

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

ARIANA CAVALCANTE DE MELO

HOJE EM DIA SÓ ENGRAVIDA QUEM QUISE?
MULHERES, REPRODUÇÃO E DESIGUALDADES NOS SERVIÇOS PÚBLICOS
DE SAÚDE EM MACEIÓ-AL

MACEIÓ
2011

ARIANA CAVALCANTE DE MELO

HOJE EM DIA SÓ ENGRAVIDA QUEM QUISE?
MULHERES, REPRODUÇÃO E DESIGUALDADES NOS SERVIÇOS PÚBLICOS
DE SAÚDE EM MACEIÓ-AL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Sociologia. Linha de Pesquisa 'Gênero, Trabalho e Saúde'.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Francisco Guedes do Nascimento

MACEIÓ
2011

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

M528h Melo, Ariana Cavalcante de.
 Hoje em dia só engravida quem quiser? : mulheres, reprodução e desigualdades nos serviços públicos de saúde em Maceió-AL / Ariana Cavalcante de Melo. – 2011.
 119 f.

Orientador: Pedro Francisco Guedes do Nascimento.
Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Ciências Sociais. Maceió, 2011.

Bibliografia: f. 108-113.
Apêndices: f. [114]-117.
Anexo: f.[118]-119.

1. Sociologia. 2. Reprodução humana – Aspectos socioculturais. 3. Mulheres. 4. Políticas públicas de saúde. 5. Desigualdade social – Maceió (AL). 6. Antropologia. I. Título.

CDU: 316:396



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS - ICS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA – PPGS



TERMO DE APROVAÇÃO

ARIANA CAVALCANTE DE MELO

Título do Trabalho: **HOJE EM DIA SÓ ENGRAVIDA QUEM QUISER?**
MULHERES, REPRODUÇÃO E DESIGUALDADES NOS SERVIÇOS PÚBLICOS
DE SAÚDE EM MACEIÓ-AL.

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de
Mestre em Sociologia, pelo programa de Pós-Graduação em Sociologia da
Universidade Federal de Alagoas, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:

Pedro Francisco Guedes do Nascimento (PPGS/UFAL)

Examinadores:

Prof. Dr. João Batista Menezes Bittencourt (PPGS/UFAL)

Profa. Dra. Marion Teodósio de Quadros (PPGA/UFPE)

Maceió, 19 de Dezembro de 2011.

Dedico

Aos meus pais, Miguel e Socorro, pelo exemplo e pelas palavras certas nas horas em que eu
mais precisei.

Agradeço

À minha irmã Andréia pelos valiosos e desconcertados momentos de riso e de música nas difíceis horas de escrita;

Ao Paulo Henrique, por tanto amor, pelo companheirismo – sem o qual eu não teria chegado até aqui - e por compartilharmos a mesma estrada e os mesmos sonhos;

À amiga-irmã Flávia Kelly, pelos momentos em que me transmitiu força e confiança dizendo que tudo ia dar certo;

Ao amigo-irmão Alessander, por escutar pacientemente minhas dúvidas e expectativas do dia a dia e por sermos esta dupla imbatível da qual tanto me orgulho;

Às meninas Darling, Ray, Anne e Jari pelo carinho com que me acolheram, pela amizade verdadeira que tanto me fortaleceu e por nossos debates e interesses em comum;

Às Fernandas (Simião e Burnet) pela amizade sincera e por estarem sempre por perto;

Aos amigos de infância (July, Jussara, Diogo e Alysson) por continuarem sendo um exemplo de força e de determinação para mim;

Ao incrível ‘grupo da tesoura’ (cuja identidade, insisto, deve permanecer oculta) que conseguiu transformar os cotidianos tropeços do mestrado em momentos de brincadeira e de muito aprendizado;

Aos parceiros James, Ivo e Severino pelo apoio e por compartilharem comigo teorias e dúvidas;

Ao Mandacaru, grupo de pesquisa que tive a sorte de participar e que me trouxe oportunidades, amizades, aprofundamentos que antes pensava estarem tão distantes de serem vividos;

À Universidade Federal de Alagoas, pelos 8 anos em que fiz deste campus a minha primeira casa;

Ao PPGS, pelos desafios, alegrias e conquistas que fizeram deste período um dos mais intensos de minha vida;

E especialmente ao Pedro, orientador querido, pela paciência, liberdade, confiança, incentivo e amizade, me apresentando pessoas e assuntos que quero levar para toda a vida.

Muito Obrigada!

Não há forma de utopia verdadeira fora da tensão entre a denúncia de um presente tornando-se cada vez mais intolerável e o anúncio de um futuro a ser criado, construído política, estética e eticamente por nós, mulheres e homens.

(Paulo Freire, Pedagogia da Esperança)

RESUMO

Esta dissertação tem o objetivo geral de discutir as práticas e sentidos relacionados à reprodução, com especial interesse na maneira como as mulheres interpretam e vivenciam estes discursos. Adotando a perspectiva da Sociologia e da Antropologia da Saúde, parte-se do entendimento que a reprodução é um fenômeno social cujos significados são construídos ao longo da história e a partir de crenças e valores culturais que se modificam continuamente. Para a obtenção dos dados, a pesquisa contou com o auxílio da etnografia e teve como ponto de partida uma unidade pública de saúde que integra o nível de atenção básica no município de Maceió-AL. As informantes foram mulheres que buscam serviços de saúde reprodutiva e profissionais que trabalham com esta demanda. Como resultado, registrou-se um contexto permeado por insuficiências da assistência pública à saúde, onde se destacou a representação do SUS como sendo um plano de saúde voltado para o pobre, cujos impasses reproduzem desigualdades. A relação entre profissionais e usuárias é demarcada por tensões e conflitos decorrentes, em grande medida, das insatisfações diante da estrutura disponibilizada pelo sistema público de saúde. Este contexto de direitos limitados acentua ainda mais as dificuldades que as mulheres vivenciam em suas vidas reprodutivas. Em continuidade, houve o registro de perspectivas tradicionais de gênero que configuram a reprodução como uma responsabilidade predominantemente voltada para o feminino. Neste campo, identificou-se também o distanciamento entre a linguagem biomédica e as crenças e saberes das usuárias, gerando desconfiças e críticas de mulheres. De maneira geral, os dados apontam para a importância de existirem ações que estejam comprometidas com promoção da autonomia de mulheres, conferindo espaços para as escolhas e para a diversidade do feminino, construindo assim uma cidadania pautada em atividades que questionem as visões deterministas e tradicionais de gênero.

Palavras-chaves: Reprodução. Mulheres. Políticas públicas de saúde. Desigualdades.

ABSTRACT

This dissertation has as general objective discuss the meanings and practices related to reproduction, with special interest in the way women interpret and experience these discourses. Adopting the Sociology and Health Anthropology perspective, this research started from the understanding that reproduction is a social phenomenon whose meanings are constructed throughout history and from values and cultural beliefs that change continuously. The research data were obtained with ethnography support and started at a public health unit that integrates the basic care level in the city of Maceió-AL. The informants were women seeking reproductive health services and professionals working with this demand. As a result, a context permeated by inadequacies of public health assistance was registered, highlighting the SUS representation as a health plan focused on the poor, whose impasses reproduce inequalities. The relationship between professionals and users is marked by tensions and conflicts arising largely from dissatisfactions on the structure provided by the public health system. This context of limited rights further accentuates the difficulties women experience in their reproductive lives. Continuing, there was a register of traditional gender perspectives that set reproduction as a mainly female responsibility. In this field, it was also identified the gap between biomedical language and users' beliefs and knowledge, creating distrust and criticism of women. In general, the data indicate the importance of actions that are committed to promoting the autonomy of women, giving space for the choices and the female diversity, building therefore a citizenship based on activities that question the deterministic and traditional views of gender.

Keywords: Reproduction. Women. Health public policies. Inequalities.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BEMFAM	Sociedade Civil de Bem-Estar no Brasil
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
DATASUS	Departamento de Informática que reúne dados e estatísticas do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ONG	Organização não-governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Plano de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio
SESAU-AL	Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas
SUS	Sistema Único de Saúde
US	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 MULHERES, REPRODUÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: RESGATANDO QUESTIONAMENTOS, HISTÓRIAS E CRÍTICAS	16
1.1 Um breve resgate da história do corpo feminino	17
1.1.1 O interesse da Medicina pelo corpo da mulher e a questão da diferenciação dos sexos	18
1.1.2 A reprodução como viés para a medicalização do corpo feminino: as tecnologias presentes na concepção e na contracepção	20
1.2 O feminismo e a denúncia da alienação do corpo feminino	22
1.3 A atenção à saúde reprodutiva das mulheres e as políticas de saúde no Brasil	23
1.4 O discurso higienista das primeiras décadas do século XX e a saúde reprodutiva das mulheres	24
1.5 A questão populacional nas políticas de saúde e a crítica às práticas controlistas presentes na reprodução	26
1.6 Do planejamento familiar aos direitos reprodutivos: buscando cidadania	30
1.6.1 PAISM: entre avanços e retrocessos	31
1.6.2 Saúde reprodutiva e direitos reprodutivos	32
1.7 Saúde reprodutiva das mulheres e o Sistema Único de Saúde: há mesmo espaço para escolhas e para autonomia?	34
2 PRÁTICA ETNOGRÁFICA: INTERRELACIONANDO CONTEXTO, INSTRUMENTOS E PERCURSOS	38
2.1 Abordagem etnográfica: contexto, interpretação e experiência pessoal	38
2.2 As Unidades de Saúde e o nível de atenção básica no SUS	40
2.3 Alagoas: um contexto de desigualdades	42
2.3.1 Os serviços de saúde e o desenvolvimento da atenção Básica em Alagoas	44
2.3.2 A cidade de Maceió entre os descompassos da saúde em Alagoas	44
2.4 A inserção no campo de pesquisa: mapeando curiosidade e tensões	45
2.5 O “posto de saúde” e sua rotina de serviços	50
3 MULHERES E OS SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA: EXPECTATIVAS, CONFLITOS E CONTRADIÇÕES	56
3.1 “Aqui tudo é saúde da mulher”: notas sobre um lugar ‘naturalmente’ voltado para a população feminina	56
3.2 “Se fosse por mim eu vivia longe de médico”: a presença das mulheres nos serviços de saúde reprodutiva	59

3.3	“Você já ouviu falar nisso, não é? Dessa gente que só reclama do sistema e não se cuida”: conflitos e abordagens descontextualizadas	61
3.4	“Se a gente depender do SUS, a gente morre”: representações sobre o sistema público de saúde brasileiro	64
3.5	“Mas quatro tá bom, abençoada! Por que você não encerra”?: Sexualidade e a valorização das medidas contraceptivas	67
3.6	“Mãe que é mãe tem que ser assim”: o grupo, as palestras e as mulheres gestantes	70
3.7	Relação entre mulheres, reprodução e serviços públicos de saúde: primeiros apontamentos.....	72
4	REPRODUÇÃO, SAÚDE E A PARTICIPAÇÃO DE MULHERES: ENTRE IMPASSES, VIVÊNCIAS E DESAFIOS	74
4.1	“Eu avisei que a mulher do posto ia aparecer”: chegando às casas e conhecendo um pouco mais sobre as mulheres	75
4.2	Saúde reprodutiva na ótica de mulheres: características, posicionamentos e vivências.....	78
4.2.1	Contradições da contracepção.....	81
4.2.2	Gravidez e Parto: diversidade de histórias e percepções	89
4.2.3	Aborto: “a mãe de hoje não se previne porque não quer”	95
4.2.4	Participação masculina de acordo com a ótica de mulheres	97
4.2.5	Desejo de ter filhos: “é um, dois e encerra, né”?.....	99
4.2.6	Reprodução e o enfoque materno-infantil.....	101
	CONSIDERAÇÕES.....	104
	Num contexto de direitos limitados, é possível falar em ‘escolhas reprodutivas livres’?	105
	Reprodução: Normas, estereótipos e desigualdades	106
	REFERÊNCIAS.....	108
	APÊNDICES	114
	APÊNDICE A- Roteiro para entrevista semi-estruturada com profissionais	115
	APÊNDICE B - Roteiro para entrevista semi-estruturada com mulheres que buscam os serviços de saúde reprodutiva	116
	ANEXO	118
	ANEXO A - Carta de aprovação do Comitê de Ética.....	119

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como cerne de seu desenvolvimento a articulação entre ‘mulheres, reprodução e saúde’. De início é importante recordar que a história das mulheres perpassa por diversas etapas que denotam desigualdades, submissão, exclusão da vida pública, dentre outros termos afins. Entendo que, justamente por haver este registro histórico, os estudos que objetivam abordar o feminino em seus textos devem estar comprometidos com o resgate do cotidiano, dos direitos e da subjetividade das mulheres.

Nesta mesma história, diante da exclusão e do controle que visava à submissão feminina, foi se constituindo o movimento das mulheres e o feminismo, acrescentando a este percurso um necessário e subversivo confronto diante das normatizações impostas pelos determinismos das instituições sociais. Sendo desta forma, são questionados estereótipos e universalismos, contribuindo assim, em grande medida, para a transformação e a revisão de perspectivas nos diversos campos científicos. (SCAVONE, 2004; TOURAINE, 2007).

Sobre estes movimentos sociais, destaco o feminismo, constituído a partir da afirmação/denúncia de que há uma organização hierárquica entre os gêneros a qual privilegia a ótica masculina. Com essa premissa, o movimento feminista adota diversas formas de expressão, como por exemplo, quando reivindica igualdade de direitos políticos para mulheres, quando denuncia a desvalorização da mão de obra feminina no mercado de trabalho ou ainda, de maneira geral, quando questiona toda a forma de opressão fundamentada numa naturalizada e hierárquica desigualdade entre homens e mulheres. (ALVES, PITANGUY, 1985; BOBBIO, MATTEUCCI & PASQUINO, 2000).

Segundo Scavone (2004), em meados do século XX o feminismo contemporâneo aprimorou ainda mais a crítica à dicotomia ‘âmbito público para o homem versus âmbito privado para as mulheres’. Passou-se à inclusão de debates que politizam o âmbito pessoal, ou seja, as tramas dos corpos, da sexualidade e da reprodução, construídas no espaço privado, tornaram-se pauta de denúncia. Considerou-se que as desigualdades e explorações que polarizam os gêneros e privilegiam o masculino só serão superadas com a minuciosa problematização do que é tido como ‘particular’. Assim, em assuntos como a maternidade e o aborto as feministas passaram a identificar modos opressivos diretamente relacionados com os determinismos advindos das dicotomias tracionais. De forma geral, o dito “o particular também é político” ilustra bem este ponto de vista.

Com o fortalecimento desta perspectiva e em meio a um contexto de lutas que visavam à problematização da reprodução, também a saúde reprodutiva passou a originar questionamentos. Nos serviços de saúde voltados para a atenção à vida reprodutiva são discutidos temas como contracepção, sexualidade e simultaneamente há neste contexto modos relacionais que podem expressar concepções austeras e universalistas ou relações que denotem comprometimento com práticas de liberdade consonantes com o sujeito. Por isso, nesta dissertação, optei também por incluir um debate acerca das questões de saúde reprodutiva, tonando assim mais ampla a discussão acerca da articulação ‘mulheres, reprodução e saúde’.

Os debates que foram feitos em todo o mundo e especialmente em nosso país em torno das questões de saúde reprodutiva ofertam um quadro de denúncias e avanços que são especificamente interessantes para este trabalho. A partir deste percurso, temas como o reducionismo que atrelava às mulheres condicionalmente à maternidade, as questões populacionais e a relação que distanciava da mulher o controle de sua própria fertilidade foram desenvolvidos. (MANDÚ, 2002.)

Neste íterim, as conferencias populacionais e de desenvolvimento destacaram-se como espaços de ampla discussão, originando relevantes medidas, tal como o reconhecimento da saúde reprodutiva como um direito humano, chegando-se assim ao denominado ‘direito reprodutivo’. Estes direitos inserem-se numa esfera de conquistas inovadoras as quais apontam o sujeito/o particular como fonte indispensável para a elaboração de constructos rumo à democratização e assim, ao bem-estar-social como um todo. Em complemento, Ávila comenta:

Inclusive, uma grande novidade nesse campo de direitos é que são os sujeitos que os inventam [...] é que eles [os direitos reprodutivos] estão referidos a campos da vida social até hoje considerados campos alheios às relações democráticas e cidadãs. Além disso, os sujeitos que os propõe não estiveram historicamente providos de poder para propor e definir direitos, e isso é um campo imenso de liberdade, que é a possibilidade de participar da invenção democrática. (2005, p. 23-24).

Por meio dos direitos reprodutivos, busca-se a garantia de que a dimensão reprodutiva deve ser primeiramente um espaço de autonomia, distante de normatizações e regras. Sendo desta forma, abrem-se caminhos que contribuem de forma decisiva para o estabelecimento de ações que questionem e visem à mudança de práticas autoritárias, propondo-se à promoção de ética, de alteridade e de escolhas feitas pelos próprios sujeitos.

Em nosso país, os passos que se seguem da saúde reprodutiva até aos direitos reprodutivos perpassam pelas políticas públicas de saúde. A configuração de planos voltados para a saúde da mulher tais como o Plano de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e a política nacional de atenção integral à saúde da mulher (elaborada no ano de 2004) estão diretamente relacionadas com as etapas que conduziram à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), forma atual de organização dos princípios e diretrizes que regem as ações de saúde no Brasil.

De forma geral, por meio da análise dos sentidos produzidos em torno da reprodução, também o contexto social, as desigualdades e os diversos elementos culturais são postos em desatque. Deste modo, este trabalho compromete-se com uma revisão crítica da sociedade. Um debate que, como recorda Sônia Correa (1993), deve estar em atualização constante, para que possa propiciar a formulação de políticas públicas comprometidas não só com a mera elaboração de diretrizes, mas principalmente, com a mudança de valores culturais.

Após estas considerações, é pertinente apresentar os objetivos e características da pesquisa em questão. Este trabalho tem como objetivo geral analisar práticas e sentidos relacionados à reprodução, enfocando a forma como as mulheres interpretam e vivenciam estes discursos. Especificadamente, esta dissertação tem o propósito de situar/descrever o contexto em que são produzidos os discursos voltados à vida reprodutiva das mulheres; caracterizar a busca das mesmas por cuidados reprodutivos nos serviços públicos de atenção básica à saúde. Por fim, com este estudo busco ainda compreender a participação de mulheres em relação à temática da reprodução, destacando crenças, vivências e opiniões que as mesmas detêm sobre este tema.

A pesquisa teve como ponto de partida uma unidade de saúde que compõe a rede de atenção básica do município de Maceió e a partir deste contexto, pude contatar e me aproximar das mulheres – usuárias, chegando a ir à casa de algumas delas. Aliás, os informantes deste estudo são as mulheres que buscam serviços públicos relacionados ao acompanhamento de suas vidas reprodutivas e os profissionais que atendem esta demanda.

A perspectiva que norteia esta investigação tem como base a Antropologia e a Sociologia da Saúde, permitindo assim o entendimento da reprodução enquanto fenômeno social cujos significados são construídos ao longo da história e a partir de crenças e valores culturais que se modificam continuamente. Assim, esta perspectiva mostrou-se pertinente para esta investigação justamente por opor-se a qualquer tipo de interpretação determinista, propondo reflexões e questionamentos diante de fatos e normas que são tidos como ‘naturalmente óbvios’. Aliado a este ponto de vista, defini a etnografia como método para a

obtenção dos dados desta pesquisa. Minha escolha se deu por entender a prática etnográfica como um instrumento que privilegia a relação do pesquisador com o contexto, ao tempo em que também destaca os participantes como interlocutores, tornando o processo de compreensão de sentidos e significados algo que resulta em reflexões que distam da elaboração de padrões.

O presente texto está organizado em quatro capítulos. No primeiro escrevi uma revisão do tema ‘mulheres e saúde’, enfocando sua história, marcada por práticas controlistas e austeras intervenções político-sociais. Além disso, foi feita uma retrospectiva das políticas públicas de saúde no Brasil, aliada ao desenvolvimento das ações de saúde reprodutiva. Com isso pretendi situar historicamente o debate em torno da temática proposta neste estudo.

No segundo capítulo descrevi as questões metodológicas da pesquisa e iniciei a apresentação dos dados acerca da caracterização do contexto e da minha inserção neste campo de investigação. Informações sobre as condições de vida da população alagoana e também a rotina e os serviços ofertados pela unidade de saúde foram aspectos incluídos nesta parte do texto.

O terceiro capítulo foi escrito com o propósito de aprofundar a descrição do contexto e apresentar as categorias que foram identificadas a partir da pesquisa de campo. Neste momento dediquei um espaço maior aos dados que se referem aos modos relacionais encontrados na unidade de saúde em meio à busca das mulheres por serviços que auxiliassem no acompanhamento e nas escolhas de suas vidas reprodutivas.

Com o quarto capítulo visei à atribuição de um maior destaque às vivências das mulheres em torno do tema “reprodução e saúde”. Crenças, valores e posicionamentos das informantes são o conteúdo de que trata este capítulo que também tem o propósito de falar sobre assuntos como gestação, aborto, contracepção e demais temas de modo distinto do que já habitualmente fazem os dados epidemiológicos. Então, trato de destacar vivências para melhor descrever a realidade e os impasses que são vividos por essas mulheres.

Como considerações, ao fim do texto, proponho reflexões acerca dos modos como os discursos voltados a reprodução continuam a ser veiculados. Apresento a perspectiva dos direitos como um importante viés para que mudanças sejam de fato empreendidas.

1 MULHERES, REPRODUÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: RESGATANDO QUESTIONAMENTOS, HISTÓRIAS E CRÍTICAS

Este capítulo tem o objetivo de apresentar um panorama que articule os diversos elementos que compõem a temática ‘mulheres, reprodução e saúde’ em nosso país. Assim serão abordados desde um resgate histórico da medicalização do corpo feminino, até o desenvolvimento de políticas públicas de saúde que influenciam diretamente na estruturação da atenção à saúde reprodutiva das mulheres.

Neste texto, assuntos como a normatização da sexualidade e a obrigatoriedade da concepção serão interrelacionados com as reivindicações que resultaram em conquistas no âmbito dos direitos humanos e, conseqüentemente, no campo da saúde pública como um todo, propiciando avanços em prol da luta pelo empoderamento das mulheres. Também, a partir da perspectiva da Antropologia e da Sociologia da saúde, este primeiro capítulo vem especialmente destacar a histórica construção dos tantos determinismos e essencialismos que até os dias de hoje transformam a relação entre ‘intervenções de saúde e mulheres’ em um instrumento para a atribuição de rígidas e delimitadas funções ao feminino.

Por isso ao abordar estas interrelações, adoto simultaneamente uma abordagem comprometida com a quebra dos determinismos biológicos e com a desnaturalização de concepções já tão arraigadas (como por exemplo, a idéia que reduz a mulher ao seu sistema reprodutivo). Assim, a reprodução é aqui interpretada com uma visão distinta daqueles típicos e restritos ‘discursos de verdade’ da ciência biomédica e torna-se o cerne de um estudo crítico que enfatiza os elementos subjetivos, políticos, econômicos e culturais relacionados a este tema (SCAVONE, 2004).

Desde o início deste trabalho, destaco que ‘evidências inquestionáveis’, estereótipos e verdades absolutas, que estão historicamente presentes no desenvolvimento do tema proposto, visam à manutenção de uma organização social pautada em valores tradicionais – e desiguais. Destarte, quando se fala em ‘mulheres, reprodução e saúde’ não há termos neutros, mas sim uma organização composta por relações de poder que resultam em assimetrias. A perspectiva feminista, por sua vez, chama a atenção para as relações sociais em que são construídas as redes de poder que geram estas lógicas deterministas, concebendo a sociedade como um constructo dinâmico, formado por mudanças que ocorrem continuamente ao longo da história. Por isso, não há verdades absolutas, que não possam ser questionadas ou transformadas.

Seguindo estas considerações iniciais e para buscar uma maior compreensão de como a mulher vai se tornando cada vez mais um objeto específico das intervenções de saúde, farei primeiramente um resgate das representações que o corpo feminino foi adquirindo ao longo do tempo para o discurso médico. Com isso viso à maior aproximação possível do processo que, a partir da descrição anatômica, foi atribuindo significações e valores para a construção social da feminilidade.

Este recorte histórico inicial pauta-se ainda na compreensão de que o interesse das ações de saúde em relação ao corpo feminino constitui-se num exemplo do desenvolvimento das tecnologias do biopoder, por meio do dispositivo da sexualidade e da ciência do sexo propostos por Foucault (1998). As estratégias de poder voltadas para o sexo e para a sexualidade¹ possuem características específicas, pois para além da utilização de formas repressivas, há principalmente o investimento na elaboração de dispositivos que assumam o papel de organizar, gerar padrões e analisar a sexualidade. Seus discursos, essencialmente de ordem racional, distanciam o indivíduo das percepções e opiniões que ele possa ter sobre sua própria existência corporal. Como consequência, são produzidos instrumentos que, com o objetivo de gerir os corpos, terminam por administrar/controlar ainda mais intimamente a vida.

Feitas estas considerações, posso iniciar o debate.

1.1 Um breve resgate da história do corpo feminino

Escrever sobre a história das representações do corpo feminino não é simplesmente voltar ao que foi dito no passado. Como recorda Elias (2006), ao incluir a perspectiva da história, estamos ampliando nosso horizonte de investigação e simultaneamente expressando o entendimento de que o desenvolvimento da humanidade é sequencial, contínuo e o que o que foi registrado anteriormente em muito contribui para elucidar os fenômenos sociais do momento presente.

Como complemento, acrescento que uma análise histórico-social favorece à desnaturalização e à desconstrução de fatos tidos como óbvios na atualidade. Ao passo em

¹ Quando menciono o termo sexualidade, refiro-me às diversas maneiras, escolhas, valores e costumes relacionados à manifestação do desejo e das práticas sexuais. As representações da sexualidade são mutáveis e transformam-se ao passo em que o contexto social constrói novas demandas. (FOUCAULT, 1998; BOZON, 2004).

que nos distanciamos do presente, passamos a identificar a dinâmica e as mudanças que conduziram à formação de visões hoje apresentadas como inquestionavelmente consolidadas. (ELIAS, 1994; ROHDEN, 2006).

Ao propor debater a história do corpo feminino, refiro-me mais especificamente às interpretações que o sistema biomédico destinou às mulheres ao longo do tempo, transformando elementos de seu cotidiano em objeto da ciência biomédica o que simultaneamente visava à garantia do estabelecimento das normas sociais. Chamo a atenção para o fato de que o discurso médico e suas intervenções estão diretamente comprometidos com as concepções de gênero e de sexualidade veiculadas em nossa sociedade.

Porém, esta investigação não tem o propósito de apontar a Medicina como a grande responsável pelas compreensões que se referem à mulher de forma inferior. A questão, tal como escreve Martin (2006) não é a de eleger culpados, nem ao menos vilões. Sobre a lógica biomédica, entendemo-la como um amplo sistema de valores, idéias e cultura da qual todos, de alguma forma, compartilham.

Sendo deste modo, inicio esta seção com a consideração de que o sexo e o corpo das mulheres - foco das práticas e da tecnologia biomédica - devem ser entendidos a partir das seguintes palavras:

O “sexo” é, pois, não simplesmente aquilo que alguém tem ou a descrição estática daquilo que alguém é: ele é uma das normas que pelas quais “alguém” simplesmente se torna viável, é aquilo que qualifica um corpo para a vida no interior do domínio da inteligibilidade cultural. (BUTLER, 1999, p. 154-155).

Portanto, ao falar em sexualidade, sexo “biológico” e corpo femininos está em jogo a dimensão que torna possível a existência do indivíduo em seu contexto, pois desde às prescrições voltadas para a fisiologia do corpo da mulher até às recomendações distintas destinadas aos corpos masculino e feminino; todos estes elementos fazem parte do que é socialmente esperado para estes gêneros. Por isso, estou me referindo a um sexo que, longe de restringir-se à dimensão biológica, constitui-se como algo dinâmico e regulatório.

1.1.1 O interesse da Medicina pelo corpo da mulher e a questão da diferenciação dos sexos

Nos dias de hoje é uma afirmação comum verificar que a maior parte das pessoas que busca atendimentos nos mais diversos tipos de serviços de saúde é composta por mulheres.

Seja nas unidades básicas até nos serviços de alta complexidade, é consenso que as mulheres são mais atentas aos cuidados da saúde, alguns até chegam a mencionar que a população feminina tende a ser mais obediente às orientações feitas nesta área.

Consultas regulares, uma gestação guiada pelos saberes médicos, uma menopausa gerida por hormônios de prescrição médica e assim o ciclo de funcionamento do corpo da mulher parece ser suficiente para justificar a idéia de que é típico do feminino esta familiaridade com as intervenções e com o controle trazidos pelas práticas de saúde. Todavia este interesse específico do campo médico pelo corpo da mulher não existiu sempre. Inclusive, de acordo com Rodhen (2001, 2006) e Martin (2006), foi somente no século XIX que este interesse realmente foi estabelecido.

Neste contexto histórico, a Medicina passou a ser apresentada como ‘guardiã’ da moral e da ordenação social. Esta ampliação do poder do discurso biomédico na sociedade tornou-o cada vez mais disciplinador, aliado a isto começa a surgir uma notória preocupação em diferenciar os corpos masculino e feminino. Mas, não é uma neutra diferenciação, pois ao passo em que são apresentados elementos que compunham esta diferença, também perspectivas moralistas eram veiculadas. A acentuada preocupação na diferenciação dos corpos está implicada com o propósito geral de fortalecer os valores tradicionais da sociedade. (RODHEN, 2001, MARTIN, 2006)

Enfatizo que a mudança que fez surgir e destacar-se o modelo de dois corpos distintos para os sexos, não surgiu somente em decorrência do crescente desenvolvimento da Medicina. Autoras como Rohden (2001, p. 17) são bastante claras ao pontuar que “só se chegou à constatação de que os corpos de homens e mulheres eram diferentes quando houve um clamor social para isso”. No fundamento desta modificação encontra-se um processo social composto por múltiplos fatores, dentre os quais, posso citar a influência do Positivismo e de suas dicotomias, o contexto político demarcado pela separação dos espaços público e privado. Também as transformações advindas do processo civilizador² fazem parte destes elementos.

Neste ínterim, o corpo feminino passa a ser objeto de um maior interesse. Esta ênfase vai impulsionar ainda mais o processo de medicalização do corpo da mulher e sendo deste modo a fisiologia e até mesmo o comportamento/hábitos das mulheres tornam-se a base para a ‘descoberta’ de inúmeras doenças no corpo da mulher e também o motivo para consultas

² Processo civilizador (Elias, 1993-1994) - Nele ao passo em que as relações humanas vão estruturando costumes, auto-regulações vão sendo empreendidas e o desenvolvimento social segue uma direção específica, propiciando uma maior diferenciação entre as pessoas e um maior controle dos comportamentos, aumento do pudor e dos critérios de civilidade.

constantes. As palavras de Vieira (2002, p.25) mencionam como as etapas do ciclo reprodutivo da mulher são interpretadas de acordo esta ótica: “uma medicalização que trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico”.

Paralelamente, e ainda em relação a este ponto, surge a preocupação com a garantia da existência de cidadãos comprometidos com o progresso do país e como consequência, há a valorização dos cuidados à criança. Isto, por sua vez, vai intensificar a atenção ao corpo da mulher e especialmente aos períodos de gestação, atribuindo ao feminino a “natural” função da maternidade. Preparar seu corpo para os ciclos reprodutivos, adotar as várias orientações higienistas e ainda ter uma moral recatada, eram alguns dos critérios que deveriam ser cumpridos pelas mulheres. (BADINTER, 1985; RODHEN, 2001).

A reprodução torna-se a principal estratégia para o controle do corpo feminino. No tópico adiante falarei um pouco mais sobre este assunto.

