatividade de profissionais, especificamente de residentes, tem um lado positivo na dinâmica do Centro de Saúde, possibilitando iniciativas que são atualizadas em relação às discussões no campo da saúde, comumente difundidas através de eventos profissionais e acadêmicos aos quais muitos funcionários já estabelecidos em unidades de saúde não tem acesso. A turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família que atuava no Centro de Saúde no momento da realização da pesquisa apareceu diversas vezes ao longo do campo como atores importantes para iniciativas de humanização na assistência pré-natal e também como potencializadores do cuidado ofertado à população, fosse por ações como o próprio atendimento individual, fosse pela abertura para o diálogo. Os profissionais que atuavam no local e estavam no segundo, e último, ano de residência eram inclusive os responsáveis pela oferta do Grupo de Gestantes, importante foco de ampliação do conceito de humanização, ultrapassando de forma extremamente necessária as indicações do PHPN.

5.3 HUMANIZAÇÃO FORA DO CONSULTÓRIO: O GRUPO DE GESTANTES

Alfonsina Robles (2015) aborda a promoção de grupos de pré-natal, em pesquisas realizadas entre mulheres jovens membros de classes populares do Recife e do Rio de Janeiro. Para a autora, amparada pela perspectiva de Memmi (2003), os grupos são “um instrumento de regulação fundamental dentro do dispositivo sanitário” (ROBLES, 2015, p. 204). Foi amparada pelo conhecimento prévio de que a formação de grupos é incentivada pelo Ministério da Saúde, operando em diversos Centros de Saúde, que desenvolvi o projeto desta pesquisa afirmando

que seria a partir de um desses grupos que eu iniciaria o meu campo. A ideia era, através do grupo, conhecer as gestantes da área na qual pesquisaria e a partir daí acompanhá-las durante alguns meses da gestação a fim de compreender como elas percebiam a assistência pré-natal ofertada pelo Centro de Saúde, comparando seus relatos com as orientações do PHPN. Como disse anteriormente, a ambição foi frustrada ao encontrar interlocutoras que não dispunham do tempo ou interesse em ser acompanhadas por meses, fosse no Centro de Saúde ou em suas casas. Desta forma, o Grupo de Gestantes do Centro de Saúde tornou-se o palco principal de minha pesquisa, juntamente às observações e abordagens na sala de espera.

Na primeira vez que fui até o Centro de Saúde, a fim de conversar com a coordenadora da unidade, expliquei a ela sobre minhas intenções e ambições em relação à participação no grupo. Como mencionado anteriormente, enquanto conversávamos uma médica entrou na sala e acabou ouvindo a conversa que eu estava tendo com Suzana. Ao passo que a coordenadora me disse que naquele momento o grupo era quinzenal e que talvez houvesse inclusive a chance de outro grupo ser formado, a fim de abarcar outras gestantes, a médica que ouvia a conversa aparentemente não gostou da ideia. Questionou rapidamente e colocou uma expressão facial de desagrado. Anotei na caderneta que aparentemente existia uma resistência em relação a pertinência do grupo.

Antes de começar o campo eu passei a seguir a página do Centro de Saúde no Facebook. Por lá, já que o Comitê de Ética ainda não havia liberado minha ida a campo, eu tentava conhecer o funcionamento do Centro de Saúde através do que eles divulgavam. Foi lá que vi uma fotografia feita em uma edição do Grupo de Gestantes. Profissionais da saúde e gestantes posavam para a foto ao lado de uma mesa com lanches variados, em sua maioria frutas. A publicação deixava o convite para o grupo seguinte, já com data e horário definidos. Depois, ao iniciar as idas à campo, descobri que a divulgação das edições do grupo também circulava através de mensagens de WhatsApp, disparadas pelo telefone de contato de cada área para os usuários cadastrados, e através de cartazes colados pela unidade de saúde. Desta forma, a cooptação de gestantes para participação no grupo era feita através de convites por mensagens de WhatsApp, cartazes espalhados pelo Centro de Saúde, divulgação na página do Facebook do Centro de Saúde e convite durante atendimentos de pré-natal. Pelo que foi dito por Marcela, que era a principal responsável pela condução do grupo e, conforme mencionado anteriormente, também atendia na unidade enquanto enfermeira, não eram todos os profissionais da unidade

de saúde que se interessavam pelo grupo, tampouco incentivavam as gestantes a participar das atividades promovidas no local.

Ao longo dos meses, estive em 5 edições do Grupo de Gestantes. Se quando fui ao primeiro, em junho, as reuniões do grupo eram quinzenais, a partir de setembro tornaram-se mensais. Não sei precisar se por falta de público ou disponibilidade da equipe de residentes que, além de manejar o grupo, atendia no Centro de Saúde em suas respectivas profissões. Em duas das cinco edições do grupo eu fui convocada a participar ativamente, sempre acompanhada de profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). Todavia, não era a minha versão pesquisadora e mestranda em Antropologia Social que era convidada a ocupar aquele espaço, era a Psicóloga com experiência no manejo de grupos em políticas públicas⁶².

Na primeira oportunidade em que estive no grupo como convidada ativa, falei sobre autocuidado com as gestantes, pauta definida juntamente à Marcela, através de acertos por WhatsApp. No segundo momento, estive no grupo para falar sobre questões relacionadas à saúde mental na gestação e no puerpério. Nos dois momentos eu estive acompanhada de outros profissionais, sempre atentos e engajados, com escuta ativa para as gestantes ali presentes. Nas reuniões de que participei, outros profissionais, também da RMSF, assim como Marcela, participaram dos encontros. Nutricionistas, educadores físicos e fisioterapeutas estiveram nos encontros para ouvir e difundir informações. A maioria dos residentes que compareciam estavam no R2, o último ano da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Na última edição do Grupo de Gestantes, havia também profissionais do primeiro ano (R1), que a partir do próximo ano provavelmente serão responsáveis pela promoção do grupo.

Em algumas edições do Grupo de Gestantes, estudantes de graduação da UFSC participaram das reuniões. Eles apareciam às vezes sozinhos, avisando que determinado profissional os enviou até lá para acompanhar o grupo, e até mesmo deixados lá pelo profissional que eles deveriam acompanhar naquele período. Em certa ocasião uma médica abriu a porta e sorridente perguntou se podia deixar os dois estudantes lá. A pergunta veio atropelada pelos dois entrando na sala antes mesmo da resposta. Em determinadas ocasiões o grupo contava com mais estudantes de graduação e residentes do que gestantes. Ao mesmo

⁶² Na primeira reunião que tive com a coordenação do Centro de Saúde, ainda em junho de 2019, afirmei que eu tinha acertado com a Escola de Saúde de Florianópolis que poderia contribuir com o Grupo de Gestantes e o Centro de Saúde como fosse necessário, a fim de oferecer uma contrapartida diante da autorização de pesquisa na unidade. Na ocasião, relatei que tinha experiência na realização de grupos pois trabalhei anteriormente na área da assistência social, em Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e em um Abrigo Domiciliar, além de promover rodas de conversa na clínica particular onde atendia anteriormente em Sobral.

tempo em que eu me sentia menos isolada por não estar gestante e nem ser profissional do local, também me incomodava em pensar como aquele grupo de estudantes era visto pelas gestantes. Se Mônica me falou que preferia parir na Maternidade Carmela Dutra porque no Hospital Universitário, entre outros motivos, havia muitos estudantes, como será que a perspectiva se aplicava ao Grupo de Gestantes? Em algumas ocasiões os estudantes, provavelmente mal orientados e sem dar a devida importância ao grupo, acabavam atrapalhando com conversas paralelas e comportamentos corporais de desinteresse. Era palpável o quanto eles, em suas quartas, sextas etc. fases dos cursos da saúde estavam desinteressados no que acontecia naquele local. Apesar disso, os grupos aconteciam e o foco principal se mantinha: a fala das mulheres.

Em toda abertura do grupo, Marcela tinha a palavra e explicava a ideia primordial do funcionamento do Grupo de Gestantes. A proposta era que o grupo fosse voltado para as gestantes, para que elas conversassem entre si e os profissionais servissem como facilitadores, tirando dúvidas e dando informações, além de preparar falas de acordo com temas que as gestantes tivessem interesse. Ainda assim, o formato do grupo era aberto e voltado ao diálogo. Posteriormente, Marcela me explicou que nem sempre o grupo tinha funcionado daquela forma. Quando ela iniciou o trabalho de residente no local, ainda em 2018 e passou a acompanhar o grupo, a residente responsável tinha outra forma de mediar os encontros. Naquela época, de acordo com Marcela, o grupo era centralizado apenas na figura da enfermeira como uma espécie de palestrante. Era ela quem definia os temas e promovia a fala durante os encontros. Eram oferecidos brindes e ocasionalmente lanches para as participantes. De modo geral, o grupo acaba sendo voltado para a área em que a enfermeira atuava. Quando Marcela tornou-se responsável pelo grupo, após a saída da enfermeira residente anterior, houve uma reunião entre os residentes da RMSF (profissionais da área da odontologia, educação física, fisioterapia e enfermagem) para definir como seria o funcionamento a partir dali. A proposta definida foi de promoção de encontros mais dialógicos, contando com residentes de outras especialidades além da enfermagem. O foco do grupo seria promover um espaço aberto para as falas das gestantes, incentivando participações mais ativas. Os profissionais que já atuavam no Centro de Saúde foram convidados a participar das edições do Grupo de Gestantes, mas não houve interesse por parte deles. Após minha conversa com Raquel, ao fim do campo, percebi como talvez o grupo fosse visto pelos profissionais externos ao seu funcionamento. Na visão de Marcela, o grupo é um local onde as mulheres podem “se reconhecer e se entender em um momento tão significativo, podendo ou não contar com a participação dos familiares, se assim desejarem”.

Durante o grupo pude observar mulheres acompanhadas de filhos e de amigas que não estavam gestantes, porém compareciam para dar apoio. No mesmo sentido, Diana disse que mesmo após o parto continuaria frequentando o grupo a fim de dar suporte para Sandra, que apesar de gestante, ainda demoraria mais até o parto.

No que diz respeito à humanização, por vezes vi os encontros abordarem temas caros aos entusiastas do movimento, como a importância do respeito à escolha da parturiente e da escuta ativa durante o pré-natal. Até mesmo a abordagem feita em relação à amamentação foi diferente das campanhas clássicas do Ministério da Saúde sobre o tema⁶³, sendo preparada para aquele público específico, mantendo um diálogo aberto sobre as experiências das participantes com a amamentação, assim como seus anseios e dúvidas. Foi lá também que se discutiu a amamentação na hora dourada, ou seja, na primeira hora após o nascimento do bebê. O tema faz parte da atual discussão nos grupos de humanização em plataformas online, abarcando profissionais e usuários em prol da humanização do parto. Na edição em que se tratou sobre aleitamento, foram passados entre as participantes seios de diversas cores e tamanhos, feitos em crochê, a fim de desmistificar questões sobre a amamentação e ensinar a correta forma de amamentar, a saber, uma posição que não cause dor na mulher, tampouco deixe de alimentar a criança. Todavia, como nem tudo são flores, na mesma edição em que houve essa ótima iniciativa em relação à amamentação, uma nutricionista também compareceu a fim de esclarecer questões sobre a alimentação da puérpera em prol da produção de leite. Ao descrever alguns itens do senso comum, conhecimentos tradicionais para produção de leite, como tomar cerveja preta, por exemplo, ela rebatia a pertinência da sugestão com “não há nenhum estudo que comprove”. Amparando-se na ciência, ela ‘rebateu’ uma série de conhecimentos populares em torno da amamentação. Os conhecimentos populares foram trazidos por ela em uma folha de papel através da qual se guiava durante sua fala. Todavia, ao mesmo tempo que as mulheres presentes assumiam que conheciam aquele tipo de indicação, elas afirmavam que não aderiam pois aquilo era coisa ‘do pessoal da antiga’. Mesmo que não tenha sido o caso entre aquelas gestantes, o tipo de fala promovido pela nutricionista pode promover o apagamento de saberes populares relevantes para comunidades específicas.

