



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Luiza Maria Pereira da Silva

**Narrativas sobre encontros de uma enfermeira de família com mulheres em  
atenção pré-natal no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2020

Luiza Maria Pereira da Silva

**Narrativas sobre encontros de uma enfermeira de família com mulheres em  
atenção pré-natal no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares

Coorientadora: Profa. Dra. Valéria Ferreira Romano.

Rio de Janeiro  
2020

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

S586n Silva, Luiza Maria Pereira da.  
Narrativas sobre encontros de uma enfermeira de família com  
mulheres em atenção pré-natal no município de Duque de Caxias, Rio  
de Janeiro / Luiza Maria Pereira da Silva. -- 2020.  
84 f.

Orientadora: Maria de Fátima Lobato Tavares.  
Coorientadora: Valéria Ferreira Romano.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola  
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Cuidado Pré-Natal. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Estratégia  
Saúde da Família. 4. Integralidade em Saúde. 5. Narrativas  
Cartográficas. 6. Subjetividade. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.12098153

Luiza Maria Pereira Da Silva

**Narrativas sobre encontros de uma enfermeira de família com mulheres em  
atenção pré-natal no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares

Coorientadora: Profa. Dra. Valéria Ferreira Romano.

Aprovado em: 13 / 05 / 2020.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Paula Cerqueira Gomes  
Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Marilene de Castilho Sá  
Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz

Profa. Dra. Valéria Ferreira Romano  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares  
Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2020

Dedico esta dissertação a todos os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família, em especial, aqueles do município de Duque de Caxias, que vivenciam o cotidiano de incertezas e, ainda assim, acreditam e permanecem militantes nessa luta.

## AGRADECIMENTOS

A Deus e às Deusas, que me trazem a luz e o conforto necessário ao espírito.

A todas as mulheres que cruzaram o meu caminho e me inspiraram a narrar suas histórias. Nós nos conectamos, nos curamos e nos honramos como seres do feminino. Nomeei-as Deusas nessa minha trajetória.

À minha mãe, Sonia Maria. Nela, eu reverencio a mulher que me trouxe à vida, também trabalhadora da Enfermagem, que prestou quarenta e três anos de serviço público. Inspira-me no cuidado ao próximo, na afetividade e na maternidade. Torna os meus dias mais fáceis, dedicando amor incondicional e cuidados à minha filha.

À amada Marina, que me fez sua mãe. É aquela que me inspira as poesias, dá a cor da alegria e ao meu viver com fantasia. Com ela não há calmaria! Foi muito compreensiva, entendendo que a mamãe tinha que estudar.

Ao meu amor, Rodrigo, companheiro de longa caminhada de vida, pois em seus braços tenho encontrado o refúgio que me mantém em paz. Nunca me deixou desistir, mesmo nos momentos dos meus ataques de mau humor. Consertou muitas vezes o computador e compreendeu todas as vezes em que o expulsei de casa com nossa filha para mergulhar nos estudos da dissertação.

Ao meu pai, Valdir, pelas palavras de fé e de apoio, que teve a generosidade de compreender essa etapa, prontificando-se sempre a colaborar quando eu o solicitava.

Ao meu irmão, Leandro, pela amizade e parceria com que tem acompanhado essa minha trajetória, sempre interessado em saber sobre cada etapa desse grande desafio.

À cunhada, Marcelle e à amiga, Andy, pela amizade e torcida, pois ambas se uniram prontamente para me ajudar quando precisei.

Às amigas de longa data e da caminhada na ESF, Marcella e Roberta, pela sempre disponibilidade ao socorro nos momentos mais difíceis.

À querida equipe de Saúde da Família, que faz as vezes de família na sincronia da vida diária e do cuidado aos nossos usuários.

À querida turma de Mestrado, às coordenadoras Elyne e Virgínia, à colaboradora Alessandra Mattos e, em especial, as colegas Clarice e Carolina, com quem dividi momentos

de angústias, de alegrias e de trocas intensas, sintonizadas no caminho de defesa do SUS.