1.1.2 A reprodução como viés para a medicalização do corpo feminino: as tecnologias presentes na concepção e na contracepção

A ótica que reduz o corpo da mulher à concepção vai ser o primeiro grande marco para a intensificação dos discursos médicos voltados para o corpo feminino. E é justamente este aspecto que vai impulsionar a criação de uma ciência especialmente voltada para a mulher: a Ginecologia. Diversas autoras (MARTIN, 2006; ROHDEN, 2001; VIEIRA, 2002) são bastante enfáticas ao mencionarem que não há para o sexo masculino nenhuma outra especialidade médica correspondente e que possua tamanho destaque e reconhecimento como a Ginecologia. Pontuo: apesar de o corpo masculino possuir também um sistema reprodutivo, entendeu-se que somente o corpo feminino é que necessitaria de detalhadas pesquisas e análises.

Ao lado da Ginecologia, há ainda a criação da Obstetrícia que traz um importante aspecto para a presente pesquisa: a articulação entre o aperfeiçoamento tecnológico e o corpo da mulher. Questionamentos do tipo ‘a tecnologia contribui para uma maior aproximação e conhecimento da mulher em relação ao seu próprio corpo?’ norteiam meu interesse neste assunto.

Um exemplo que pode trazer indícios sobre este questionamento está na forma como a ciência médica foi se apropriando do parto, que antes era alicerçado nos saberes das mulheres. A tecnologia reservada ao parto utilizou estratégias que expressam claramente que a ciência e seus aparatos terminaram por marginalizar a sabedoria das mulheres parteiras em nome de uma lógica que prezava práticas higienistas e um parto cirurgicamente aparelhado. O parto hospitalizado, controlado bem de perto e em um ambiente de domínio médico foram sendo consolidados ao preço de um processo que reduziu a mulher à mera condição de paciente, cujo corpo deveria ser confiado aos saberes especializados da ciência. (VIEIRA, 2002; MARTIN, 2006; SCAVONE, 2004).

Até o século XIX a concepção/maternidade configura-se como foco predominante do olhar médico-científico. Todavia, principalmente a partir do século XX, as tecnologias da contracepção passam a ser difundidas. A percepção de que as taxas de mortalidade decresciam fez surgir a preocupação controlista em relação ao aumento do número da população. Acreditava-se que quanto maior o número de habitantes, maior seria a pobreza e a escassez de recursos sociais. Nota-se que mesmo quando a concepção deixa de ocupar o cerne dos debates da vigilância médica, ainda assim a mulher continua sendo objeto de análises regulares, agora pelo viés da contracepção. (VIEIRA, 2002).

A tecnologia da contracepção é apresentada como a solução para diversos problemas sociais. Seu potencial persuasivo, associado à falta de alternativas que empreendam reais transformações na sociedade, faz com que as mulheres façam uso dos métodos contraceptivos como sendo uma tentativa para tornar melhores suas expectativas quanto à sua condição social e de saúde. A citação a seguir complementa este debate afirmando que a tecnologia dedicada ao corpo da mulher é composta por um conjunto de:

[...] idéias e práticas que, tomando o corpo feminino apenas do ponto de vista de sua capacidade reprodutiva, na dualidade de ‘ser mãe vs não ser mãe’ e responsabilizando as mulheres exclusivamente pela prática contraceptiva, transformaram as expectativas femininas em relação à vida reprodutiva. Ou seja, a dor do parto dá lugar a um evento cirúrgico e a possibilidade de procriar ao desejo da esterilização. (VIEIRA, 2002, p. 66)

Mais adiante dedicarei um espaço maior para o detalhamento da relação entre reprodução (concepção e contracepção) e políticas de saúde, o que auxiliará no aprofundamento do tema. Contudo, já a partir deste resgate acerca da história das intervenções de saúde sobre o corpo feminino, é possível perceber que o exercício deste típico biopoder trouxe como consequência o notório distanciamento da mulher diante de seu próprio corpo.

Por outro lado surgem movimentos, com destaque para o Feminismo, que passam a denunciar as ações deste poder que, de tão intimista e ao mesmo tempo sutil, modifica a interpretação que as mulheres detêm sobre sua existência corporal. O tópico adiante abordará esta questão.

1.2 O feminismo e a denúncia da alienação do corpo feminino

O estabelecimento dos saberes da medicina moderna teceu modificações no cotidiano das mulheres, pois construiu a idéia de que para viver com saúde, as mulheres necessitariam de uma maior e mais contínua assistência médica. Destarte e como resultado de um processo social abrangente, surgem algumas constatações do senso comum que chegam a afirmar que as mulheres têm uma certa ‘familiaridade’ com as intervenções de saúde.

Porém, enfatizo que esta ‘familiaridade’ contraditoriamente faz com que as mulheres deixem de lado os saberes que ao longo de suas vidas aprenderam sobre seus corpos e se lancem ao desafio de tentar compreender os complicados, descontextualizados e às vezes até inacessíveis termos médicos. Portanto, as tecnologias que definem o padrão de “normalidade” esperado para as mulheres são também o mesmo dispositivo que nutre relações de poder as quais distam a mulher da alteridade e do resgate de suas próprias escolhas.

Contudo, a partir de meados do século XX, diversos movimentos surgiram ou foram assumindo uma força maior, tendo como cerne a denúncia e a crítica às concepções que naturalizavam dicotomias e que estabeleciam padrões que não levavam em consideração as diferenças e a história de cada grupo social específico. O feminismo contemporâneo e também o movimento de mulheres dedicaram um olhar atento à histórica medicalização do corpo das mulheres e são exemplos de movimentos sociais que se sobressaíram neste período. (SCAVONE, 2004).

Especificamente o Feminismo, de acordo com Haraway (1995), constitui-se como um movimento que não atua na manutenção do poder e das hierarquias, seu desenvolvimento está diretamente associado à realidade vivida pelas mulheres, atento às práticas excludentes, criticando-as, e, longe da imparcialidade dos tradicionais saberes científicos, preocupa-se em desmascarar ideologias, alienação e ‘obviedades’. Um movimento que possui sim corpo, sexualidade e que parte destes termos para construir suas reflexões e denúncias. Esta ótica, impulsionada pelas mulheres, influenciou e continua a influenciar a luta pelo reconhecimento, pela garantia de direitos e de uma real cidadania.

A partir do recorte histórico disposto neste texto, sobressai-se a reprodução como viés por meio do qual as tecnologias de contínua normatização e controle atuam de forma a destinar estreitos e austeros espaços às mulheres. Esta normatização gerou e continua a gerar críticas e debates que apontam para a necessidade de mudanças, como dito acima. Todos estes dados, denotam a relevância que o campo de atenção à saúde reprodutiva detém, constituindo-se desta maneira como um importante objeto de investigação.

No Brasil, a atenção à saúde reprodutiva das mulheres está diretamente relacionada com o desenvolvimento das políticas públicas de saúde do país, constituindo-se num campo que têm registrado várias transformações, atribuindo novos princípios e diretrizes aos cuidados de saúde voltados à dimensão reprodutiva.

A seguir, como forma de melhor contextualizar o tema em questão, abordarei o percurso da atenção à saúde reprodutiva no Brasil, apontando os marcos e conceitos de sua história a qual se entrelaça com os passos das políticas públicas de saúde, que culminaram com a criação do SUS.

1.3 A atenção à saúde reprodutiva das mulheres e as políticas de saúde no Brasil

Logo de início, e considerando a atual configuração do sistema público de saúde brasileiro, é pertinente que se façam questionamentos do tipo: no campo da saúde reprodutiva continuam a ser reproduzidas as lógicas que estruturam desigualdades entre os gêneros? A este respeito, Batista comenta que:

Falar em saúde reprodutiva neste contexto é “passar os olhos por um vasto painel de excessos e desigualdades que se configuram como problemas de saúde pública”: a concentração dos métodos contraceptivos em dois métodos a pílula e esterilização; a prevalência de cesárias; as altas taxas de esterilizações femininas, alta taxa de abortos clandestinos; a assistência pré-natal insuficiente; da oferta de exames preventivos de câncer; o aumento da prevalência de AIDS entre as mulheres, o baixo nível de instrução, das mulheres e as poucas possibilidades de escolha em relação a esses problemas. (1996, p.03).

É por existirem dados como os que foram expostos pela citação acima que todos os debates, conferências e legislações que constroem os interesses pertinentes à saúde reprodutiva formam um importante conjunto de reflexões que tem proposto reformulações que chamam a atenção para a necessidade da criação de maiores espaços em prol da equidade e da cidadania.

Por isso, até o fim deste capítulo também serão incluídos escritos sobre as conferências e conceitos que tiveram destaque na construção das ações de saúde reprodutiva, sem esquecer de marcos como o Plano de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM (1984) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004). Do mesmo modo, a criação dos direitos reprodutivos e a luta por sua garantia serão mencionadas.

Destarte, primeiramente buscarei apontar quais as características predominantes em cada período do desenvolvimento das ações de saúde reprodutiva no país. Com a ressalva de que estas características não constituem uma seqüência linear e que também o passar do tempo não significa que uma perspectiva superou absolutamente a outra, mas sim que diferentes concepções influenciam de alguma forma a característica do momento em questão.

1.4 O discurso higienista das primeiras décadas do século XX e a saúde reprodutiva das mulheres

Foi somente a partir do início do século XX que o Brasil passou a apresentar uma maior preocupação com a elaboração de políticas de saúde para sua população. Num contexto onde predominavam altíssimas taxas de mortalidade, condições precárias de vida e epidemias constantes, foi se tornando cada vez mais urgente a criação de medidas que buscassem ao menos apaziguar a realidade marcada pela completa falta de assistência à saúde. Outro fator que foi determinante para o surgimento de políticas públicas de saúde foi a necessidade de o Estado manter o progresso de sua economia agrícola a qual precisava de uma extensa mão de obra apta para trabalho. (MANDÚ, 2002; COELHO, 2000).

As ações públicas de saúde que passaram a existir neste período foram voltadas para a diminuição de epidemias como as de varíola, febre amarela e peste bubônica, como também para o saneamento dos territórios. Contudo, as práticas eram de caráter autoritário, as vacinações eram feitas através de campanhas de participação obrigatória. O exercício da saúde pública, como nos lembra o documentário intitulado ‘políticas de saúde no Brasil’³ era tal como uma verdadeira “guerra” contra a doença e as epidemias, onde os brasileiros adoentados eram vistos como inimigos e a todo custo deveriam ser obedientes ao mando arbitrário das práticas sanitaristas.

³ Documentário ‘Políticas de saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde’. 2002. Vide dados completos no tópico ‘referências’, ao fim da dissertação.

Já neste período essas ações públicas de saúde eram diretamente articuladas com os interesses do desenvolvimento do capitalismo no país. A atenção à saúde reprodutiva de mulheres era caracterizada por ações que incentivavam a natalidade, pois quanto maior o número de nascimentos, maior a mão de obra disponível para fazer crescer a economia do Brasil. A política pró-natalista incluía ainda medidas de controle de doenças sexualmente transmissíveis, tais como a sífilis que também assumia forma epidêmica no país.

Aliado às ações públicas de saúde havia uma educação sanitária que apontava para a adoção de novos modelos de higiene, e conseqüentemente, de comportamento. Os discursos higienistas, segundo Mandú (2002), impuseram principalmente valores moralistas às famílias, visando à obtenção de cidadãos aptos ao fortalecimento do desenvolvimento capitalista brasileiro. Assim, padrões de atenção materna foram reforçados pelos sanitaristas e neles cabia às mulheres uma conduta ilibada e o controle de sua sexualidade. Também a preocupação com a educação das crianças e uma atenção crescente da assistência médica para o âmbito materno-infantil foi registrada neste período, destinando à mulher a grande responsabilidade do cuidado da família.

Até a década de 1930, chamada por Fonseca, Hochman e Lima (2005) como ‘a era do saneamento’, foi organizada a estrutura burocrática e as primeiras iniciativas públicas de atenção à saúde. Em relação às mulheres, as ações diziam respeito principalmente à vigilância da maternidade e da atenção às crianças, empreendendo ações voltadas para a amamentação, para a descoberta precoce de patologias e para a prevenção e o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis como a sífilis. (MANDÚ, 2002; COELHO, 2000).

Deste período e no que se refere à composição da assistência pública à saúde, destaco a promulgação da lei Elói Chagas (1923) que regulamentou as caixas de aposentadorias e pensões. Estes dispositivos eram de caráter privado e a partir da contribuição financeira de cada trabalhador asseguravam ao mesmo benefícios e atendimentos médicos. Pontuo que as caixas de aposentadorias e pensões surgiram a partir da insatisfação de trabalhadores diante da precária assistência médica ofertada pela iniciativa pública. Ao reconhecer este tipo privado de assistência, simultaneamente o Estado já oferta indícios da formação de um sistema híbrido de saúde que, ao tempo que estrutura ações públicas, também reconhece a necessidade de existir um atendimento diferenciado àqueles que estão inseridos no mercado de trabalho e que são mais bem remunerados. (FONSECA, HOCHMAN E LIMA, 2005; GERSCHMAN, SANTOS, 2006).

Também no período de 1930 a 1950 o modelo de assistência à saúde continua a abrir espaço para que os trabalhadores que pudessem pagar por uma maior assistência à saúde,

assim o fizessem, tal como já indicava a lei Elói Chagas. Sendo deste modo, por meio de contribuições previdenciárias, subsidiadas também pelo governo, aqueles que estavam inseridos no mercado de trabalho formal conseguiam um melhor acesso aos serviços de saúde. Notamos assim que as políticas públicas de saúde estavam cada vez mais atreladas ao desenvolvimento econômico do país, deixando de lado o investimento em uma saúde pública com acesso de qualidade para todos. Este também é um período marcado pelo início das intervenções internacionais que passaram a expressar a intenção de influenciar as decisões do campo da saúde. (MANDÚ, 2002; FONSECA, HOCHMAN E LIMA, 2005).

De forma geral, até a década de 50, as políticas públicas de saúde voltadas para as mulheres continuavam a restringir suas ações prioritariamente à gestação e aos cuidados com as crianças, fazendo parte deste foco também a atenção às doenças sexualmente transmissíveis. Mesmo já existindo uma política internacional sobre a contracepção, no Brasil, as ações mantinham um caráter de incentivo à natalidade. Ou seja, até então para as políticas públicas de saúde brasileiras, as mulheres mereciam maior atenção somente no preparo para a gestação e no exercício da maternidade. É pertinente considerar também que esta atenção ainda era bastante precária.

Várias críticas foram destinadas a essa visão reducionista e este é um dos pontos que marcadamente caracterizam as fases posteriores do desenvolvimento das políticas públicas de saúde.

1.5 A questão populacional nas políticas de saúde e a crítica às práticas controlistas presentes na reprodução

A partir dos anos cinquenta nota-se no país um enorme crescimento da industrialização, porém, o desenvolvimento registrado neste setor da economia foi acompanhado de uma ampliação dos problemas de saúde pública. Inicia-se um período composto por maiores crises no que se refere à organização da assistência pública à saúde, havendo ainda o aumento dos espaços para a atuação da iniciativa privada. O Estado reserva gastos insuficientes para a realização das ações coletivas de saúde e por outro lado, a influência internacional passa a atuar de forma mais enfática no exercício desse campo. (ESCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005).

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, ocorrida em 1967, unificou todos os grupos de aposentadorias e pensões criados por diversas categorias de trabalhadores. Mas, o que poderia ser um primeiro passo para desfazer as diferentes formas de acesso à saúde, terminou por evidenciar ainda mais a crise previdenciária, abrindo espaço para a iniciativa privada. Cumpre lembrar que a previdência social ofertava seus parcos benefícios de assistência à saúde somente aos trabalhadores formalmente incluídos no mercado de produção industrial, os trabalhadores rurais e aqueles que compunham o mercado informal eram excluídos. (POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL⁴).

A unificação dos grupos de aposentadorias e pensões desagradou grande parte dos trabalhadores associados, pois o aumento da demanda dos segurados não implicou em maior financiamento do Estado para as ações de saúde. Descontentes, estes passaram a buscar serviços privados de atendimento médico, constituindo-se desta maneira uma clientela para os serviços particulares de atenção à saúde. (POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL² GERSCHMAN E SANTOS, 2006).

Também a dependência do Estado frente aos serviços de prestação privada foi se solidificando. Tornou-se claro o delineamento que diferenciava a saúde coletiva dos serviços de assistência médica individual, uma vez que ao Estado cabia a execução de campanhas voltadas à erradicação de epidemias e doenças infecciosas e sua atuação no âmbito individual restringia-se somente à população marginalizada, tais como as pessoas que tinham transtornos mentais ou os que possuíam doenças infecciosas. (GERSCHMAN E SANTOS, 2006).

Esta também foi uma época caracteristicamente marcada pelo avanço tecnológico no campo da saúde, criação de um número maior de leitos e de uma diversidade maior de serviços. Mas essa ampliação tecnológica foi resultante do desenvolvimento da iniciativa privada no campo da assistência à saúde no país. De acordo com Braga e Paula apud Gerschman e Santos (2006, p. 180) “em 1960 62,1% dos hospitais eram privados, dos quais já 14,4% com fins lucrativos”.

Destarte, nota-se a configuração de uma assistência à saúde mercantilizada cujos aparatos tecnológicos não estavam à disposição de toda a população brasileira, mas somente para os poucos que detinham condição para o custeio deste modelo de assistência. O Estado, por sua vez, além de não limitar a incursão da iniciativa privada no âmbito da saúde, contava

⁴ Documentário ‘Políticas de saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde’. 2002. Vide dados completos no tópico ‘referências’, ao fim do texto.

com seus serviços de forma suplementar, tornando-se um dos compradores dos serviços de ordem privada.

Destaco que até então não se verificou um comprometimento do Estado com a ampliação de uma rede pública de assistência à saúde de qualidade e que fosse suficiente para a demanda total existente. Para alcançar a universalização da cobertura de assistência à saúde, abriu-se espaço para a iniciativa privada. Neste rumo, surgiram as empresas de medicina de grupo e mais adiante os já tão conhecidos planos de saúde particulares.

Para a população feminina, o contexto histórico traz a questão da inserção da mulher no mercado de trabalho e, quanto às práticas de saúde, continua a ser predominante a atenção à gestação e aos cuidados de crianças, sendo estes últimos de responsabilidade inteiramente feminina. Todo o avanço tecnológico da época, no que se refere ao campo da saúde reprodutiva das mulheres, vai repercutir num investimento para o desenvolvimento de mecanismos que controlem detalhadamente a reprodução e a sexualidade. Exatamente neste tempo também especialidades como a ginecologia e obstetrícia incrementam seus saberes e práticas educativas reforçam a vigilância moralista especialmente ao corpo feminino, objeto de intensa medicalização, tal como o que foi dito no início deste capítulo.

É pertinente um maior comentário acerca da contracepção, pois em nosso país é apenas em meados da década de 60 que esta questão passa a ser tema de interesse do Estado, suscitando o debate sobre o controle populacional. De acordo com Coelho (2000) as organizações internacionais pressionavam cada vez mais o Brasil à adoção de uma política demográfica. A teoria malthusiana, que possui um claro enfoque moralista, fundamentou os estudos que buscavam justificar a necessidade da implantação do controle populacional. Segundo Malthus, quanto maior o número de habitantes, maior também é a pobreza de um país.

A princípio, a igreja, os militares e o próprio governo não foram receptivos à elaboração de uma política de controle demográfico. Contudo, a dependência do financiamento estrangeiro fez com que o Brasil acatasse as determinações internacionais. No ano de 1965 foi criada a Sociedade Civil de Bem-Estar no Brasil - BEMFAM, uma organização não-governamental que buscou popularizar o acesso aos métodos contraceptivos no país e suas atividades incluíam principalmente a distribuição de pílulas anticoncepcionais - sem a devida instrução e o acompanhamento médico. Essa organização contava com o patrocínio de institutos internacionais e detinha claros interesses controlistas em suas ações. (COELHO, 2000).

O fortalecimento do discurso que defendia a contracepção foi notório e trouxe até mesmo uma mudança na percepção do que era entendido como sendo ‘saúde da mulher’. Se antes, saudável era a mulher que gestava filhos com saúde; agora a saúde da mulher tinha como parâmetro a possibilidade de ter uma vida sexualmente ativa sem ficar grávida. (ÁVILA, CORREA E XAVIER, 1989).

As medidas contraceptivas obtiveram uma vasta aceitação das mulheres que viam na contracepção a possibilidade de, além de regular sua fertilidade, também poder separar sua vida sexual da gravidez. Também a inserção da mulher no mercado de trabalho somado à crítica às políticas de saúde que persistiam em reduzir a atenção à mulher ao provimento de medidas voltadas apenas à gestação foram elementos que em muito contribuíram para o destaque da questão contraceptiva no país.

Todavia, como lembram Ávila, Correa e Xavier (1989), há outros aspectos que devem ser considerados como, por exemplo, o fato de que a produção de anticoncepcionais é na realidade um promissor mercado que gera lucros certos para quem o produz e este certamente é um dos motivos que mais incentiva o investimento neste setor. Há também os interesses controlistas inseridos nessa política demográfica a qual tem ligação, mais uma vez, com o desenvolvimento econômico do país.

Logo a contracepção assumiu o foco das políticas de saúde para as mulheres, sendo apresentada como o caminho para a libertação feminina, seria praticamente a solução para os problemas sociais enfrentados pela população feminina. Em relação a este aspecto, é válido acrescentar:

O que as mulheres descobrem tão logo mergulham na própria experiência, é que a nova anticoncepção não altera seu status enquanto cidadãs e trabalhadoras de segunda categoria. Percebem também que os métodos modernos estão cada vez mais sob o controle do sistema médico. Finalmente se dão conta de que eles intervêm negativamente em sua saúde: as pílulas provocam trombozes, glaucomas e enfartes; os DIUS⁵ causam infecções pélvicas; os injetáveis podem provocar câncer. (ÁVILA, CORREA, XAVIER, 1989, p. 218).

Ou seja, a regulação da fecundidade permitida por meio do uso de contraceptivos é sim um recurso importante para que o exercício da sexualidade seja desvinculado da gestação. Contudo ela não deve ser entendida como o viés que pode levar à resolução de questões advindas de uma estrutura social que ainda relega/restringe muitos espaços às mulheres. Já é sabido que controlar o número de filhos não basta para reverter toda a estrutura permeada por problemas econômicos advindos da má distribuição de renda e por moldes de gestão ainda patriarcais.

⁵ DIUs - Dispositivos Intra-uterinos.

Mas também são importantes os seguintes questionamentos: a contracepção é um aspecto cujo saber é totalmente acessível às mulheres? Ou ainda, até que ponto as mulheres tem oportunidade de escolher entre os mais diferentes métodos? Será que as medidas contraceptivas não são mais um dos aspectos que compõem o histórico controle destinado ao corpo feminino?

No rumo desta crítica feita pelas mulheres, em fins dos anos 70, voltam a se fortalecer diversos movimentos que lutam em prol de uma melhoria das condições de saúde e, de maneira ampla, pela redemocratização do país. Debates que apontam para a elaboração de olhares distintos comprometidos com a construção de uma assistência à saúde voltada para as comunidades, onde os serviços sejam de qualidade e cujo acesso seja garantido a toda a população brasileira. (SCAVONE, 2004; COELHO, 2000; MANDÚ, 2002).

É exatamente a partir deste contexto propício que se registra a ocorrência de várias conferências, a elaboração de legislações, de novos programas e políticas de saúde diretamente relacionados à dimensão da saúde reprodutiva das mulheres. Esses marcos vão contribuir de forma a ampliar este campo de atuação, chegando à conquista da criação dos ‘direitos reprodutivos’. A seguir serão abordados alguns destes passos.

1.6 Do planejamento familiar aos direitos reprodutivos: buscando cidadania

Em grande parte do mundo, após os anos 50 a questão da ‘explosão populacional’ impulsionou a criação de várias conferências que se propunham a debater essa temática. Os debates internacionais apontavam o crescimento populacional como indicativo de pobreza, ou ao menos de que com um grande número de habitantes, seria bem mais complicado para um país ofertar melhores condições de vida aos seus habitantes. Em consonância com a assertiva acima, na conferência internacional de população ocorrida no ano de 1984, na cidade do México, houve um consenso em defesa do controle demográfico. Nesta oportunidade, todos os países presentes, até mesmo o Brasil, firmaram a proposição de atuar no sentido de tornar estável o crescimento populacional.

Porém, a crescente crítica feita por mulheres ao controlismo advindo de intenções econômico-políticas, o desenvolvimento dos estudos de gênero e o fortalecimento dos debates sobre direitos humanos, terminam por trazer novos enfoques à saúde reprodutiva e à política demográfica. Este fator vai impulsionar a elaboração de cartas e programas mais afinados

com movimentos sociais os quais detém maior aproximação com a vivência das mulheres e com a busca por direitos.

Um relevante exemplo dos documentos que compuseram esta fase em nosso país é a Carta de Itapecerica, elaborada no ano de 1984. Nela denuncia-se a situação geral de crise em nosso país, marcada pela privatização dos serviços de saúde, altas concentrações de renda, hospitais e maternidades superlotadas, campanhas controlistas, dentre outros elementos afins e que destacam as condições precárias da atenção à saúde no Brasil. (LABRA, 1989).

O documento de Itapecerica traz ainda propostas que apontam para a necessidade de repudiar toda postura discriminatória em relação às mulheres (incluindo-se aí a diversidade deste grupo, podendo-se encontrar lésbicas, índias, negras, prostitutas dentre outras). O resgate do saber popular feminino e a construção de uma saúde interrelacionada com as características individuais de cada sujeito além de comprometida com a realidade vivida pelos mesmos é também um elemento discutido. (LABRA, 1989).

A carta de Itapecerica foi elaborada no mesmo ano da oficialização do PAISM que em sua época foi apresentado como um sendo marco para as políticas públicas de saúde voltadas para a população feminina. Adiante incluo maiores descritores sobre este programa.

1.6.1 PAISM: entre avanços e retrocessos

A construção do PAISM contou com a participação do movimento de mulheres e uma de suas principais características foi a inclusão do princípio da integralidade e a ênfase na importância de atividades preventivo-educativas. Por meio da integralidade foi proposta a oferta de serviços que abarcassem todas as necessidades de saúde das mulheres, disponibilizando desde os atendimentos mais simples até os mais complexos em prol da promoção, proteção e recuperação da saúde da mulher. A noção de saúde foi ampliada e passou a incluir a dimensão social e a preocupação com o contexto e as necessidades particulares de cada mulher. Atividades feitas em conjunto e a ampliação da assistência básica às mulheres sejam elas adolescentes, adultas ou idosas também foram aspectos acrescentados. (OSIS, 1998).

O planejamento familiar foi incluído no PAISM e sua abordagem estava associada ao direito à informação acerca da regulação sobre a fecundidade, relacionando-o ao livre arbítrio quanto ao número de filhos desejados. Previu-se ainda a capacitação de profissionais para

lidar com as demandas trazidas por mulheres. Ou seja, muitos pontos importantes foram levantados com a criação deste programa de políticas para a saúde feminina. Porém, diversos estudos (CORRÊA, 1993; MEDEIROS & GUARESCHI, 2009; SCAVONE, 2004) apontam que a implantação real do PAISM enfrentou inúmeras dificuldades que impediram sua efetividade.

Por outro lado, não posso deixar de registrar que, de acordo com Osis (1998), apesar de ter proposto avanços, o PAISM continuou a associar a mulher como exclusiva responsável pelas questões referentes à reprodução. Prova disso é que em todo o programa, não se menciona que os homens também devem participar e serem responsabilizados nas ações referentes a esta temática. Houve também aqueles que questionaram a real intenção do PAISM, chegando até a levantar a suposição de que com essas novas diretrizes o governo simultaneamente incentivaria o controle (ou melhor, o controlismo) da fecundidade. Destarte, no tempo em que foi criado o PAISM, as políticas de saúde estavam em plena reestruturação. Princípios como os da integralidade, equidade e universalidade já eram mencionados nos debates, trazendo indicativos do que mais adiante iria compor o Sistema Único de Saúde.

Em todo o mundo a década de 80 preparou mais diretamente os caminhos rumo à ampliação do conceito de saúde reprodutiva e à criação dos direitos reprodutivos e é este o ponto que abordarei a seguir.

1.6.2 Saúde reprodutiva e direitos reprodutivos

Nos anos 90 as discussões acerca da questão reprodutiva avançaram. O número cada vez maior de ONGs e de movimentos sociais presentes nas conferências e a conjuntura social marcada pelo fim da guerra fria e pela diminuição da taxa de fecundidade em todo o mundo facilitaram a adoção de mudanças que progrediram rumo aos direitos reprodutivos. Deixou-se de lado o grande destaque atribuído à limitação do crescimento populacional e a ótica dos direitos humanos passou a nortear definidamente os debates.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), ocorrida no ano de 1994 na cidade do Cairo refletiu todos esses aspectos ao apontar como cerne a preocupação com o desenvolvimento e o bem-estar dos sujeitos, dando lugar aos direitos individuais, com especial atenção aos direitos reprodutivos. Nesta mesma conferência foram planejadas ações pautadas na luta pela equidade de gênero e no reconhecimento de que

também era preciso incentivar a elaboração de políticas comprometidas com o empoderamento das mulheres. (ALVES, CORRÊA, JANNUZZI, 2003).

Fazendo parte dessa mudança, é também na CIPD do Cairo que é apresentado o atual conceito de saúde reprodutiva, a saber:

Saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que dêem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. (NACIONES UNIDAS APUD BRASIL, 2010, p. 13).

A ampliação do conceito de saúde reprodutiva traz importantes aspectos, quando, por exemplo, inclui os homens na temática da reprodução ou ainda quando enfatiza a autonomia e a garantia da escolha diante da diversidade de opções e serviços que devem compor a saúde reprodutiva.

Por sua vez, os direitos reprodutivos vêm enfatizar e dar complementaridade a essas transformações. De acordo com Ávila (2003, p. 02), estes direitos “dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva”. É relevante enfatizar eles não devem ser entendidos como modelos austeros que possam originar regras para a normatização da vida reprodutiva. Devem ser entendidos como sendo de caráter igualitário, libertário e mais ainda: sua garantia é critério que auxilia no alcance de uma democracia pautada numa real autonomia e em prol de transformações culturais. Sobre este aspecto Ávila comenta:

O processo de construção dos direitos reprodutivos [...] se integra ao processo mais amplo do movimento dialético de construção da democracia. Para as mulheres, a condição de sujeitos construtores de direitos e, nesse caso construtoras de direitos reprodutivos [...] significa romper com a heteronomia a que sempre estiveram submetidas, em relação ao uso de seus próprios corpos, uma vez que todas as regras e tabus que controlaram e reprimiam suas vivências na sexualidade e na reprodução foram historicamente determinadas pelos homens. Essa repressão e esse controle do corpo e da sexualidade são elementos centrais da dominação patriarcal e de sua reprodução. (2003: p. 04)

Assim, ao falarmos em direitos reprodutivos, mencionamos sua propriedade de estar relacionado aos valores democráticos e à construção de uma cidadania alicerçada no comprometimento ético de romper determinismos biológicos e desigualdades. Sendo desta forma, “políticas públicas dirigidas a esses direitos devem estar voltadas para a justiça social e para isso elas têm de ser formuladas e executadas levando em conta as desigualdades de gênero, de classe, de raça e de expressão sexual” (ÁVILA, 2003, p.04).

No rumo dessas conquistas do campo da saúde reprodutiva, nosso país apresenta, no ano de 2004, uma nova política nacional de atenção integral à saúde da mulher. Nela são incluídos elementos advindos do enfoque de gênero e que consideram não só a necessidade da criação de políticas específicas para um maior reconhecimento da população feminina, mas também as diferenças de classe, idade, raça e orientação sexual, que reforçam ainda mais as desigualdades por que passam as mulheres. (BRASIL, 2004).