⁶³ Sobre o tema, Dagmar Meyer (2000) produziu um importante trabalho abordando o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno e chegando a conclusões sobre a nova politização da maternidade e do aleitamento materno.

Quando perguntei a Marcela qual o conceito de ‘humanização’ adotado na formulação do Grupo de Gestantes, ela me disse que

A humanização no pré-natal seria proporcionar nesse momento toda atenção necessária, orientando sobre seus direitos, a importância da adesão ao pré-natal, o porquê realizar, buscar envolver a rede de apoio desta mulher, buscar entendê-la dentro do seu contexto e auxiliá-la da melhor forma possível nas suas necessidades e desejos. (Marcela, enfermeira residente RMSF)

A simples definição de humanização que Marcela fez já ultrapassa toda a menção à humanização focada no pré-natal presente no texto da portaria que dá origem ao PHPN. Nesse sentido, assim como Marcela, acredito que as iniciativas de humanização dentro do pré-natal ofertado e preconizado pelo Ministério da Saúde são insuficientes, ficando a cargo de poucos profissionais, inclinados pessoalmente a propostas de humanização na saúde, a tentativa de promover uma assistência pré-natal expandida e humanizada. A crítica que minhas interlocutoras fizeram, ao afirmar que as consultas eram rápidas, superficiais e focavam mais no feto do que na mulher, casam com a declaração de Marcela ao afirmar que a assistência pré-natal preconizada ainda está muito focada em identificação de fatores de risco e comorbidades durante a gestação, priorizando a saúde física, com consultas rápidas em prol da checagem dos parâmetros materno-fetais de evolução da gestação. O grupo nesse cenário aparece como uma via para que questões que não foram dialogadas no consultório, fosse por falta de tempo ou interesse, viessem à tona.

Ao longo dos encontros com o Grupo de Gestantes fui percebendo o quanto esse era um local no qual o foco não era o feto e sim a mulher. Ali pouco se evocava sobre o desenvolvimento fetal, a maioria das falas das mulheres eram focadas nelas e nas relações que se desenrolavam a sua volta. A falta de apoio por parte do companheiro, questões de saúde mental, estresse gerado pelo trabalho, dramas familiares que envolviam a gestação, assim como sensação de julgamento e abandono durante a gravidez. Ninguém ali estava focado na correta altura uterina para aquela semana gestacional, tampouco se a alimentação necessariamente iria beneficiar ou não o bebê. Aquele tipo de informação elas tinham dentro do consultório, o grupo era voltado para elas. Era feito por elas. Por mais que os residentes estabelecessem um tópico de discussão, na maioria das vezes requisitado previamente pelas gestantes, algumas vezes eram outros temas que levavam as conversas e ocupavam as tardes. Se o tema era autocuidado, podia acabar se desenrolando no estresse causado por pessoas que insistem em tomar o corpo da

mulher grávida como público e direcionar mãos, gestos e conselhos não solicitados. Se o tema era amamentação, podia acontecer de entrarmos na conversa sobre a falta de apoio por parte de companheiros que não se envolvem no cuidado com os filhos ou com a própria mulher. Desta forma, o grupo era tanto uma válvula de escape para temas represados em consultas rápidas e padronizadas, como também um centro de distribuição de informações sobre os direitos das mulheres gestantes.

Algumas vezes o Grupo tornou-se uma espécie de ouvidoria em relação aos demais atendimentos na unidade. Mulheres compartilhando suas experiências em atendimento e dividindo frustrações sobre encaminhamentos que não foram dados, exames que não eram marcados ou demora no atendimento ou reposição de profissionais na área. O Grupo de Gestantes mostrou-se um lugar privilegiado de promoção da humanização em saúde, fugindo de padronização e homogeneização. Todavia, isso não se dá porque a sua orientação inicial é essa, e sim porque os profissionais envolvidos naquele momento eram inclinados para promoção da humanização em saúde.

Um dos tópicos que mais foi apresentado durante o Grupo foi a questão da saúde mental. Em sua maioria questões que antecediam a gestação e algumas vezes eram negligenciadas fosse pela falta de estrutura na área da saúde para dar conta da demanda por atenção profissional, fosse por um senso comum que insiste em afastar as pessoas da busca por atenção à saúde mental por conta do estigma em torno do tema. A pesquisa que Maluf (2010) coordenou sobre gênero e políticas de saúde mental, que teve desdobramentos etnográficos em diversos bairros de Florianópolis, entre eles o Monte Cristo⁶⁴, abordou a interseção entre gênero e saúde mental, explorando, entre outras questões, o aumento da utilização de psicofármacos e psicotrópicos. Entre os resultados da pesquisa e suas implicações para uma avaliação crítica das políticas de saúde mental na atenção básica, estão:

- 4) a necessidade de uma política de saúde mental que ofereça outros tratamentos além da medicamentação, como acompanhamento terapêutico sistemático, entre outros;
- 5) a necessidade de se repensar os modelos de cuidado, saúde, doença, sofrimento e cura também nas políticas oficiais de saúde da mulher e de saúde mental;
- 6) a ruptura com um modelo de saúde da mulher assentado na visão biologicista do “ciclo de vida” e das fases da vida reprodutiva das mulheres como determinantes de maior ou menos “vulnerabilidade” destas a problemas de saúde mental. (MALUF, 2010, p. 36)

⁶⁴ Sobre a pesquisa junto às mulheres do Monte Cristo, ver Tornquist, Andrade e Monteiro (2010).

Uma das constatações mencionada por Maluf é o de que em diversos serviços de atenção à saúde há iniciativas que buscam ir além do tratamento medicamentoso no campo da saúde mental.

No caso da pesquisa que realizei, o Grupo de Gestantes apareceu como uma das formas de dar conta do manejo do sofrimento mental para além da medicalização. Todavia, é preciso reconhecer que o Grupo foi colocado nesse lugar por uma carência institucional em torno da assistência à saúde mental. É preciso então demarcar que, apesar de poder fornecer um apaziguamento momentâneo para as demandas de fala das mulheres que ali estavam, não é o papel da atividade dar conta dessas demandas específicas, tampouco substituir o atendimento individual ou mesmo grupal fornecido por psicólogo e/ou psiquiatra.

Em uma das últimas idas a campo, a fim de obter informações sobre o funcionamento do Centro de Saúde, percebi que a prática do Grupo de Gestantes não era aprovada por alguns profissionais da unidade. Conversando com uma profissional de saúde, ela chamou de ‘atendimento em rebanho’ a prática de grupos em unidades de saúde. Ela se baseava em experiências anteriores trabalhando em outros Centros de Saúde. A profissional em questão é enfermeira e alertou que muitas vezes os grupos são utilizados como uma espécie de consulta conjunta. Falou sobre outros grupos de gestantes e puérperas que já observou onde as práticas eram voltadas à pesagem de bebês e instrução de cuidados em geral, como uma forma de realizar consultas de pré-natal com várias mulheres ao mesmo tempo. O que ela me descrevia era o avesso do que eu tinha visto naquele Centro de Saúde e eu me perguntava se alguma vez ela tinha acompanhado o grupo ou mesmo conversado com os envolvidos.

Em determinado momento do campo, perguntei a coordenadora da unidade de saúde sobre como era planejado o Grupo de Gestante, em relação há quem ficaria responsável. Ela me disse que os residentes da RMSF sempre ficavam a frente pois teriam mais tempo disponível, então, de forma quase orgânica, me descreveu como eles tomavam a frente para o funcionamento do grupo. Os outros profissionais da unidade, que não são residentes, teriam trabalho demais diariamente para parar os atendimentos e ir fazer qualquer grupo. Para justificar, ela explicou que o Centro de Saúde do Monte Cristo era uma unidade que atendia muitas pessoas diariamente, tendo grande fluxo. Disse que, desta forma, os grupos funcionam melhor em unidades menores, onde se tem tempo e pessoal para realizar a atividade. Mais uma vez, pensei sobre como a falta de conhecimento em torno do funcionamento e das potencialidades do atendimento em grupo são empecilhos tanto para o reconhecimento da

importância da atividade, quanto do incentivo para que outros profissionais também frequentem o grupo. Sendo uma atividade mensal, será que causaria tanto prejuízo assim aos atendimentos padrões da unidade? É preciso pensar que o próprio grupo por vezes funcionava como um lugar para se queixar sobre os atendimentos e entrar em pontos que não são tocados durante as consultas, como por exemplo voltar-se para a saúde mental das gestantes, lembrando que além de grávidas, elas também são sujeitos de direito e devem ter um atendimento em saúde integral.

O Grupo de Gestantes apareceu no campo como uma potência diante da precarização da aplicação do conceito de humanização em saúde na área da assistência pré-natal. Dentro do preconizado pelo PHPN, talvez o grupo figure como uma atividade educativa. O grupo torna-se um lugar para abordar questões que são extremamente necessárias, como a violência obstétrica e os direitos das gestantes, que não são abordados nas consultas mensais com as equipes de saúde, a não ser que haja na própria equipe algum indivíduo pessoalmente inclinado ao tema da humanização no campo do pré-natal e parto. Todavia, a falta de reconhecimento dos outros profissionais que atuam na unidade em torno da importância do grupo afeta o próprio comparecimento das gestantes à atividade. Para Marcela, caso os demais profissionais do Centro de Saúde incentivassem, durante suas consultas, as mulheres a frequentarem o grupo, o comparecimento nos encontros provavelmente seria maior. Outro ponto importante, que Mônica trouxe durante nosso encontro, é que o Grupo de Gestantes não oferta atestado médico que possa justificar a falta. Desta forma, a falta ao trabalho para comparecer ao grupo pode soar como algo supérfluo, ocasionando dano à gestante na esfera do trabalho formal. Um exemplo pertinente para dimensionar a importância do Grupo de Gestantes foram as orientações para Viviane de buscar seus direitos após ser demitida ao informar sobre a gestação, o informe para Sandra e Diana sobre a existência do Plano de Parto e mesmo o acolhimento de diversas questões de saúde mental e familiares que até então não tinham espaço para serem abordadas, fosse pela escassa oferta de atenção psicológica na unidade dada a grande procura, fosse pelas consultas tradicionais de pré-natal serem superficiais e focadas na saúde física e desenvolvimento do feto.