Às orientadoras, Maria de Fátima Tavares e Valéria Romano, pela delicadeza, respeito e intenso aprendizado que me ofertaram e por terem me acompanhado nessa travessia, acreditando em meu potencial e dando liberdade aos meus desejos, ainda quando eu desacreditava.

*“O ser humano precisa refazer essa experiência espiritual de fusão orgânica com a Terra, a fim de recuperar suas raízes e experimentar sua própria identidade radical. Ele precisa ressuscitar também a memória política do feminino para que a dimensão anima entre na elaboração de políticas com mais equidade entre os sexos e com maior capacidade de integração”*

(LEONARDO BOFF, 2014, p. 89)

## RESUMO

As memórias do cuidado pré-natal de uma enfermeira de família são o norte deste percurso de pesquisa. A Estratégia de Saúde da Família é o modelo prioritário de atenção primária à saúde, uma vez que, inserida nos territórios, tem o potencial de realizar a integralidade da atenção e desenvolver um olhar ampliado às necessidades de saúde da população, realizando um cuidado mais próximo às famílias, mediante o qual o vínculo ao longo do tempo é favorecido, tornando-se a unidade de referência e a coordenadora do cuidado. Entretanto, a continuidade dessa atenção é ameaçada pela atual conjuntura política que assola o país, há precarização dos serviços, dos vínculos trabalhistas e da remuneração dos trabalhadores. Constituem atravessamentos políticos e fragilidades que implicam a desassistência à população quanto ao seu direito constitucional à saúde. A enfermeira vivencia esse caos no próprio mundo do trabalho. A fim de diluir a crise na qual se encontra mergulhada e como estratégia de sobrevivência, busca outros caminhos por meio da perspectiva de ressignificar as experiências vividas e persistir no caminho do cuidado no SUS. Com o ingresso no Mestrado, esta profissional se descobre pesquisadora implicada, é movida nesse curso e transita pelo território da subjetividade através das afecções provocadas pelos encontros experimentados durante o cuidado pré-natal das mulheres que acompanha. Assim, apresenta as narrativas das cenas vividas, faz poesia, desvenda os sentidos e se reinventa como enfermeira de família, pesquisadora e cartógrafa.

Palavras-chave: Cuidado, pré-natal, narrativas cartográficas, subjetividade, Enfermeira de Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

The memories of the prenatal care of a family nurse are the north of this research path. The Family Health Strategy is the primary model of primary health care, since, inserted in the territories, it has the potential to provide comprehensive care and develop a broader view of the population's health needs, providing closer care to families, through which the bond over time is favored, becoming the reference unit and the coordinator of care. However, the continuity of this attention is threatened by the current political situation that is plaguing the country, there is precarious services, labor ties and workers' remuneration. Political crossings and weaknesses that imply the lack of assistance to the population regarding their constitutional right to health. The nurse experiences this chaos in her workplace. In order to dilute the crisis in which she is plunged and as a survival strategy, she seeks other paths through the perspective of reframing the experiences and persisting in the path of care in SUS. With the admission to the Master's Degree, the professional finds herself involved researcher, and is moved in this flow and moves through the territory of subjectivity through the affections caused by the encounters experienced during the prenatal care of the women she accompanies. Thus, she presents the narratives of the scenes experienced, makes poetry, unveils the senses and reinvents herself as a family nurse, researcher and cartographer.

**Keywords:** Care, prenatal care, cartographic narratives, subjectivity, Family Health Nurse.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Legislação nacional, igualdade de gênero e o empoderamento de mulheres .....41