Além disso, os princípios e diretrizes desta política trazem em seu conteúdo a consideração de que é preciso realizar mudanças diante da precária assistência à saúde ofertada para as mulheres, ao tempo em que também se propõe que a medicalização seja substituída pela integralidade e pela garantia de direitos. A humanização surge como estratégia para viabilizar estas metas. (BRASIL, 2004).

Outro ponto que já estava indicado no PAISM e que está presente de maneira ainda mais enfática na nova política é a articulação com os princípios que norteiam a organização do Sistema Único de Saúde.

Partindo de tudo o que foi escrito até então, fica claro que o percurso da saúde da mulher e da saúde reprodutiva no Brasil está diretamente relacionado com a estruturação das políticas e dos serviços de saúde que foram criados pelo Estado. Então, para finalizar este capítulo, é pertinente acrescentar um sucinto comentário sobre a saúde reprodutiva das mulheres em tempos de SUS.

1.7 Saúde reprodutiva das mulheres e o Sistema Único de Saúde: há mesmo espaço para escolhas e para autonomia?

A atual política nacional, citada acima, trouxe em seu texto um aspecto constantemente presente nos documentos e/ou debates que abordam o tema da saúde da mulher em nosso país: o registro de uma atenção à saúde ainda deficitária, excludente e em

algumas regiões, até inexistente. São vários os dados que ilustram esta realidade e como exemplo, Coelho (2001, p.60) menciona: "no Brasil, estima-se que ocorram anualmente entre 3 mil e 5 mil mortes de mulheres como consequência de complicações ligadas à gravidez ou ao puerpério"; "mais de 90% destas mortes podem perfeitamente ser evitadas por meio de um tratamento digno."

Destarte, vale a pena questionar: diante de um quadro composto por desigualdades e precariedades, até mesmo nos serviços básicos, é possível vislumbrar a existência real de direitos, de autonomia neste campo? Para além das dificuldades com a viabilização dos serviços de saúde, temos de considerar que somente um país verdadeiramente comprometido com a democracia e com a promoção da alteridade dos grupos sociais historicamente em desvantagem – como é o caso das mulheres – pode ofertar escolhas e espaços para a liberdade de opinião e de expressão dos sujeitos. Sendo assim, como avaliar a relação entre as políticas públicas de saúde e as mulheres em nosso país?

Um aspecto que certamente integra esta discussão é a criação e funcionamento do SUS, ocorrida em meio à luta dos movimentos sociais pela redemocratização do país. Com princípios como os da integralidade⁶, universalidade⁷, e equidade⁸, o SUS é criado com a promessa de garantir uma saúde de qualidade para todos, sem distinções. (POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL, 2002).

Porém, Menicucci (2007) e Gerschman & Santos (2006), por meio da orientação do neo-institucionalismo histórico, apontam que a atual configuração do sistema de saúde brasileiro é resultado da conjunção de atores políticos e opções institucionais legitimadas ao longo da história das políticas de saúde no Brasil. E mais, as opções e arranjos institucionais assumidos especialmente no início desta trajetória tendem a permanecer caso não surjam movimentos cuja força tamanha seja capaz de reverter os rumos originais.

A propósito, o presente capítulo trouxe em seu curso um breve resgate da trajetória das políticas de saúde no país e a partir daí já é possível perceber que esta história conta com a participação, desde seu início, de atores políticos tais como as organizações internacionais e as iniciativas privadas. A conjuntura das ações públicas de saúde foi demarcada por crises

⁶ **Integralidade:** os serviços de saúde devem considerar a pessoa como um todo, em seu contexto e em suas próprias condições de vida e de trabalho. Para alcançar a integralidade, é preciso também atender a todas as necessidades desta pessoa, disponibilizando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde.

⁷ **Universalidade:** todas as pessoas, indistintamente, têm direito ao acesso e às ações de saúde;

⁸ **Equidade:** "princípio de justiça social que visa à diminuição das desigualdades". Não é sinônimo de igualdade; afirma que é preciso priorizar o atendimento àqueles que apresentam maiores necessidades de saúde, ou seja, onde há maior carência, há maiores investimentos. (Fonte: Cunha e Cunha, 2001.)

financeiras, falta de ampliação de uma rede de assistência médica, abertura para acessos diferenciados aos serviços de saúde (priorizando os que estavam inseridos formalmente do mercado de trabalho), dentre outros aspectos. Todos estes elementos terminam por formar entraves e limitar a atuação do SUS que em teoria propõe o acesso universal à saúde e a participação popular como orientações essenciais para seu exercício.

Exemplos de entraves são percebidos quando notamos os desafios impostos à integralidade e à universalização do acesso à saúde. Segundo Gerschman & Santos (2006) mesmo em tempos de SUS instituições internacionais continuam a opinar incisivamente na formulação de nossas políticas públicas. Um exemplo bastante atual refere-se à “sugestão” de que o Brasil tenha como prioridade o fortalecimento dos serviços de baixa complexidade presentes no nível de atenção básica à saúde.

Assim, configura-se um quadro onde o Estado especializa-se cada vez mais no fortalecimento de uma rede convencional de saúde, composta por serviços clínicos básicos. Por outro lado os serviços de maior complexidade, de alto custo e mais especializados são o foco da iniciativa privada que continua a ser subsidiada financeiramente pelo governo o qual inclusive permanece sendo um dos mais fiéis clientes do setor privado de saúde. Constitui-se desta maneira o tão falado ‘mix público-privado’ que persiste em segmentar as formas de acesso e até mesmo limitar a proposta de integralidade do SUS. (MENICUCCI, 2007; GERSCHMAN & SANTOS, 2006).

Todavia, os desafios e impasses que são evidenciados na construção cotidiana do SUS devem servir de pauta para incentivar uma mudança real e que promova verdadeiros marcos em prol da cidadania e da saúde como viés para a promoção de alteridades. A nosso ver a busca pelos direitos reprodutivos, incluídos no campo da saúde reprodutiva, são um importante instrumento para o alcance deste objetivo. Sobre isto, Ávila comenta (2003, p. 04):

Uma política pública de saúde comprometida com a promoção integral dos direitos reprodutivos [...] representará uma conquista política para a democracia. Fortalecerá o processo de democratização da sociedade brasileira, contribuindo para superar suas heranças autoritárias, patriarcais e homofóbicas. Contribuirá também para alterar os limites impostos pelo Estado à vida privada e assim contribuirá para uma cidadania que se estende à vida cotidiana.

Enfim, direitos reprodutivos, participação de movimentos sociais e da comunidade como um todo, constituem-se como exemplos de importantes caminhos que podem fortalecer as lutas rumo à reorientação das políticas de saúde em nosso país. Gera-se desta forma práticas implicadas com transformações culturais que promovam a autonomia das mulheres.

Por isso, torna-se especialmente relevante a existência de pesquisas que busquem investigar de que forma as questões que pertencem ao âmbito da reprodução estão sendo exercidas nas unidades de saúde e também, de que maneira as mulheres compreendem e participam dos tantos discursos e práticas que compõem esta temática.

Feita esta revisão acerca dos assuntos que compõem a temática ‘mulheres, reprodução e saúde’ em nosso país, cabe agora iniciar a apresentação do contexto onde o presente estudo foi realizado, apresentando características do campo de pesquisa e os percursos metodológicos adotados. Este será o objetivo do capítulo seguinte.

2 PRÁTICA ETNOGRÁFICA: INTERRELACIONANDO CONTEXTO, INSTRUMENTOS E PERCURSOS

Este capítulo tem o propósito de apresentar os percursos adotados durante o desenvolvimento da presente pesquisa, para tanto serão abordados aspectos que detalham os instrumentos metodológicos utilizados e o contexto de investigação. Especialmente, nesta segunda parte do texto darei início à apresentação do campo de pesquisa que foi o ponto de partida da investigação: a Unidade de Saúde.

São pertinentes para este momento as seguintes indagações: afinal de contas, quais as especificidades deste contexto? Como se deu a minha inserção neste contexto? Quais serviços foram sendo apontados como relevantes para a investigação? Que tensões e interesses estão imersos na rotina da U.S? São estas as interrogações cujas respostas serão desenvolvidas ao longo deste capítulo.

A princípio e para melhor compreender os percursos que foram sendo adotados, opto por dispor a definição desta investigação como sendo uma etnografia que contou com seguintes instrumentos: observação participante, diários de campo e realização de entrevistas semi-estruturadas para o registro do contexto. O tópico seguinte trará alguns apontamentos acerca desta perspectiva.

2.1 Abordagem etnográfica: contexto, interpretação e experiência pessoal

Antes de apresentar algumas das características próprias à etnografia, cabe situá-la, de maneira geral, no campo das pesquisas qualitativas, cujo objetivo reside em desenvolver uma interpretação contextualizada e práticas que denotem compromisso com a realidade estudada. Além disso, a construção do conhecimento por meio deste tipo de estudo tem por princípio seguir o rumo contrário aos estudos condicionados à obtenção de generalizações (leis/regras). As críticas aos austeros formalismos metodológicos, típicos de uma orientação positivista, também são um aspecto próprio da abordagem qualitativa. Conseqüentemente seus alicerces diferenciam-se do que podemos encontrar em obras de cunho reducionista, pois consideram de maneira preponderante aspectos tais como a subjetividade, o senso comum, as crenças, o cotidiano. É exatamente por diferenciar-se deste modo que os métodos e técnicas qualitativos

mostram-se como sendo de especial importância para as ciências humanas. (DENZIN & LINCOLN, 2006).

Trata-se de um campo de desenvolvimento não-linear, em contínua construção e permeado por tensões constantes, voltado para a elaboração e discussão de métodos que favoreçam a necessária articulação entre a ciência, a sociedade e o sujeito. Discutir as problemáticas reais dos lugares e fazer da voz dos sujeitos o viés para a proposição de necessárias transformações sociais são alguns dos pontos de pauta destas perspectivas. Inserida neste campo, a etnografia mostra-se como um importante recurso metodológico que destaca discursos sociais e busca a compreensão das relações sociais presentes em cada contexto, especificamente.

A prática etnográfica conta com várias técnicas para o registro de seus dados, dentre elas há o mapeamento do campo, o estabelecimento de relações com informantes e a produção de diários. Contudo, de acordo com Geertz (1989) um dos pontos essenciais reside justamente na interpretação dos significados presentes no contexto, ou seja, busca-se com a etnografia a análise dos códigos sociais que estão presentes nas crenças e nos costumes próprios de cada campo.

Porém, quando falo na análise dos códigos sociais, isto não indica que a prática etnográfica pressupõe a existência de leis gerais que tomem o contexto como algo homogêneo, sem espaço para a diversidade e para as mudanças. Pelo contrário, visar à compreensão dos significados implica na consideração de que, por ser dinâmico, o contexto precisa ser apreendido detalhadamente, é necessário situar-se no campo, envolver-se para somente assim apreender e conseqüentemente compreender ‘como e por que’ as relações sociais se estabelecem do modo como são, em um tempo e em um campo específicos. (GEERTZ, 1989).

Outra implicação interessante é a de que a etnografia, por não buscar padrões unificados, também não tem a rígida coerência e a formalidade como condição principal para a validação de seus registros. O critério fundamental é o de estar próximo do que de fato acontece, das falas, dos hábitos dos informantes, construindo desta maneira uma análise que reflita o conteúdo real e típico das circunstâncias em questão. Destaco ainda o aspecto pontuado por Geertz (1989) quando o mesmo comenta que o pensamento que se produz por meio da etnografia, não é *sobre* o objeto de estudo, mas sim *com* este mesmo objeto. Resultam daí conteúdos que, pautados nestes fatos microscópicos, terminam por contribuir para a atualização crítica de conceitos- macro.

A partir da etnografia o pesquisador vê-se situado no campo e seu envolvimento com o objeto de investigação é o primeiro passo para o desenvolvimento da pesquisa. Deste modo, para o estudioso, a pesquisa torna-se inclusive uma experiência pessoal onde a inserção do pesquisador, além de propiciar que ele mesmo registre suas observações, também o dispõe para as observações e avaliações dos informantes, sua presença suscita modificações no contexto e na forma como os informantes, especialmente no início da investigação, referem dados.

Também a prática etnográfica considera sua própria análise como sendo inconclusiva. Ou seja, com os registros da etnografia não se pretende colocar um ponto final nos significados e nas interpretações que são registradas; pelo contrário, as informações obtidas têm o instigante propósito de dar continuidade aos debates e aprofundar as investigações, reconhecendo a dinamicidade das relações sociais.

Defini a prática etnográfica e seus instrumentos (observação participante, diários e entrevistas individuais⁹) como estratégia metodológica justamente por entender que essa forma de inserção no campo favorece a construção de um espaço de destaque para os informantes e para o contexto, refletindo não só a rotina de funcionamento do campo, mas principalmente, as tensões, expectativas e contradições ali presentes.

Outro ponto importante refere-se aos aspectos éticos que foram considerados ao longo da execução deste trabalho. O projeto de pesquisa que deu início ao presente estudo foi avaliado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas e sua carta de aprovação está inserida no anexo 3. Também, a cada um dos participantes foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) o qual explicita os objetivos do estudo, descrevendo que os dados obtidos serão preservados e não permitirão a identificação do indivíduo.

Com estas considerações acerca dos aspectos metodológicos, passarei à caracterização da U.S, ponto de partida das investigações. Para tanto, julgo que é melhor, primeiramente, situar as unidades de saúde no âmbito do SUS; o tópico adiante terá esta finalidade.

2.2 As Unidades de Saúde e o nível de atenção básica¹⁰ no SUS

⁹ As entrevistas individuais foram de tipo semi-estruturado, ou seja, contaram com roteiro pré-estabelecido e flexível, havendo também espaço para que os informantes dissertem espontaneamente sobre o assunto. Participaram das entrevistas mulheres que procuram na U.S serviços para o acompanhamento de suas vidas reprodutivas e também profissionais que lidam diretamente com esta demanda.

Nos anexos 1 e 2 estão os roteiros utilizados.

¹⁰ O nível de atenção Básica também pode ser denominado 'Atenção primária à saúde' (APS).

O SUS é formado por várias instituições pertencentes às esferas federal, municipal, estadual e ainda pelo setor privado (como complemento). Todas estas partes, apesar de distintas, são submetidas aos mesmos princípios e diretrizes. Uma das diretrizes que orienta a organização do sistema de saúde brasileiro é a hierarquização dos serviços quanto à complexidade da assistência à saúde. (CUNHA & CUNHA, 2001).

Assim, a rede de assistência é estruturada hierarquicamente de acordo com os níveis crescentes de complexidade, havendo deste modo os atendimentos de baixa, média e alta complexidade. Os serviços de alta e média complexidade são os de maior custo e que demandam um uso maior de tecnologia. Por sua vez, os de baixa complexidade possuem menor custo e poucos necessitam de aparatos tecnológicos mais complexos.

As US estão inseridas na rede de Atenção Primária à Saúde, que pertence ao nível de baixa complexidade e executa ações predominantemente voltadas para promoção e prevenção à saúde como também à oferta de atendimentos básicos¹¹ que visam ao tratamento e à manutenção da condição de saúde.

Segundo a portaria 648/G.M (Brasil, 2006) as práticas exercidas neste nível devem ser de caráter democrático e participativo, levando em consideração, especialmente, a dinamicidade e a cultura do território, sem deixar de lado atenção à singularidade de cada indivíduo. Ou seja, é previsto o comprometimento com a realização de práticas contextualizadas, que estejam afinadas com a cultura e os costumes de sua demanda.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) indica também que no nível de atenção básica à saúde sejam disponibilizadas diversas ações. Como exemplo, posso citar o fornecimento regular de anticoncepcionais, os serviços de planejamento familiar e as atividades educativas que visem ao acompanhamento de mulheres e propicie a garantia de direitos. (BRASIL, 2004)

A valorização à APS tem sido apontada como uma grande tendência registrada em todo o mundo. Assim, a reorientação do modelo assistencial à saúde brasileiro tem como foco a expansão da atenção básica, principalmente por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Contudo, Scott (2001) pontua que a expansão da APS ainda ocorre com recursos financeiros modestos e com número de profissionais insuficiente para a demanda. O mesmo autor também problematiza a concepção inicial dos programas de saúde reprodutiva em ação

¹¹No grupo de serviços básicos estão incluídos atendimentos de atenção primária à saúde por meio de especialidades como Clínica Geral, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social, podendo ainda ser inserida a Odontologia.

na APS, uma vez que estes continuam a adotar o sexo e a faixa etária como primeiros indicadores para a definição de suas práticas. Sendo deste modo é pertinente o seguinte questionamento: até que ponto esta expansão da atenção básica significa a substituição da ótica reducionista própria do modelo tradicional de assistência à saúde?

É interessante pontuar que a ampliação da atenção básica e de suas novas estratégias ocorreu primeiramente na região Nordeste, onde há índices que denotam situação de pobreza e de baixo desenvolvimento sócio-econômico. Para alguns, esta ênfase na região nordestina para além de ser um pressuposto do princípio da equidade, termina por gerar ditos tais como o de que o ‘SUS é um plano pobre e feito para pobres’. (SCOTT, 2001).

Já que mencionei a região nordeste e seus dados de desenvolvimento sócio-econômico, já é tempo de incluir no texto algumas informações sobre Alagoas, acrescentando dados sobre a condição de vida de sua população e a maneira como os serviços de saúde estão estruturados neste contexto.

2.3 Alagoas: um contexto de desigualdades

A ‘questão saúde’ está diretamente relacionada ao desenvolvimento sócio-demográfico de cada contexto, ou seja, às condições de vida em que se encontram as mais diversas populações. Sendo assim, torna-se indispensável atentarmos para elementos tais como: níveis de escolaridade, taxas de analfabetismo e de mortalidade, desigualdade social, expectativa de vida, dentre outros dados afins.

De modo geral, consultar estas informações auxilia na descrição e num entendimento mais amplo acerca do contexto em debate. Também é relevante a observação de que estes mesmos índices sócio-demográficos destacam necessidades que devem servir como ponto de partida para as ações públicas de saúde.

Localizada na região Nordeste do país, Alagoas é dividida em 102 municípios e de acordo com Censo Demográfico (IBGE, 2010a) conta com população composta por 3.120.494 habitantes. Deste total, 51,55% são mulheres e 48,45%, homens. A maioria da população (73,64%) está concentrada em áreas urbanas. No contexto Alagoano, encontram-se índices que destacam situação de pobreza e baixo desenvolvimento social e econômico.

Primeiramente destaco os dados referentes à Educação. É pertinente recordar que quanto maiores os níveis de escolaridade, maiores e melhores serão as oportunidades de

inserção no mercado de trabalho. Segundo Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD – (IBGE, 2009), a população alagoana que possui 15 anos ou mais de idade estuda em média apenas 5,6 anos. Tal dado encontra-se abaixo da média de escolaridade do Nordeste (6,4 anos) que inclusive já é a menor registrada nas regiões do país.

Outro índice que se destaca quanto à questão da educação são as altas taxas de analfabetismo em Alagoas. Os dados inclusos na Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2010b) registram que neste Estado 24,6% das pessoas com 15 anos ou mais de idade são analfabetas. Este dado amplia-se ainda mais se considerarmos os analfabetos funcionais, que nesta faixa-etária, correspondem a 36,5%. Alagoas apresenta os maiores índices de analfabetismo do país.

Diante de tais condições educacionais, surgem, por consequência, outros dados que integram a caracterização deste Estado. Um estudo feito pela PNAD 2008, ao buscar identificar a porcentagem de pessoas que vivem no Brasil com renda inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo, apontou Alagoas como região de destaque, com 59,48% de sua população sobrevivendo com estas condições de rendimento salarial. Ou seja, mais que a metade da população alagoana vive em situação de pobreza. (DATASUS, 2008).

É bastante pertinente acrescentar o aspecto recordado por Santos (2006), que enfatiza a desigualdade social no Estado de Alagoas. Segundo a mesma, a alta concentração de renda nas mãos de poucos habitantes é uma característica notória do contexto, pois, enquanto a maioria da população alagoana possui renda salarial de aproximadamente $\frac{1}{2}$ salário mínimo, os 10% mais ricos detêm rendimento salarial médio de 8 salários.

As informações sócio-econômicas mencionadas acima compõem um quadro caracteristicamente formado por desigualdades sociais e situações de vulnerabilidade que abarcam grande parte da população alagoana. Estes dados vão estar diretamente relacionados aos indicadores demográficos expectativa de vida e mortalidade infantil que falarei a seguir.

Os dados que informam acerca da expectativa de vida ao nascer não apresentam um panorama distinto dos demais em Alagoas. Segundo estudo realizado pela PNAD, no ano de 2009, os índices que denotam as menores expectativas de vida estão nas regiões Norte e Nordeste. Por sua vez, na região alagoana, encontra-se a menor expectativa de vida ao nascer do Brasil, tanto para homens (63,7 anos), quanto para mulheres (71,4 anos). (IBGE, 2010b).

Continuadamente as taxas de mortalidade infantil no Estado são também as mais altas do país e indicam que 46,4% das crianças alagoanas podem morrer durante o primeiro ano de vida. (IBGE, 2010a). Recordo que é consenso o fato de que a taxa de mortalidade infantil pode ser utilizada como um parâmetro o qual reflete as condições de gerais do

desenvolvimento social, da estrutura e da qualidade dos serviços de saúde ofertados em cada contexto. Então, podemos considerar que, já a partir deste critério – taxa de mortalidade infantil – as condições de saúde pública em que vivem os alagoanos e as alagoanas necessitam de efetivas modificações. Contudo mostra-se relevante escrever um pouco acerca desta estrutura que o setor saúde disponibiliza em Alagoas.

2.3.1 Os serviços de saúde e o desenvolvimento da atenção Básica em Alagoas

Os serviços de saúde pública em Alagoas são a principal alternativa de acesso à saúde no Estado. Segundo a PNAD 2008 (Complemento sobre acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde) 90,8% da população alagoana depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). (IBGE, 2008).

De acordo com Santos (2006) a estruturação e o desenvolvimento dos serviços públicos de saúde em Alagoas, foram e continuam a ser marcados constantemente por crises governamentais e greves de servidores.

Uma pesquisa sobre os serviços de Saúde feita pelo IBGE (2009) informa que atualmente, o Estado de Alagoas possui 1476 estabelecimentos, com o notório predomínio dos serviços públicos de saúde (82%). Dentre esses estabelecimentos públicos, sobressaem os municipais (79%). Os serviços particulares correspondem a 18% do total de atendimentos. Destes serviços públicos de saúde, predominam os que integram o nível de Atenção Básica, seguindo o rumo do que propõe as atuais diretrizes do sistema único de saúde.

A pesquisa foi feita na cidade de Maceió, por isso é pertinente incluir informações especificamente referentes a este município.

2.3.2 A cidade de Maceió entre os descompassos da saúde em Alagoas

Maceió, a capital do Estado, conta com 932.748 habitantes, sendo esta a maior população entre os municípios de Alagoas. Tal como no Estado, também em Maceió a maioria da população é composta por mulheres (53,2%) configurando-se num importante

grupo social para o qual devem ser destinadas políticas públicas que estejam implicadas com a real condição de vida e com as demandas dessas mulheres. (IBGE, 2010c).

É na cidade de Maceió onde se localizam serviços públicos de referência à atenção à saúde de Alagoas, como por exemplo, as duas únicas maternidades para gestantes de alto risco do Estado e ainda o único hospital público que atende urgências e emergências em Alagoas. Assim, o município termina por concentrar toda a demanda de pessoas, também advindas do interior do Estado, e que estão à procura de tais serviços. Leitos insuficientes e usuários desassistidos são alguns dos resultados que caracterizam a dinâmica do setor saúde em Maceió. (ALAGOAS, 2011).

Por sua vez, em relação ao nível da atenção básica, como dito acima, Maceió detém a menor cobertura do Estado (aprox. 27%). Este dado traz importantes implicações, pois, de acordo com Hebert Motta, superintendente de gestão e participação social da SESAU, aumentar a cobertura do nível da atenção básica em Maceió é um passo indispensável para a resolução das constantes superlotações nos serviços de saúde como também para o fortalecimento do SUS e para a melhoria do atendimento. (ALAGOAS, 2011).

Nota-se então a ênfase na idéia de uma Atenção Básica que funcione efetivamente como porta de entrada para a demanda de usuários do SUS. Com ações voltadas principalmente para promoção, prevenção e oferta de atendimentos básicos, a SESAU (2011) deposita na ABS a expectativa de organização, efetividade e qualidade do setor saúde.

Contudo, enquanto não ocorrem mudanças de fato, Maceió continua registrando um quadro de insuficiências no campo da saúde pública. Diante da ainda pequena expansão das ESF, o município possui um nível de Atenção Básica que detém contornos específicos, percebidos quando, por exemplo, nota-se a existência de unidades de saúde, pertencentes a este mesmo nível, que não possuem ESF e atuam adotando o modelo tradicional de atendimento; são unidades de demanda espontânea. É justamente numa dessas unidades que a pesquisa foi realizada.

Adiante passarei à caracterização da U.S, ponto de partida da etnografia. Desde já, antecipo que os dados apresentados em relação a este campo de pesquisa estão diretamente interrelacionados com os aspectos que informam acerca das condições de saúde e de desenvolvimento da população alagoana como um todo, refletindo um quadro que aponta para a necessidade de mudanças.

2.4 A inserção no campo de pesquisa: mapeando curiosidade e tensões

O primeiro passo para que determinado assunto se torne tema de investigação é certamente a curiosidade e o interesse que o mesmo desperta no pesquisador. Desde que cheguei à cidade de Maceió, esta U.S foi a principal referência que tive para buscar atendimentos de diversas especialidades médicas. Ao procurar os serviços para auxiliar no cuidado de minha própria saúde, comecei a perceber que aquele contexto trazia questões e problemas que instigavam maiores reflexões.

Nos dias em que eu estava na US, em meio às horas de espera por atendimento, passei a me dar conta que, das pessoas que estavam ali presentes, as mulheres eram a grande maioria. O lugar em que todas nós ficávamos reunidas, aguardando por nossas consultas, tornava-se um espaço bastante rico em informações.

Ali as mulheres aproveitavam para conversar entre si e falar, por exemplo, sobre como se sentiam em ter que falar aspectos íntimos de sua vida para o médico ginecologista. Havia aquelas que não viam razão para tantos exames e minúncias e outras que defendiam, em tom de familiaridade, a importância das frequentes idas das mulheres aos serviços de saúde.

Nas salas de espera, além desses assuntos, encontrei mulheres que afirmavam ter dúvidas sobre seu próprio corpo e que diziam não entender a linguagem utilizada por profissionais. A dificuldade para conseguir marcar atendimento também era ponto em comum nas conversas. A partir dessas percepções, pensei que estudar primeiramente a relação entre as mulheres e os serviços de saúde, mais especificamente os que são voltados à saúde reprodutiva, poderia contribuir para desnaturalizar ações deste campo ao tempo em que também evidenciaria os modos relacionais típicos deste contexto.

Para começar a realizar a pesquisa na US, era preciso solicitar autorização à diretora administrativa. Então, já com meu projeto em mãos, fui procurá-la. Coincidentemente, era o mês de outubro (do ano de 2010), época de eleições nacionais. O primeiro contato que tive com a direção foi bastante rápido e já evidenciou algumas tensões. Apresentarei a seguir um dos trechos de meu diário de campo onde relatei este momento:

Aproximei-me, disse que era estudante e perguntei se eu poderia realizar uma pesquisa sobre saúde da mulher e saúde reprodutiva no posto. Quando comecei a me empolgar para falar mais sobre a pesquisa, ela começou a me perguntar, um pouco incisivamente: - 'Quem é que me garante que você é realmente estudante, hein? É porque, é assim, não é desconfiando de você não, mas nessa época de politicagem quem me garante que você não é dessas políticas aí, hein? Que você não vai passar um dia aqui, fazer um relatório e colocar lá na propaganda da televisão?!' A diretora estava falando um pouco alto, tive a impressão de que ela não estava de bom humor.

Confesso que fiquei um pouco desconcertada, mas disse a ela que eu teria como comprovar que era um trabalho de bons objetivos e finalidades, que havia um projeto em minhas mãos, e que tudo fazia parte de uma proposta maior vinda do Instituto de Ciências Sociais e do mestrado em Sociologia. Nós continuávamos em pé, ali na sala de espera.

Fiquei um tanto intrigada com a relação imediata que a Diretora fez em relação ao meu estudo, mesmo eu tendo em mãos documentos e projetos que comprovavam minha origem e meus interesses. A mim restou a impressão de que este posicionamento da Diretora tinha na realidade o objetivo de deixar claro que minha prática não deveria ter repercussões políticas. Evidentemente isto aguçou ainda mais minha curiosidade.

Ao fim deste rápido contato, a diretora ponderou e comentou, ainda em tom esbravejante:

É, eu acho bom mesmo você vir pra cá, pesquisar isso, é um tema muito importante, pra você ver como funciona, o dia a dia. Veio aqui hoje o pessoal do conselho da saúde da mulher, tudo um bando de engravatado que olharam pra mim e disseram: vocês fazem prevenção? Me cobrando prevenção?! (quando falava a palavra 'prevenção' ela abria os braços como quem queria expressar que isso era uma utopia). Esse povo engravatado não sabe o que uma mulher, uma usuária daqui, tem que passar pra ser atendida. Eu aqui, eu tenho usuária que, pra ser atendida, pra conseguir pegar ficha, dorme na porta do posto, passa a madrugada aqui. Quando consegue ser atendida que o médico passa exame, porque tem de passar um monte, a gente não tem pra onde encaminhar não, não tem uma rede que realize os exames num lugar só [...] É, bom mesmo você vir pra cá pra mostrar pra todo mundo que o que esse povo [o conselho de saúde da mulher] diz que tem não é a realidade não, não é mesmo! [demonstrando muita indignação enquanto falava].

No dia seguinte fui à US, levei mais documentos devidamente carimbados e fiz questão de deixar uma cópia do projeto que já tinha apresentado no dia anterior. Deste dia em diante, passei a ir à unidade de saúde ao menos 01 vez por semana, durante sete meses, tendo encerrado a pesquisa de campo em maio do ano de 2011.

Após solicitar a autorização da direção administrativa, pensei que seria importante também me apresentar aos demais profissionais e explicar que eu estaria acompanhando as atividades realizadas pela U.S durante alguns meses, com especial interesse em identificar os serviços mais procurados pelas mulheres. De modo geral, achei interessante o fato de que, quando eu mencionava para os profissionais que estava atenta especialmente às mulheres-usuárias, o serviço que mais se destacava na fala dos mesmos era a realização do grupo de gestantes, que ocorria mensalmente.

Ao me apresentar a cada um dos profissionais (diretora administrativa, assistentes sociais, enfermeira, médico), percebi que eles demonstravam surpresa quando, ao me perguntarem sobre minha formação e o curso que eu estava concluindo, eu respondia que

estava finalizando uma pós-graduação em Sociologia. O espanto residia na ‘novidade’, para os profissionais, de ver que em Sociologia também se estudava saúde. No trecho da conversa disposto abaixo, é possível notar este aspecto:

A profissional então me perguntou de que curso e de que universidade eu vinha. Falei para ela que vinha da UFAL e que eu era do Mestrado de Sociologia. Ela comentou: ‘que bom, então você é formada em Ciências Sociais e tá fazendo o mestrado. Eu mesmo já estudei muito Sociologia, eu gostava muito de Marx, de Durkheim, vocês vêem essas coisas por lá, né? Eu pensei que você era de Nutrição, veio um pessoal aqui, pesquisar sobre a saúde da mulher gestante, sobre a alimentação’. Eu informei a ela que minha graduação era em Psicologia e agora eu estava no mestrado de Sociologia. Daí a profissional comentou: Ah, então é porque você é psicóloga. Tentei esclarecer que não, e que eu havia conhecido este tema somente quando entrei na pós-graduação, porém, notei uma sensação de estranhamento por parte da profissional, por mais que eu tentasse explicar por repetidas vezes.