5.4 A POTÊNCIA E O DESMONTE DO SUS: POR UMA AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

O SUS é considerado mundialmente um exemplo de saúde pública. Desde a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2016a) o Brasil confirmou seu compromisso em prol da defesa de direitos relacionados à saúde, com uma política inclinada ao estado de bem-estar social. O compromisso é reafirmado especialmente nos artigos 6 e 196, reproduzidos abaixo.

Art. 6. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (EC nº 26/2000, EC nº 64/2010 e EC nº 90/2015. (BRASIL, 2016a, p. 18)

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2016a, p. 118-119)

Todavia, nos últimos governos federais temos visto retrocessos que vão de encontro às propostas da Constituição de 1988, ferindo o pacto firmado entre governo e cidadãos.

Em 2016 foi aprovado o congelamento dos gastos públicos por 20 anos através da Emenda Constitucional 95 (BRASIL, 2016b), ainda no governo de Michel Temer. Com o início do governo eleito em 2018 a área da saúde sofreu congelamento de R\$ 599 milhões em seu orçamento para o ano de 2019. Para Mota (2019), o economista Francisco Funcia alerta que com a sequência de cortes o SUS, se nada for feito, “o SUS vai morrer por asfixia financeira”.

Viana e Silva (2018), afirmam que ao redor do mundo a adoção de um sistema político de inspiração neoliberal acarreta o desmonte de políticas direcionadas ao atendimento de necessidades coletivas. “A preferência por mercados (sobre os governos), incentivos econômicos (sobre normas sociais ou culturais) e empreendedorismo individual (sobre a ação coletiva ou comunitária) é uma característica marcante do neoliberalismo(...)” (VIANA; SILVA, 2018, p. 2107). No setor da saúde pública, pesquisadores estimam 27 mil mortes até 2030 com a precarização da Estratégia de Saúde da Família, carro-chefe do SUS na atenção primária e o fim do programa Mais Médicos (PAES-SOUSA; RASELLA; CAREPA-SOUSA, 2018). De acordo com Schramm *et. al* (2018), “a redução do gasto público em saúde tende a comprometer o acesso aos bens e serviços de saúde e mesmo impactar a qualidade na provisão destes bens e serviços.” (p. 14). Os autores indicam ainda, que em países com sistemas menos maduros os efeitos de políticas de austeridade são ainda mais acentuados. É possível pensar o

SUS, com pouco mais de 30 anos, como um desses sistemas, assim como a democracia brasileira.

O corte de investimentos na área da saúde afeta diretamente a atenção primária, consagrada porta de entrada do usuário ao SUS. Em novembro de 2019 o governo lançou, através da Portaria nº 2.979 o Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019). De acordo o texto o programa estabelece um novo modelo de financiamento para a Atenção Primária. O programa tem chamado a atenção por estabelecer novas regras de financiamento, tornando o repasse de verbas vinculado ao número de pacientes cadastrados nas unidades de saúde e cumprimento de metas em programas de pré-natal e controle de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, que são grupos considerados prioritários. A Folha de São Paulo (COLLUCCI, 2019) alerta que o modelo tem causado controvérsia entre gestores pois, para alguns, a nova forma de financiamento rompe com a perspectiva da universalidade do SUS, afinal só financiaria pacientes já cadastrados nas unidades de saúde.

O novo modelo de financiamento, que entra em vigor em 2020, é somado aos efeitos da EC 95 e tende a comprometer mais ainda o financiamento do SUS, que vem sendo estrangulado em prol de parcerias com iniciativas privadas. No novo modelo, acredito que seja necessário chamar a atenção para a perspectiva de ‘efetividade’ de políticas específicas, como as de pré-natal. Como discutido anteriormente, a avaliação em torno do PHPN feita pelo Ministério da Saúde é baseada em índices como número de consultas por gestantes, número de gestantes cadastradas e número de exames solicitados e realizados. Em uma profusão de números, nenhum deles isoladamente garante a qualidade do serviço prestado. Se na atual situação, onde a verba recebida pelos municípios não depende diretamente desses dados, e ainda assim existe uma queixa popular em relação à disponibilidade de profissionais, assim como na duração de consultas, como ficará o serviço com esse novo condicionamento? Se a queixa de minhas interlocutoras a respeito das consultas funcionando como uma espécie de checklist, não aprofundando assuntos importantes para elas, já se dá no momento atual, daqui a alguns anos, com o Programa Previne Brasil em funcionamento, corre-se o risco de sucatear mais ainda a assistência prestada em prol de números para garantir o repasse de verbas. A falta de verbas repassadas afeta diretamente não só a qualidade do atendimento, como também o número de equipes da Estratégia de Saúde da Família por território⁶⁵.

⁶⁵ Em janeiro de 2020 o senador Maurício Bittar, após reunião com o ministro da economia Paulo Guedes, afirmou que vai defender a retirada do piso mínimo de gastos que união, estados e municípios devem destinar

Somado ao cenário precário de financiamento do SUS, uma decisão política que visa desarticular o acesso à saúde por parte de populações mais vulneráveis socialmente, surgiram no ano de 2019 medidas por parte de órgãos como o Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Medicina (CFM) que foram diretamente ao encontro do movimento pela humanização da gestação, parto e nascimento. Enquanto o Ministério da Saúde emitiu despacho em maio⁶⁶, proibindo o uso do termo ‘violência obstétrica’ através de um texto que visava o apagamento das inúmeras denúncias realizadas no país tanto no setor público quanto privado. O texto versava, entre outras questões, sobre a ‘impropriedade’ do uso do termo violência obstétrica, pois entendia-se que o profissional não tinha intenção de causar danos em suas ações. Já em setembro o CFM divulgou a Resolução 2.232/2019 que compromete a autonomia da parturiente ao permitir que o médico realizasse intervenções a despeito do desejo do paciente⁶⁷, colocando o feto acima da mulher no binômio gerado a partir da gestação. As duas ações geraram forte comoção entre os entusiastas do movimento, incluindo a ReHuNa e diversos sujeitos envolvidos na esfera da assistência à gestação e parto. Nos dois casos o Ministério Público Federal entrou com ação contestando as decisões dos órgãos.

Em decorrência da recomendação do MPF e da mobilização popular, o Ministério da Saúde emitiu ofício⁶⁸ reconhecendo o direito de as mulheres utilizarem o termo ‘violência obstétrica’. Todavia, o órgão continua a não incluir o termo em suas ações, justificando que a expressão utilizada por eles é baseada na orientação da OMS (“Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”). A não utilização do termo pode ser vista como uma forma de enfraquecer as possibilidades de denúncias de violência obstétrica ao negar a possibilidade de reconhecimento da nomeação por parte das mulheres. No que diz respeito a Resolução do CFM, o MPF teve uma vitória no processo, porém ainda cabe recurso. Em entrevista ao jornal Estadão⁶⁹, a Professora Débora Diniz, da

para a saúde. A ideia partiu do ministro Paulo Guedes e deve seguir em tramitação. Caso aprovada, significa um ataque direto ao funcionamento do SUS, comprometendo toda sua manutenção.

<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/01/apos-reuniao-com-guedes-relator-de-pec-propoe-fim-de-piso-de-recursos-para-saude-e-educacao.shtml>

⁶⁶ https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0

⁶⁷ <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232>

⁶⁸ <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>

⁶⁹ <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,justica-derruba-regra-que-permitia-intervencao-medica-sem-aval-de-gravida,70003130800>

Universidade de Brasília, afirmou que a norma do CFM é inconstitucional, configurando abuso de poder ao impor barreiras às decisões reprodutivas das mulheres. Na prática, a resolução do CFM facilita a prática da violência obstétrica, amparando os profissionais legalmente sob a justificativa da recusa terapêutica. Essa medida em um país que, mesmo sem regulação específica, os dados já apontam que 1 a cada 4 mulheres sofreu violência obstétrica⁷⁰, é alarmante. É importante perceber que a violência obstétrica não se restringe ao parto e nascimento, podendo ser encontrada também na assistência pré-natal e puerperal.

Apesar do cenário devastador, diversas ações têm sido tomadas em prol da humanização da assistência à gestação e parto, inclusive em aliança ao SUS. Em Florianópolis, por exemplo, no ano de 2019 intensificou-se a luta em prol de um Centro de Parto Normal (CPN)⁷¹ para atender mulheres através do SUS. A intenção é que o CPN atenda mulheres gestantes de baixo risco em prol da realização de partos normais e humanizados. O CPN seria vinculado à Rede Cegonha do município. Iniciativas desse porte são previstas dentro do programa Rede Cegonha e sua adoção fica à critério dos municípios. A luta pelo CPN Floripa é encabeçada por ativistas da área da humanização e contou com ampla propaganda e apelo popular, realizando inclusive eventos na cidade para divulgação. Em uma dessas ocasiões, em agosto compareci ao Evento de Apoio ao Centro de Parto Normal - Floripa. O evento foi realizado no Instituto Federal de Santa Catarina e, além de discursos contemplando a necessidade e importância do CPN para o município, sendo mais uma opção de local para a realização do parto normal, houve diversas apresentações culturais promovidas por apoiadores do movimento. Entre os entusiastas, diversos profissionais da área da saúde que atuam no município.

Iniciativas como o CPN e a própria promoção do Grupo de Gestantes no Centro de Saúde em que realizei a pesquisa, são exemplos de como a discussão em torno da humanização, até pouco tempo restrita à classe média, pode chegar a mulheres de classes populares. Se no trabalho de Bonadio (1998) a ambição de mulheres de classes populares na assistência pré-natal era ‘ser tratada como gente’, através de iniciativas como as citadas anteriormente é possível ambicionar mais do que o básico, que apesar de dado como garantido constitucionalmente, por

⁷⁰ O dado se refere a pesquisa de opinião popular realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC. <https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>

⁷¹ Grande parte da movimentação em prol do CPN Floripa foi realizada online, principalmente através do Instagram <https://www.instagram.com/cpnfloripa/>

vezes é desrespeitado. No caso da assistência pré-natal em meu local de pesquisa, mesmo que o texto base do PHPN seja insuficiente no que diz respeito à humanização, são iniciativas de sujeitos individuais que têm mais repercussão na assistência prestada e no acesso a práticas humanizadas.

Nota-se uma necessidade da ampliação da humanização em saúde, reconhecendo os sujeitos a partir de suas singularidades, assim como os contextos nos quais os sujeitos estão inseridos. A aplicação das políticas públicas em saúde tem de levar em conta as particularidades e a noção de integralidade, subvertendo em parte a lógica dos manuais e protocolos que se baseiam somente em números para avaliar a qualidade de políticas a partir do nível de acesso da população. Segundo Simões *et. al* (2007), a respeito da humanização na saúde através da Atenção Primária, “a padronização é um fato constante no cotidiano das práticas de saúde, o que pode levar à rigidez e impessoalidade da relação”. Os autores afirmam que no atendimento em saúde, por vezes o profissional ainda é reconhecido como detentor de ‘autoridade’ na relação com o paciente, assumindo um posicionamento que dificulta o diálogo. Nesse sentido, quando Marcela relatou a antiga forma de funcionamento do Grupo de Gestantes, focado na fala da enfermeira que orientada as mulheres sobre condutas, é o foco no profissional dotado de autoridade que está em jogo. A atual forma de oferta do grupo, descentralizado e aberto ao diálogo, é uma forma de inserir a prática da humanização na atenção primária e, nesse caso, na assistência pré-natal. Os autores ainda afirmam que a prática da humanização na assistência em saúde coletiva exige o envolvimento de todos os sujeitos.

implica pensar em tornar os serviços resolutivos e de qualidade, tornando as necessidades de saúde dos usuários responsabilidade de todos os atores sociais envolvidos no processo de trabalho. A equipe de saúde deve refletir e discutir como tem sido a sua prática em todos os momentos a relação com o usuário. (SIMÕES *et.al*, 2007, p. 440-441).

Nesse sentido, pensando no Centro de Saúde a partir do qual a pesquisa descrita aqui foi realizada, seria necessário repensar desde a própria comunicação com os usuários, que pelos relatos obtidos em campo afeta inclusive as formas de acesso ao serviço, e conseqüentemente a vivência da assistência em saúde, até a própria compreensão dos profissionais em torno da política de humanização e as ações como o Grupo de Gestantes.

Em um exemplo crítico da consequência da rigidez da aplicação das políticas e diretrizes, certa ocasião observei na sala de espera a tentativa de uma mulher em realizar seu

cadastro da unidade de saúde. Para realizar esse tipo de cadastro geralmente é solicitado um documento de identificação, como o RG, e um comprovante de residência. A documentação serviria para não só confirmar o pertencimento do sujeito ao território subscrito à unidade de saúde, quanto para classificá-lo de acordo com a área. Ao tentar realizar o cadastro naquele dia, a mulher acabou esbarrando justamente no comprovante de residência. Ela se mudaria em duas semanas, para uma casa no mesmo território, mas não tinha nenhum documento que comprovasse o aluguel do imóvel ou algo que o valha. No decorrer da situação, enquanto ela explicava o porquê de não ter comprovante e afirmava que precisava se cadastrar pois tinha necessidade de assistência em saúde, um funcionário da unidade explicava repetidamente as regras para cadastro, afirmando que ela voltasse quando tivesse o comprovante. As justificativas eram repetidas com um “a orientação que eu tenho é essa”, que de algum modo parecia lavar as mãos quanto a qualquer responsabilidade em torno do não cadastro da usuária. A mulher acabou deixando a unidade e afirmando que voltaria quando tivesse toda a documentação. O funcionário repetiu mais uma vez a uma funcionária próxima que ele não podia fazer nada, a orientação que ele tinha era aquela. Esse tipo de situação demonstra como a aplicação de uma orientação superior é capaz de tornar a unidade de saúde inacessível. Em um local como o Monte Cristo, com precarização da moradia e do acesso a questões de luz e esgoto, a cobrança por um comprovante de residência para possibilidade de acesso ao Centro de Saúde é uma prática totalmente deslocada da realidade local, indo de encontro ao que se propõe enquanto humanização em saúde.

O exemplo acima demonstra a necessidade de ampliação do conceito de humanização em saúde, promovendo uma prática que leve em conta as particularidades encontradas em cada território, promovendo escuta ativa e integralidade na oferta de assistência à saúde. Arthur Chioro, ex-ministro da saúde, afirmou que as políticas atuais do governo federal ameaçam a universalidade do SUS e que, em decorrência da precarização orquestrada, cada vez mais os usuários são influenciados a buscar atendimento no mercado privado⁷². A fala do ministro é corroborada por minhas interlocutoras ao afirmarem que buscavam a realização de exames de ultrassom através de planos de saúde ofertados pelo trabalho ou mesmo tirando do próprio bolso para realizá-los em clínicas particulares. Além desse tipo de exame, também foi mencionado o acesso à assistência em saúde mental através do setor privado, em contraponto com a

⁷²<https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2019/08/governo-bolsonaro-quer-o-fim-do-sus-como-politica-universal-de-saude-denuncia-ex-ministro/>

dificuldade de acessar através do SUS. Quando Roberta relatou durante o Grupo de Gestantes sobre suas prévias tentativas de suicídio, disse que frequentou um psiquiatra, pagando do próprio bolso, mas tinha abandonado o tratamento por não ter dinheiro disponível para continuar com as consultas. Para Chioro, o quadro atual das políticas de saúde alerta para a necessidade de uma mobilização de toda a sociedade em defesa do SUS em seu caráter universalista.

Iniciativas como as da equipe de residentes ao promover do Grupo de Gestantes, de Marcela ao insistir em uma prática de assistência humanizada e mesmo de alguns médicos em adotar a aplicação do Plano de Parto são ações isoladas frente a tentativa dos manuais, despachos e resoluções de precarizar o atendimento e privilegiar números, oferecendo o mínimo possível no que diz respeito não só a humanização, como a própria política de acesso à saúde. Torna-se necessário ampliar o acesso e a qualidade da assistência, fazendo com que os elogios feitos por minhas interlocutoras não sejam exclusivamente focados na quantidade de exames de sangue ofertados, mas sim sobre a integralidade do atendimento, desde a porta de entrada da unidade até o consultório médico. Para tanto, é necessário um compromisso de todos, especialmente na defesa contra políticas de governo cada vez mais nocivas para as classes menos favorecidas socialmente.

O abismo entre os manuais, diretrizes, programas e decretos impostos pelo Estado e sua aplicação passa diretamente pela subjetividade dos sujeitos responsáveis pela formulação, organização e aplicação das políticas públicas. A compreensão disso abre uma nova dimensão de análise, propiciando ultrapassar tanto uma concepção purista de política de saúde que simplesmente corresponde aos avanços científicos e a própria concepção positivista de ciência, impessoal e desinteressada. Permite ainda, visualizar o lado de quem é colocado como alvo das políticas de saúde, em seus anseios, expectativas e demandas. Faz-se necessário então abordar, mais do que números em relatórios, a profusão de experiências, saberes e práticas envolvidas nas relações de saúde/doença e que expandem a relação entre protocolos, políticas públicas e os serviços ofertados.

6 CONCLUSÕES

Como encerrar o campo? A frustração que me ocorreu diante da minha última ida ao Grupo de Gestantes deixou aquela sensação de esbarrar com um conhecido, se despedir e os dois acabarem indo para o mesmo lugar. O protocolo exige a encenação de um fim, mesmo que a realidade seja outra.

O campo não encerrou no último Grupo de Gestantes, tampouco na reunião com a coordenadora no dia seguinte. Também não acabará quando o último ponto for colocado neste texto. Talvez daí venham todos os processos de procrastinação envolvidos neste tópico final.

Minha frustração vem na corrente da expectativa em torno de como será. É a mesma frustração que tenho visto em inúmeros relatos de parto publicados online. Planos de parto normal que acabam em uma cesariana, deixando mulheres com um sentimento amargo. Tem base na mesma frustração de Luana quando me contou que gostaria de ter o filho no Hospital Universitário, mas tinha sido referenciada para o Hospital Regional. Talvez a mesma de Mônica, ao justificar que não iria fazer o Plano de Parto ofertado no Centro de Saúde porque os profissionais que iriam fazer o parto provavelmente iriam ignorar o documento. Quantas frustrações Mônica passou até chegar naquela fala?

Maluf (2018), apontando a relação dinâmica entre políticas públicas, suas aplicações e um dos papéis que a antropologia tem desempenhado nesse cenário, afirma que

Uma antropologia do Estado, ou mais especificamente das políticas públicas, tem partido do questionamento da existência deste como uma entidade orgânica, um ente substantivo dado, buscando entendê-lo como práticas, ações e discursos que envolvem um conjunto heterogêneo e contraditório de atores ou agentes sociais, com diferentes disposições morais e subjetivas. Para além das leis, dos textos e documentos, o Estado é também o que se produz no plano do que fazem seus agentes, os quais, no lugar de serem apenas executores das políticas públicas, são também aqueles que, em suas práticas cotidianas, também fazem a política pública. (MALUF, 2018, p. 24)

A pesquisa realizada buscou então destacar a dimensão entre a formulação de uma política pública, o PHPN, e a experiência das usuárias, problematizando também a própria aplicação da política através dos agentes. Parte central dos resultados desta pesquisa foi demarcar como a oferta de ações como o Grupo de Gestantes, que pode entrar como atividade educativa dentro do que é previsto no texto do PHPN, é essencial para a perspectiva de promoção de uma assistência à saúde informada, gratuita e de qualidade. Acima de tudo, está a

oferta de uma assistência humanizada. Traça-se também a possibilidade de vislumbrar a diferença entre a própria compreensão de ‘humanização’ que compõe as diretrizes oficiais na saúde pública brasileira e as reivindicações de movimentos como a ReHuNa em torno do tema, já bastante explorado em trabalhos de pesquisadoras como Carmem Tornquist (2002b), Olivia Hirsch (2015), Raquel Simas (2016) e Rosamaria Carneiro (2011), entre outras. Enquanto a discussão dentro destes movimentos envolve muito mais a questão das intervenções aprovadas ou não durante o parto, que roubariam ou promoveriam o protagonismo da mulher, a humanização que o Ministério da Saúde propõe através do PHPN trata de uma visão integral do sujeito na oferta de uma assistência de qualidade, visando as propostas de universalização do SUS e equidade na assistência. Talvez o trabalho seja um elemento para adicionar na seara de discussão em que o movimento em prol da humanização do parto e nascimento no Brasil está inserido.

É no abismo entre a expectativa e a realidade que muitas questões relacionadas ao SUS ganham cada vez mais volume. Um dos melhores sistemas públicos de saúde do mundo, mas que deixa faltarem vacinas constantemente. Manuais sobre humanização em saúde, humanização no pré-natal, no parto e ao mesmo tempo profissionais que ignoram qualquer aproximação com uma prática humanizada. A única porta de acesso de milhares de brasileiros aos serviços de saúde e um governo que corta investimentos e congela orçamentos ignorando pesquisas acadêmicas e clamores populares. Apesar disso, ainda há potência no SUS.

Encontrar no Centro de Saúde pesquisado um sistema informatizado e atualizado, horário de atendimento estendido, estrutura física de qualidade e iniciativas consonantes com uma atualizada medicina baseada em evidências faz acreditar na potência do SUS e em sua capacidade de expansão. Incrustado no meio de um território que muitos ainda olham atravessados, cooptados pela mitologia da periferia violenta, o Centro de Saúde, repleto de funcionários, estudantes e residentes, carrega a proposta de universalidade e equidade. Porém, ainda há muito o que se fazer.

Ao longo desta dissertação tentei demonstrar como, desde a formulação das primeiras políticas públicas de saúde direcionadas ao público materno-infantil, existe uma política de Estado agindo por interesse próprio. É a partir do momento em que a participação popular chega às searas de decisões e formulação de políticas que observamos uma mudança brusca na própria capacidade de acesso à saúde. Foi a redemocratização do país e as Conferências de Saúde que fizeram surgir o SUS. Foram também conferências e mobilizações populares que trouxeram a

discussão em torno da humanização dos cuidados de pré-natal e parto como pauta. É nessa corrente que surge o PHPN e é nela que precisamos seguir para ampliar seu funcionamento.