Como implicação, percebi que, para os profissionais, o fato de ser da Sociologia não soava familiar. Estudantes de Enfermagem acompanhavam as atividades da enfermeira, graduandos de Serviço Social eram encaminhados para a Assistência Social, Psicólogos eram orientados a aproximarem-se dos profissionais do setor da Psicologia e assim por diante. Então, como me inserir neste contexto cujos serviços mostram-se tão separados e delimitados uns dos outros? O fato de, estando ali, não ser de nenhuma das áreas de atuação já comumente encontradas no “*posto de saúde*”, trouxe algumas dificuldades para minha aproximação junto aos profissionais que foi gradual justamente por conta deste estranhamento e dessas barreiras já tão alicerçadas.

Por outro lado, foi justamente por isto que passei a notar o quanto os serviços de saúde ainda estão pautados em uma ótica de especialidades que pouco se comunicam entre si e que compartilham, em sua maioria, da crença de que ‘saúde’ se reduz à realização de consultas, exames e acompanhamentos de doenças (e não de sujeitos inseridos em contextos específicos). Este dado, a princípio sutil, sugere também que há dificuldades na unidade de saúde no que se refere à questão da interdisciplinaridade. Este aspecto foi se tornando cada vez mais claro com o desenvolvimento da pesquisa, como comentou uma das assistentes sociais:

Porque, você vê, a gente não tem um trabalho aqui, muito integrado com os outros profissionais. [...] a integração com os outros colegas de trabalho, cada um vem pro seu horário e vai embora. É difícil a gente ter, assim, esse vínculo com os médicos, com os dentistas, com os psicólogos, sabe? Eu me relaciono melhor, que a gente tá sempre em sintonia, é com o pessoal da Enfermagem e não é nem com todas, é só com a da manhã. No dia que quem a outra profissional, que trocam assim, os

plantões, né? Aí eu já tenho mais dificuldade, porque nem todo mundo tem o mesmo movimento, né?

A propósito, o assunto aqui tratado remete necessariamente à crítica que Elias (1994) faz em relação aos tantos especialismos e à falta de interdisciplinaridade entre os variados saberes e práticas. Segundo o autor, sem cooperação interdisciplinar, são construídas verdadeiras “muralhas invisíveis” que dificultam o entendimento dos fenômenos humano-sociais (incluindo-se aí, a saúde, por exemplo) e, ao dissociarem o indivíduo com seus saberes compartimentados, distam-se da realidade que é trazida por cada um dos sujeitos (realidade esta que somente é compreendida através de um conjunto de diversos olhares e perspectivas).

A divisão das práticas, também expressa relações vivenciadas como desiguais entre os profissionais. Enquanto que a uns é facultado que somente realize suas consultas – atividade bastante valorizada no contexto -, outros têm de lidar com atendimentos, palestras educativas, prevenção – atividades pouco valorizadas, que não contam com a cooperação de todos os profissionais. A conversa abaixo, com a assistente social, registra este aspecto:

É porque os outros profissionais alegam ter muito compromisso, né? Alegam. É uns 4, 5 empregos. Aí vem aqui, se enclausura ali dentro do consultório, sabe? Pronto, atendeu X, a quantidade que ele atendeu aí a gente não tem muito contato. Aí, pra ser sincera, com os médicos, a maioria, quando é assim, uma festa de confraternização é que a gente encontra. Mas pra conversar mesmo, pra falar sobre o trabalho mesmo, nunca. Acham que palestra é tudo coisa de assistente social, sabe? Se chegar qualquer aluno e procurar a doutora Silvana, aí ela diz: ah, vá lá pra assistente social que ela recebe. Algum aluno que queira saber de alguma doença, de algum agravo relacionado à saúde, é tanta enfermeira e tudo encaminha pra cá. É como se a gente fosse o único profissional responsável pela promoção e pela prevenção, é como se só tivesse a gente, sabe? Como se só tivesse a gente aqui, somente. Eles resolvem mais a parte curativa, sabe? A preventiva é mais com a gente. A gente que se preocupe mais com a prevenção.

Não coincidentemente, tive uma proximidade maior com os profissionais da assistência social, que aos poucos compartilhavam comigo o dia a dia do “posto de saúde”. Uma das profissionais da Enfermagem, que firmava parcerias com o Serviço Social na realização de atividades preventivas, também foi um importante contato para minha inserção na unidade de saúde.

Estes primeiros dados já auxiliam numa compreensão mais detalhada dos serviços ofertados e da rotina de atividades da unidade de saúde, por isso já é pertinente dispor mais informações acerca do cotidiano deste contexto.

2.5 O “posto de saúde” e sua rotina de serviços

A U.S em questão foi fundada no mês de maio do ano de 2002. De demanda espontânea, ela não conta com a Estratégia de Saúde da Família (ESF). De acordo com informações da Direção Administrativa¹², a implantação da Unidade de saúde foi uma conquista do centro comunitário da localidade. No início de sua implantação as principais dificuldades se referiam à estrutura física do local e à disponibilidade de salas para o atendimento médico. Ao longo do tempo foram sendo criados novos espaços de forma que, atualmente, a Unidade de Saúde conta com aproximadamente dez salas para o atendimento da população e ainda três salas de espera, uma delas com televisão e água disponível para beber.

Neste contexto, a U. S é comumente referida pelos informantes como “posto de saúde” e seus serviços são bastante solicitados, pessoas de diversos bairros do município buscam atendimento neste posto e é frequente o registro de comentários de usuários que reconhecem a importância da diversidade dos serviços que são ofertados.

O “posto de saúde” conta com aproximadamente 25 profissionais os quais exercem atividades voltadas aos serviços de Pediatria, Odontologia, Clínica Médica, Nutrição, Psicologia, Ginecologia, Pré-Natal, Vacinação, Farmácia, Laboratório, Citologia além de diversos programas, tais como o HIPERDIA¹³ e o DST/AIDS¹⁴. Não sendo diferente de grande parte das instituições de saúde, também neste “posto” o quadro de profissionais é composto predominantemente por mulheres. O quadro abaixo dispõe sobre os serviços ofertados em cada dia e turno da semana:

QUADRO 1 - Serviços ofertados Atualmente Pela U.S De Acordo Com Cada Dia e Turno Da Semana

¹² As informações incluídas aqui são advindas de uma conversa com a Diretora da UBS, no mês de janeiro (2011). A diretora ocupa tal função desde o ano de 2003.

¹³ Programa de Cadastro e Acompanhamento de pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes.

¹⁴ Programa que visa à orientação e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

DIAS / ESPECIALIDADES	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA
MANHÃ	Ginecologia, Psicologia, Odontologia	Psicologia, Enfermagem, Clínica-Geral	Psicologia, Enfermagem, Odontologia, Clínica-geral	Psicologia, Odontologia, Ginecologia	Enfermagem, Odontologia, Ginecologia
TARDE	Psicologia, Odontologia, Hiperdia, Nutricionista	Psicologia, Ginecologia, Odontologia, Hiperdia, Nutricionista,	Odontologia, Ginecologia	Psicologia, Odontologia, Citologia, Nutricionista.	Ginecologia, Pediatria, Odontologia.

Fonte: Autora, 2011, adaptada de uma unidade de saúde em Maceió- AL.

Para além do espaço físico e dos serviços oficialmente disponíveis, encontrei uma rotina de atividades que possui características próprias. Por exemplo, o movimento intenso e típico de todas as manhãs é devido às marcações de consultas que têm início um pouco antes das sete horas. Também aquele que já possui consulta marcada precisa chegar cedo, pois a ordem de atendimentos é organizada de acordo com a chegada dos usuários, com a ressalva de que idosos e gestantes têm prioridade de atendimento. Durante o turno matutino geralmente as salas de espera ficam mais lotadas e como estão por lá desde cedo, as pessoas conversam entre si enquanto aguardam a chegada do especialista. Trechos do relato de campo de uma dessas manhãs expressa um pouco deste contexto:

Fui para a sala de espera às 08:00 da manhã e fiquei em pé acompanhando a conversa dos usuários. Falavam sobre casamento. Um senhor idoso que aparentava ter uns 70 anos e que parecia ser bastante comunicativo, estava contando como conheceu sua esposa, com a qual permanece casado há anos. Também havia uma mulher que conversava também empolgadamente e afirmava que os homens são todos “galinhas”. A conversa na sala de espera se centrava no diálogo entre esses dois e todos escutavam, riam, demonstravam atenção em relação à conversa. Estavam empolgados e eu também estava. A conversa estava animada. De repente, chegou uma senhora negra, vestida com um jaleco e disse para todos os que estavam na sala: “A doutora não gosta de barulho quando ela está atendendo, quando ela chegar ela não vai gostar”. A postura desta mulher não me pareceu amistosa tanto é assim que quando ela saiu, todos pararam de conversar e ficaram em silêncio, um silêncio tenso, já que foi provocado por uma advertência. Passado o tempo as pessoas da sala voltaram a conversar entre si, timidamente e com tom de voz mais baixo. Já era umas 08h40min. A médica clínico-geral, que a maioria das pessoas esperava, chegou. Ela passou pela sala com uma expressão fechada, não falou com ninguém e entrou na sala de atendimento. Enquanto ela passava todos silenciaram e

assim que ela fechou a porta uma senhora comentou comigo: “Tá vendo minha filha, é assim. O povo aqui não tem nem a educação de dar um bom dia quando chega.”

Situações como esta não são raras e denotam que um componente certamente presente nas relações entre profissionais e usuários é a postura autoritária ou de distanciamento que alguns dos especialistas demonstram em relação à demanda existente. Inserida neste contexto aos poucos fui percebendo que usuários e usuárias viam em mim uma espécie de depositário das insatisfações das pessoas diante dos serviços ofertados. O relato abaixo expressa este aspecto:

Uma senhora que estava ao meu lado comentou comigo, de forma mais reservada, que ela estava ali para acompanhar sua mãe idosa e que quando foi marcar a consulta, o pessoal foi “mal educado, não consideraram nem a idade da minha mãe”. O senhor que me contava da doença de Chagas de sua esposa tinha sido chamado para o atendimento e assim que saiu da sala olhou para mim e falou, me mostrando uns papéis para a marcação de exames: “minha filha, eu pedi o exame do guerreiro lá, pra ver se o besouro também me mordeu e ela disse que não ia dar não. Disse que era frescura, que não tinha necessidade não”! . “Quando eu pedi o da AIDS a doutora disse assim: quer dizer que o senhor nessa idade anda saindo por aí, é? Não é questão de sair por aí não, é que eu já tenho mais de 60 anos e lá pra trás, quando eu era jovem, eu aprontava e não sei se eu peguei, lá pra trás quando eu era jovem.” O senhor demonstrava estar bastante indignado com a postura da médica. O usuário que também ouvia a história comentou: “o mal desse povo é que eles têm tanto estudo e são tão mal educados”.

Uma das principais dificuldades relatadas pela direção e também ponto constante na fala das demais pessoas é a quantidade insuficiente de profissionais diante da demanda existente (atualmente a unidade de saúde conta com cerca de 20 a 25 mil usuários cadastrados). No caso da especialidade de clínica-geral, por exemplo, há somente 01 médica na unidade de saúde e por isso a maioria dos usuários refere ter que chegar já durante a madrugada para conseguir uma marcar uma consulta. Sobre este aspecto uma das usuárias comentou: “eles [os profissionais] dizem que não é para ficar aí na porta do posto de madrugada, agora vá acreditar nisso! Se a gente não chegar aqui de madrugada não pega ficha não, não pega!”

Aliás, de acordo com o relato de alguns profissionais do posto de saúde, um grande problema que o SUS enfrenta é exatamente a falta de profissionais médicos. Em conversa com a assistente social, a mesma comentou sobre este aspecto:

[...] muitos [médicos] dizem que “estudaram muito e não aceitam essas condições de trabalho.” Perguntei que condições de trabalho eram essas e ela citou como exemplo a médica clínica-geral. Disse que ela era uma médica estressada porque trabalhava em 07 lugares e vivia de um canto para o outro. Antes aqui no posto havia 02 médicas clínico-gerais e agora só temos ela para atender 23 pessoas durante a manhã

(das 08 horas ao meio dia). “Aí você não pode esperar que essa pessoa chegue todos os dias sorrindo, né? Tem que entender o lado dela também. Todo mundo fala que ela é estressada, mas não é só isso.”

Se o SUS apresenta dificuldades para profissionais, para os que constituem a demanda que busca os serviços públicos de saúde também não é diferente. Em várias conversas que tive com mulheres que aguardavam consultas, perguntei se elas tinham enfrentado algum tipo de dificuldade para conseguir atendimento e a grande maioria referiu ser bastante complicado conseguir ficha para marcar atendimentos. Abaixo, incluo uma dessas situações, registrada em diário de campo.

Comuniquei à senhora que eu estava realizando uma pesquisa sobre a saúde da mulher e perguntei como era para ela cuidar de sua própria saúde e ela me respondeu que era muito difícil para mulher cuidar da saúde, pois para ela sempre era complicado conseguir consultas nos postos. Comentou que hoje ela chega a ser mal vista pelos profissionais dali porque ela reclama do atendimento e sobre isto, afirma, em voz relativamente alta, demonstrando insatisfação: “eu tô lutando pelos meus direitos, eles [os profissionais] não tão aqui de graça não, a gente paga os impostos para eles trabalharem aqui. E eu não me calo não, que eles não me pagam para que eu fique calada. Eu denuncio mesmo e não tenho medo não. Tem gente que diz que tem medo, eu não tenho medo não. Medo de quê? Qual a diferença entre mim e eles? É que eles recebem pra ver tudo isso e ficar calados; eu não”. Percebi que ela conversava comigo também com o intuito de ser escutada, de que alguém ouvisse suas reclamações diante da oferta insuficiente do posto de saúde. Neste tom ela falou de uma vez que entrou em conflito com a diretora do posto: “porque eles dizem que é para o pobre se calar, mas eles não fazem a coisa certa que é para que o pobre se cale”. Contou também que estava faltando ao trabalho e que se a médica não a atendesse ela ia fazer um escândalo. E disse ainda: “porque é assim, quem tem condições, tem plano de saúde, quem não tem, tem que lutar no SUS mesmo”.

Com o passar do tempo, espaços específicos foram se mostrando como especialmente pertinentes para a investigação. As salas de espera foram se consolidando enquanto oportunidades que facilitavam a percepção ‘mais viva’ do curso das relações e das expectativas trazidas pelas pessoas que buscavam atendimento. Outro espaço foi o já mencionado grupo de gestantes, realizado mensalmente pelo Serviço Social da unidade em cooperação os setores de Enfermagem e de Psicologia.

O grupo de gestantes, tal como o próprio nome indica, reúne mulheres grávidas e que comparecem voluntariamente a US para assistir às palestras que são conferidas, cujos temas são, às vezes, sugeridos por elas mesmas. Cada reunião é registrada num livro de atas e ao consultá-lo notei que os temas são recorrentes e versam, principalmente sobre amamentação e trabalho de parto.

Durante a pesquisa de campo, somente enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais participaram da realização dos grupos, com destaque para a parceria entre a Enfermagem e o

Serviço Social, que se articulam com maior frequência. Os demais profissionais, apesar de serem sempre convidados, dificilmente participam, enfatizando a dificuldade em relação à interdisciplinaridade mencionada anteriormente. Registre a participação de homens no grupo somente 01 vez, nesta oportunidade o homem cuidava do filho menor enquanto sua parceira, grávida, atentava para o que estava sendo dito na reunião. A presença masculina foi parabenizada pelas profissionais e apresentada como uma “boa novidade”.

Também o tempo de espera para a realização dos grupos, quando as mulheres aguardam nos corredores ou mesmo na sala, apesar de curto, mostrou-se bastante propício, pois é aí onde as mulheres se reencontram e compartilham informações e dúvidas. Abaixo incluo um trecho de diário de campo que refere um desses momentos.

Estavam no corredor 04 gestantes que aguardavam o início do grupo. Cumprimentei a todas e Edjane¹⁵ me perguntou se ainda ia demorar muito para que o grupo começasse. Respondi que não. Ela comentou comigo que estava confusa porque o médico ginecologista tinha endoidado e dito que ela estava com 8 meses de gestação, que era para ir se preocupando com o lugar em que ia fazer o parto. Ela me assegurou que estava com sete meses e me indagou: é porque médico às vezes erra, não é? Respondi que sim, médico às vezes erra e era bom ela conversar melhor com ele sobre isso. Edjane disse, como que reforçando meu comentário, “eu é que sei, a barriga é minha, ele vê tanta barriga o dia inteiro, tanta barriga que acaba se confundindo!”.

Em minha busca por serviços denominados pelos profissionais como “também voltados à saúde reprodutiva” me sugeriram falar mais com as assistentes sociais que, além de coordenarem o grupo de gestantes, também cuidavam do programa DST/AIDS. Segundo o Ministério da Saúde, este programa tem o objetivo de ofertar ações educativas, acompanhamento e informações acerca de doenças sexualmente transmissíveis, além da distribuição de preservativos. Por várias vezes estive na sala do Serviço Social acompanhando o atendimento a pessoas que buscavam os serviços:

Coloquei uma cadeira ao lado da mesa da assistente social, disse que estava estudando sobre saúde reprodutiva e queria saber como a saúde da mulher estava sendo tratada em Maceió. Aí ela apontou para as 02 mulheres que estavam sendo atendidas e disse: “Ah, é saúde da mulher, olha aqui, eu tava justamente dizendo a elas que não pode, começou a vida, assim, a vida sexual tem que vir pro médico. Porque tem gente que não quer contar, não quer contar e isso não pode. O médico é que toma conta da sua vida, da sua vida ginecológica e aí tem que vir, tem que contar, porque é ele quem vai dizer se está tudo certo lá”. Fiquei um pouco desconcertada por chegar no fim do atendimento delas e ainda estar ali, escutando uma ‘orientação’ que mais soava como uma bronca dada pela profissional às mulheres, que aparentavam estar acanhadas.

¹⁵ Este nome é fictício, como todos os outros nomes que forem inseridos na descrição do campo e dos participantes da pesquisa.

Tomando como ponto de partida os trechos dos diários de campo aqui incluídos, já é possível notar a presença de modos relacionais alicerçados, em sua maioria, em padrões verticalizados, que distanciam suas partes. Longe de promoverem práticas democráticas e participativas, terminam por contribuir na manutenção do exercício de ações não consideram o contexto em questão e as dificuldades apresentadas por cada indivíduo em particular. Sendo deste modo, interesses de profissionais e usuários parecem seguir, em sua maioria, rumos contrários e, em meio às dificuldades do sistema de saúde brasileiro, encontram-se notórias tensões.

A partir destes dados de observação, foram surgindo outras categorias que, ao passo em que aprofundam a descrição do contexto, também tornam claras as relações e os principais assuntos que estão presentes no cotidiano da unidade de saúde. Com o capítulo a seguir, destacarei estes pontos.

3 MULHERES E OS SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA: EXPECTATIVAS, CONFLITOS E CONTRADIÇÕES

Este capítulo tem o objetivo de explicitar, de maneira mais ampla, as categorias que se sobressaíram por meio da análise do cotidiano na unidade de saúde. Tal aprofundamento da descrição do contexto foi feito em meio aos espaços das salas de espera, das reuniões do grupo de mulheres gestantes e também nos atendimentos do programa DST/AIDS.

Com a exposição destes dados, busco, a partir dos serviços e do cotidiano da unidade de saúde, caracterizar de que maneira os assuntos voltados à vida reprodutiva das mulheres estão sendo veiculados neste contexto. Com isto, viso à identificação dos significados que estão presentes seja nas orientações feitas por profissionais à demanda de usuárias ou mesmo nos discursos das mulheres acerca do que acontece quando se buscam serviços públicos de saúde.

Por meio deste terceiro capítulo, ao tempo em que foi feito um maior detalhamento do dia a dia da unidade de saúde, foi se delineando uma diversidade de questões que compõem o âmbito da reprodução neste contexto. Assim foram registradas concepções deterministas, dificuldades decorrentes dos impasses do sistema público de saúde, dentre outros assuntos que denotam o quanto a reprodução é um tema que interrelaciona desafios que seguem para além do campo biológico, incluindo dimensões culturais, políticas e sociais, como já disse anteriormente.

3.1 “Aqui tudo é saúde da mulher¹⁶”: notas sobre um lugar ‘naturalmente¹⁷’ voltado para a população feminina

Na maioria dos serviços de saúde, assim que se chega a uma sala de espera observa-se que as mulheres são a grande parte dos que ali aguardam por atendimento. Longe de ser uma coincidência ocasional, este é um dado que integra o cotidiano das unidades de saúde. Por algumas vezes, perguntei aos profissionais quem mais buscava os serviços ofertados pela U. S

¹⁶ Comentário feito pela Direção administrativa da Unidade de Saúde, quando mencionei que estava estudando o tema ‘mulheres e saúde’.

¹⁷ Grifo feito justamente para destacar o termo que neste mesmo tópico será problematizado.

e todos foram unânimes em responder que destacadamente as mulheres procuravam com maior frequência os serviços de saúde. Assim notei a configuração de um lugar que era ‘naturalmente’ apresentado como sendo típico à mulher.

As justificativas apontadas pelos profissionais diante deste fato também são bastante interessantes e, como exemplo, incluímos a fala de uma profissional que, ao comentar sobre este assunto, disse:

Porque elas [as mulheres] são mais preocupadas com a saúde, não é? Os homens, eles não gostam de estar em hospital. Eles têm mais medo, medo assim, que se vier, pronto, ele vai achar, hoje ele vai achar doença. Então eles só procuram, na minha opinião, quando eles têm algum sintoma, quando já não estão mais agüentando. A mulher não, a mulher eu acho que ela já foi criada pela mãe com essa cultura, ela tem mais cuidado e até pelo fato de que é ela quem bota no mundo a criança, então é ela quem tem a gravidez, né? Que tem o filho pra trazer, é ela que fica mais em casa com a criança. O homem, normalmente a maioria dos casos, ainda tem alguns, em que a mulher ainda tá em casa porque o homem sustenta, né? Então eles não têm tempo pra vir. Aí é a mulher que tem mais tempo e vem.

Ainda quando se fala na presença dos homens nos serviços de saúde, profissionais e também usuárias destacam que eles, na maioria das vezes, adotam posturas “*machistas*”, atuando no sentido de deixar claro que, para eles [para os homens] é papel da mulher cuidar dessas questões. O relato seguinte, feito por uma profissional, ilustra bem essa questão:

Teve um dia, aqui, um caso de uma mulher que fez o exame e descobriu que tinha sífilis, HPV. Aí nesses casos tem que cuidar também do marido. Só que aí os homens fazer o maior auê, na maioria das vezes botam a culpa da doença nas mulheres, pensam que foram traídos, dizem que não tem nada a ver com isso, querem se separar. Nesse caso mesmo, depois o homem veio, depois de a gente muito insistir, fez o exame e se descobriu que ele era o portador.

Em ‘conversa’ com as profissionais que coordenam o programa DST/AIDS obtive a informação de que as mulheres buscam os serviços não só para cuidar de sua própria saúde, mas também como as mantenedoras da saúde e dos cuidados de suas famílias. Foram freqüentes as vezes em que registrei, por exemplo, a presença de mulheres que se cadastravam neste mesmo programa para buscar preservativos para seus filhos homens, porque eles “*tinham vergonha*” e elas, enquanto mães, não queriam sustentar financeiramente um neto não planejado. Uma das assistentes sociais foi bastante enfática quanto a este aspecto, afirmando:

Aqui vem mais mulher, bem mais mulher, porque o homem, o homem não se cuida. É por isso que fizeram aquela política de atenção à saúde do homem, porque o homem não se cuida, não vem ao posto [de saúde] como as mulheres, eles não têm tempo, não se cuidam. Às vezes as mulheres é que vem para resolver os problemas deles

A partir destes dados iniciais já é possível tecer algumas breves considerações. As justificativas apresentadas pelas profissionais diante de uma demanda marcadamente feminina são sedimentadas em perspectivas tradicionais de gênero. A dedução simplista ‘o homem trabalha e por isso não tem tempo’ ao passo em que a mulher ‘tem mais tempo para vir’ a meu ver, é uma forma de trazer à tona a clássica e estanque dicotomia homem – âmbito público e mulher – âmbito privado. Não é demais enfatizar que esta divisão constitui-se em meio a relações de poder pautadas em valores patriarcais que ao atribuir destinos tanto aos homens quanto às mulheres, deixam de lado a importante historicização de diversos fenômenos, naturalizando-os, apenas.

Por sua vez, a correlação ‘aqui vem mais mulher porque homem não se cuida, não se cuida porque [mais uma vez] não tem tempo’ além de estar relacionada com o comentário acima, também traz um importante aspecto a ser mencionado: a adoção de uma perspectiva individualizante-descontextualizada.

Explico: apontar somente que o homem não se cuida faz com que sejam esquecidas perspectivas mais amplas de entendimento e que incluem considerações tais como: em que contexto vive este homem? Qual a sua própria história? Que crenças e que valores culturais permeiam o imaginário daquele usuário? Certamente ao se incluir estes questionamentos muitos e novos modos de cuidado serão descobertos, auxiliando numa maior inclusão dos homens nos serviços de saúde e numa necessária transformação das práticas deste campo. A atenção que atribuímos à perspectiva individualizante será retomada mais adiante, em meados do texto.

Como desdobramento da concepção de um homem que ‘trabalha e não se cuida’, neste campo de pesquisa a mulher continua sendo referida como a principal ou até mesmo a única responsável pelas questões referentes à reprodução e aos outros cuidados de saúde. São voltados para ela imperativos como os que são descritos nos tantos cartazes fixados nas paredes da U.S que trazem a imagem de mulheres e solicitam a elas, por exemplo: ‘não perca o bolsa família’, ‘amamente,’ ‘cuide da vacinação dos filhos’, ‘tenha sempre uma camisinha na hora do sexo’, ‘proteja o bebê’.

Concordo com a assertiva de Simião (2010) quando a mesma escreve sobre a importância em incluir os homens na esfera da reprodução, a partir das perspectivas trazidas

pelos próprios homens. Contudo, Quadros (2004) recorda que mais que a inclusão dos homens na dimensão da saúde reprodutiva, é preciso promover a efetiva manutenção de relações igualitárias entre homens e mulheres. Recordamos que as unidades de saúde constituem-se enquanto um espaço propício para que questões como estas sejam discutidas junto aos usuários e as usuárias.

Sendo deste modo, situações onde o homem assume posturas machistas, como a que mencionei anteriormente, podem originar atividades educativas comprometidas com a desnaturalização de reducionismos e a promoção de modos relacionais distintos do que é opressivo entre homens e mulheres.

Deste debate inicial, resta a afirmação de que, na unidade de saúde onde a pesquisa foi realizada, as mulheres são a maioria da demanda que busca os mais diversos tipos de atendimento. Elas realmente vão com maior frequência às U.S e, portanto, o próximo passo é indagar: o que as mulheres relatam sobre o fato de terem que comparecer por muitas vezes aos serviços de saúde em busca, especialmente, de serviços de saúde reprodutiva? Este é o foco do próximo tópico.

3.2 “Se fosse por mim eu vivia longe de médico”: a presença das mulheres nos serviços de saúde reprodutiva

A relação ‘mulheres e práticas de saúde’, como comentei no primeiro capítulo deste trabalho, foi construída ao longo da história e marcada por termos como regulação, controle contínuo e desapropriação dos saberes que as mulheres detinham sobre seus próprios corpos. (SCAVONE, 2004; VIEIRA, 2002). Considerando estes aspectos, mostra-se bastante relevante mencionar que expectativas elas referem durante sua busca por atendimento na área de atenção à saúde reprodutiva.

Nas salas de espera da U.S pude perceber que muitas mulheres que aguardam por atendimento esperam que o profissional que for atendê-las explique detalhadamente tudo o que é preciso ser feito e esclareça as dúvidas das usuárias. Mais do que isto, as mulheres procuram um profissional que “olhe” para elas, que “converse direitinho”.

Pelo que fui notando com o tempo, “olhar” para elas implica na adoção de uma postura que não considere somente o órgão debilitado ou a queixa física, isoladamente. Mas

sim, que reconheça em cada uma delas uma história particular e que ao mesmo tempo é advinda de um determinado contexto, que possui crenças e saberes já instituídos. As mulheres solicitam então um atendimento contextualizado e integralizado.

As mulheres também querem entender o que é dito pelos profissionais sobre seus corpos, ou seja, sobre elas mesmas. Aliás, mais que entender o que se passa com seus corpos, as mulheres demonstram interesse em participar, opinando sobre as orientações e opiniões médicas. Profissionais que não dialogam com as usuárias sobre os exames e os atendimentos são criticados. Sobre este aspecto, Lúcia (25 anos de idade, gestante) comentou: “Eu não quero saber não, eu vou mudar de médico! Ela não fala nada pra pessoa, não olha na cara da gente! Eu estou grávida, eu quero saber o que está acontecendo comigo todo mês”.

A intensa medicalização dos corpos femininos e os discursos estereotipados da maternagem parecem também intrigar muitas mulheres que, em resposta, afirmam só procurar o médico quando é inevitável. A conversa, registrada em diário de campo, entre uma jovem usuária que estava grávida e uma das profissionais do posto expressa este elemento:

A jovem comenta que toda a gravidez que teve não foi complicada, que ela mesma não gosta de estar direto em posto, em médico, nessas coisas e completa: e eu só vou para a maternidade quando eu sei que já ta quase, quase saindo. A profissional olha para a jovem [aparentando surpresa] e diz: você teve os três [filhos] [de parto] normal até agora? A jovem responde que sim. A profissional comenta que os filhos dela foram todos por cesárea. A jovem comenta novamente que todos foram assim, normais e sem viver no posto de saúde. A profissional fala: é, você teve sorte.

A propósito, a ‘recomendação’ de ter que contar tudo sobre sua vida, a começar pelas práticas sexuais que exerce, soa por diversas vezes como um imperativo que pode causar vergonha ou acanhamento para as mulheres. A idéia de que existe um saber médico soberano que determina o que é certo ou errado, a partir do qual a vida deve ser organizada também é uma constante nas falas de profissionais deste contexto. A pretensa onipotência do saber médico é solicitada em várias situações do cotidiano desta U.S. No caso descrito abaixo, contado pela assistente social, encontrei um bom exemplo que ilustra esta questão:

Teve uma menina aqui no grupo [de gestantes], 14 anos ela tem, e chegou aqui aperreada, disse que tava sem conseguir dormir e tudo. Eu perguntei o que a havia acontecido. A assistente social respondeu: A menina não sabia quem era o pai do filho que ela tava esperando. Tinha um namorado de 11 meses, só que deu umas saídas com um bonitão aí. Essa menina tava desesperada, me mostrou as datas que transou com um, que transou com o outro e queria saber quem era o pai. Eu disse a ela que só o médico podia dizer isso para ela. Aí ela foi lá para o médico, ele fez as contagens e disse que tinha 90% de chances de ser o de 11 meses”.

Porém, não é unânime a defesa de que o saber médico é inquestionável. Já durante minhas primeiras idas à unidade de saúde registrei que as mulheres, usuárias do serviço, solicitavam que os profissionais olhassem para elas e explicassem claramente tudo sobre o atendimento, são também elas que consideram que “o médico às vezes erra”. Em ‘conversa’ com Fernanda (23 anos de idade) perguntei se ela costumava vir com frequência ao posto de saúde e ela me disse que não, “eu só venho para o médico quando não tem mais jeito mesmo. Eu nunca gostei de médico, não gosto, se fosse por mim eu vivia longe de médico.”

É importante ainda considerar que toda a dificuldade que as mulheres enfrentam para conseguir marcar consultas, tendo que chegar durante a madrugada para conseguir fichas, contribui em grande medida para que as mulheres relatem não gostar de ter que procurar os serviços de saúde. Acrescenta-se a isto o curto tempo disponível para cada consulta, uma vez que, a cada profissional é facultado atender aproximadamente 23 pessoas em cada turno (ou seja, durante 04 horas).

A propósito, as relações entre profissionais e usuárias em meio às dificuldades típicas do sistema de saúde brasileiro são um ponto destacadamente presente neste contexto. Seguidamente esta categoria será descrita.

3.3 “Você já ouviu falar nisso, não é? Dessa gente que só reclama do sistema e não se cuida”: conflitos e abordagens descontextualizadas

As relações entre profissionais e usuárias são marcadas predominantemente pela insuficiência dos serviços ofertados pelo sistema público de saúde, como já adiantamos no capítulo anterior. Assim, usuárias (e também usuários), de um lado, expressam sua insatisfação diante das dificuldades não só para conseguir marcar consultas, mas também para realizar os exames e em tempo hábil, retornar para o mesmo médico. De outro lado estão os profissionais que, em meio aos poucos recursos e obstáculos reais para a implantação de princípios basilares do SUS, sentem-se sobrecarregados e chegam a referir sensação de incapacidade em sua atuação profissional.

Alguns profissionais comumente comentam sobre as dificuldades decorrentes da estrutura ofertada para a realização de seus serviços, como foi registrado no comentário abaixo:

Ele [o Sistema Público de Saúde] poderia nos fornecer materiais educativos pra gente entregar, materiais pra gente fazer palestra, treinamento, há muito, muito tempo que eu não recebo uma capacitação. Então a gente fica desatualizado e a gente tem que tá atualizado pra passar para a comunidade as informações, né?

Os profissionais também falam sobre as dificuldades que as mulheres têm de lidar para conseguir acompanhamento por meio dos serviços públicos de saúde. Abaixo disponho o trecho de uma conversa onde este aspecto é evidenciado:

Há, há dificuldade e muita. Porque pra você marcar uma consulta é a coisa mais difícil da vida, né? Cada vez mais os serviços de saúde estão, assim, limitados. No caso, se você vir hoje¹⁸ pra uma clínica, sabe quando é que tem vaga? Em setembro. Tão marcando pra setembro já. E tá acontecendo essas mudanças agora na saúde, nessa gestão, mas eu noto que veio piorar ainda mais, sabe? Nos serviços eu não vejo melhora, sabe? Porque antes a paciente ia para o médico, se o médico constatasse a necessidade de algum exame, ele já tava ali com a requisição, né? E encaminhava e a pessoa ia para o laboratório. Agora não. Você vai pro médico, aí demora pra marcar a consulta, vem ser atendido pelo médico, aí depois vem marcar no sistema CORA¹⁹ que é uma dificuldade. Cai o sistema, então são poucas vagas pra tanta gente, então cada vez mais a demanda tá bem maior que a do serviço ofertado. Precisar do SUS, meu Deus, é muito difícil, é melhor você fazer um sacrifício e pagar particular. É muito difícil mesmo. Eu graças a Deus tive as minhas duas [filhas] particulares.

Porém, se alguns profissionais da U.S entendem e até mesmo concordam com a insatisfação dos usuários frente à forma como os serviços públicos de saúde são disponibilizados, outros assumem um posicionamento oposto. Geram-se assim, tensões e conflitos. O registro feito em diário de campo denota a opinião de um destes profissionais que ao escutar uma usuária conversando comigo, posteriormente veio falar sua opinião para mim:

O problema é esse. Tem gente que passa a vida reclamando do sistema [de saúde], reclamando e não sabe dar valor ao que tem! Você já ouviu falar nisso, não é? Dessa gente que só reclama do sistema e não se cuida, não sabe os serviços que a gente tem, não conhece nada e só reclama, tem medo de casa cheia. Esse povo não sabe dar valor ao que tem, não sabe agradecer, é só reclamando. O que é que você acha disso? É isso que eu digo, não é"? Pensei que não poderia falar que a minha opinião era extremamente oposta a dela, daí me limitei a dizer que eu já tinha ouvido comentários assim.

Aliás, depois de estar presente por muitas vezes em horários de maior movimento e de conversar bastante com esses usuários passei a perceber a rispidez presente nas relações entre alguns profissionais e os usuários. A situação apresentada a seguir demonstra bem este

¹⁸ Conversa registrada no mês de junho do ano de 2011.

¹⁹ Sistema de marcação de consultas.

aspecto. Trata-se de uma das vezes em que eu estava conversando com um dos profissionais responsáveis pelos serviços de marcação de consultas:

Enquanto a profissional conversava comigo chegou uma senhora que aparentava ter uns 60 anos. A senhora estava com um papel do CORA nas mãos e perguntou à atendente o que ela deveria fazer com aquele papel. A atendente foi bastante ríspida com a senhora e disse: “Você deixe aqui esse papel e vá embora!” A senhora que até então falava educadamente com a atendente, demonstrou não gostar do tom da profissional e disse que não ia mais deixar papel nenhum ali, ia embora com o papel, ia levar o papel para a Santa Casa.²⁰ A atendente disse que a Santa Casa não ia resolver. Aí a senhora disse que ia para a Santa Casa porque lá “eles ajeitam a gente”. A atendente, continuando com sua postura ríspida, disse à senhora que se ela quisesse “dar viagem perdida”, que fosse. Diante disto, fiquei um pouco chateada e não prolonguei mais a conversa com a profissional. Agradei a ela e voltei para minha casa.

No texto intitulado ‘Dádiva, conflitualidades e hierarquias na saúde’ Machado (2006) afirma que, diante da precariedade do sistema de saúde brasileiro, as relações entre usuários e profissionais passam a ser permeadas por tensões, tais como as que encontrei no campo de pesquisa. Segundo a mesma autora, o curto tempo disponível para o atendimento, as pressões cotidianas e os recursos parcos, também já notados na U.S em questão, são o resultado de um Estado que ainda se mostra incapaz de arcar com as necessidades de saúde de sua população, deixando no campo das idealizações os objetivos e diretrizes de seu modelo de saúde em vigor.

Outro aspecto que integra os elementos presentes em algumas das relações entre usuários e profissionais é a utilização de abordagens que desconsideram a realidade vivida pelos usuários, constituindo-se a partir de perspectivas individualizantes e descontextualizadas. Abaixo incluo uma dessas situações.

Chegou uma usuária, que aparentava uns 45 anos de idade. Ela disse boa tarde e a profissional perguntou o que ela queria. Daí a mulher olhou para os lados e disse em voz baixa: Eu vim buscar preservativo pra mim e para a minha filha [ela pareceu estar um pouco acanhada] A profissional, de forma receptiva, comentou: E por que não veio antes? A usuária disse que antes foi medir a pressão [arterial]. Daí a profissional começou a sessão de ‘orientações’ que para mim soavam mais como puxões de orelha. A profissional disse: Ah, é hipertensa, é?! A mulher respondeu que sim. A profissional completou: Também, você é obesa, né?! [enquanto falava apontou os braços para a mulher e olhou para mim, tive a impressão de que ela queria que eu enfatizasse junto com ela a bronca dada à mulher]. Permaneci olhando quase simpaticamente, sem expressar opiniões. A profissional perguntou à mulher: Você não tá fazendo caminhada não?! Por que, hein?! [num tom de voz incisivo] A mulher explicou que sai para trabalhar muito cedo todos os dias, que chega em casa tarde e sempre muito cansada. A profissional questionou: E no trabalho, faz o quê? Fica parada, é?! A mulher disse que sim, passa o dia passando roupas, não consegue arrumar um emprego melhor e também não agüenta mais trabalhar como doméstica.

²⁰ Hospital Santa Casa de Misericórdia de Maceió.

Mas mesmo assim, todos os dias a usuária pára o ônibus em pontos distantes de sua casa para poder caminhar mais.

Todas as questões que foram inseridas quando mencionei sobre o uso de abordagens deste tipo em relação aos homens valem também para este caso. Ou seja, orientações padronizadas, que não levam em consideração o contexto vivenciado, resultam no máximo, na culpabilização do usuário, num rumo contrário à efetiva promoção da saúde.

A exposição de alguns dos elementos que integram as várias formas de relações entre usuárias e profissionais trouxe para mim a evidência de que caracterizar o acesso das mulheres aos serviços de saúde reprodutiva é algo que perpassa necessariamente pelas representações que as mulheres constroem sobre o SUS. Este dado foi bastante recorrente e merece uma maior atenção, a qual será dedicada a seguir.

3.4 “Se a gente depender do SUS, a gente morre”: representações sobre o sistema público de saúde brasileiro

Muito sobre este tópico já foi comentado, assim, é possível afirmar que as dificuldades do SUS permeiam incisivamente a busca das mulheres por serviços de saúde reprodutiva. Número insuficiente de profissionais, difícil acesso para a marcação de consultas e exames, contexto marcado por conflitos entre usuários que “lutam” pelo direito à saúde e profissionais que buscam administrar os recursos modestos que detém para ofertar para a demanda são alguns exemplos que ilustram este quadro e que já foram mencionados ao longo deste trabalho.

A primeira das representações sobre o SUS que encontrei no campo de pesquisa diz respeito à relação, feita por profissionais, que associa os usuários como sendo aqueles que não possuem condições financeiras: “o povo pobre” ou o “o povo lá da grota²¹”. Até mesmo os usuários, por diversas vezes, mencionam que estão “lutando” para serem atendidos ali somente porque eles não têm como custear planos particulares de assistência à saúde.

Ser entendido como o plano de assistência à saúde do pobre parece trazer como repercussão o reconhecimento de que os serviços que são ofertados pelo sistema público têm estrutura debilitada. Inclusive, por várias vezes registrei em diário de campo que os próprios

²¹ Grota: local íngreme onde geralmente pessoas residem em condição de vulnerabilidade social.

profissionais que trabalham no SUS optam por formas de assistência privada à saúde. O trecho do diário de campo a seguir é uma ‘conversa’ que tive com uma das profissionais, a qual me contava sobre o curso de pós-graduação que fez e sobre o dia em que chegou a passar mal na unidade de saúde:

Um dia eu tinha tanta coisa, tanta coisa pra resolver com essa pós [pós-graduação] que um dia eu cheguei aqui no posto e passei mal, vomitei no meio da sala e tudo. Aí o médico daqui veio me ver, disse que era estresse e perguntou se eu tinha plano de saúde. Eu disse que não e ele disse que era bom ter um, porque eu ia precisar”. Pensei no porquê de o médico da unidade ter dito que a profissional precisava de um plano privado de saúde. Entendi como uma forma de legitimar a falta de estrutura e de serviços adequados no SUS.

Um das alternativas que os usuários comentam diante dos obstáculos para conseguir atendimento e realizar exames é a busca por “clínicas populares”, que disponibilizam consultas por um preço não tão elevado. Como exemplo, recordo a ‘conversa’ que tive com um senhor de 67 anos que, ao me falar sobre as dificuldades enfrentadas desde que descobriu ser diabético, mencionou: “Eu já tive que amputar o meu dedo e desde esse tempo eu vivo indo pra consulta, indo pra consulta. Tive que fazer um exame ontem que, graças a Deus, consegui mais barato, numa clínica que cobra 67 reais a consulta. Os meus filhos também me ajudam [financeiramente].”

A demanda que busca os serviços das clínicas populares é formada pelos usuários insatisfeitos pela oferta disponibilizada pelo SUS. Apesar de estes não poderem custear planos particulares de assistência à saúde, eles buscam o apoio financeiro de suas famílias, reúnem o dinheiro necessário e sentem-se agradecidos por saírem destas clínicas já com os exames feitos, tendo dispensado um valor não tão alto. Trata-se então de uma demanda fiel e de mais um espaço que o SUS deixa se fortalecer no campo do mercado privado de assistência à saúde. Sobre este assunto, acrescentamos as palavras de Bahia (2005, p. 410):

[...] o SUS é considerado por uma grande parcela dos profissionais da saúde, órgãos de imprensa, determinadas autoridades governamentais, empresários e sindicalistas como um sistema para os pobres. A solução aparentemente realista para acomodar as tensões tem sido encarada pelos otimistas como uma etapa de um processo de amadurecimento que evoluirá para a conformação de um sistema de fato único. Os pessimistas o vêem como a demonstração cabal da ineficiência do público e da imprescindibilidade do mercado. Ambas as interpretações supõem a impossibilidade de uma universalização, em curto prazo, e, de certo modo admitem uma complementaridade harmoniosa entre sistemas diferenciados pelo status socioeconômico das demandas.

A correlação ‘público versus privado’ está presente nas representações do SUS feitas pelos usuários. Parece haver a consideração de que como o serviço público é “*feito para o pobre*”, em contrapartida, os serviços particulares são feitos para os ricos. Consequentemente, no contexto pesquisado, há crença de que o atendimento particular é o ideal, pois como é feito para os ricos, deve ser de alta qualidade e trazer satisfação para os que o solicitam. Por outro lado, o usuário do SUS parece sempre esperar atendimento de baixa qualidade, tanto é assim que muitos, ao se depararem com consultas satisfatórias, comentam, por exemplo: “consulta com ele [o médico ginecologista] parece consulta particular, nem parece que você tá no SUS”. Ou seja, na ótica dos atores e atrizes deste contexto, um serviço público de saúde satisfatório é aquele que se assemelha ao ideário do serviço particular.

As articulações entre público e privado não terminam por aí e estão presentes até de formas sutis no cotidiano do “posto de saúde”. Percebi esta questão quando fui conhecer o material que as profissionais utilizam para fazer palestras quando o tema é o uso de métodos contraceptivos e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. O material é um álbum seriado grande que trazia algumas poucas gravuras e muitos textos em cada uma de suas folhas. Não achei o material muito didático e então perguntei à profissional se as usuárias entendiam as informações contidas no álbum e ela respondeu que, na maioria das vezes, não.

A profissional contou que era difícil encontrar um material que fosse claro o suficiente. Por isso ela optou por confeccionar, ela mesma, outro álbum. Mostrou-me este outro material, que estava um pouco mais velho, mas era bem mais claro e simples. Era feito de folha de papel simples e as gravuras foram desenhadas pela profissional. Explicava por meio de desenhos como se ‘pega’ a AIDS numa linguagem bem menos técnica, utilizando termos mais comuns, além de explicar por meio de desenhos, por exemplo, o sexo anal, o sexo oral e assim sucessivamente.

Fiquei curiosa diante do primeiro álbum seriado, tão bem acabado, com uma linguagem técnica impecável e nenhuma menção à linguagem encontrada no grupo de mulheres usuárias do SUS. Pensei: e aqueles que são analfabetos, como vão entender? E as que não podem custear os tipos mais sofisticados de métodos contraceptivos que estavam incluídos no álbum, como ficam? Então cheguei a seguinte questão: Quem será que elaborou este material e visando alcançar a que público? Notei que ao fim de cada uma das páginas deste álbum havia o seguinte endereço eletrônico: www.semina.com.br.

Ao chegar a minha casa busquei por este site e encontrei a ‘Semina’ uma indústria farmacêutica especializada na produção de medicamentos voltados para a contracepção e para a saúde reprodutiva. Esta empresa intitula-se como uma “empresa cidadã, comprometida com

a ética e a cidadania”. É fabricante do diafragma e fornece ‘gratuitamente’ materiais educativos de apoio aos órgãos públicos.

Já é sabido que os interesses da indústria farmacêutica nunca são benevolentes, podendo até, por vezes, assumir direcionamentos que não são absolutamente éticos. Este fato é importante por chamar nossa atenção para a questão de que saúde reprodutiva é também um campo que gera lucros financeiros atraindo assim, claros interesses da indústria farmacêutica. (CORRÊA, 1998).

A próxima questão de pesquisa que nos instigou no contexto, foi: que assuntos são os mais comentados por essas mulheres? Quais as informações elas mais buscam na U.S? O tópico abaixo vai abordar brevemente sobre isto.

3.5 “Mas quatro tá bom, abençoada! Por que você não encerra”?: Sexualidade e a valorização das medidas contraceptivas

Foram muitos os assuntos que atribuíram forma e contornos mais dinâmicos aos espaços da sala de espera, ao registro de atendimentos dos profissionais e ao grupo de gestantes. Contudo destacam-se a sexualidade e as medidas contraceptivas como temas mais recorrentes.

Na unidade de saúde, o tema da sexualidade é posto quase sempre em evidência. Entre as dúvidas das mulheres e as ‘orientações’ dos profissionais, sobressai-se a idéia de um sexo que “hoje em dia está banalizado”, necessitando de um maior controle. Sobre este aspecto uma das profissionais nos explicou, ao comentar sobre o funcionamento da unidade de saúde:

Já pensou se as unidades não existissem? A coisa ia estar bem mais solta. Daí eu perguntei: “como assim, solta”? A profissional respondeu: Solta, solta mesmo, sem controle. Porque a prevenção é pra controlar essas doenças da sexualidade aí. Porque é melhor controlar que gastar com medicamentos. É pra isso que existem essas unidades [de saúde]. Você concorda, não é? Cada unidade que criam é para controlar as doenças, por isso é que as unidades são colocadas onde têm mais gente pobre, carência, até por conta da falta de higiene.

Ao passo em que a idéia de um “sexo banalizado” vai sendo encontrada no campo de pesquisa, surgem algumas correlações que normatizam condutas, apontando o que seria pertinente aos diferentes gêneros. A opinião de Joana (uma usuária de 26 anos de idade) constitui-se num bom exemplo quando a mesma comenta que “hoje em dia o sexo está muito

banalizado e a mulher não pode ir abrindo a porteira de vez. [...] Toda mulher tem que ter sua sabedoria e tem que ter sua moral”.

Percebi também que, de acordo com as falas do contexto, o sexo tem idade ideal, ou melhor, existe uma idade mais socialmente aceita para a sexualidade. Em uma atividade feita nas ruas do bairro, onde participei auxiliando na distribuição de preservativos, pude perceber claramente este aspecto.

Estava passando na rua um senhor de aproximadamente 70 anos. Fui falar com ele sobre a campanha, ele demonstrou atenção, interesse e quis levar os preservativos para casa. Assim que agradeci e o senhor foi se afastando, fui voltando para a mesa onde estavam os materiais e homens que estavam ao redor comentaram: minha filha você perdeu seu tempo entregando isso daqui [o preservativo] pra aquele velho, ele num faz mais nada em casa não [todos os homens sorriram].

As mulheres, em especial, as mulheres idosas também parecem estar incluídas nesta norma do sexo. Na mesma atividade de distribuição de preservativos, notei que as mulheres se preocupavam em justificar para mim o porquê de terem aceitado o preservativo, diziam que estavam levando para seus netos, sobrinhos, para seus irmãos, mas nunca para uso delas mesmas e de seus parceiros. Aliás, uma das senhoras que passava pela rua, ao solicitar os preservativos se preocupou em falar em voz alta que eles eram para seus filhos (para que os homens que estavam próximos da mesa pudessem ouvir). Em seguida ela comentou comigo, em voz baixa: “corre o risco de eles pensarem que eu sou uma velha enxerida”.

A contracepção é outro tema de destaque no “posto de saúde” e um dos espaços onde este tema é falado é o programa DST/AIDS. As profissionais que o coordenam ofertam informações não só sobre o uso de preservativos, mas aproveitam também para falar sobre o uso de outros métodos contraceptivos e, se necessário buscar encaminhamento para o médico ginecologista. A ‘conversa’ a seguir expressa bem como são essas ‘orientações’:

Para dar continuidade, eu comento: você fala também sobre os métodos contraceptivos? A profissional afirma que sim e diz: só que tem umas [mulheres] que ligam, mas a maioria não liga pra nada na vida, não pensa. Porque tem “só que tem umas que ligam, mas a maioria não liga pra nada na vida, não pensa. Porque tem umas mulheres que tem oito, nove filhos e não ta nem aí, não pensa no futuro que pode dar aos filhos, não pensa em usar uma pílula, um DIU, uma laqueadura, a depender da idade. Aí a gente orienta, faz intervenção, pra dizer assim: ‘mulher, pra quê tanto filho? Perguntei o que essas mulheres falam e ela me respondeu: Ah, é porque é esse povo mais pobre, mais carente, que tem muito filho. Tem uma mulher ali da grota que tem 9 filhos e não ta nem aí, elas dizem que não querem [usar algum método contraceptivo] porque tem medo do marido deixar elas, ou que tem medo de mexer lá dentro e dar alguma coisa errado. Agora não pensam, não pensam assim, eu vou ter dois filhos pra poder dar assistência, educação a eles. Elas não pensam assim, a maioria não ta nem aí.

A partir do trecho acima percebo uma clara relação, estabelecida pelos profissionais, entre pobreza e natalidade. Como desdobramento desta assertiva, a contracepção é valorizada na U.S e apresentada como solução para problemas estruturais da sociedade, algo do tipo: se você não quer ser pobre não tenha muitos filhos; pois quem tem muitos filhos não consegue provê-los financeiramente. Por outro lado, acho pertinente questionar: afinal de contas, que Estado é esse que não pode conferir assistência aos tantos filhos que uma mulher queira ter?

Autores como Corrêa (1998) e Vieira (2002) discutem e criticam a extremada valorização atribuída aos métodos contraceptivos, incluindo-se aí o método definitivo, que é a laqueadura tubária. Segundo profissionais desta unidade de saúde, muitas mulheres procuram encaminhamento para realizar esta cirurgia, pois afirmam falta de condições financeiras, o que as impossibilita de ter mais filhos. O trecho abaixo descreve uma das vezes em que registrei esta informação:

Perguntei à profissional que casos, referentes à saúde reprodutiva, ela notava com mais frequência no posto. Ela me disse que vinham muitas mulheres procurá-la buscando não engravidar mais. Perguntei então qual o motivo que levava as mulheres a desejar não mais ter filhos. A profissional me disse que era a “falta de recurso financeiro. As pessoas não têm condições, aí vem aqui pedir uma vasectomia para o marido ou uma ligadura de trompas. Hoje em dia, quem é que tem condição de ter sete, oito filhos?! Não tem mais isso.

A laqueadura é um método especialmente valorizado na unidade de saúde. Porém, esta valorização está relacionada também a outros aspectos – além da já mencionada dificuldade financeira. De acordo com os próprios profissionais, as mulheres que dependem do sistema público de saúde têm impasses no que se refere aos serviços voltados para a contracepção, como por exemplo: a falta de pílulas anticoncepcionais ou mesmo de um profissional disponível para atualizar o receituário, não tendo possibilidades de manter um acompanhamento integral de sua vida reprodutiva. Assim, mais uma vez a laqueadura surge como uma ‘solução inapropriada’ frente aos desafios da assistência à saúde reprodutiva.

A predileção pela laqueadura também destaca ainda mais o dado que apresenta a mulher como a principal, e na maioria das vezes, a única responsável pelos cuidados voltados à dimensão reprodutiva. Na conversa descrita adiante é possível notar este aspecto:

ARIANA: E elas não falam, por exemplo, na possibilidade da vasectomia?

PROFISSIONAL: Aí é que tá o preconceito do homem, o machismo. O meu mesmo, não faz. Já conversei diversas vezes com ele. Tem uma cunhada minha que o marido fez, mas ele acha que se fizer não vai ser mais homem. Aí acha que tá dando certo, né?

Ou seja, mesmo existindo um método reversível voltado para o homem, esta alternativa não é popularizada o bastante, recaindo de maneira “natural” a tradicional obrigação da mulher em relação ao âmbito reprodutivo. A fala acima traz ainda um importante dado: para os homens participar da dimensão reprodutiva tem por significado a diminuição do reconhecimento de sua masculinidade. É a partir de informações como estas que se torna claro o quanto as ações que visam à promoção da saúde reprodutiva necessitam estar aliadas especialmente à pauta dos direitos reprodutivos para assim estarem comprometidas especialmente com a mudança dos valores culturais da sociedade, pois, ainda nos dias de hoje, a idéia de masculinidade é composta por valores culturais que distam da igualdade de gênero e do compartilhamento de responsabilidades no campo reprodutivo.

Já que falei sobre o destaque das medidas contraceptivas na unidade de saúde, há por outro lado a questão da infertilidade. De acordo com a equipe de enfermagem do “posto de saúde” são poucos os casos de mulheres que referem dificuldades para engravidar. A propósito, em ‘conversa’ com Rita, uma das responsáveis pela secretaria de saúde da mulher no Estado, a mesma nos adiantou que em Alagoas não há serviços públicos propriamente voltados para a resolução da infertilidade. Quando perguntei o motivo de tal ausência, ela foi enfática: “falta de vontade política.”

Outro espaço que há na unidade de saúde é o grupo de gestantes e que traz importantes questões pertinentes para o desenvolvimento deste trabalho. O tópico seguinte abordará suas características e temas mais comumente tratados junto às gestantes.

3.6 “Mãe que é mãe tem que ser assim”: o grupo, as palestras e as mulheres gestantes

É fato que o acesso ofertado às mulheres quando as mesmas procuram regular sua fecundidade, ou mesmo quando estão em busca de consultas para cuidar de eventuais doenças é permeado por grandes dificuldades. Contudo, nesta unidade de saúde, quando estão grávidas as mulheres têm consultas agendadas com o ginecologista e com a enfermeira (para a realização de pré-natal), além de serem convidadas para participar mensalmente de um grupo para gestantes.

Este grupo não tem participantes fixos, as mulheres enquanto estão grávidas vão para as reuniões e logo que nasce o bebê, deixam de frequentar o grupo. Por isso, os temas utilizados são bastante recorrentes, uma vez que o grupo conta com a renovação constante de

suas integrantes. O livro de atas que registra o tema e a quantidade de pessoas presentes em cada reunião traz a informação de que os grupos que se formam a cada mês são pequenos, tendo em média 12 gestantes por encontro.

O desenvolvimento das atividades do grupo gira em torno de uma palestra que é conferida por algum profissional que tenha maior conhecimento sobre o assunto escolhido. Os temas que predominam, como dito anteriormente, são voltados ao trabalho de parto e à amamentação.

Em seguida incluo um dos trechos de diário de campo escritos assim que comecei a participar do grupo, em dezembro do ano de 2010:

As mulheres que estavam participando do grupo estavam todas na faixa-etária entre 20 e 30 anos de idade e todas também seriam mães pela primeira vez. Inclusive, um dos primeiros comentários de uma das mulheres era o de que ela estava com medo do parto, com medo de sentir dor. Outra mulher concordou com a colega e disse que por este motivo preferia não ter filho por parto normal, mas sim, por meio de cirurgia cesariana. A profissional, de forma espontânea, simpática e expansiva, falou: “minha gente eu tive duas filhas e tudo de parto normal. Eu penso assim, penso que os animais, eles num tem filhos sozinho, só com a ajuda da natureza? Se eles conseguem, imagina a gente, que vamos ter uma equipe de profissionais e de médicos lá na hora! E olha que tem animal que tem logo dois, três, quatro filhos de uma só vez e dá tudo certo! Imagina a gente! Não tem pra quê ter medo não, é confiar nas mãos da equipe e pronto”!

O trecho acima é um dos exemplos onde é possível notar que por meio do discurso biomédico, a maternidade é apresentada como uma dimensão cujos aspectos sociais e culturais são excluídos. Desta maneira, a maternidade é veiculada de forma naturalizada, restrita a um padrão de normalidade associado ao âmbito biológico. Por meio desta estratégia, também são difundidos discursos que intentam minimizar as tensões decorrentes das assimetrias entre as intervenções biomédicas e as crenças das mulheres. Ainda, generaliza-se o parto e são fortalecidos os argumentos que sedimentam o discurso biomédico como detentor absoluto de instrumentos capazes de gerir a gestação. (ECHEVESTE; MITJAVILA, 1994).

Como a amamentação é, destacadamente, o assunto mais recorrente, optei por incluir um trecho de diário de campo onde este tema foi abordado. Trata-se do momento em que a profissional incentiva as gestantes presentes a amamentarem o filho até 01 ano de idade e após esta informação seguiu-se o diálogo abaixo:

Uma gestante disse que não sabia se seria possível [amamentar por 01 ano] e então outra participante comentou que já tinha ouvido falar de mulheres que amamentam por pouco tempo para que o seio não fique “mole e caído”. A profissional disse que

isso era estória de mulher que não quer ser mãe de verdade. Pois, segundo a mesma, muitas mulheres quando vêm a primeira dificuldade, já deixam de amamentar. Quando vêm que dói, já não querem nem saber. Mãe que é mãe tem que persistir, mesmo sofrendo, porque vai ser melhor para o bebê.

Já neste trecho é clara a disposição de estereótipos que reduzem a maternidade a determinados padrões os quais, a partir da reprodução, sustentam as desigualdades nas relações entre homens e mulheres. Esta referência estereotipada da maternidade destaca em seus discursos o altruísmo que “toda a mãe deve ter”, apresentando o sofrimento como algo inerente à maternagem, justificado a partir da materialidade de sua condição biológica. Outra estratégia discursiva relacionada a este aspecto reside na maior valorização social do filho, em detrimento do corpo, ou melhor, da mulher que está gestando a criança. (ECHEVESTE e MITJAVILA, 1994).

Também por meio deste mesmo trecho registra-se que a profissional faz referência às usuárias de forma indireta: há “mulher que não quer ser mãe”; “mãe que é mãe tem que persistir”. Segundo Echeveste e Mitjavila (1994) esta estratégia discursiva propicia que o profissional fale da situação sem fazer menção às questões concretas, ou seja, ao que é especificamente vivido por cada mulher. Destarte, despersonaliza-se o tema e há o fortalecimento dos modelos padronizados e pautados em uma ótica de normalidade e desigualdades.

Assim, com a apresentação de breves registros feitos no espaço das reuniões das gestantes, é possível identificar que modelos tradicionais do exercício da maternagem estão sendo transmitidos. Continuam a serem associados à maternidade estereótipos que apontam condições para que a mulher seja “mãe de verdade”. A apresentação de aspectos valorativos e obrigações em torno da maternidade são comentadas de forma natural, e não suscitam, durante a realização do grupo, questionamento por parte das usuárias que freqüentam essas reuniões de gestantes.

3.7 Relação entre mulheres, reprodução e serviços públicos de saúde: primeiros apontamentos

Entre consultas com os ginecologistas, grupo de gestantes e as ‘orientações’ feitas por meio do programa DST/AIDS identifiquei a presença de perspectivas tradicionais de gênero,

o posicionamento das mulheres reivindicando uma atenção integral e contextualizada a sua saúde, práticas profissionais que pretensamente apontam o certo ou errado visando ao controle minucioso das vidas. Também registrei que as relações entre profissionais e usuárias são permeadas por tensões e conflitos decorrentes, em grande medida, das dificuldades do sistema público de saúde.

A opinião que as mulheres detêm sobre o acesso aos serviços de saúde reprodutiva está diretamente implicada com as representações que as mesmas possuem sobre o SUS, referido pelas usuárias e também pelos profissionais como um plano de saúde organizado para o pobre. Inserida neste contexto, pude notar a convivência de aspectos públicos e privados em meio às representações e serviços de saúde disponibilizados.

Os primeiros dados disponibilizados neste capítulo acerca da rotina da unidade de saúde trouxeram para mim informações que instigaram maiores curiosidades e a necessidade de um aprofundamento do que as próprias mulheres falam sobre reprodução e qual a opinião das mesmas acerca das possibilidades e serviços que são ofertados para que elas mesmas possam administrar suas vidas reprodutivas.

Quais as experiências que as mulheres relatam ao longo de suas vidas no que se refere à procura por cuidados reprodutivos? Quais as crenças e significados que compõem este tema? São estas as indagações que serão desenvolvidas no capítulo adiante.

4 REPRODUÇÃO, SAÚDE E A PARTICIPAÇÃO DE MULHERES: ENTRE IMPASSES, VIVÊNCIAS E DESAFIOS

Este capítulo apresenta os dados que foram registrados por meio das visitas que fiz às casas de algumas das mulheres que freqüentavam a unidade de saúde, visando aprofundar um pouco mais as conversas que versavam sobre itinerários e opiniões dessas usuárias do SUS quando o assunto é reprodução.