No que diz respeito ao PHPN enquanto texto de política pública e sua aplicação, visualizada através da experiência das mulheres vinculadas a este, a pesquisa deixou claro que estão sendo cumpridas as ações previstas na formulação do programa no atendimento prestado junto ao Centro de Saúde onde a pesquisa foi realizada. Isso se dá, por exemplo, pela própria superficialidade do texto ao não especificar qual profissional deveria realizar as consultas previstas (no mínimo 6 durante a gestação), tampouco qual o conceito de humanização adotado para a prática do pré-natal, já que o texto foca na humanização aplicada ao momento do parto. Desta forma, quando as interlocutoras se queixam em relação ao médico (ou à ausência deste) durante os atendimentos ao longo da gestação, ainda assim as consultas estão sendo cumpridas através de enfermeiros do próprio Centro de Saúde ou residentes da RSFM. Desta forma, existe uma ampla margem entre o texto do PHPN e sua aplicação, de modo que os requisitos básicos possam ser cumpridos sem necessariamente atingirem as expectativas de equipes, usuárias ou a própria proposta de humanização em saúde, a depender da definição adotada.

A meu ver, parte da proposta de humanização em saúde é compreender que, se as longas filas cedo da manhã são parte constituinte da experiência de ser usuário do Centro de Saúde, e motivo de queixa, algo precisa ser mudado. Simões *et. al* (2007) corroboram com essa perspectiva ao, abordando a proposta de universalização do SUS e a humanização em saúde, afirmarem que “as filas enormes, inúmeras e cotidianas nas portas dos serviços de saúde mostram a distância da proposta humanizadora do SUS e a realidade de saúde no país” (p. 440). Se existe falha na comunicação entre equipes e usuários, desencontros na marcação de consultas, na possibilidade de fala dentro do consultório, de respeito às decisões e incentivo à um processo de gestação informado, a proposta de humanização precisa ser revista. O exposto vai de encontro a própria Política Nacional de Humanização em sua diretriz de acolhimento. O texto afirma que “Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações”⁷³. Ou seja, mesmo que existam páginas e páginas em torno do funcionamento do PHPN e mesmo da Política Nacional de Humanização ainda existem

⁷³ O texto citado está presente no folheto da Política Nacional de Humanização. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. A política citada foi lançada em 2003 e é base da humanização em saúde no SUS.

profissionais estão acomodados em seus status e se escondendo atrás da justificativa da falta de tempo, por exemplo. Durante o campo cheguei a ouvir de uma profissional que os médicos não participavam do Grupo de Gestantes porque ali era um equipamento de saúde de grande porte, grande demanda, a toda hora existem pacientes. Me perguntei então de que valia o texto do PHPN e as informações registradas no SisPreNatal se parte das queixas das gestantes era o atendimento quase linha de produção. Medir barriga, pesar, pressão. O espaço para compreender o sujeito que está ali, para além da barriga, fica suspenso a espera de iniciativas como a do grupo de residentes da RMSF no Grupo de Gestantes. Espaço aberto, diálogo, tempo. Ali no Centro de Saúde do Monte Cristo, apesar do nome do grupo direcionar o foco para as gestantes, o espaço era também de formação para os profissionais e estudantes que passavam e, caso abertos para a experiência de estar lá, podiam acessar na prática a humanização em saúde. Mais além, era um momento para que os companheiros/as das gestantes e demais familiares participassem do momento da gestação, compartilhassem suas dúvidas, expectativas e experiências.

A experiência das interlocutoras que tive durante a pesquisa precisa ser entendida não só através do que seus cartões de gestantes atestam, mas vista também através de questões como trabalho, migração, mobilidade e família. São sujeitos inteiros que buscam atendimento em saúde e que ficam eclipsados em um atendimento pré-natal padronizado. Que se busque então a ampliação do conceito de atendimento pré-natal e que essa mudança passe pela própria formação e atualização dos profissionais e suas práticas. Se o foco de destaque em humanização no Centro de Saúde pesquisado vem através dos residentes da RSMF, o que acontecerá quando eles terminarem a residência? As gestantes do ano seguinte terão de contar com a sorte de ter residentes alinhados com a humanização no pré-natal e parto ou poderão contar com o compromisso ético dos funcionários em fornecer um atendimento respeitoso e empático, enfim, humanizado?

Não se trata aqui de supor que o SUS terá de dar conta de tudo, tampouco que equipes sobrecarregadas poderão manejar todas as demandas dos sujeitos que as procuram. Afinal, os próprios profissionais passam por situações, como elenca Simões *et. al* (2007), que geram sistematicamente o impedimento da própria humanidade destes, seja em “sobrecarga de atividades e funções, jornada dupla ou tripla de trabalho dificuldade da conciliação da vida familiar e profissional, baixos salários e precárias condições de trabalho, gerando desgaste físico e emocional” (p. 440). As mulheres que se tornaram minhas interlocutoras, assim como

os próprios profissionais do Centro de Saúde, estão imersas em uma rede muito maior do que aquela unidade de saúde com suas rampas, cartazes e orientações de funcionamento. É na mesma rede que se inserem as questões raciais e seus impactos no cotidiano dos sujeitos, a organização do espaço público, a divisão da cidade, as possibilidades de emprego e a precarização na área que acarreta a perda de direitos etc. É esse amplo processo que faz com que o manual se torne mais um papel, e que a vida entre quase no automático, que estamos eu, minhas interlocutoras e mesmo o cobrador do ônibus que na minha primeira ida a campo deixou cair no chão o sanduíche preparado pela esposa cedo da manhã. Lya Luft (2014), discorrendo sobre o tempo, diz

A nós, o cotidiano tanto anestesia que correndo entre as atividades diárias ignoramos o real mais real. Até que algo nos toca, pungente, bom ou sinistro: nosso olhar se desembaça, as máscaras caem, ficamos de cara exposta enfrentando tudo como se fosse a primeira vez. (p. 18)

Talvez aqui a cara exposta seja Mônica frustrada com a perspectiva de não ser ouvida durante seu parto. Seja Roberta utilizando o Grupo de Gestantes para falar sobre suas tentativas de suicídio e seu processo de depressão, usando o espaço para dar vazão a um conteúdo que a falta de consultas com um psicólogo deixou pulsando. Por fim, talvez seja a própria baixa participação de gestantes no grupo destinado a elas. Trabalho doméstico, formal, questões familiares e até a própria circulação dentro do bairro era motivo para o não comparecimento.

Apesar de tudo, nas considerações possíveis ao fim do que chamou-se de campo de pesquisa, o balanço foi positivo. Sai daquela unidade de saúde sabendo da ampliação do acesso dos profissionais ao Plano de Parto, vendo uma nova turma de residentes ser ‘treinada’ para a promoção do Grupo de Gestantes no ano seguinte, vendo mulheres interessadas e informadas questionando sobre seus direitos e suas gestações. Todavia, como demonstrado anteriormente, o próprio SUS está sofrendo uma série de ataques por parte do governo. Isso significa não só o subfinanciamento do sistema, como a ameaça de formações como a própria Residência Multiprofissional em Saúde da Família e as universidades públicas que formam os sujeitos que em breve ocuparão cargos nos Centros de Saúde.

Muller, Rodrigues e Pimentel (2015), explorando o tabu em torno das pesquisas relacionadas ao parto e nascimento dentro da antropologia e sociologia, apontam que a produção acadêmica em torno do tema é promovida mais amplamente nas disciplinas da área da saúde e mesmo das políticas públicas. Mais além, penso que a produção da antropologia em torno destas questões

e sua ênfase na humanização tem focado quase que exclusivamente na dinâmica do parto, deixando de lado o longo período da gestação e o processo de pré-natal. Desta forma, acredito que a pesquisa demonstrada aqui contribui para o alargamento do campo e para chamar a atenção para as possibilidades de análise de políticas públicas através de documentos e da experiência de usuários. Deste modo, torna-se possível pensar sobre a política do PHPN, o SUS, as próprias ideias sobre maternidade e gestação, suas diversas posições nas discussões sobre interseccionalidade e, claro, a própria prática antropológica e qual seu papel dentro da área já consagrada das ciências da saúde. Longe de encerrar o campo, a discussão e as trocas, o ponto final desse texto é apenas uma pausa para a respiração que precede um longo diálogo.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, Carla. **O que é interseccionalidade?** Rio de Janeiro: Letramento, 2018.

BADINTER, Elizabeth. **O Conflito:** a mulher e a mãe. Trad. de Vera Lúcia dos Reis. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BADINTER, Elizabeth. **Um amor conquistado:** o mito do amor materno. Trad. de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARBIÉRI, Luiz Felipe. STF decide nesta quarta se gestantes e lactantes podem exercer atividades insalubres. **G1**, Brasília, 29 de maio, 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/05/29/stf-decide-nesta-quarta-se-gestantes-e-lactantes-podem-exercer-atividades-insalubres.ghtml>. Data de Acesso: 3 de dezembro de 2019.

BARBOSA, Luara de Carvalho; FABBRO, Márcia Regina Cangiani; MACHADO, Geovânia Pereira dos Reis. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. **Avances En Enfermería**, v. 35, n. 2, p.188-205, 2017.

BIROLI, Flávia; MIGUEL, Luis Felipe. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, [s.l.], v. 20, n. 2, p. 27-55, Universidade Estadual de Londrina, 2015.

BONADIO, I.C. "Ser tratada como gente": a vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica. **Rev. Esc. Enf. USP**. v. 32, n. 1, p. 9-15, abr. 1998.

BONILHA, LR; RIVORÊDO, CR. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, p, 7-13, 2005.

BRASIL. [Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016a. 496 p.

BRASIL. Casa Civil. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília., 15 de dez. 2016b. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Data de Acesso: 3 de dezembro de 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde:** Evolução e perspectivas. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. 100 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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, v. 220, p. 97, 13 de nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 21 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, 1º de junho, 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Data de Acesso: 3 de dezembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história / **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. 8. ed. Trad. de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CANELLA, Francisco. Novos parâmetros da ação coletiva numa localidade do bairro Monte Cristo - Florianópolis (2005 - 2010). **Percursos (Florianópolis. Online)**, v. 14, p. 242-270, 2013.

CANELLA, Francisco; SALES, Fernanda de; COSTA, Juliana Alves da; LIMA, Rosane Talayer de. Território Popular: Registro, Memória e Participação no bairro Monte Cristo. **Anais 37º SEURS – Educação**. Florianópolis, 2019.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado**. 2011. 341 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais – Unicamp). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

CARNEIRO, R.G. **Anthropological dilemmas of a public health agenda: Rede Cegonha program, individuality and plurality**. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.17, n.44, p.49-59, jan./mar. 2013

CHAZAN, Lilian Krakowski. **“Meio quilo de gente”**: um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CHIORO, A.; SCAFF A. **A implantação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

COLLINS, Patrícia Hills. Intersectionality’s Definitional Dilemmas. **Annu. Rev. Sociol.** 2015.41:1-20.