O interesse por haver esta etapa da pesquisa de campo foi impulsionada porque passei a notar que o cotidiano da unidade de saúde é demarcado por um intenso movimento que entrelaçam intervalos entre consultas, a preocupação dos usuários em controlar a ordem da fila de espera para os atendimentos e, principalmente as constantes tensões já referidas no capítulo anterior. Justamente por conta disto, as conversas com as usuárias eram em sua maioria bastante curtas ou até mesmo inacabadas. Daí passei a me aproximar das mulheres, conversar e perguntar se eu poderia visitá-las em suas próprias casas e assim dar continuidade ao que estava sendo falado.

Ir às casas das mulheres foi um importante passo para o desenvolvimento da pesquisa, pois trouxe um tom de proximidade maior, permitindo que por meio das conversas mais prolongadas eu pudesse entender de forma melhor como essas mulheres perceberam minha inserção na unidade de saúde e também registrar como em suas vidas elas lidam com assuntos como concepção, contracepção, aborto, sexualidade e demais tópicos afins.

Nessas conversas, de modo geral evidenciou-se ainda mais que na ótica das usuárias dos serviços públicos, reprodução é um tema interrelacionado com valores, modos de vida e crenças próprias do contexto de cada uma das mulheres, especificadamente. Sendo deste modo, a questão que norteará a descrição e a análise deste momento da pesquisa de campo será a seguinte: como essas mulheres compreendem e vivenciam os diversos temas que compõem o campo da reprodução? Explorando um pouco mais esta indagação, estou atenta à forma como as mulheres se apropriam dos saberes que lhes são transmitidos neste âmbito; quais as crenças e os sentidos que elas detêm acerca da reprodução. De modo geral a questão mencionada busca evidenciar o posicionamento e a participação das mulheres deste contexto no que se refere à reprodução.

Durante todo este capítulo apresentarei desde os aspectos que caracterizavam minha impressão diante da ida à casa das mulheres até o posicionamento das mesmas diante de

assuntos típicos à reprodução. Consequentemente serão dispostos os elementos que caracterizam respostas às questões acima mencionadas.

4.1 “Eu avisei que a mulher do posto ia aparecer”: chegando às casas e conhecendo um pouco mais sobre as mulheres

Minhas idas à unidade de saúde já completavam aproximadamente seis meses e somente após este período é que dei início à proposta de ir à casa das mulheres que buscavam os serviços de saúde reprodutiva. Acredito que esta etapa que antecedeu a visita às casas foi bastante importante, pois trouxe a mim uma compreensão mais afinada das características gerais da demanda de mulheres na unidade de saúde, além de permitir o registro dos assuntos rotineiramente comentados. Enfim, este tempo de etnografia fez com que eu pudesse conhecer um pouco mais o contexto e, consequentemente, minhas abordagens às pessoas passaram a ser mais bem sucedidas, pois apreendi horários, movimentação, temas recorrentes e demais características e detalhes que são típicos da unidade em questão.

Habituei-me a ir ao campo de pesquisa ao menos duas vezes por semana. Ao participar das atividades e serviços ofertados, também terminei por encontrar algumas mulheres com mais frequência e, ao passo em que as revia, aproveitava para perguntar como elas estavam e assim dava continuidade às conversas anteriores. Com o passar do tempo, fui percebendo que elas eram bastante receptivas e sempre demonstravam interesse em falar sobre diversos assuntos. Foram justamente essas as mulheres que abordei no sentido de convidá-las para o momento seguinte da investigação, perguntando se era possível ir às suas casas para conversarmos um pouco mais sobre saúde, gravidez, ter ou não filhos e outros tantos assuntos afins.

Ao todo 07 mulheres participaram destas conversas prolongadas (entrevistas semi-estruturadas que contavam com um roteiro flexível e que já trazia pontos identificados no contexto). Deste grupo, seis informantes encontravam-se gestantes ou com filhos recém-nascidos e por essa razão, segundo as mesmas, necessitavam estar constantemente na unidade de saúde. O quadro abaixo traz algumas informações sócio-demográficas que auxiliam na caracterização dessas mulheres.

QUADRO 2 - Caracterização sócio-demográfica das mulheres

NOME²²	IDADE	ESCOLARIDADE	RELIGIÃO	OCUPAÇÃO PROFISSIONAL	ESTADO CIVIL	RENDA FAMILIAR	FILHOS
Monica	19	5ª série do Ensino Fundamental	Católica	Desempregada	Solteira	1 salário mínimo ²³	02
Lúcia	25	1º ano do Ensino Médio	Católica	Dona de Casa	Casada	-	01
Maria	27	1ª série do Ensino Fundamental	Evangélica	Dona de Casa	Casada	1 salário mínimo	02
Cícera	45	Analfabeta	Católica	Dona de casa	Casada	1000 R\$	04
Teresa	23	4ª série do Ensino Fundamental	Católica	Dona de Casa	Casada	1200 R\$	01
Daniela	16	6ª série do Ensino Fundamental	Católica	Estudante	Solteira, Namorando	Não soube informar	01
Edjane	26	8ª série do Ensino Fundamental	Católica	Dona de Casa	Casada	1 salário mínimo	01

Fonte: Autora, 2011.

De acordo com os dados acima apresentados, as mulheres com as quais conversei estão, em sua maioria, na idade adulta, sendo também predominante a baixa escolaridade entre elas. Todas as mulheres participantes referem não exercer trabalhos “fora de casa” e, em sua maioria, denominam-se como “donas de casa”. Contudo, as mesmas mencionam que em um período posterior trabalhavam principalmente como diaristas, uma atividade que segundo as mesmas “é pesada” e não permite que se concilie com o restante das obrigações e cuidados da própria vida familiar. Aliás, algumas delas, ao pensarem em ter filhos, logo deixaram de trabalhar, pois não teriam como cuidar de suas crianças e ao mesmo tempo estarem todos os dias no trabalho.

²² Os nomes aqui apresentados são fictícios, para preservar a identificação das mulheres.

²³ Valor atual do salário mínimo: R\$ 545,00.

Cinco das informantes apresentam-se como casadas e residiam com o marido e os filhos. Há somente duas mulheres (Monica e Daniela) que residem com sua família de origem. Em suas casas a média de moradores é de aproximadamente 04 pessoas por residência e, mesmo havendo algumas que informam possuir uma renda mensal no valor de 1000 reais, prevalece uma baixa renda salarial, sendo o salário mínimo o referencial para o sustento da família.

Também na maioria das residências, por serem as mulheres “donas de casa”, cabe aos homens o trabalho para o provimento financeiro. Segundo as esposas, seus companheiros realizam diversas atividades, dentre as quais se destaca o “fazer bicos”, uma prática de trabalho informal e que resulta em baixos rendimentos financeiros. Configura-se desta forma uma disposição tradicional dessas famílias, aspecto este que resulta em descontentamento por parte das mulheres. Apesar de serem donas de casa, a maioria das participantes considera que hoje em dia é importante que as mulheres “tenham seu próprio dinheiro, não dependam dos homens”.

A religião católica é a que se sobressai, sendo somente 01 das mulheres (Maria) pertencente à igreja evangélica. Como já citado no início deste tópico, a maioria das mulheres que compõem esta etapa da pesquisa estão grávidas pela primeira vez ou possuem filhos recém nascidos. Por conta disso, como é possível observar na tabela, grande parte das participantes possui 1 filho.

Chegando à casa das mulheres, um primeiro aspecto me chamou atenção: a maneira como fui referida. Assim que eu chegava às residências, as mulheres logo me esclareciam que eu poderia entrar na casa à vontade, pois elas já explicaram aos seus parentes “que a mulher do posto ia aparecer”. De certo modo me incomodava essa referência. Tive receio de que as participantes ponderassem por demais suas falas e considerassem que eu poderia estar ali apenas para avaliar a opinião delas sobre a unidade de saúde (tal como uma pesquisa de satisfação dos serviços), ou pior ainda, que eu estivesse ali para investigar se elas estavam cumprindo as orientações feitas pelos profissionais da U.S. Alguns parentes, ao me cumprimentarem, reforçavam a interpelação ao perguntarem se eu fazia parte da equipe do “doutor ginecologista”. Como resposta, eu explicava que era estudante da UFAL e estava fazendo uma pesquisa que não era relacionada aos profissionais “do posto”.

Durante toda a pesquisa de campo, busquei estar atenta a esta dimensão, ao conversar com as mulheres, me apresentava como estudante, falava sobre a pesquisa e nos grupos de gestantes sempre pedia que a profissional que fosse conduzir a reunião se referisse a mim como ‘estudante da universidade’, quando tinha a oportunidade, eu mesma aproveitava para

comentar sobre a pesquisa nas reuniões. Também buscava outras estratégias mais sutis, como por exemplo, sentar junto às mulheres durante os grupos, estar com elas nos corredores, conversando, até que a profissional convocasse para a reunião. De todo modo, certamente este é um aspecto que, mesmo indiretamente, influenciou as informações obtidas.

Notei ainda que ir à casa das mulheres acrescentou à pesquisa uma ampliação do contexto de investigação, afinal de contas, estando em suas casas algumas mulheres comentavam mais abertamente sobre o quanto as condições em que viviam deveriam ser consideradas já nas recomendações de cuidados à sua saúde reprodutiva. Este aspecto pode ser notado quando Monica, que reside em uma área semi-construída e relata vivências relacionadas a um contexto de violência, menciona que “assim, é difícil ter o repouso que a médica pediu”.

Adiante iniciarei a exposição dos tópicos de saúde reprodutiva que consequentemente trazem em seu conteúdo outros tantos assuntos imbricados a este amplo campo de saberes e práticas.

4.2 Saúde reprodutiva na ótica de mulheres: características, posicionamentos e vivências

As conversas buscaram aprofundar as experiências que as mulheres vivenciaram até então em relação aos temas de saúde reprodutiva. Por isso, mesmo tendo conhecido as usuárias no “posto de saúde” e apesar de ainda estar atenta aos modos relacionais típicos dos serviços de saúde reprodutiva ofertados por esta U.S, este momento da pesquisa é especialmente mais amplo. Busco investigar não só o que foi vivido por essas mulheres na unidade em questão, mas também destacar como, ao longo da vida dessas participantes, os assuntos de saúde e reprodução foram sendo compreendidos.

O primeiro aspecto que se sobressai nessa investigação refere-se aos lugares e/ou pessoas que as mulheres costumam recorrer quando surge alguma dúvida sobre seus corpos. As amigas, a televisão e a internet foram mencionadas como primeira fonte para o esclarecimento de interrogações quanto aos assuntos tais como primeira menstruação, relações sexuais e prováveis efeitos do uso de métodos contraceptivos. Estes mesmos temas, com destaque para as questões de sexualidade, ainda são pouco desenvolvidos nas famílias de

origem das mulheres, configurando a existência de ambientes familiares pautados em valores tradicionais, onde elas optam por comentar suas dúvidas com outras pessoas cuja proximidade e intimidade é maior.

Outro elemento também se mostrou interessante: somente uma das mulheres mencionou prontamente que, ao perceber algo estranho em seu corpo, logo procurava a unidade de saúde. As demais mulheres comentaram que só buscavam o médico quando viam “que não tinha mais jeito”, ou seja, quando os conselhos de amigas e as recomendações encontradas nos meios de comunicação não estavam mais solucionando a questão. Esse posicionamento certamente está relacionado com as dificuldades que são frequentemente mencionadas pelas mulheres quando as mesmas buscam os serviços públicos de saúde e que foram comentadas, em parte, no capítulo posterior.

Se por um lado as mulheres deixam claro que preferencialmente buscam outras fontes que não sejam as consultas médicas para o esclarecimento de dúvidas quanto aos seus corpos, todas mencionam que, quando estão grávidas, é necessário ir às unidades de saúde e cumprir corretamente o que é pedido durante o pré-natal. Foram tímidas as críticas em relação aos tantos exames e atendimentos médicos a serem obedecidos durante gestação. Aliás, sempre que encontrava as mulheres em suas casas, eu tinha a impressão de que elas aguardavam que eu fosse fazer interrogatórios acerca dos serviços ofertados e dos hábitos adotados por elas no período gestacional. Tanto é assim que muitas se adiantavam e repetiam de maneira enfática sobre a importância do pré-natal e preocupavam-se em justificar que, mesmo não tendo buscado a unidade de saúde no período em que não estavam grávidas, a partir da gestação tinham consciência de que seria preciso aumentar a frequência de consultas.

A ênfase em demonstrar que cumpririam os passos do pré-natal repercutia por vezes até mesmo em críticas que as próprias mulheres teciam àquelas que somente buscam o médico já ao fim da gestação e que, conseqüentemente, eram vistas como um mau exemplo, mulheres que não eram “desenroladas” o suficiente para lidar com as responsabilidades da maternagem. Já a partir dessas primeiras informações é possível notarmos o quanto a gestação é um evento marcado por uma destacada medicalização que faz com que as mulheres sintam-se intimadas a todo instante a reforçarem a importância de estarem constantemente próximas dos aparatos médicos, sendo esta a condição apresentada para que as mesmas saibam se o bebê que esperam está bem ou não.

Ainda assim, é possível registrar sutis críticas das mulheres a esse fato. Quando pergunto como é para elas fazer todo o pré-natal, elas comentam, por exemplo, sobre a dificuldade em conciliar trabalho, pré-natal e a própria gestação. Para ilustrar este aspecto,

basta observar que a maioria das mulheres terminou por deixar seus trabalhos para poderem se dedicar melhor a este período e ao cuidado de suas crianças. Maria, que anteriormente trabalhava como diarista, comenta este aspecto ao falar que “fica muito difícil, fazendo pré-natal, essas coisa. Ninguém sabe se é de manhã, se é à tarde que vai [para a unidade de saúde], aí fica aquela correria, aí não dá, né”?!

De modo geral, todas as mulheres avaliam de maneira incisiva que atualmente detêm informações suficientes acerca dos tantos temas que compõem o campo da saúde reprodutiva. No desenvolvimento das conversas percebi que este posicionamento seguro não decorria necessariamente da aquisição de uma maior familiaridade e entendimento diante das práticas biomédicas constantemente voltadas para seus corpos. Os saberes que as mulheres tanto referem possuem uma estrutura própria que não é baseada no discurso racional típico das intervenções médicas. Estas crenças estão principalmente relacionadas às experiências que foram vivenciadas por elas ao longo de suas vidas, opiniões construídas ainda quando as dúvidas eram predominantes e elas se depararam com situações que terminaram por servir de parâmetro para as escolhas atuais.

Portanto, este elemento reforça ainda mais que quando falamos em reprodução e saúde, são apresentados dados que seguem para além das dimensões estritamente biológicas. Aliás, mais que opiniões, há o registro de verdadeiros posicionamentos que refletem dados acerca de condições sociais, contextos familiares, percepções sobre serviços de saúde (todos esses campos permeados por relações de gênero), ou seja, informações que trazem caracterizações do dia a dia dessas mulheres, dados humanos que denotam um cotidiano ainda permeado por desigualdades e contradições que são destacadas nas falas dessas participantes.

Exatamente para atribuir um maior espaço para essas vivências, os assuntos mencionados a seguir serão apresentados separadamente. Práticas contraceptivas, gestação e parto, aborto, desejo de ter filhos, dentre outros temas serão dispostos visando à descrição dos contextos que conduziram à formação dos sentidos e escolhas que caracterizam a saúde reprodutiva de acordo com a fala dessas mulheres.

4.2.1 Contradições da contracepção

Os métodos contraceptivos mais conhecidos entre as mulheres que participaram das conversas são a pílula, o preservativo masculino, as injeções e o DIU. Quanto ao uso desses meios anticoncepcionais, destacam-se os três primeiros métodos já citados. O gráfico abaixo ilustra quais os tipos de contracepção que já foram utilizados por essas usuárias em algum momento de suas vidas



Os dados acima demonstram que desde o início da vida sexualmente ativa, a maioria das mulheres relata uso de algum tipo de método contraceptivo. A pílula surge destacadamente como meio mais utilizado, enquanto que os injetáveis e o preservativo masculino também são mencionados, mas não contam com a adesão de maior permanência que é registrada em relação ao comprimido anticoncepcional. Esta adesão é ainda mais clara quando pergunto qual o método que as mulheres estão fazendo uso na atual etapa de suas vidas; a pílula surge como único contraceptivo citado. Ou seja, todas as cinco mulheres que fazem uso de algum tipo de meio para evitar a gestação, citaram a pílula como método de uso atual. As duas mulheres restantes (Daniela e Cícera) referiram nunca ter feito uso de algum meio anticoncepcional, relatando a opção de permanecer não utilizando tais alternativas contraceptivas.

Mesmo havendo esta destacada adesão à pílula como método anticoncepcional utilizado, as mulheres também tecem diversas considerações acerca dos outros meios

contraceptivos por elas recordados. Ao passo em que referem suas escolhas, pude notar que tais opiniões estavam relacionadas a uma série de aspectos que envolviam desde a disponibilidade do método nas unidades de saúde até crenças e valores sociais típicos do contexto em que viviam.

A primeira das considerações que me chamou a atenção diz respeito ao preservativo masculino. O fato de este método estar condicionalmente associado a uma concordância do homem traz repercussões. A maioria das mulheres comenta que seu companheiro não gosta de usar o preservativo, restando a elas os injetáveis ou mesmo a pílula, caso queiram evitar a gestação. Porém, esta alternativa não deixa de ser permeada por apreensões, como foi possível perceber através das palavras de Lúcia ao me contar de maneira enfática que sempre usou preservativo em seus relacionamentos anteriores. Porém, desde que se uniu ao seu esposo, teve que lidar com a discordância do mesmo e, ao ver que “*não tinha jeito*”, começou a tomar a pílula. Atenta à possibilidade de traições, ela esperava, ao menos, que ele utilizasse o preservativo com as outras mulheres, para evitar a transmissão de algum tipo de doença sexualmente transmissível. Sua fala seguinte expressa justamente este aspecto: “Como ele não gosta de camisinha, eu fiquei com medo de ter pego alguma coisa. Chegou uma hora que eu mesma, eu disse para ele, que se eu fizesse exame e acusasse alguma coisa, foi dele.”

As palavras acima denotam outro ponto que notei nos discursos das participantes: o preservativo não é apontado como o método comumente utilizado pelas mulheres que vivem uma união estável, que se uniram ao companheiro já há algum tempo e se mantêm fiéis a eles. Por outro lado, realizar exames e identificar alguma doença sexualmente transmissível é consequentemente entendido como prova da infidelidade conjugal do esposo. Por isso, exames como a citologia²⁴ assumem, para algumas das mulheres, características de um verdadeiro “teste de fidelidade”.

A partir destas informações sobre o uso do preservativo masculino, é perceptível a existência de relações conjugais onde há práticas desiguais de gênero que resultam em relatos os quais já nos fazem refletir sobre as dificuldades e amplos desafios apresentados por meio das questões de saúde reprodutiva. Também os sentidos específicos que são atribuídos aos exames ginecológicos e ao próprio uso do preservativo masculino remetem necessariamente à importância de se considerar o contexto, as histórias e as vivências que atribuem significado próprio ao que é por tantas vezes apresentado como algo simplesmente biológico.

²⁴ Refiro-me ao exame colpocitológico, também popularmente conhecido como “preventivo do colo de útero” onde é possível detectar desde o câncer de colo de útero, em estágio precoce, até outras patologias diversas, incluindo aí as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Não sendo o preservativo masculino um método cujo uso seja tão freqüente para essas mulheres, surgem então as injeções, a pílula e junto desses meios, críticas que apontam os sintomas colaterais que tanto incomodam as usuárias. As injeções e sua elevada quantidade de hormônios levam ao aumento de peso, motivo que faz com que as mulheres logo abandonem este contraceptivo. As pílulas restam como método de maior uso, contudo isto não significa que as mulheres expressem maior satisfação com o mesmo.

As críticas que elas relatam em relação à pílula integram desde os constantes incômodos advindos dos sintomas colaterais (enjôos e tonturas) até a consideração de que este método anticoncepcional, na realidade, traz benefícios que são pequenos diante dos efeitos prejudiciais que, inclusive, podem vir a causar maiores complicações de saúde.

O posicionamento crítico que as mulheres referem pode ser percebido, de maneira geral, diante do seguinte registro: frente ao questionamento ‘você acha que os métodos para evitar a gestação melhoraram a vida das mulheres?’ Seis informantes foram bastante assertivas ao opinarem que o uso de métodos contraceptivos não contribui para o bem-estar feminino. Esse posicionamento é desenvolvido principalmente tendo como base as crenças e experiências vividas em torno do uso da pílula anticoncepcional.

Sobre este assunto, Lúcia me diz que o uso deste contraceptivo não traz melhoras, e complementa:

[...] eu acho que não porque esses remédio evita uma coisa e prejudica outra, né? Com certeza! Porque esses remédio, eles dissolve ali, mas só que fica aquele pó, aquela massa dentro do organismo da gente, que na hora que a gente vai se operá pra não ter mais filho ou alguma outra coisa, tem que fazer queimagem, outras fazer raspagem, né? No útero. Através [devido] daqueles remédios. Essa geração de hoje, a geração de remédios, tá mais perigosa a de hoje do que a de antes. Porque a de antes, a minha mãe mesmo, minha mãe nunca tomou remédio e é sadia, não tem nada no corpo dela.

“A geração de remédios” que Lúcia descreve tem trazido consigo a consideração de que anteriormente as mulheres eram mais saudáveis. Nos dias de hoje, saber sobre seus corpos repercute necessariamente em preocupar-se com os efeitos de remédios (métodos contraceptivos) dos quais as mulheres afirmam ter que fazer uso para somente assim não “colocar tanto filho no mundo”. Isto é, apesar de originar insatisfações, a pílula anticoncepcional é entendida como um método do qual ainda não se pode abrir mão, não sendo vislumbrada nenhuma alternativa melhor para evitar a gestação.

Para compreender os próprios corpos, reconhecidamente medicalizados, as mulheres referem opiniões que em sua maioria expressam a existência de

descompassos/distanciamentos entre suas formas de entendimento e as orientações biomédicas. Quanto a este aspecto, destaco, especificamente, a eficácia da pílula anticoncepcional. Sobre isto, Monica expressa suas desconfianças ao comentar: “é que esses remédio, como é que chama mesmo? É concep, concepcional ele é 99% pra não engravidar. Mas ele não é tão seguro como vem dizendo, não é tão seguro, que só tem 99%. Tá vendo, ele não é tão seguro”. Assim Mônica utiliza-se de uma estratégia específica para dispor sua opinião: faz uso de uma informação cientificamente comprovada para, justamente por meio dela, minimizar a eficácia do método.

Outro posicionamento interessante é o de Daniela ao acrescentar a opinião de que além de não ser um método “tão seguro” o uso da pílula pode também trazer sérios prejuízos à saúde, caso a mulher, sem saber, termine engravidando e continue a tomar o anticoncepcional. Abaixo, o comentário de Daniela registra especificamente este aspecto:

É que nem uma amiga minha, uma colega minha que mora no lado dali, ela tomava isso. Ela tomava e ela engravidou, mas ela não sabia que tava grávida, mas ela tomava mesmo assim. Aí o médico dela disse que o menino dela via nascer doente, vai nascer com alguma coisa porque ela tomava e não sabia que tava grávida. [...] Aí, por isso eu digo: vou tomar? Por que eu vou tomar?! Hôme, eu num vou tomar não, porque não tem pra quê tomar, eu falava assim. Mas, até hoje, num tomo não. Num quero não.

Especialmente as falas referentes ao uso da pílula denotam o quanto a questão da contracepção está permeada por crenças e experiências que associam desconfianças, insatisfações e críticas ao uso das medidas contraceptivas. É pertinente, inclusive, recordar que o desenvolvimento das tecnologias contraceptivas deu-se historicamente em meio a controvérsias e expectativas. Sua extensa divulgação associava (e continua a associar) o advento das medidas anticoncepcionais à promessa de emancipação feminina. Contudo, interesses pautados em metas de controle populacional e do mercado privado também fazem parte dessa história e acrescentam aos meios contraceptivos uma perspectiva um tanto obscura, o que nos faz refletir acerca da fatual distância entre práticas contraceptivas, liberdade e bem-estar de mulheres. (VIEIRA, 2003; CORRÊA, 1998).

Destarte, de acordo com os relatos aqui dispostos, as medidas contraceptivas estão longe de significar a emancipação feminina para essas usuárias. A predominância das desvantagens faz inclusive com que duas das mulheres refiram nunca ter feito uso de nenhum método contraceptivo. Cícera, adepta desta escolha, baseia seus posicionamentos no exemplo de sua própria mãe, que também não fazia uso de métodos contraceptivos; seus pais diziam que “filho Deus manda porque sabe o que faz. Manda filho de acordo com o que a gente sabe

que pode criar”. Sua escolha também está apoiada na convivência com amigas que comentam sobre os problemas decorrentes da contracepção. O trecho abaixo é uma das falas de Cícera ao me explicar sobre os efeitos que ao longo do tempo tornam o uso do método contraceptivo algo bastante prejudicial à saúde da mulher.

Piora. Com a idade a gente ver o resultado depois. É muita coisa, muito problema. [...] A gente sente pobrema assim, no útero, tem veze que tem que tirá. Porque esses remédio tudinho, eu vejo o povo dizê que não desmancha, não desmancha esses comprimido, fica aqueles remédio do mermo jeito lá. Eu digo isso porque eu vi, lá em Maribondo, quando a gente morava lá, eu vi uma vizinha minha dizer isso, que ela quando foi ter filho o médico tirou um bocado assim de comprimido de dentro dela. Aí ela disse que ficou com medo, tomou mais não.

Até então somente os métodos reversíveis foram citados, porém, a laqueadura tubária²⁵, medida contraceptiva definitiva, também foi um dos assuntos comentados. Ao falarem sobre a laqueadura, as mulheres continuaram a dispor suas vivências e opiniões que entrelaçam corpos, intervenções biomédicas e contextos de vida. Daí resultam importantes apontamentos que denotam especialmente o quanto o campo da reprodução – incluindo aí as tecnologias contraceptivas – suscita desconfiças que destacam ainda mais o descompasso entre o saber biomédico e a compreensão de mulheres quanto às práticas de saúde voltadas para seus corpos.

Primeiramente, atentei para o fato de que as mulheres pouco questionaram a apresentação da ligadura das trompas como uma alternativa para aquelas que não desejam ter mais filhos. O fato de ser um procedimento cirúrgico, onde consequentemente é preciso que haja internação e um processo de recuperação posterior, foi pouco comentado. A maioria delas parece compreender a laqueadura essencialmente como um método que permite que não sejam mais necessários os usos das medidas contraceptivas anteriormente citadas e que, segundo as mulheres, causam tantos incômodos. Sobre isto Daniela, que está grávida de seu primeiro filho e optou, até então, por não fazer uso de nenhum método contraceptivo reversível, me falou sobre seu desejo de realizar esta cirurgia ao comentar: “é, eu também queria, se eu pudesse, assim. Se eu pudesse só esse [filho] e me operar, aí sim. Mas fazer o quê, não é? Num posso, sou de menor. Tem que ser de maior? Pronto, se não fosse isso, depois desse [filho] eu me operava.

²⁵ Também é conhecido como ‘laqueadura (ligadura) de trompas’ e consiste em um procedimento cirúrgico em que é feito um corte ou um ligamento das tubas uterinas, impedindo com isso que os espermatozoides encontrem o óvulo, impossibilitando assim a fecundação.

De todas as mulheres, apenas Lúcia questionou o porquê de somente ela ter de pensar em algum método permanente para evitar ter filhos e foi incisiva ao afirmar que não desejava realizar a laqueadura. O trecho abaixo relata o posicionamento de Lúcia quanto a este assunto:

Eu realmente não quero. Prefiro que mandem cortar do meu marido [risos] que ele faça a cirurgia. Que hoje deveria ser assim, né? Porque só mulher que faz? Porque só a mulher tem que se operar, né? [...] Porque só mulher tem que fazer a cirurgia? Os homens têm que ir lá e click [barulho que faz alusão ao corte de uma tesoura]. [risos]. [...] É, mais prático, mais rápido e eu acho que deveria ser assim, né? Pelo menos comigo eu não pretendo fazer não. Mas, futuramente, eu pretendo mandar ele.

Interessante na fala de Lúcia é que, ao mencionar que não pretende realizar a laqueadura tubária, simultaneamente ela questiona o porquê de o homem não compartilhar as responsabilidades do campo da contracepção. De maneira geral, a participação masculina é pouco comentada na fala dessas mulheres e mais escasso ainda é o questionamento como o que é feito por Lúcia. A questão da participação masculina é um importante ponto a ser debatido e mais adiante isto será discutido.

Além deste ponto, o imaginário das participantes em relação à laqueadura está diretamente associado às histórias de mulheres que buscaram a ligadura de trompas e, apesar de terem feito o procedimento cirúrgico, depois de algum tempo engravidaram e vivenciaram uma gestação de alto risco. Na conversa adiante Monica me conta um episódio deste tipo:

ARIANA: E, Monica, você conhece alguém, alguma mulher que tenha feito aquela cirurgia pra ligar as trompas, pra não ter mais filho?

MONICA: Eu conheço uma que, assim, ela é como se fosse minha tia, que ela mora aqui embaixo. Ela se operou do menino, que o menino tem 5 anos. Aí quando é agora, ela tá grávida de gêmeos.

ARIANA: Ôxe! [demonstrando estar surpresa]

MONICA: Foi, porque o médico disse que operou ela, só que ficou um pedacinho das trompa. Aí como não tem as trompa completa, não é só as duas, agora só tem um pedaço de uma, aí tá arriscado ela perder o bebê, porque é dois [bebês], aí tem que tá com as trompa completa, né? Aí como é só um pedacinho de trompa que gerou o bebê ela tá arriscada a perder.

ARIANA: E o que é que tu acha, tipo assim, da idéia das mulheres que buscam fazer uma cirurgia pra encerrar?

MONICA: Rapaz isso aí eu acho que é mais errado mais do médico, porque quando a gente chega lá e diz que quer se operar pra num ter mais filho, qual é o dele? Tirar as trompa, porque tem muito médico que engana. Que engana, que diz que vai operá e não opera, como aconteceu no caso dela, ele disse que operou tirou as trompa todinha, que não ficou nada e quando é agora, ela tá grávida e é dois menino, e ela vai até fazer enxoval mais eu, quando eu vou pintar os paninho ela tá lá no enxoval.

Dois aspectos me chamam a atenção a partir da conversa acima: a forma como o procedimento cirúrgico é compreendido e a ênfase em apontar o exercício das práticas médicas como algo que suscita desconfianças e engano. Compreender os passos de um procedimento cirúrgico expressa o quanto a linguagem médica distancia-se dos sentidos tipicamente utilizados por Monica. Consequentemente, a história contada reúne aspectos de um conhecimento médico não inteiramente assimilado que, para ter sentido, conta com um modo peculiar de percepção, que agrega deduções mais claras e acessíveis, advindas do convívio com outras mulheres, que explicam, por exemplo, que as trompas precisam ser ‘retiradas’/‘desligadas’, ou que, caso haja dois bebês, seria preciso haver duas trompas, uma para cada embrião.

Este saber que Monica – e a maioria das mulheres participantes – detêm e que é distinto do que é precedido pela lógica biomédica, mostra-se permeado por tensões e talvez até fragilidades, uma vez que tais relatos são norteados pela constante apreensão diante da possibilidade de que as mesmas sejam ludibriadas. Com isto, entendo que, neste contexto, a resistência em confiar completamente no exercício das práticas biomédicas expressa a existência de relações de poder onde o conhecimento e mesmo as ações de saúde não se mostram plenamente acessíveis às crenças e aos modos de vida dessas mulheres.

Em conversa com Maria e com sua mãe, as duas destacam especificamente este elemento ao comentar sobre uma ‘irmã da igreja’ que tinha se submetido ao procedimento de ligadura tubária:

ARIANA: Ela fez a cirurgia pra não ter o filho e engravidou.

MÃE DE MARIA: Aí o caso foi esse. Agora sofreu, num foi? Ela era de idade, num era mais novinha não. Aí pronto.

ARIANA: Hum, é um negócio meio...

MARIA: Num é? É complicado. Porque o certo ali é o médico arrancar, quando ele faz a operação, pelo que eu já ouvi, é ele mostrar as trompa: óia, aqui! Tirei viu?! Aí joga. Mas tem deles que tá lá, a pessoa tá anestesiada e eles lá, trabalhando, a pessoa tá com a perna lá e eles pá pá pá, costura, ninguém sabe como é que tá lá, aí mete o pau a brincá. Que eles, ele deu a palavra dele que operou, mas ela não viu as trompa, é as trompa, né mãe? [...]

MARIA: Só Deus mesmo! Tá vendo, isso é sério, tá sério demais, é por isso que fica uma coisa sem confiança de dizer assim: ah, tô operada. Mas o médico lhe mostrou? Porque pela obrigação ele tem que mostrá. Se a gente colocá confiança, acabou-se! Gaze, tem vezes que o atendimento deles é tão bom, pra não dizer o contrário, que às vezes eles esquece até gaze dentro da mulher, alguma ferramenta que foi daquele momento, o médico esquecer dentro do ser humano! Misericórdia, Pai! Aí pronto, só Deus!

Como já dito acima, a linguagem inacessível da lógica biomédica traz como conseqüência a desconfiança. Para essas mulheres parece haver o seguinte pensamento: se o

que o médico fala ou faz não é suficientemente claro, é justamente porque algo deve estar sendo feito de forma errada. Por isso é preciso estar alerta, ‘ver para crer’ e somente assim certificar-se de que tudo saiu como o combinado. Estas informações expressam o quanto a medicalização do corpo feminino gera impasses, tornando a relação entre ‘práticas médicas e mulheres’ um espaço de desigualdades e conflitos. Em contraponto é também possível perceber críticas por parte das mulheres.

Em estudos como os de Nascimento (2011) foram registrados dados que também apontam os distanciamentos entre a linguagem biomédica e as crenças dos usuários que buscam os serviços de saúde. Segundo este mesmo autor tal configuração gera impasses justamente por situar os sujeitos em relações hierárquicas de poder. Sobre isto é ainda relevante recordar que este domínio do saber biomédico tem por consequência, caracteristicamente, a manutenção de regulações e do controle das vidas, onde os saberes produzidos, como é notório já nos dados obtidos até então, não geram maior proximidade dos indivíduos diante das intervenções que medicalizam seus cotidianos.

Assim, as práticas contraceptivas constituem, para maioria dessas mulheres, mais uma parte de suas vidas que é demarcada pelo exercício das práticas biomédicas, onde para evitar a gestação, elas lançam-se à complicada tarefa de entender os procedimentos e orientações biomédicas. Os saberes que elas constroem ao longo desta trajetória mesclam o pouco que a lógica biomédica permite assimilar e, especialmente, as histórias, vivências e crenças que são compartilhadas no contexto em que vivem essas informantes.

Os vários relatos que expressam tensões e desconfianças diante da adoção de alguma medida contraceptiva trazem reflexões acerca do quanto ainda há impasses que terminam por não facilitar/promover a autonomia de mulheres neste campo. A livre escolha na vida reprodutiva, que pressupõe também acesso e domínio das técnicas contraceptivas, mostra-se até então como um desafio.

No rumo deste desafio, não posso deixar de destacar que os posicionamentos das mulheres também expressam, de algum modo, resistência. Mulheres que, de forma geral, desejam se apropriar cada vez mais de seus corpos (suas vidas). Porém, enquanto as tecnologias contraceptivas persistirem no percurso contrário a este desejo, continuarão as insatisfações e os conflitos que surgem para indicar a necessidade de mudanças.

4.2.2 Gravidez e Parto: diversidade de histórias e percepções

Todas as mulheres que participaram desta etapa da pesquisa de campo estavam grávidas ou já tinham ao menos 1 filho. A gestação e o parto, ou mesmo as expectativas decorrentes da vinda iminente de uma criança ocupam boa parte da fala dessas mulheres e trazem desde relatos sobre a possibilidade de planejar um filho até descrições de dificuldades vividas no parto e que foram advindas de lacunas na estrutura do sistema público de saúde.

Das sete informantes, cinco engravidaram durante a adolescência. Interessante é que, na maioria dos relatos, isto não foi apontado como sendo uma dificuldade, algo que pudesse comprometer suas trajetórias. Daniela, que tem 16 anos de idade, reside com os pais e atualmente está grávida de seu primeiro filho, ao me contar um pouco de sua história traz um exemplo que contradiz os discursos que apontam a gravidez na adolescência como algo não desejado, precoce e suscetível a maiores riscos.

A gravidez na adolescência é um assunto que preocupa os profissionais do posto de saúde. Durante o período em que fiz a etnografia foram recorrentes os comentários de profissionais que me falavam sobre os muitos casos de meninas que engravidam e “chegam desesperadas, sem saber o que fazer”. Nas atividades de prevenção, em que eram distribuídos preservativos masculinos aos usuários e usuárias do posto, era comum haver recomendações do tipo: é melhor entregar preservativo a sua filha do que depois vir aí uma gravidez indesejada e ter “uma criança cuidando de outra”.

De modo geral, a literatura acerca do tema, tal como recorda Brandão (2006), associa a gravidez na adolescência à imaturidade da jovem mãe, à ocorrência de gestações inesperadas, apresentando-a como uma situação de risco. Em contraposição a estes termos, Daniela me contou sobre sua gestação que segundo a mesma “foi e não foi planejada”. Ao longo da conversa ela mostra-se satisfeita com a maternidade e procura deixar claro para mim que ela está atenta aos exames e ao acompanhamento médico que tem que ser feito a partir da gestação.

Em que pese minha confessada insistência em ‘identificar’ o quanto a gravidez poderia trazer contratempos à vida da jovem, Daniela me respondia com espontaneidade, ao afirmar que este era um momento de sua vida em que a maternidade era bem vinda e de certo modo, estava em seus planos. Contou-me que namorava já há 04 anos, tinha amigas de mesma idade que também engravidaram e que iria continuar sua vida normalmente após a gestação. Sua

decisão em ter um filho trouxe, aliás, o casamento tão esperado por ela, como pode ser visto no trecho de conversa abaixo:

DANIELA: minha mãe também me dava conselho, minha avó, todo mundo me dava conselho. Conselho assim, que não podia: olhe, não tenha filho cedo. Mas aconteceu, aconteceu. Eu dizia a ele [seu namorado] que eu não podia ter filho [...]

ARIANA: Tu dizia a ele que não podia ter filho?

DANIELA: Foi, eu dizia a ele. [...] Aí com dois mese, assim, ele soube, né [sobre a gravidez]? Que ele veio aqui em casa, né? Pronto. Depois disso, a gente vai casar, tâmo comprando as coisa. A gente num ia nem casar, a gente ia ficar só namorando, assim. E depois, a gente resolveu casar... eu pedi também um pouquinho a Deus por isso também [risos]. Se não ia demorar a nós dois casar.

A história de Daniela demonstra que nem sempre a gravidez que acontece na adolescência é vivenciada como um problema. Pode inclusive, ser algo esperado e que está diretamente relacionado com o projeto de vida que a garota aguarda para si mesma. Com isso quero indicar que os discursos generalistas que buscam “o risco” em torno da gestação na adolescência centram-se numa perspectiva que, ao fim das contas, deixa de lado a história particular de cada mulher, suas motivações e o contexto em que vive. (HEILBORN, 2006; BRANDÃO, 2006).

Quero destacar a diversidade de vivências e percepções das mulheres em torno da gravidez na adolescência. Por exemplo, enquanto Daniela aguarda com alegria a chegada de seu primeiro filho aos 16 anos de idade, há também o relato de Mara, a única das mulheres que engravidou durante a adolescência e que manifestou o quanto que esta etapa de sua vida foi marcada por arrependimento. A fala adiante relata este aspecto:

Maria: se atrapalhou alguma coisa? Com certeza, principalmente os estudo e também foi muito cedo e também eu perdi, perdi muita oportunidade, né? [...] Aí pronto, acabei perdendo os estudo, a juventude e muita coisa que às veze eu boto pra pensá: Meu Deus, que burrada na minha vida!

O posicionamento de Lúcia acerca da gravidez na adolescência é melhor compreendido caso seja associado às expectativas que a mesma detinha para si na época em questão. Maria engravidou num momento em que, segundo ela “as oportunidades começaram a surgir”, quando ela trabalhava em uma padaria e havia sido convidada para ser funcionária de um banco. Mas neste mesmo período conheceu seu atual esposo, engravidou e resolveu “fugir” com ele.

O comentário de Lúcia vem destacar outro elemento importante: o de que trabalho e gestação insistem em situarem-se em pólos opostos ou ao menos, difíceis de conciliar. Sobre

isto Martin (2006) propõe debates que problematizem os modos ainda predominantemente patriarcais de trabalho, onde as funções corporais de mulheres e em especial a gestação, não encontram o espaço devido. A propósito, por algumas vezes, durante o intervalo dos grupos de gestantes, pude conversar com mulheres as quais comentavam que, diante de sua gravidez recém descoberta, tinham receio de perderem seus empregos. As profissionais e também as demais usuárias que estavam próximas orientavam no sentido de que isto não é mais permitido pela justiça e, caso ocorra, a gestante deve “lutar pelos seus direitos” e colocar o empregador “no pau”, ou seja, denunciar o dono do empreendimento à justiça do trabalho e processá-lo.

Ainda pensando em termos da adolescência, todas as informantes iniciaram sua vida sexualmente ativa justamente neste período. Sobre as primeiras dúvidas do início da prática sexual, Maria, que hoje tem 27 anos de idade, disse que há 10 anos, quando engravidou de sua primeira filha “não sabia como é que tomava a pílula, nem [como] usava o preservativo. Porque naquela época, eu no colégio, aí a minha série ainda num tinha chegado pra explicar, como explica no colégio”. Segundo Heilborn (2006) já é parte dos novos costumes sexuais brasileiros que as mulheres iniciem a prática sexual antes da conjugalidade, porém, isto não repercutiu em maiores discussões sobre a sexualidade, seja nas famílias ou mesmo nas escolas. Concordamos com a assertiva adiante:

Não discutir contracepção é permanecer cego diante do fato de que as relações sexuais de jovens e adolescentes se modificaram, são legítimas e constituem um direito. No que concerne à reprodução, as mulheres continuam sendo culpabilizadas e os homens absolvidos ou esquecidos de sua participação no evento; e aos poderes públicos é reclamado simplesmente o planejamento familiar sem considerar a etapa da educação sexual que é um instrumento que poderia, de fato, fazer com que a contracepção e a proteção nas relações sexuais se integrassem de maneira regular na vida dos filhos. (HEILBORN, 2006, p. 32)

Ou seja, o discurso em torno da adolescência e as práticas voltadas para este grupo centram-se demasiadamente em regulações e rotulações. Por meio de estratégias moralistas as práticas sexuais entre os jovens ainda são compreendidas como sendo algo desviante/imoral. Por consequência, nas famílias e nas escolas os debates sobre a sexualidade ainda não ocupam a devida prioridade e quando são debatidos, preponderam estratégias repressivas e que se distanciam da construção de uma educação sexual que poderia realmente fazer a diferença na vida dos jovens, como foi dito na citação acima.

Feitas estas considerações passo para o modo como as mulheres referem o período de gestação em si mesmo, os nove meses que, de um modo geral, são demarcados pelas

constantes idas às unidades de saúde, consultas com os médicos e demais profissionais de saúde.

4.2.2.1 Gestação: medicalização e contratempos da assistência pública de saúde

Ao falar sobre a gestação, as mulheres mencionam as experiências decorrentes da busca pela assistência a saúde neste período. Neste contexto, estar grávida é necessariamente ter que ir com maior frequência às unidades de saúde, realizar exames, buscar informações sobre os leitos existentes nos Estado para a realização dos partos e ter todo este trajeto como experiência que servirá mais adiante como importante referencial para que se avalie o caso de uma nova gravidez.

Monica me contou que todas as vezes em que engravidou, suas gestações foram “de risco” e que por isso ela têm de ir sempre aos hospitais: “Aí, porque eu to grávida aí eu vou direto pro médico”. Como está gestante de sua “terceira barriga”, a última vez em que esteve num hospital foi no mês anterior à nossa conversa, quando foi à Maternidade e, apesar das recomendações médicas, concluiu que não poderia ficar internada, uma vez que o local estava superlotado e as mulheres aguardavam em cadeiras, por não haver mais leitos.

De acordo Monica, já na sua primeira gestação houve complicações. Ela aproveita para me contar um pouco sobre isto ao afirmar que, durante os nove meses, esteve mais no hospital que em sua própria casa e, para completar, após um parto cesariano, “a anestesia subiu para a cabeça”. Pergunto o que acontece para que a anestesia suba para a cabeça e, em resposta, Monica me fala:

Dizem que é porque quando chora muito, que tem raiva; quando usa travesseiro quando chega em casa, que não pode. Tudo isso. E também eu tive raiva e usei travesseiro quando cheguei em casa, chorei muito. Porque, mãe de primeira viagem, que não via a filha, porque eu desmaiei, né? Assim que tiraram ela eu desmaiei e só vim acordá no outro dia. E também cesariano a pessoa tá lá, só vê a filha naquele momentinho e depois leva pra lá e a pessoa só vai vê no outro dia, por causa da anestesia. Aí pronto, eu só fui vê ela lá no outro dia. Aí pronto, eu fiquei preocupada, chorei. Que eu via muito na televisão que tinha pessoa que pegava bebê na maternidade, sumia, tinha vez que trocava. Aí fiquei, botei isso na cabeça. [...] Aí pronto, a anestesia subiu pra cabeça, quando eu cheguei em casa deu uma dor, uma dor na cabeça, aí eu tive que voltá pra maternidade. Quando eu cheguei lá não tinha berçário pra ela, que os berçário era 17 berçário e tava tudo lotado. Aí ela tinha que voltá pra casa, eu fiquei na maternidade e ela foi pra casa da minha sogra. Aí pronto, a minha gravidez foi muito complicada.

Esta crença sobre a ‘anestesia que pode subir à cabeça’ traz informações interessantes e que expressam alguns dos termos que são associados ao parto cesáreo que foi vivido por Monica. O ‘desmaio’, a anestesia, cujo efeito deixa a mãe desacordada e distante de sua filha por um dia inteiro, o imaginário de que aqueles profissionais que vinham retirar sua filha poderiam também não mais trazê-la são elementos que para a informante caracterizaram este momento. Chamo a atenção para o fato de serem termos que, de certo modo, relacionam-se com a falta de vínculo e o distanciamento, onde Monica tinha a expectativa de estar com sua filha integralmente por perto e terminou por vivenciar o oposto. A medicalização do parto também pode estar relacionada a esta crença, uma vez que as técnicas e instrumentos e relações típicas deste evento terminam por não contribuir para o fortalecimento do vínculo inicial entre mãe e filho.

A propósito, Edjane ao me falar as dificuldades do dia do nascimento de seu filho, destacou o quanto o médico mostrou-se alheio as suas expectativas e nervosismo, típicos de um primeiro parto:

Eu já tava ali, já. Muito ignorante ele [o médico]. Num disse nem o nome. Nem pra confortá a pessoa, né?! Ele disse bem assim mesmo: quem disse se vai ser normal ou não vai ser eu, quem vai dizer se vai ser cesárea ou não vai ser eu! Abra as perna pra eu fazer o toque! Tão ignorante no mundo que eu digo: misericórdia!! Aí ele saiu calado.[...] Ôxe! Horrível! Tinha uma menina com dor lá, tendo menino e ele brabo com as menina: ano que vem venha de novo com mais um filho pra eu tirar!

A fala acima e também os motivos que levaram a anestesia de Monica ‘subir à cabeça’ lembram o quanto é necessário resgatar modos de cuidado que promovam a participação da mulher que está partecendo e também abrir espaço para as demonstrações afetivas da mesma neste momento. Não é toa que atualmente, o ministério da saúde propôs o Programa de Humanização e do Pré-natal e do Nascimento como estratégia para que mulheres tenham sua autonomia e dignidade resguardadas durante esta etapa de suas vidas. (REIS & PATRÍCIO, 2005).

Apesar da categoria ‘pré-natal e parto humanizados’ não estar literalmente num discurso de reivindicação das informantes, está subentendido em suas falas a crítica à maneira como especialmente o parto foi conduzido pelos profissionais. Contudo, antes mesmo de preocuparem-se com o modo como serão atendidas, as mulheres destacam ainda mais suas apreensões quanto à busca por leitos para que o parto seja realizado.

Como exemplo, Teresa me contou que tudo ocorreu como esperado durante as consultas do pré-natal, mas, quando foi procurar por maternidades para realizar seu parto,

houve muitas dificuldades. A informante falou que quando começou a sentir as contrações num dia, foi para a Maternidade e pediram que ela voltasse para casa. Daí ela passou o dia inteiro sentindo dores, buscou outras maternidades, mas tudo estava lotado, não tinha vagas, até que ela foi à Maternidade Geral do Estado e disseram que seria mais fácil conseguir vaga se fosse com encaminhamento. Então Teresa foi para o posto de saúde e quando o médico a examinou, disse que havia o risco de o bebê nascer ali mesmo e que era preciso ir rapidamente para a maternidade. Assim que ela conseguiu chegar à maternidade, o bebê foi logo nascendo, “quase não deu tempo”. Diante desta vivência, Teresa enfatiza: “agora só quero ter outro filho se eu tiver plano particular”. Estes impasses registrados pelas mulheres em relação à procura por maternidades comprometem diretamente o objetivo da integralidade, que faz parte dos princípios que norteiam as ações de saúde no SUS.

Mesmo quando conseguem uma maternidade, caso seja necessário um período maior de recuperação, geralmente nos casos de cesárea, as informantes contam ter que lidar com outras situações bastante complicadas. Abaixo incluo um trecho do diário de campo em que Edjane me fala sobre seu período de internação pós-cesárea:

Depois, Edjane recordou a ‘história do escorpião’, contando da falta de higiene da maternidade. Seu marido matou um escorpião por lá e havia somente uma pia, para que todas as mulheres da enfermaria dessem banho em seus bebês recém-nascidos: “tinha uma pia só lá, o primeiro banho que eu fui dá nele (em seu bebê) eu quase parti ele no meio, porque eu tava sentindo dor, tinha aquela pia. Meu filho pegou um germe de lá, da falta de higiene de lá. Depois eu tive que levar ele para o pediatra, quando você me viu lá no posto eu tava tentando o encaixe pra conseguir tratar ele, que tava com umas manchas na cabeça.”

As crises e as lacunas da assistência pública à saúde são, inclusive, apontadas pelas informantes como uma das maiores dificuldades para que as mulheres consigam cuidar bem de sua saúde. Sobre este aspecto Edjane comenta: “eu acho que a dificuldade maior é porque é negócio de SUS, que atrapalha mais. Se eu tivesse plano de saúde eu era bem mais cuidadosa comigo, eu era. Mas, como eu não tenho”!

Tal como foi indicado no capítulo anterior, o SUS é vivenciado pelas mulheres que buscam os serviços de saúde reprodutiva como um plano de assistência à saúde do qual não se aguardam boas expectativas e onde se multiplicam os relatos de insatisfações e impasses. Mais que isso: experiências como as de Teresa e de Edjane fazem com que as mesmas ponderem suas decisões em ter mais um filho, já que não querem enfrentar as mesmas dificuldades novamente.

O tópico a seguir abordará os sentidos referentes à questão do aborto de acordo com a fala das informantes.

4.2.3 Aborto: “a mãe de hoje não se previne porque não quer”

Para que as mulheres me contassem seus posicionamentos sobre o aborto, busquei abordar o assunto de maneira um pouco sutil, por meio da seguinte indagação: ‘você acha que uma mulher, quando engravidada, ela tem que ter o filho de qualquer jeito, mesmo que naquele momento ela não queira/não possa ser mãe’?

Esta questão suscitou informações interessantes e a primeira delas diz respeito ao entendimento de que, hoje em dia uma mulher “não se previne porque não quer”. Em complemento, numa análise do caso trazido pela indagação, Lúcia comenta: “porque, já que ela teve a irresponsabilidade de ter engravidado, porque não tem desculpa não, todo mundo sabe que se você transar sem preservativo, sem tomar nada, você tem a possibilidade de engravidar. Então ela devia ter evitado”.

Neste contexto, a maioria das mulheres assume uma postura contundente e ao mesmo tempo austera. Para elas, prevenir é cuidar de si mesmas e aquelas mulheres que não o fazem, são compreendidas como sendo irresponsáveis/descuidadas. Estes dados condizem com as pesquisas de Scott, Quadros e Longhi (2009) que, ao dedicarem-se à compreensão das demandas de saúde reprodutiva existentes em grupos de jovens, notaram que o discurso acerca da prevenção torna-se um instrumento que pode vir a ser utilizado para culpabilizar o indivíduo.

Destarte, as críticas ao aborto assumem força ainda maior diante desta perspectiva utilizada para compreender a prevenção. Por meio deste ponto de vista, esta prática é entendida como uma “irresponsabilidade” cuja ‘culpa’ é exclusivamente dedicada à mulher. Assume-se assim, uma perspectiva reducionista, que deixa de lado outras questões mais amplas e que certamente influenciam diretamente na ocorrência do aborto.

Considero ainda que o aborto é um tema permeado por rotulações que engessam a conversa sobre este assunto. De maneira geral as informantes associam-no a uma prática criminosa, da qual todas elas preocupam-se em deixar claro que não detém nenhuma familiaridade, sempre o mencionando de maneira distanciada, como num julgamento. Sobre isto, há o comentário de Mônica:

Rapaz, eu acho assim, que a gente antes de ser mãe a gente já sabe o que tem pra se prevenir. É como tem aquele ditado: a mãe hoje não se previne porque não quer. E pra chegar, engravidar e depois querer tirá. Eu acho que isso aí é um crime. Porque quando engravida, tá uma vida ali dentro, aí, pra quê vai tirá? Por que não pensou antes?! Aí é isso.

Como o aborto é considerado um crime, as mulheres apontam que há alternativas caso a mãe não queira cuidar do bebê, dentre elas “doar, dar pra maternidade, pra creche ou pra quem quiser criar.” Outra situação foi associada ao aborto: durante o período em que esta etapa da pesquisa foi feita, a mídia veiculou com certa frequência reportagens e notícias sobre mães que abandonavam seus filhos recém-nascidos em latas de lixo ou rios. Estes registros foram mencionados pelas informantes que referiam indignação diante destes casos, tal como fez Maria:

Uma mãe passar, do jeito que eu tô passando, agonia de acompanhamento médico, de tá indo pro médico, vindo, e enjoô, vômito e essas coisa e pra dormir aquela agonia toda pra quando nascer eu pegá, botá num saco e jogar no muro da casa do vizinho ou botar no lixo?! Porque o que a gente vê muito na televisão é isso; é muita coragem, muita coragem, muita coragem mesmo! Aquela mulher, pode crer que ela não tá em si ou ela não tem juízo.

Crime, indignação, irresponsabilidade são alguns dos elementos que constituem a compreensão que estas mulheres detêm sobre o aborto e o abandono de crianças – que é diretamente associado a este primeiro tema. As informantes mencionam de forma vaga que sabem de amigas que usaram remédios ou chás para “tirar a criança”, mas ao comentarem, fazem a ressalva imediata de que nem sempre a tentativa de aborto tem o resultado esperado, podendo gerar sérios problemas de saúde para a mãe e também para o bebê que pode nascer com alguma má-formação.

Por fim, as tantas críticas, os julgamentos e a repressão que as mulheres destinam a este tema deixaram para mim a impressão de que a questão do ‘direito ao aborto’ está longe de integrar as reivindicações deste grupo específico. O debate mostra-se pouco desenvolvido justamente por perder espaço para as representações valorativas que o mesmo suscita: o de haver mães apontadas como maus exemplos, que abandonam e que “não sabem dar amor aos seus filhos”. Ao falarem sobre aborto, as informantes centram suas falas na justificativa de que, como disse Lúcia, “uma boa mãe ela pensa em tudo, primeiramente ela pensa no filho. Mãe que é mãe, primeiro ela pensa no filho”. Destaco que aí permanece a ótica dos ‘modelos de maternidade’, que ditam os comportamentos que seriam aceitáveis.

Chamo ainda a atenção para o fato de que os homens não são lembrados espontaneamente pelas mulheres nem quanto ao tema do aborto, nem em relação a maioria dos assuntos que já foram aqui apresentados. O tópico adiante versará sobre isto.

4.2.4 Participação masculina de acordo com a ótica de mulheres

Incluir a participação masculina tem sido uma histórica reivindicação do Feminismo e também dos debates internacionais que buscam mudanças no modo assimétrico tipicamente encontrado quando o assunto é reprodução. Ao longo das conversas com as mulheres, como dito acima, seus parceiros, namorados ou maridos não foram espontaneamente mencionados. Somente quando pergunto diretamente sobre a participação de seus companheiros em relação às decisões de saúde reprodutiva, elas passam a comentar o que é feito por eles. Segundo Maria, por exemplo:

Ele é um marido bom, né? Nas horas em que eu mais preciso ele tá comigo, mas é porque é assim, o homem é um pouco mais desligado, né? A mulher é que fica mais ativa. Mas, apesar, que tem homem que é bem, né? Fica lá acompanhando a esposa quando ela vai fazer pré-natal e essas coisa. Ele não. Ele também porque ele ainda trabalha, né? Mas quando eu chego ele pergunta como foi, os medicamento que o médico passou, quando eu vou fazer ultrason. Meu marido é muito... ele só não tá assim mesmo comigo, me acompanhando nos momento porque ele vive trabalhando, só chega em casa de noite, mas ele é um marido bem legal mesmo.

Em sua fala, Maria conta que o marido volta-se especialmente à dimensão do trabalho, para as demais situações, ele se mostra “desligado”. Seu comentário descreve um estilo tradicional de gênero, onde o homem é referenciado por estar prontamente dedicado às atividades profissionais enquanto que a mulher surge naturalmente relacionada às responsabilidades do campo da reprodução e do cuidado com o lar e à família. Interessante é que, ao pensar em apresentar os homens, de modo geral, como desinteressados para tais assuntos, Maria pondera e ela mesma afirma que nem todos são desta maneira.

Assim, há uma importante consideração feita por Maria e que abre espaço para o entendimento de que não há generalizações que estabeleçam definitivamente que todos os homens sejam essencialmente alheios às questões reprodutivas. Este pode ser um viés para que as mulheres passem a incluir a compreensão de que há uma pluralidade de masculinidades e que os homens podem e devem compartilhar mais efetivamente assuntos de

saúde reprodutiva. Sobre isto, Ávila (2004, p. 21) reforça que o desafio maior não termina com a inclusão do homem nas decisões deste campo, mas faz-se principalmente a partir da necessidade de “transformá-los para a vivência desta reprodução”. A mesma autora pontua ainda que é justamente a partir da adoção de novas práticas de cuidado e de afeto paterno que o conceito de masculinidade vai assumindo novas características e mudanças que podem auxiliar rumo à igualdade de gênero.

Já que falei em termos da pluralidade de masculinidades, não é somente o homem tradicionalmente distanciado dos cuidados com os filhos e com a família que é mencionado por todas as informantes. Edjane, por exemplo, comenta que seu esposo, em relação ao cuidado com as crianças, tem mais experiência do que ela; Lúcia também faz o seguinte comentário:

Ele é um bom pai. Ele tem duas filhas e ajuda de um tudo elas, inclusive ele tá até pedindo a guarda delas. Ele é um bom pai, um pai presente, acorda à noite, dá mamadeira, dá atenção, dá carinho. Carinho e você olhando assim você pensa que é mais uma criança no meio. Eu não tenho do que reclamar.

As falas de Lúcia e Edjane são interessantes por associarem os homens a termos antes destinados exclusivamente à natureza feminina. Se por um lado, em relação à paternidade e ao cuidado com os filhos as informantes comentam haver posturas que, mesmo incipientes, já denotam mudanças, outros posicionamentos são referidos quanto à contracepção.

Como visto no tópico sobre as medidas anticoncepcionais, atualmente as informantes relatam somente o uso de métodos contraceptivos femininos. Aliás, nesta mesma parte da discussão, fiz o registro de que uma das mulheres comentou que seu companheiro não concorda com o uso do preservativo masculino e por conta disto ela recorre aos outros métodos, o que lhe traz maiores incômodos, apresentando indícios de que essa predominância de métodos contraceptivos femininos pode não indicar absolutamente uma maior autonomia das mulheres.

Por outro lado e de maneira semelhante ao que foi identificado na pesquisa de Carvalho, Pirotta e Schor (2001), as mulheres afirmam que os homens participam do processo de contracepção. A participação masculina é feita quando, por exemplo, o companheiro mostra-se atento/preocupado para que sua companheira não se esqueça de tomar regularmente a pílula, tal como Mônica comenta: “aí ele falava, ele ficava muito no meu pé pra eu tomar remédio, pra eu não engravidá, que ele também sabia que minha gravidez é de alto risco. Aí

nisso ele dizia: Mônica, se tu pegar uma gravidez agora, vai complicar a tua vida, é muito arriscado”.

De um modo geral, a partir dos relatos discutidos até então, a vida reprodutiva das informantes conta com a participação masculina, mesmo que esta seja ainda de modo incipiente. Também observo que a reivindicação de que os homens passem a dividir ainda mais as responsabilidades deste campo não é um ponto de destaque na fala dessas mulheres. Por isso, torna-se relevante reforçar a desnaturalização de concepções tradicionais que as próprias mulheres possam deter, expandindo assim, perspectivas em torno da masculinidade. Isto certamente contribuiria bastante para a promoção de relações igualitárias, a partir do investimento de vivências e do compartilhamento de responsabilidades entre os gêneros no campo da reprodução.

4.2.5 Desejo de ter filhos: “é um, dois e encerra, né”?

Para todas as mulheres o desejo de ter filhos é necessariamente ponderado pela consideração de que nos dias atuais não é mais possível ter uma família grande, com muitas crianças. O pensamento que relaciona natalidade e pobreza está incluído nas preocupações das informantes, como mostra Lúcia:

Ah, eu sempre quis ter uma família grande [risos]. Mas, assim, hoje é meio complicado pra você manter os seus filhos. Com o salário que você tem, você nem tem como dá o essencial. Você dá o que você precisa, mas aquilo que você quer dá mesmo, você vê que não pode. Corre muito, luta muito, mas sempre fica faltando alguma coisa.

A fala de Lúcia demonstra que a livre escolha em termos da reprodução e, mais especificamente, em relação ao número de filhos que se deseja ter envolve uma série de elementos que tornam a questão bem mais ampla. A dedução que insiste em associar a quantidade de filhos à dificuldade de manter um nível econômico satisfatório para as famílias advém de uma perspectiva exclusivamente atenta ao controle demográfico e que deixa de lado o que devia ocupar posição central: o comprometimento com o projeto de vida dessas mulheres.

Em lugar desta consideração reducionista e controlista, a perspectiva dos direitos reprodutivos conduz à pertinente indagação: a autonomia na vida reprodutiva de mulheres terá

lugar diante de uma sociedade ainda estruturada em parâmetros de desigualdade? Assim, a lógica se inverte e questiona-se o porquê de o Estado continuar a disponibilizar assistência e espaços que ainda não se mostram suficientes para que uma mulher possa ter os filhos que deseja. Ou seja, quando falo em reprodução, está em jogo também as necessárias transformações políticas para que as mulheres, enquanto sujeitos sociais, possam empreender suas aspirações sem tantos impasses.

Para as informantes, a maternidade traz maiores responsabilidades de tal modo que as próprias mulheres criticam aquelas que colocam “muitos filhos no mundo”. Monica me falou um pouco sobre isto: “pra ter mais de dois filho, também vão ver a condição. A pessoa pode ter o trabalho que for, mas não é meter a cara e ter filho assim. Porque, nesse negócio, vem educação, vem alimentação, vem remédio, vem um monte de coisa pra criança”.