COLLUCCI, Claudia. Ministério vai mudar financiamento da atenção primária à saúde no país. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 19 julho, 2019. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/07/ministerio-vai-mudar-financiamento-da-atencao-primaria-a-saude-no-pais.shtml>. Data de Acesso: 3 de dezembro de 2019.

COSTA, Fabiana Alves da. Mulher, trabalho e família: os impactos do trabalho na subjetividade da mulher e em suas relações familiares. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 3, n. 6, jul./dez. 2018.

COSTA, Maria Cristina Castilho. Etnografia de arquivos: entre o passado e o presente. **MATRIZES**, ano 3, nº 2, p. 171-186, jan/jul, 2010.

DAVIS, Angela. **Mulheres, Raça e Classe**. Trad. Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 1 ed., 2016.

DAVIS-FLOYD, Robbie. **Birth as an American Rite of Passage**. Berkeley, University of California Press, 1992.

DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. **A cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Mundukuru**. Brasília: Paralelo 15, 2015.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. **Interface (Botucatu) [online]**. 2014, vol.18, n.48 [cited 2020-01-10], pp.217-220. Available from:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832014000100217&lng=en

&nrm=iso>. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0910>. Data de Acesso: 3 de dezembro de 2019.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; DUARTE, Ana Cristina. **Parto normal ou cesárea?:** o que toda mulher deve saber (e todo homem também). São Paulo: UNESP, 2004.

DUTRA, Rogéria Campos de Almeida ; RIBEIRO, Nádia Oliveira Vizotto. A Antropologia Urbana no Brasil. **Teoria e cultura:** Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 127 a 138, jan./jun. 2013.

FLEISCHER, Soraya. Autoria. Subjetividade e poder: devolução de dados em um centro de saúde na Guariroba (Ceilândia/DF). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 9, p.2649-2658, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.03312015>

FLEISCHER, Soraya. **Descontrolada:** Uma Etnografia dos Problemas de Pressão. Brasília: EdUFSCar,, 2018.

FLEISCHER, Soraya; BATISTA, Monique. “Isso aqui é a minha valência”: notas etnográficas sobre um grupo de ginástica na Guariroba, Ceilândia, DR. In: **Etnografias em serviços de saúde**. Jaqueline Ferreira e Soraya Fleischer (org.) Rio de Janeiro: Garamond, 1ed, 2014.

FONSECA, C. **Caminhos da Adoção**. São Paulo: Cortez, 1996.

FONSECA, C.. “Classe e a recusa etnográfica”. In: **Etnografias da participação**. Claudia Fonseca e Jurema Brites (Org.). Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2016.

FONSECA, C. Quando cada caso NÃO é um caso: pesquisa etnográfica e educação. **Revista Brasileira de Educação** (São Paulo), 10: 58-78, 1999.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I:** a vontade de saber. 11 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder [1979]**. Rio de Janeiro: Graal, 2011.

FREIRE, M. M. de L. **Mulheres, mães e médicos:** discurso maternalista no Brasil. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

FREIRE, M. M. de L. **Mulheres, mães e médicos:** discurso maternalista em revistas femininas (Rio de Janeiro e São Paulo, década de 1920). Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa Oswaldo Cruz, Fiocruz: Rio de Janeiro, 2006.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GEORGES, E. Fetal ultrasound imaging and the production of authoritative knowledge in Greece. **Medical Anthropology Quarterly**, 10(2): 157-175, 1996.

GOMES, Karine de Oliveira *et al.* Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v. 16, supl. 1, pp. 881-892, 2011.

GRAHAN, Sandra Lauderdale. **Proteção e obediência**: Criadas e seus patrões no Rio de Janeiro., 1860 – 1910. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1992.

GUALDA, Maria Dulce. **Eu conheço minha natureza**: a expressão natural do parto. São Paulo: Editora Maio, 2002.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, n. 5, p. 07-41, 1995.

HARAYAMA, Rui. O sistema CEP-CONEP e a ética em pesquisa como política pública de proteção aos usuários do SUS. In: **Etnografias em serviços de saúde**. Jaqueline Ferreira e Soraya Fleischer (org.) Rio de Janeiro: Garamond, 1ed, 2014.

HIRSCH, Olivia Nogueira. O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. **Civitas**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 229- 249, 2015.

IACONELLI, Vera. Apresentação. In: Dossiê Parentalidade e Vulnerabilidade. **Revista Cult**, n 251, ano 2, nov 2018.

IJUIM, Jorge Kanehide; ABREU, Míriam Santini de. Jornalismo e contra-hegemonia:: o trabalho de tradução da luta por moradia. **Revista Comunicação Midiática**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 130-144, 2017.

JORDAN, B. **Birth in four cultures: a cross-cultural investigation in Yucatán, Holland, Sweden and the United States**. Waveland Pr Inc, 4a ed, 1992.

LANGDON, E. J.; MALUF, Sônia Weidner.; TORNQUIST, Carmen Suzana. Ética e Política em Pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados. In: **Políticas Públicas**: reflexões antropológicas. Esther Jean Langdon, Márcia Grissoti (org.). Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016.

LANGDON, EJ *et. al.* Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais. **Anuário Antropológico [online]**, 2012.

LANSKY, Sônia *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2014, v. 30, n. Suppl, pp. 192-207. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>. Data de Acesso: 3 de dezembro de 2019.

LEITE, Ilka Boaventura. Descendentes de Africanos em Santa Catarina: invisibilidade histórica e segregação. In: **Negros do Sul do Brasil**: invisibilidade e territorialidade. Ilka Boaventura Leite (Org.). Ilha de Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 1996.

LUFT, Lya. **O tempo é um rio que corre**. Rio de Janeiro: Record, 1ª ed, 2014.

MACHADO, Lia Zanotta. A Antropologia brasileira: um triplo itinerário? In: **O campo da antropologia no Brasil: retrospectiva, alcances e desafios**. Daniel Schroeter Simião e Bela Feldman-Bianco (Org.). Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia, 2018.

MALUF, Sônia Weidner. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Sônia Weider Maluf e Carmen Susana Tornquist (Org.). Florianópolis, Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 2010.

MALUF, Sônia Weidner. Social Work: Gender, Race/Ethnicity, Generations and Sexuality. **Revista Katálysis**, [s.l.], v. 21, n. 3, p.435-440, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592018v21n3p435>.

MALUF, Sônia Weidner. Biogitimidade, direitos e políticas sociais: novos regimes biopolíticos no campo da saúde mental no Brasil. In: **Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas**. Sônia Weidner Maluf e Érica Quinaglia Silva. (Org.). Florianópolis : Editora da UFSC, 2018.

MARINHO, J. Z. S. Ser Mulher é Ser mãe: a maternidade como uma atribuição científica. In: XXVI SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – ANPUH, 26, 2011, São Paulo, **Anais...** São Paulo, 2011.

MCCALLUM C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(7), p. 1483-1491, jul, 2006.

MARTINS, APV. Apresentação. In: **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, pp. 11-20

MEMMI, Dominique. **Faire vivre et laisser mourir: le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort**. Paris: La découverte, 2003.

MENDONÇA, Sara Sousa. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. **Civitas**: Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 250-271, abr.-jun. 2015.

MEYER, Dagmar E. Estermann. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. **Revista Gênero**, Niterói, v. 6, n. 1, p. 81-104. 2005.

MEYER, Dagmar E. Estermann, As mamas como constituintes da maternidade: uma história do passado?. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 25, p. 177-133, 2000.

MOREIRA, Matheus; DIAS, Tatiana. O que é ‘lugar de fala’ e como ele é aplicado no debate público. **Nexo Jornal** [online]. Disponível em <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2017/01/15/O-que-%C3%A9-%E2%80%98lugar->

de-fala%E2%80%99-e-como-ele-%C3%A9-aplicado-no-debate-p%C3%BAblico. Data de Acesso: 3 de dezembro de 2019.

MOTA, Beatriz. Corte orçamentário anunciado pelo governo pode provocar paralisia e morte de políticas sociais de saúde e de educação. **EPSJV/Fiocruz**, Rio de Janeiro, 04 de maio de 2019. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/corte-orcamentario-anunciado-pelo-governo-pode-provocar-paralisia-e-morte-de>. Data de Acesso: 3 de dezembro de 2019.

MOTTA, Flávia de Mattos. **Sonoro silêncio: história e etnografia do aborto**. Ponta Grossa: Todapalavra, 2015.

MONTEIRO, Marina. **Análise de relatos de mulheres com diagnóstico de depressão moradoras do bairro Monte Cristo, em Florianópolis, SC**. 2010. 102f. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. 2010.

MULLER, Elaine; RODRIGUES, Laís; PIMENTEL, Camila. O tabu do parto: Dilemas e interdições de um campo ainda em construção. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 15, n. 2, p. 272-293, 2015.

MULLER, Elaine. A diversificação das narrativas sobre parto e nascimento como possibilidade de politização e incremento das experiências. In: **Anais da IV REA/XIII ABANNE**. Fortaleza. UFC, 2013.

NAKAMURA, Eunice. O Método Etnográfico em Pesquisas na Área da Saúde: uma reflexão antropológica. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.1, p.95-103, 2011.

NASCIMENTO, Pedro; QUADROS, Marion. A SAÚDE COMO CAMPO DE PESQUISA ANTROPOLÓGICA: entrevista com Parry Scott. **POLÍTICA & TRABALHO. Revista de Ciências Sociais**, nº 42, janeiro/junho de 2015, p. 213-233.

NOGUEIRA, Azânia Mahin Romão. Territórios negros: Marcadores políticos no bairro Monte Cristo. **Congresso Brasileiro de Pesquisadores Negros**. 2018. Disponível em https://www.copene2018.eventos.dype.com.br/resources/anais/8/1527267577_ARQUIVO_Territoriosnegros_MarcadorespoliticosnobairroMonteCristo.pdf. Data de Acesso: 3 de dezembro de 2019.

NOGUEIRA, M. L. M. *et. al.* (2017) O método da história de vida: a exigência de um encontro em tempos de aceleração. **Pesquisas e práticas psicossociais**. 12(2): p. 466-485, 2017.

NUNES, S. A. **O corpo do diabo entre a cruz e a caldeirinha: um estudo sobre a mulher, o masoquismo e a feminilidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

OSIS, Maria Jose Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1 (Supl.), p. 25-32, 1998.

OVIEDO, Rafael Antônio Malagón; CZERESNIA, Dina. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 19, n. 53, p.237-250, 27 mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>.

PAES-SOUSA, Rômulo; RASELLA, Davide; CAREPA-SOUSA, Julio. Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 42, n. 3, p.172-182, nov. 2018.

PAIM, H. H. S. Marcas no corpo: Gravidez e maternidade em grupos populares. In: **Doença, Sofrimento e Perturbação: Perspectivas Etnográficas** (L. E. Duarte & O. Leal, org.), pp. 31-47, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PAVEZ, Cristienne Magalhães Pereira; FREITAS, Mário Jorge Cardoso Coelho; DIAS, Vera Lúcia Nehls. Território(s) da “favela” e conflitos socioambientais: na comunidade Arvoredo, Florianópolis-SC. **Ambient. soc.**, São Paulo , v. 22, e01692, 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414753X2019000100313&lng=p&t&nrm=iso>. acessos em 16 mar. 2020. Epub 26-Ago-2019.