Este dado reforça ainda mais o quanto a perspectiva que associa o controle de natalidade à pobreza destaca-se para essas informantes, trazendo para elas a repercussão de que as mulheres que têm mais de dois filhos são insensatas por não considerarem que, caso tenham muitos crianças, certamente não poderão suprir as necessidades de cada um dos filhos. Destaco que há aí uma dedução que além de culpabilizar o indivíduo – no caso, as mulheres – também redime a sociedade da responsabilidade de ofertar espaços de desenvolvimento e oportunidades para seus membros, de acordo com a livre escolha de cada um.

Percebo também que esta perspectiva não chega ao ponto de fazer com que as mulheres pensem em não ter filhos. Inclusive, segundo Maria, a vida de casada está necessariamente associada à vinda de crianças.

E outra, se eu não quisesse ter filho, eu não tinha casado, né? Porque às vezes o relacionamento acaba porque a mulher não quer ter filho. É tão tal que às vezes, quando a mulher já casa com um ou dois do seu primeiro casamento, o outro vai querer. Quando ela se separar daquele primeiro casamento e for pro segundo, o outro vai querer, né? Mesmo que ela tenha um ou dois com o outro, ele vai dizer: sim, você tem com ele, mas comigo você não tem nenhum, eu quero. Aí ela vai ter que querer. Não, mas eu já tenho um filho, Deus me livre! Não! Então não case, né?! Eu acho assim.

Neste contexto, a participação do homem surge de modo autoritário em relação aos filhos que se deseje ter, trazendo indícios de que os modos relacionais entre homens e mulheres podem reproduzir assimetrias que cheguem a transformar a vontade de ter filhos em algo impositivo para a mulher.

Para as informantes, também há a constatação de que “*nos dias de hoje*” não é possível ter uma família maior como era comum na geração anterior. A mãe de Maria, que

tem 62 anos de idade, apesar de ter tido 08 filhos, comenta que não aconselha isto a mais ninguém, porque atualmente é preciso ter mais experiência para educar as crianças e, principalmente, para lidar com as mudanças que estão ocorrendo.

Ao falar sobre estas modificações a mãe de Maria enfatiza dois pontos: os partos que atualmente são “mais difíceis” por serem feitos apenas na maternidade, onde, segundo a mesma “deixam a mulher lá, se acabando de dor”. Também é feita referência ao contexto de violência que no passado não era tão evidente. Sobre o último ponto, Maria e sua mãe comentam:

MÃE DE MARIA: Porque pra educar hoje em dia, minha filha, do jeito que tá o tempo?! Tá difícil.

MARIA: É, buscar colégio, educação. E depois desse negócio de droga e é só um mata mata terrível, né? Hoje em dia tá sério, a pessoa criar uma criança e levar pro colégio. Antes, no tempo de lá de casa, a gente num via essas coisa no colégio, de criancinha armada, já adolescente, de 12, 13 ano armado dentro do colégio, vendendo droga, passando pro outro. [...] Ói, o negócio é sério hoje em dia, pra ter filho tem que pensar bastante, tem que pensar muito!

A propósito, Maria reside em uma área popularmente conhecida por altos índices de violência e pelo tráfico de drogas do local. No caminho para chegar à sua casa, me deparei com mercados e farmácias protegidos por grades, onde o cliente aguarda do lado oposto ao gradeado e faz suas compras sem entrar na loja. O contexto de violência que é vivido influencia diretamente na opinião de mulheres quanto ao número de filhos que se deseja ter e faz com que se conclua acerca da dimensão/amplitude das questões que se relacionam ao tema.

4.2.6 Reprodução e o enfoque materno-infantil

De acordo com o que registram Díaz & Díaz (1999), a assistência à saúde das mulheres historicamente é demarcada pela ênfase no desenvolvimento dos serviços materno-infantis, em detrimento de atividades como, por exemplo, o planejamento reprodutivo. Consequentemente, quando as informantes comentam sobre suas percepções acerca dos serviços de saúde voltados para as mesmas, sobressaem experiências relacionadas ao período gestacional que, aliás, são permeadas por impasses, como foi descrito durante todo o capítulo.

Os relatos expressam lacunas da assistência pública à saúde, como, por exemplo, no que se refere ao encaminhamento para a realização dos partos, demarcado pela dificuldade em encontrar leitos, suscitando comentários como os de Teresa, ao contar que neste momento de sua vida “*depende do SUS foi horrível*”. O acompanhamento da gestação feito por meio das consultas e exames solicitados pelo pré-natal, a justa prioridade de atendimento que é ofertada às gestantes não é algo que gera críticas, seu acesso é avaliado como algo satisfatório. Por outro lado, as informantes relatam que, quando não se está grávida, “*aí a história é outra*”.

Edjane, que têm um filho recém-nascido, comenta que já na consulta após a cesárea percebeu a diferença em termos do acesso aos serviços. No trecho abaixo ela comenta, em tom de crítica:

A começar pelo médico, que nem eu disse pra você, pra marcar. Pronto: eu tô doida pra falar com meu médico, desde a semana passada, do retorno, que eu não sabia que tinha direito pra marcar depois dos 40 dias, aí não consegui marcar, tem que ir de madrugada marcar. Aí já me desanima isso, quando eu vejo que tem que acordar de 04 horas da manhã pra marcar, aí eu não vou mais. Tento o encaixe²⁶, se conseguir bem, se não conseguir, deixo pra lá.

Desta maneira, ilustra-se um quadro onde a saúde reprodutiva restringe-se à garantia de acesso aos serviços para gestantes – e ainda assim com suas limitações. Para as mulheres que estão em idade reprodutiva e que buscam orientações, exames e consultas, resta a possibilidade de serem atendidas somente após um longo tempo de espera, aspecto já extensivamente mencionado nesta dissertação.

Não é demais recordar que as conquistas advindas de debates acerca do tema da saúde reprodutiva preconizam que deve haver um acompanhamento integral, ao longo da vida, que permita à mulher regular sua fertilidade de acordo com sua própria escolha e ainda com acesso a informações que tornem esta escolha o mais segura possível. Porém, este preceito torna-se distante do cotidiano dessas mulheres principalmente diante dos dados aqui obtidos e que primeiramente denotam que métodos contraceptivos, aborto, desejo de ter filhos ainda se mostram predominantemente como ‘assuntos de mulher’. Apesar de haver participação

²⁶ ENCAIXE: Quando o usuário não consegue chegar a tempo de conseguir uma ficha para a consulta, mas mesmo assim permanece na unidade de saúde na esperança de que algum paciente desista/não possa comparecer ao atendimento, para que ele possa ser ‘encaixado’ como substituto. Quem busca o encaixe, tem que aguardar todos os pacientes do dia serem atendidos e, além disso, também tem que contar com a concordância do médico, que autoriza ou não que seja feito o encaixe. Ou seja, caso seja atendido (a depender da vontade do médico) ele será o último.

masculina em alguns momentos, é preciso ainda mais passos para que este compartilhamento de responsabilidades seja mais efetivo e propicie relações mais igualitárias.

Outro impasse refere-se ao fato de que assuntos como o aborto e o desejo de ter filhos são destacadamente acompanhados de discursos valorativos ou controlistas que terminam por comprometer a discussão sobre esses temas, uma vez que modelos de ‘mães irresponsáveis’ são associados àquelas realizam abortos ou que decidem ter mais que dois filhos. Este dado ilustra o quanto a reprodução é um eixo sobre o qual continuam a incidir mecanismos de controle que intentam generalizar e ao mesmo tempo dirimir o contexto e as necessidades de vida de cada mulher, especificadamente. Estas pressões constantes não são inteiramente assimiladas e geram insatisfações para as mulheres.

As crenças das informantes em relação aos assuntos que compõem o campo da saúde reprodutiva e da reprodução evidenciam as vivências/experiências que as mesmas registraram ao longo de suas vidas. A lógica biomédica é entendida pelas mulheres de modo distinto, mais claro e adequado à realidade em que vivem. A linguagem médica utiliza discursos que não se mostram totalmente acessíveis à compreensão das informantes e desse distanciamento resultam conflitos e desconfianças que também foram descritas neste capítulo.

De modo geral, mesmo sendo registradas constantes críticas das informantes que relatam práticas de saúde reprodutiva que promovem assimetrias e impasses, ainda não há neste contexto um discurso que reconheça essas reivindicações como direitos humanos básicos que em muito contribuem para ampliação da cidadania feminina. As mulheres queixam-se, reconhecem que vivenciam relações desiguais, mas talvez seja preciso um maior empoderamento deste grupo, para o entendimento de que a autonomia feminina no âmbito da reprodução é critério que faz parte do desafio da construção de uma democracia cujos valores sejam igualitários.

CONSIDERAÇÕES

Compreender as práticas e sentidos relacionados à reprodução, atentando especialmente para a forma como as mulheres interpretam estes discursos e vivenciam esta temática, trouxe para esta dissertação uma série de assuntos que se articulam entre si e abordam desde a medicalização do corpo feminino, até a organização de serviços públicos voltados para a atenção à saúde reprodutiva de mulheres.

Também, o desenvolvimento deste estudo esteve diretamente comprometido com a assertiva de que é preciso problematizar os determinismos que integram a reprodução. Por adotar o olhar das ciências humanas, mais especificadamente, da Sociologia e da Antropologia da Saúde, pude destacar durante o trabalho de investigação, que os tantos estereótipos e dicotomias relacionados às mulheres consistiam em estratégias de poder que têm por objetivo a manutenção de assimetrias entre os gêneros.

A adoção da etnografia como perspectiva metodológica auxiliou especialmente ao pontuar a necessidade de primeiramente compreender o contexto para, somente depois e por consequência, apreender os dados. Destarte, nesta dissertação, falar em reprodução implicou necessariamente em considerar as condições de vida da população alagoana. Mais que isto, as informações foram resultado de uma prática ‘situada’ entre a rotina dos serviços de saúde, as conversas com mulheres e as tensões que foram registradas ao longo dos capítulos.

Esta investigação teve como ponto partida uma unidade de saúde e neste contexto foram registrados dados que são consonantes com a história de insuficiências e crises do sistema público de saúde brasileiro. Seguindo o que foi apresentado no primeiro capítulo, também no dia a dia do “posto de saúde”, a expectativa de que haja uma saúde pública de qualidade para todos é vivenciada como um desafio ainda distante de ser alcançado. Neste contexto, estes dados se relacionam diretamente com a temática da reprodução, pois, como me disse uma das informantes: “antes de pensar em como anda minha saúde, tenho que conseguir ser atendida”.

Por isso, uma das observações que mais se sobressaíram refere-se justamente aos impasses que estão presentes na busca pela atenção à saúde, estando aí inserida a dimensão dos cuidados da vida reprodutiva.

Num contexto de direitos limitados, é possível falar em ‘escolhas reprodutivas livres’?

No contexto pesquisado, ‘engravidar ou evitar a gestação’ envolve diversos temas que expressam a amplitude da questão. Primeiramente, num quadro permeado por insuficiências da assistência pública à saúde, os dados que se destacam referem-se à maneira como o SUS é vivenciado por estas mulheres-usuárias e também por profissionais. Interpretado como o plano de saúde “do pobre”, o sistema público suscita a expectativa de que os seus atendimentos serão marcados por dificuldades. Por outro lado, o “plano particular” entendido como sendo feito “para os ricos”, é aspirado como o tipo ideal de assistência à saúde.

Esta polaridade “particular versus público” e “rico versus pobre” é constante na fala das informantes e tem por significado a compreensão de que a busca por serviços públicos de saúde é vivenciada pelas mulheres como mais um espaço onde são reproduzidas desigualdades. Esses modos de representar o SUS não são recentes e resultam do percurso histórico das políticas públicas de saúde em nosso país, demarcado pela insatisfação de seus usuários e pela ausência do investimento em uma rede pública que abarcasse verdadeiramente sua demanda total. (GERSCHMAN; SANTOS, 2006).

Este dado norteou toda a investigação, tanto foi assim que, no início de minha inserção na unidade de saúde, as informantes viam em mim alguém com quem elas poderiam comentar as suas insatisfações diante dos serviços ofertados pela assistência pública à saúde. Também ao longo de toda a pesquisa, falar em reprodução implicava necessariamente em relatar alguma vivência em torno dos impasses decorrentes da busca por atendimentos.

Estudos como o de De Zordo (2009) também registram insatisfações e conflitos no âmbito da dimensão reprodutiva decorrentes das lacunas na oferta de serviços da rede pública de saúde. As filas para conseguir agendar consultas e a quantidade insuficiente de profissionais são algumas das dificuldades que geram comentários como os de Teresa, que afirmou: “agora só quero ter outro filho se eu tiver plano particular”. Como consequência, a questão da ‘livre escolha’ torna-se um objetivo ainda ausente no cotidiano dessas mulheres.

Recordo ainda que a garantia da escolha livre quanto à vida reprodutiva insere-se num campo amplo e que condicionalmente relaciona os modos de organização de nossa sociedade, com seus padrões, valores e política. Ou seja, pensar em reprodução é também estar atento aos interesses e relações de poder que atuam de maneira controlista, por meio de ações que, em sua maioria, são apresentadas como obviedades.

Reprodução: Normas, estereótipos e desigualdades

Os dados obtidos nesta pesquisa também ilustram a maneira como a lógica biomédica continua a exercer, por meio da reprodução, instrumentos que medicalizam de maneira crescente os corpos, ou seja, promovem o controle das vidas. Ao tempo em que as mulheres comentam, por exemplo, sobre contracepção, há também os registros dos modos hierárquicos que dispõem o saber racional da lógica biomédica e as crenças das mulheres em pólos distantes, desiguais e distintos entre si.

Os caminhos seguidos pela prática biomédica atuam caracteristicamente rumo à instauração da norma, ou melhor, da normalidade que, por sua vez, está vinculada à elaboração de categorizações que padronizam condutas. Os modelos de normalidade geram exclusões e vinculam argumentos valorativos tradicionais aos mais diversos componentes da vida dos sujeitos. Deste modo, deixa-se de lado o que é comum e familiar aos indivíduos, para haver o investimento em teorias racionais que se pautam no desenvolvimento de essencialismos que, por serem típicos à normalidade, não devem ser questionados. (CANGUILHEM, 2010; FOUCAULT 1998, 2011).

No contexto onde realizei a pesquisa, o frequente registro de discursos baseados em estereótipos expressa a presença deste desenvolvimento peculiar da prática biomédica. O predomínio da dimensão reprodutiva como sendo algo cuja responsabilidade ainda repousa quase que exclusivamente na mulher, o enfoque nas ações materno-infantis, os discursos que sustentam modelos de maternidade que descrevem “mães de verdade”, são exemplos identificados durante a investigação e que atualizam cotidianamente a dicotomia que restringe à mulher ao âmbito doméstico e aos cuidados com a família.

Destaco que os estereótipos são estratégias que reduzem à realidade a poucos exemplos os quais passam a ser entendidos como modelos normativos. Assim, a diversidade perde espaço para a veiculação de discursos despersonalizados, que desconsideram o contexto, as crenças e vivências de cada indivíduo. Nesta investigação, este mecanismo suscitou críticas por parte das mulheres, quando as mesmas, por exemplo, solicitavam médicos que “olhassem”, para elas.

Por outro lado, não só os profissionais, mas também as próprias mulheres reproduziam discursos reducionistas quando comentavam sobre a existência de “mães irresponsáveis”, ao se referirem aquelas que “colocam muitos filhos no mundo”, sem considerar as condições financeiras da família, pois segundo as mesmas, “hoje em dia só engravida quem quiser”.

Esta ótica reducionista termina por culpabilizar o indivíduo, deixando de centrar o debate nos questionamentos que devem ser feitos diante uma sociedade ainda tão alicerçada em valores tradicionais. Afinal de contas, que sociedade é esta que ainda conserva parâmetros “machistas”, onde a idéia de masculinidade está necessariamente embasada em valores assimétricos de gênero? E mais, por que vivemos ainda em uma democracia cujos essencialismos engessam as discussões em prol da ética e das mudanças rumo à perspectivas mais igualitárias?

Sendo Alagoas um contexto de direitos limitados – índices de desenvolvimento social indesejáveis, dificuldades de acesso à educação e à saúde (Nascimento, Melo, Santos, 2011) – a perspectiva da reprodução e dos direitos reprodutivos traz como repercussão a consideração de que as mulheres necessitam transformar suas queixas em reivindicações pelo direito a uma vida cujas oportunidades e vivências sejam equânimes. A citação abaixo resume este desafio:

Afinal, só pela informação e consciência de seus direitos a mulher poderá se tornar agente de sua própria saúde. Como co-partícipe das decisões sobre seu corpo e não apenas como mera espectadora de processos cujas lógicas lhes escapam, ela estará mais fortalecida para exigir a efetiva e urgente implantação de um programa de saúde pública e dele participar. [...] Afinal, a mulher deve ser informada, atendida e respeitada para ser o sujeito das decisões deste território tão próximo e frequentemente tão distante que é seu corpo, ampliando assim o exercício de sua cidadania. (PITANGUY, 1989, p. 10-11)

REFERÊNCIAS

- ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde (SESAU). **Baixa cobertura na Atenção Básica é responsável pelo aumento da demanda no HGE, diz SESAU**. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br/gestaoeparticipacaosocial/924>> Acesso em: 15 jun. 2011.
- ALVES, Branca Moreira; PITANGUY, Jacqueline. **O que é Feminismo?** São Paulo: Brasil Cultural; Brasiliense, 1985. (Coleção Primeiros Passos).
- ALVES, José Eustáquio Diniz; CORRÊA, Sônia; JANNUZZI, Paulo de Martino. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico conceitual e sistema de indicadores**. 2003. Disponível em: < http://www.abep.org.br/fotos/Dir_Sau_Rep.pdf >. Acesso em: 12 fev. 2010.
- ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 465-469, 2003. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a27v19s2.pdf > Acesso em: 3 jun. 2010.
- _____. Homens: Sexualidade e Reprodução. In: MEDRADO, Benedito. et al.(Org). **Homens: tempos, práticas e vozes**. Recife: Instituto Papai/Fages/Nepo/Pegapacará, 2004.
- _____. Liberdade e legalidade: uma relação dialética. In:_____; PORTELA, A. P; FERREIRA, V. (Org.). **Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- ÁVILA, Maria Bethânia; CORREA, Sonia; XAVIER, Dulcinéia. Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral. In: LABRA, Maria Eliana (org.) **Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil..** Petrópolis: Editora Vozes, 1989. (Coleção saúde e realidade brasileira).
- BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BAHIA, Lúgia. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, Nísia Trindade (Org.) **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- BATISTA, Luís, Eduardo. **A informação em saúde reprodutiva**. 2006. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo, 2006.
- BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política**. Brasília: Universidade de Brasília; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000.
- BOZON, Michel. **Sociologia da Sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BRANDÃO, Elaine Reis. Gravidez na Adolescência: um balanço bibliográfico. In: HEILBORN, Maria Heloísa. et al. **O aprendizado da sexualidade** – reprodução e trajetória social de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília (DF). 2004. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf > Acesso em: 10 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648/G.M.** Brasília (DF). 2006. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br> > Acesso em: 12 dez 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e reprodutiva.** Brasília (DF). 2010. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php > Acesso em: 05 jan. 2011.

BUTLER. Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo.” In: LOURO, Guacira Lopes. **O corpo educado:** pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

CARVALHO, Marta; PIROTTA, Kátia; SCHOR, Néia. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. **Rev. Saúde Pública.** V. 35, n. 1, p. 23-31, 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4132.pdf> > Acesso jan. 2011.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. et al. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. **Esc. Enf. USP**, v. 34, n 1, p. 37-44, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a05.pdf> >. Acesso em: 15 jan. 2011.

COELHO, Clair Castilhos. Mortalidade Materna: comove, mas não mobiliza. **Jornal da RedeSaúde**, Porto Alegre, n. 24, p. 56-60, dez. 2001. Disponível em: <<http://redesaudeorg.br/Homepage/JornaldaRede/JR24/Jornal%20da%20Rede%20n%BA%2024.pdf>> Acesso em: 20 dez. 2010.

CORRÊA, Sônia. Anticoncepcionais e injetáveis na perspectiva feminista: o debate histórico e os novos desafios. In: ARILHA, Margareth e CITELI Maria Teresa (Org.). **Políticas, mercado, ética:** demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva. São Paulo: CCR, 1998. Disponível em:<<http://books.google.com.br>>. Acesso set. 2011.

CORRÊA, Sônia. PAISM: uma história sem fim. **Rev. Bras. Estudos Pop**, v. 10, p. 03-12, 1993. Disponível em: < http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol10_n1e2_1993/vol10_n1e2_1993_1artigo_3_12.pdf > Acesso em: 20 jun. 2010.

COURTINE, Alain Corbin Jean-Jaques; VIGARELLO, Georges (orgs.). **História do corpo 3:** As mutações do olhar. O século XX. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

CUNHA, João Paulo Pinto Evangelista da; CUNHA, Rosely Evangelista da. Sistema Único de Saúde: Princípios. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao_municipal_de_saude.pdf> Acesso em: 20 jan.2011.

DE ZORDO, Silvia. **O planejamento familiar na Bahia entre saúde pública, neomalthusianismo e direitos das mulheres**. Trabalho apresentado na II Reunião Equatorial de Antropologia. Natal- Rio Grande do Norte, 2009.

DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna. Introdução: A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna. **O planejamento da pesquisa qualitativa. Teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DEPARTAMENTO de Informática (DATASUS). **Indicadores Sócio-Econômicos – B5: Proporção de pessoas de baixa renda**. 2008. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ldb2009/b05.def>> Acesso em: 15 jun. 2011.

DÍAZ, Juan; DÍAZ, Margarita. Qualidade de Atenção em saúde sexual e reprodutiva: estratégias para mudanças. In: GALVÃO, Loren (Org.). **Saúde Sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999.

ECHEVESTE, Laura; MITJAVILA, Myriam. Sobre a construção social do discurso médico em torno da maternidade. In: AMADO, Tina; COSTA, Albertina de Oliveira (Orgs.) **Alternativas escassas: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina**. São Paulo: Prodir/FCC – Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.

ELIAS, Norbert. **Escritos e Ensaios 1: Estado, processo, opinião pública**. Bauru, São Paulo: EDUSC, 2006.

ELIAS, Norbert. **O processo civilizador**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993-1994. V.1.

ESCOREL, Sarah; EDLER, Flávio Coelho; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (Org.) **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FONSECA, Cristina; HOCHMAN, Gilberto; LIMA, Nísia. A saúde na construção do Estado Nacional do Brasil: Reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade (Org.) **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

GERSCHMAN, Sílvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. O sistema único de saúde

como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 21, p. 177-227, 2006. Disponível em: < <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/107/10706110.pdf> > Acesso em: 11 nov. 2010.

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

HEILBORN, Maria Heloísa. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: _____ (et.al). **O aprendizado da sexualidade** – reprodução e trajetória social de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estudos e Pesquisas**. Informação Demográfica e Sócio-Econômica. Síntese de Indicadores Sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira. 2010b. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2010/SIS_2010.pdf > Acesso em: 12 jun. 2011.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios** - Acesso e Utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à Saúde 2008. 2008. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=al&tema=pnad_saude_2008 >. Acesso em: 12 jun. 2011.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios** – Síntese de Indicadores 2009. 2009. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/tabelas_pdf/sintese_ind_3_3.pdf > Acesso em: 12 jun. 2011.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. 2010c. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=al&tema=sinopse_censodemog2010> Acesso em: 15 jun. 2011.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais 2010** – Uma análise das condições de vida da população brasileira. 2010a. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=al&tema=sis_2010 > Acesso em: 12 jun. 2011.

LABRA, Maria Eliana (org.) **Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989. (Coleção saúde e realidade brasileira).

MACHADO, Lia Zanotta. Dádivas, conflitualidades e hierarquias na saúde. In: MARTINS, Paulo Henrique; CAMPOS, Roberta (Orgs). **Polifonia do Dom**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual – Brasil, século XX. **Rev. Latino-americana. de Enfermagem**, v. 10, p. 358-371, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13345.pdf> > Acesso em: 15 jan. 2011.

MARTIN, Emily. **A mulher no corpo**: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MEDEIROS, P. F de; GUARESCHI, N. M de. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas**. V.17, p. 31-48, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X20090001_00003 >. Acesso em: 13 set. 2010.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e Privado na assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

NASCIMENTO, Pedro Francisco Guedes. Juntando informação, calculando resultados: percepções e trajetórias diversas na produção do desejo de filhos. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva – Antropologia e Sociologia da Saúde: novas tendências**, v. 5, n. 2, p. 161-177, 2011. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/972/914> >. Acesso em: 15 out. 2011.

NASCIMENTO, Pedro Francisco Guedes; MELO, Ariana Cavalcante de; SANTOS, Darlane Emanuella Custódio. **Saúde Pública e cidadania**: sentidos do SUS e dos ‘direitos’ em um contexto de exclusão. Trabalho apresentado na III Reunião Equatorial de Antropologia (REA). Boa- Vista – Roraima, 2011.

PITANGUY, Jacqueline. Prefácio. In: LABRA, Maria Eliana (org.) **Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989. (Coleção saúde e realidade brasileira).

POLÍTICAS de saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde. Produção de Renato Tapajós. Ministério de saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa em parceria com a OPAS e a UFF. Brasília, 2002. 1 DVD (1h01min): DVD, son., color.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p. 25-32, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf> >. Acesso em: 01 de ago. 2010.

QUADROS, Marion. A participação masculina na vida reprodutiva. In: Medrado, Benedito; Franch, Mônica; Lyra, Jorge; Brito, Maíra (orgs). **Homens**: tempos, práticas e vozes. Recife: Instituto Papai/Fages/Nepo/Pegapacará, 2004.

REIS, Adriana Elias dos; PATRICIO, Zuleica Maria. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000_500023&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 21 out. 2011.

ROHDEN, Fabíola. “Sexualidade e Gênero na Medicina”. In: SOUZA, Alícia Navarro e PITANGUY, Jaqueline (orgs.). **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na Medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

SANTOS, Flaviana Rosa Barbosa Rabêlo. **O direito à Saúde em Maceió-AL**: uma análise do acesso ao programa Saúde da Família (2000-2004). 2006. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

SCAVONE, Lucila. **Dar a Vida e Cuidar da Vida**: Feminismo e Ciências Sociais. São Paulo: UNESP, 2004.

SCOTT, Parry; QUADROS, Marion Teodósio de, LONGHI, Márcia. Jovens populares urbanos e gênero na identificação de demandas de saúde reprodutiva. In: SCOTT, Parry; QUADROS, Marion Teodósio de (orgs.). **A diversidade no Ibura**: Gênero, saúde e geração num bairro popular de Recife. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2009.

SCOTT, Parry; QUADROS, Marion Teodósio de. Saúde e Gênero no bairro do Ibura. In: SCOTT, Parry; QUADROS, Marion Teodósio de (orgs.) **A diversidade no Ibura**: Gênero, saúde e geração num bairro popular de Recife. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2009.

SCOTT, Russel Parry. Agentes comunitários e saúde reprodutiva: uma experiência recente no nordeste brasileiro. In: OLIVEIRA, Maria Coleta e ROCHA, Maria Isabel Baltar da (orgs.). **Saúde Reprodutiva na esfera pública e política na América Latina**. Campinas: São Paulo: Unicamp/NEPO, 2001.

SIMIÃO, Fernanda Cristina Nunes. “**Ele só chega nas últimas, quando não tem mais jeito**”: atenção à saúde reprodutiva dos homens nos discursos dos profissionais do programa Saúde da Família em Recife. Dissertação de Mestrado, 2010. Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Mestrado em Psicologia.

TOURAINÉ, Alain. **O mundo das mulheres**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: BERQUÓ, Elza (org.). **Sexo & Vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Unicamp, 2003.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro para entrevista semi-estruturada com profissionais

Dados sócio-econômicos:

- Idade:
- Escolaridade:
- Ocupação Profissional:
- Renda média salarial por mês:
- Estado Civil:
- Religião:
- Possui filhos? Se sim, quantos?

Dados sobre a atuação profissional:

- Há quanto tempo você trabalha nessa área?
- Como surgiu o interesse em trabalhar na área de saúde reprodutiva?
- Como é a sua rotina de trabalho aqui?
- Para você como dever ser um atendimento a uma usuária em idade reprodutiva?
- Como você avalia a estrutura ofertada pelo sistema público de saúde para a realização de suas atividades?

Dados sobre ‘reprodução e saúde’:

- Em sua opinião, por que as mulheres procuram mais os serviços de saúde?
- Você trabalha com o planejamento familiar? Como?
- Qual a sua opinião sobre o uso dos métodos contraceptivos para as mulheres?
- Hoje em dia, muitas pesquisas informam que a maioria das mulheres está tendo (ou deseja ter) um número menor de filhos. O que você acha disso?
- Você já atendeu mulheres que procuram realizar a laqueadura de trompas, desejando não ter mais filhos? Se sim, como foi o atendimento?
- Você já atendeu casos de mulheres que se queixavam de problemas de infertilidade? Se sim, como foi o atendimento?
- Você acha que uma mulher, quando engravida, ela tem que ter o filho de qualquer jeito, mesmo que ela não tenha vontade de ser mãe?
- Em sua opinião, qual a maior dificuldade que a mulher enfrenta para conseguir cuidar bem de sua própria saúde?

APÊNDICE B - Roteiro para entrevista semi-estruturada com mulheres que buscam os serviços de saúde reprodutiva

Dados sócio-econômicos:

- Idade:
- Escolaridade:
- Ocupação Profissional:
- Renda média salarial por mês:
- Estado Civil:
- Religião:
- Possui filhos? Se sim, quantos?

Dados sobre ‘reprodução e saúde’:

- Na maioria das vezes, quando você tem alguma dúvida sobre a saúde do seu corpo, que lugar ou a que pessoas você procura?
- Aproximadamente, com que frequência você procura algum serviço público de saúde? Por que motivos?
- Você poderia me contar como foi a sua última consulta?
- Você conhece algum remédio que é feito para as mulheres não engravidarem (para elas não terem filhos)? Como você soube desses remédios?
- Você já usou (ou usa) algum remédio para não engravidar (para não ter filhos)? Como foi que você soube sobre este remédio?
- Você acha que esses remédios melhoraram a vida das mulheres?
- Você tem filhos? Se sim, como foi a gestação e o parto?
- O seu companheiro participa de decisões como, por exemplo, a escolha do número de filhos desejado?
- Hoje em dia a maioria das mulheres está tendo (ou deseja ter) um número menor de filhos. O que você acha disso?
- Você acha que uma mulher, quando engravida, ela tem que ter o filho de qualquer jeito, mesmo que ela não tenha vontade de ser mãe?
- Na sua opinião, quais os motivos que levam as mulheres a buscarem a cirurgia pra ligar as trompas (para não engravidarem mais)?

- Na sua opinião qual a maior dificuldade que a mulher enfrenta para conseguir cuidar bem de sua saúde?
- Para você, como é um bom atendimento de saúde?

ANEXO

ANEXO A - Carta de aprovação do Comitê de Ética


UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Maceió – AL, 08/02/2011

Senhor (a) Pesquisador (a), Pedro Francisco Guedes do Nascimento
Ariana Cavalcante de Melo

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em 07/02/2011 e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo nº 019479/2010-89 sob o título **As mulheres e o acesso aos direitos reprodutivos: um estudo sobre políticas públicas de saúde, desigualdades e cidadania**, vem por meio deste instrumento comunicar a aprovação do processo supra citado, com base no Item VIII.13, b, da Resolução nº 196/96.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 196/96, item V.4).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o(a) pesquisador(a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Res. CNS, 196/96.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra - referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(*) Áreas temáticas especiais


Prof. Dr. Walter Matias Lin
Coordenador do CEP/UFAL