PEIRANO, Mariza. Etnografia não é método. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 20, n. 42, p. 377-391, jul./dez. 2014.

PETCHESKY, R. P. Introduction. In: PETCHESKY, R. P. & JUDD, K. (Eds.) **Negotiating Reproductive Rights: women’s perspectives across countries and cultures**. London/ New York: Zed Books, 1998.

PORTO, Rozeli Maria. **Gravidez e relações violentas: representações da violência doméstica no Município de Lages – SC**. 2002. 138f. Dissertação (mestrado), Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 2002.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do Poder e Classificação Social. In: **Epistemologias do Sul**. Boaventura de Sousa Santos, Maria Paula Meneses (Org.). Coimbra: ALMEDINA. AS, 2009.

RAPP, R. Real-time fetus: the role of the sonogram in the age of monitored reproduction. In: DOWNEY, G. L. & DUMIT, J. (Eds.) **Cyborgs and Citadels: anthropological interventions in emerging sciences and technologies**. Santa Fe: School of American Research Press, 1997.

RATTNER D. *et. al.* ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Rev Tempus Actas Saúde Coletiva**. p. 215-228, 2010.

ROBLES, Alfonsina Faya. Regulações do corpo e da parentalidade durante o pré-natal em mulheres jovens de camadas populares. **Civitas**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 190-213, 2015.

RODRIGUES, *et. al.* **Protocolo de Enfermagem: Saúde da Mulher na atenção primária**. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2016.

ROHDEN, Fabíola. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 101-125, 2002.

ROHDEN, Fabíola. Histórias e tensões em torno da medicalização da reprodução. **Revista Gênero**, Niterói, v. 6, n.1, p. 213-224, 2006.

ROSA, Daniela Roberta. Reflexões sobre a parentalidade negra. In: Dossiê Parentalidade e Vulnerabilidade. **Revista Cult**, n 251, ano 2, nov 2018.

SARTI, C.. **A Família Como Espelho**. São Paulo: Cortez. 1997.

SCAVONE, L. As múltiplas faces da maternidade. **Cadernos de Pesquisa**, n 54, p. 37-49, 1985.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade *et al.* **Políticas de austeridade e seus impactos no campo da saúde: um debate em tempos de crise**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz/Fiocruz, 2018.

SCOTT, Joan. Experiência: Tornando-se visível. In: **Falas de Gênero**. Org. de Alcione Leite da Silva, Mara Coelho de Souza Lago e Tânia Regina Oliveira Ramos. Editora Mulheres, Santa Catarina, 1999

SANTOS, Renata de Oliveira Braga dos. **Guerra e parto: uma análise antropológica sobre o parto humanizado em Belo Horizonte**. 2016, 222f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAUDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública [online]**. 2000, vol.34, n.3 [cited 2020-01-09], pp.316-319. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-8910.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000300018>

SIMAS, Raquel. **Doulas e o movimento pela humanização do parto** – poder, gênero e a retórica do controle das emoções. 2016. 143 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Antropologia, 2016.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis *et. al.* Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 16 (3), jul- set, p. 439-444, 2007.

SOUSA, Maria Fátima de. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, 8(1), 11-16, mar, 2014.

SOUZA, Heloisa Regina. **A arte de nascer em casa: Um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo.** 2005. 156f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

STARFIELD B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.

SUÁREZ-CORTÉS, María *et al.* Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.520-526, 3 jul. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>.

TORNQUIST, Carmen Susana. Humanização do parto: entrevista com Robbie Davis-Floyd. **Estudos Feministas**, Florianópolis, vol.10, n.2, p. 389-397, 2002a.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, p. 483-497, 2002b.

TORNQUIST, Carmen Susana. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n 19(Sup. 2), p. 419-427, 2003.

TORNQUIST, Carmen. Suzana; ANDRADE, Ana Paula M. de; MONTEIRO, Marina. Velhas histórias, no vas esperanças. In: **Gênero, saúde e aflição:** abordagens antropológicas. Sônia Weider Maluf e Carmen Susana Tornquist (Org.). Florianópolis, Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA **Redes de atenção à saúde:** a Rede Cegonha/Consuelo Penha Castro Marques (Org.). - São Luís, 2015.

VAITSMAN J.; ANDRADE GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Cien Saude Colet**, 2005; 10(3):599-613

VAN DER SAND *et. al.* Autoatenção na gravidez para mulheres residentes no Campo: um estudo etnográfico. **Texto Contexto Enfermagem**, vol 25, n 4, p. 1-9, 2016.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; SILVA, Hudson Pacífico da. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 7, p.2107-2118, jul. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.07582018>.

VIEIRA, C. L; ÁVILA, A. A. Um olhar sobre o fenômeno da maternidade naturalista: refletindo sobre processo de maternagem. **Revista Gênero:** Niterói, v. 18, n. 2, 2018.

WAGNER, Roy. **A invenção da cultura.** São Paulo: Cosac Naify, 2012.

ZALUAR, A. **A Máquina e a revolta.** 1ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

APÊDICE A – Flyer Pesquisa

Informações

Qual o nome da pesquisa para qual estou sendo convidada?

Narrativas da espera: experiências de mulheres realizando pré-natal em um bairro de classe popular de Florianópolis através do SUS.

Quem faz a pesquisa?

Alana Aragão Ávila, psicóloga pela Universidade Federal do Ceará e estudante de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina. A pesquisa é orientada pela Professora Doutora Sônia Weidner Maluf.

Sobre o que é essa pesquisa e qual seu objetivo?

A pesquisa tem por objetivo identificar como as mulheres grávidas experienciam o processo do atendimento pré-natal realizado a partir das diretrizes do Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN) na atenção primária em saúde em um bairro de classe popular de Florianópolis.

Quem pode participar?

Mulheres que estejam grávidas e realizando o pré-natal através do SUS no Centro de Saúde Monte Cristo no período entre junho e outubro de 2019. A participação é voluntária.

O que é o TCLE? Por que ele é importante?

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é um documento que o participante da pesquisa e a pesquisadora assinam, firmando a disponibilidade em participar da pesquisa. O documento é o que garante que o participante foi informado de seus direitos em relação a sua participação na pesquisa e que sua participação é voluntária. O TCLE é um requerimento obrigatório do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.

Qual a duração da pesquisa?

A pesquisa será realizada entre junho e outubro de 2019.

Como entrar em contato com a pesquisadora?

Para qualquer informação ou dúvida é possível entrar em contato pelo whatsapp, e-mail ou instagram. Se você desejar é possível marcar um encontro presencial para tirar qualquer dúvida.

Whatsapp: (48) 9 98596729 | E-mail: alanaavila01@yahoo.com.br

Instagram: @alanaavilapsicologa

ANEXO A – PLANO DE PARTO

Lembrete:

- Traga a certidão de nascimento do seu bebê para atualizar o cadastro de saúde;
- Lembre-se de trazer o seu bebê para realizar o teste do pezinho entre o 3º e 5º dia de vida;
- Informe-se com sua equipe sobre o agendamento da primeira consulta do seu bebê com médico da equipe/ou pediatra e a sua consulta pós-parto, que deverá ser realizada ainda na primeira semana até 10 dias pós-parto.



Adaptado do Protocolo de enfermagem: Saúde da Mulher, Florianópolis, 2016, vol.3
Elaboração: Residente de Enfermagem Nayssa Marques Pires
Centro de Saúde Monte Cristo

A raspagem dos pelos é desnecessária, assim como a lavagem intestinal. Caso sinta vontade de evacuar durante o trabalho de parto não se preocupe, isto é algo comum e natural.

Algumas técnicas podem ser utilizadas para aliviar a dor durante o trabalho de parto. Você pode escolher técnicas naturais ou ainda poderá solicitar administração medicamentosa para alívio da dor.

O que deseja realizar para alívio da dor?

- Exercícios de relaxamento com a bola do nascimento Massagens Banho de banheira ou chuveiro Exercício de respiração Música
 Pouca luminosidade no ambiente Aromaterapia
 Medicamentos/ Anestesia Outros__

Você poderá ingerir alimentos leves e pode tomar líquidos para manter-se hidratada.

O que deseja ingerir?

- Frutas Gelatina Água Chás Suco de fruta Picolé de frutas
 Outros__

No trabalho de parto é recomendado que a mulher se movimente livremente, devendo evitar a posição deitada de costas. A posição do parto deve ser escolhida pela mulher

Escolha livremente a posição que deseja ficar durante o parto:

- Sentada De cócoras De lado Deitada com cabeça elevada
 Outra__

Episiotomia é um corte efetuado na região do perineo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto em alguns casos, não devendo ser realizado rotineiramente e sem justificativa.

- Caso seja necessário e após esclarecimento pelo profissional médico ou enfermeira (o) obstetra, poderá ser realizado com o seu consentimento?**
 Sim Não

MEU PLANO DE PARTO

NOME: _____
DPP: __/__/__

O plano de parto é uma carta elaborada pela gestante, onde fica registrado os seus desejos durante o trabalho de parto e o parto, permitindo a reflexão sobre como gostaria de parir seu bebê. Esse instrumento possibilita maior autonomia e empoderamento durante o pré-natal, parto pós-parto e os cuidados pós-parto consigo e seu bebê, assegurando informação sobre algumas práticas recomendadas para a assistência ao parto.



Indo para a maternidade...

Recomenda-se aguardar o trabalho de parto que, se inicia com contrações uterinas rítmicas, geralmente dolorosas, sendo no mínimo de 2-3 contrações em 10 minutos. Nesse momento pode haver o rompimento espontâneo da bolsa amniótica e/ou sangramento ou mesmo antes do início das contrações.

Qual maternidade você deseja realizar o seu parto? _____

Toda a gestante tem direito a um acompanhante durante todo período que estiver na maternidade.

Deseja a presença de alguma pessoa de sua confiança? Sim Não

Quem você deseja que esteja presente durante o parto?

- Parceiro(a)/pai do bebê Filha(o) Mãe Amiga(o) Doula Outros__



HORA DE OURO

O bebê que nasce bem é secado e mantido em contato pele a pele com a mãe, antes mesmo de cortar o cordão. O cordão umbilical deverá ser cortado após 1 minuto de vida, quando parar de pulsar. O bebê deve ser colocado para mamar logo que nascer e permanecer junto a mãe durante toda a internação hospitalar.

Deseja que o corte do cordão umbilical seja realizado por quem?

- Você mesma Acompanhante O profissional Outro__

Após o parto administra-se vitamina K no músculo da perninha do bebê, para evitar hemorragia, e pinga-se um colírio nos olhos para evitar infecção. O banho não deve ser realizado nas primeiras horas, mantendo a temperatura corporal e a pele protegida.

Após o tempo necessário. Quem deseja que realize o primeiro banho do bebê?

- Você mesma Acompanhante O profissional Outro__

A mãe e seu bebê devem permanecer juntos durante o período de internação no alojamento conjunto, o que favorece o aleitamento materno, os cuidados com o recém-nascido, provendo o vínculo. Aos profissionais de saúde cabe acolher e prestar assistência à mãe e ao bebê, monitorizando possíveis intercorrências e intervindo sempre que necessário prestando todas as informações e esclarecimentos.

Registre aqui outros desejos e expectativas em relação ao parto:

Ao realizar meus registros neste, fui informada sobre as recomendações. Desejo que o atendimento seja humanizado e respeitoso nesse momento tão importante.

Grata, _____

ANEXO B – PORTARIA PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

10/01/2020

Ministério da Saúde

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 569, DE 1º DE JUNHO DE 2000(*)

Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania;

Considerando a necessidade de ampliar os esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país;

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal;

Considerando a necessidade de complementar as medidas já adotadas pelo Ministério da Saúde no sentido de aprimorar a assistência à saúde da gestante, como a implantação das redes de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes;

Considerando a necessidade de prosseguir na política de estimular o aprimoramento do sistema de assistência à saúde da gestante, integrando e regulando o atendimento à gestação e ao parto nos níveis ambulatorial básico e especializado, o acompanhamento pré-natal, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar e ainda o controle de leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade assistencial;

Considerando a necessidade de adotar medidas que possibilitem o avanço da organização e regulação do sistema de assistência à gestação e ao parto, estabelecendo ações que integrem todos os níveis desta assistência, definindo mecanismos de regulação e criando os fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido;

Considerando a necessidade de estimular o processo de regulação da assistência obstétrica e neonatal baseado na implantação de Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal nos níveis estadual, regional e municipal, como um instrumento ordenador e orientador da atenção à saúde da gestante e do recém-nascido, com o princípio fundamental de incrementar o desenvolvimento da capacidade do poder público de gerir o sistema e de responder, de forma rápida, qualificada e integrada, às demandas de saúde oriundas deste grupo populacional específico, em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial, resolve:

Art. 1º Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. O Programa objeto deste Artigo será executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

b - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

c - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

d - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;

e - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;

10/01/2020

Ministério da Saúde

f - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.

Art. 3º Estabelecer que o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento seja constituído pelos seguintes componentes, regulamentados em ato próprio do Ministério da Saúde:

- a - Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal;
- b - Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal.
- c - Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto;

§ 1º O Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal, tem o objetivo de estimular os estados e municípios, de acordo com os princípios e critérios estabelecidos, a realizarem o acompanhamento pré-natal completo e o cadastramento das gestantes;

§ 2º O Componente II – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, terá dois componentes:

a - criação de condições técnicas, financeiras e operacionais que permitam o desenvolvimento de mecanismos destinados à organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal por meio do estabelecimento de protocolos de regulação, da estruturação de Centrais de Regulação e estruturação de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares, e

b - financiamento do incremento da qualidade assistencial e da capacidade instalada obstétrica e neonatal de hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Único de Saúde que prestem este tipo de assistência e que cumpram os requisitos e critérios de elegibilidade estabelecidos.

§ 3º O Componente III - A nova sistemática de pagamento da assistência ao parto, tem a finalidade de melhorar as condições do custeio desta assistência nos hospitais cadastrados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde SIH/SUS e terá dois componentes:

- a - alteração do valor e forma de remuneração da assistência ao parto, e
- b - pagamento de um adicional sobre o valor de que trata a alínea "a" para aqueles hospitais que prestarem assistência ao parto a gestantes cadastradas no Programa de Incentivo à Assistência Pré-natal e que tenham o acompanhamento pré-natal completo;

Art. 4º Estabelecer recursos no montante de R\$ 567.038.000,00 (quinhentos e sessenta e sete milhões e trinta e oito mil reais) para o desenvolvimento dos componentes previstos no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, cujas despesas correrão à conta das dotações consignadas às seguintes atividades: 10.301.0001.0587, 10.301.0001.0589, 10.302.0023.4306, 10.302.0023.4307, 10.302.0004.1823, 10.302.0004.1837, 10.302.0004.1867.

Parágrafo único. A composição do montante global de recursos destinados à implementação do Programa, de que trata este Artigo, é a seguinte:

a - R\$ 123.000.000,00 (cento e vinte três milhões de reais) anuais, oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde, destinados ao custeio do Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, adicionais aos recursos já dispendidos nesta assistência;

b - R\$ 134.038.000,00 (cento e trinta e quatro milhões e trinta e oito mil reais) a serem investidos no primeiro ano de implantação do Programa, sendo:

- R\$ 100.000.000,00 (cem milhões de reais) oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde e destinados ao Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, e

- R\$ 34.038.000,00 (trinta e quatro milhões e trinta e oito mil reais) oriundos do empréstimo BID/BIRD/REFORSUS destinados, dentro do Componente II, à aquisição de equipamentos para aparelhamento de unidades hospitalares cadastradas como referência para gestação de alto risco e de UTIs neonatais;

c - R\$ 310.000.000,00 (trezentos e dez milhões de reais) anuais, oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde, destinados ao custeio do Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência Obstétrica e Neonatal, adicionais aos recursos já dispendidos nesta assistência;

Art. 5º Estabelecer, para cada nível de gestão do Sistema Único de Saúde, as seguintes competências/atribuições na implementação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento :

§ 1º São competências/atribuições do Ministério da Saúde:

a - articular com estados, municípios e Distrito Federal a implantação do Programa e estabelecer mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo;

10/01/2020

Ministério da Saúde

b - assessorar os estados, municípios e o Distrito Federal na elaboração de seus respectivos Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, na estruturação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento;

c - estabelecer normas técnicas e critérios de elegibilidade para inclusão no Programa;

d - alocar recursos destinados ao co-financiamento dos componentes integrantes do Programa.

§ 2º São competências/atribuições das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal:

a - elaborar, em articulação com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde e como condição indispensável à implantação do Programa Nacional, os Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, organizando seus sistemas estaduais/regionais de assistência obstétrica e neonatal que contemplem ações voltadas para a atenção básica, o apoio laboratorial, a atenção ambulatorial especializada e a assistência hospitalar obstétrica e neonatal, explicitando as unidades de referência para o diagnóstico, a atenção ambulatorial à gestação de alto risco e a assistência ao parto de baixo e alto risco;

b - coordenar e executar, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde, a programação física e financeira da assistência obstétrica e neonatal;

c - estruturar e garantir o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal;

d - assessorar os municípios na estruturação de suas respectivas Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento;

e - assessorar os municípios no processo de implementação do Programa e seus respectivos componentes e no desenvolvimento de mecanismos destinados a seu controle, avaliação e acompanhamento;

f - alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;

g - monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito estadual;

h - manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade SIM, SINASC, SIPAC.

§ 3º São competências/atribuições das Secretarias Municipais de Saúde:

a - participar da elaboração do Programa Estadual de Humanização no Pré-natal e Nascimento;

b - estruturar e garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal, naqueles municípios que cumpram os critérios de elegibilidade estabelecidos;

c - estruturar e garantir o funcionamento do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar, naqueles municípios que cumpram os critérios de elegibilidade estabelecidos;

d - garantir o atendimento pré-natal e do puerpério em seu próprio território e realizar o cadastro de suas gestantes;

e - identificar laboratórios e garantir a realização dos exames básicos e o acesso aos exames de seguimento do pré-natal, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional;

f - estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional;

g - alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;

h - monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito municipal;

i - manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade SIM, SINASC, SIPAC.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

ANEXO I

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA O ADEQUADO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

Para a realização de um adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera, o município deverá, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, desenvolver esta modalidade assistencial em conformidade com os princípios gerais e condições estabelecidas no presente documento, realizando as seguintes atividades:

10/01/2020

Ministério da Saúde

I - Atividades

1-Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;

2-Garantir os seguintes procedimentos:

2.1-Realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;

2.2-Realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;

2.3-Realização dos seguintes exames laboratoriais:

a - ABO-Rh, na primeira consulta;

b - VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

c - Urina rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

d - Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

e - HB/Ht, na primeira consulta.

2.4-Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes;

2.5-Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;

2.6-Realização de atividades educativas;

2.7-Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;

2.8-Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

II - Avaliação da Assistência Pré-natal

Para avaliar a efetividade da assistência pré-natal oferecida, a partir dos dados disponíveis nos sistemas nacionais de informações em saúde o município e o estado devem utilizar, no mínimo, os seguintes indicadores:

1-Indicadores de Processo

1.1-Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos do município);

1.2-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal;

1.3-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;

1.4-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos;

1.5-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;

1.6-Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica.

1.7-Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis (06) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica.

2. Indicadores de Resultado

2.1- Percentual de Recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município

2.2 - Percentual de Recém-nascido com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos do município

3-Indicadores de Impacto

3.1-Coefficiente de incidência de sífilis congênita no município comparando com o do ano anterior;

3.2-Coefficiente de incidência de tétano neonatal no município comparando com o do ano anterior;

10/01/2020

Ministério da Saúde

- 3.3-Razão de mortalidade materna no município comparando com o do ano anterior;
- 3.4-Coefficiente de mortalidade neonatal precoce no município comparando com o do ano anterior;
- 3.5- Coeficiente de mortalidade neonatal tardia no município comparando com o do ano anterior;
- 3.6- Coeficiente de mortalidade neonatal total no município comparando com o do ano anterior.

ANEXO II

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA A ADEQUADA ASSISTÊNCIA AO PARTO

A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas.

Para a adequada assistência à mulher e ao recém-nascido no momento do parto, todas as Unidades Integrantes do SUS têm como responsabilidades:

- 1. atender a todas as gestantes que as procurem;
- 2. garantir a internação de todas as gestantes atendidas e que dela necessitem;
- 3. estar vinculada à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal de modo a garantir a internação da parturiente nos casos de demanda excedente;
- 4. transferir a gestante e ou o neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;
- 5. estar vinculada a uma ou mais unidades que prestam assistência pré-natal, conforme determinação do gestor local;
- 6. garantir a presença de pediatra na sala de parto;
- 7. realizar o exame de VDRL na mãe;
- 8. admitir a visita do pai sem restrição de horário;
- 9. garantir a realização das seguintes atividades:

•

Realização de partos normais e cirúrgicos, e atendimento a intercorrências obstétricas:

•

recepcionar e examinar as parturientes;

•

assistir as parturientes em trabalho de parto;

•

assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e anestésicos;

•

proceder à lavagem e antissepsia cirúrgica das mãos;

•

assistir a partos normais;

•

realizar partos cirúrgicos;

•

10/01/2020

Ministério da Saúde

assegurar condições para que as parturientes tenham direito a acompanhante durante a internação, desde que a estrutura física assim permita;

•

assistir ao abortamento incompleto, utilizando, preferencialmente, aspiração manual intra-uterina (AMIU);

•

prestar assistência médica e de enfermagem ao recém-nascido;

•

elaborar relatórios médico e enfermagem e fazer registro de parto;

•

registrar a evolução do trabalho de parto em partograma;

•

proporcionar cuidados no pós-anestésico e no pós-parto;

•

garantir o apoio diagnóstico necessário

10. dispor dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à adequada assistência ao parto.

(*) Republicada por ter saído com incorreção do original, no DOU nº 110-E, de 8 de junho de 2000, Seção 1, Páginas 4, 5 e 6.