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DAB	Departamento de Atenção Básica
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
R1	residente do primeiro ano
SPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense
UGF	Universidade Gama Filho
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>24</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	24
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>25</b>
3.1 A HISTÓRIA DA APROPRIAÇÃO DO CORPO FEMININO .....	25
3.2 O PERCURSO DAS PRINCIPAIS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À MULHER .....	33
3.3 NAS INTENSIDADES DO CUIDADO .....	43
3.4 A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES .....	46
3.5 REFLEXÕES SOBRE A INTEGRALIDADE DO CUIDADO .....	51
3.6 A LONGITUDINALIDADE, O VÍNCULO AO LONGO DO TEMPO .....	53
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>57</b>
4.1 A CARTOGRAFIA.....	58
<b>Histórias Emocionantes, Histórias Angustiantes, Histórias Desafiadoras. Reais, Essas Nossas Histórias... ..</b>	<b>60</b>
<b>Nas Intensidades dos Encontros Avistamos Novos Horizontes... ..</b>	<b>60</b>
<b>A Nossa Dor .....</b>	<b>63</b>
<b>O Outro e Eu, Sou Eu no Outro e o Outro em Mim.....</b>	<b>67</b>
<b>Mas o Outro Não Deixou de Si, Por Eu Estar no Outro... ..</b>	<b>71</b>
<b>E a Dor do Outro É Real e Vibra em Mim .....</b>	<b>74</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>79</b>

## **PERCORRENDO OS CAMINHOS DO VIVIDO...**

A construção deste estudo se dá a partir da minha vivência prática como enfermeira da equipe de Saúde da Família (eSF), da percepção das necessidades de saúde da mulher que está grávida e das potencialidades envolvidas nesse encontro na atenção pré-natal. Início pela proposta de aproximação mais aprofundada quanto à realidade vivida, aquela que mobiliza o meu percurso por essas linhas.

Há pouco mais de uma década, quando cheguei como trabalhadora no município de Duque de Caxias, escolhi minha lotação por ordem de classificação no concurso. Ao cartografar o cenário de pesquisa nesta dissertação e contextualizar minhas escolhas relativas ao trabalho em Caxias, temos que a unidade de Saúde da Família (USF) está situada em zona urbana, em território constituído de ruas planas e becos, os quais são longos corredores com algumas portas que dão acesso a pequenas casas independentes. A área cadastrada tem como limite um valão. Como rede de apoio social em nossa área, contamos com duas escolas municipais, onze igrejas evangélicas, uma igreja católica, dois centros espíritas e dois terreiros de umbanda e candomblé; além de uma praça com amplo campo de futebol.

A população registrada está em torno de 3.300 pessoas e nossa área é dividida em seis microáreas cadastradas. Todas as pessoas residem em casa de alvenaria, embora algumas de estrutura muito precária; umas, contam com abastecimento de rede de água e de esgoto, porém outras, com fornecimento irregular, utilizando-se de poço para reserva de água.

Quanto à condição de renda das famílias, é variável: há famílias beneficiárias apenas de programas sociais do governo, sem fonte de renda fixa; por sua vez, existem famílias que possuem renda fixa de até dois salários mínimos. O território não é controlado pelo tráfico de drogas, mas aí residem alguns atores que exercem certo domínio sobre os moradores e ouvimos os relatos da população, de forma velada, a respeito de suas atuações incisivas.

Contudo, as narrativas que são objeto da pesquisa, estão na ordem do vivido no microespaço de trabalho. Esse meu espaço intercessor, onde o cotidiano de múltiplos atravessamentos é inquietante e instigador, me levou ao desafio de descrevê-lo, reconhecendo-me como pesquisadora imbricada e em ato, mas, agora, livre, sem defender neutralidade alguma.

Esse caminho desafiador, que decido percorrer, me leva a algumas incertezas, tais como: a quem pesquisar? Na perspectiva de qual ator decido falar? A narrativa a partir da minha observação anula a relevância da participação das mulheres nesses encontros?

Entretanto, não haveria narrativas de encontros, se estes não acontecessem entre dois sujeitos, como Ayres (2001) ressalta. Esses encontros observados e narrados ao longo dessa vivência, legitimam a importância dessas histórias e desvelam uma trajetória que evidencia o contexto histórico atual de desmonte do sistema de saúde brasileiro.

Meu ingresso no mestrado, acontece com quase dez anos de serviços prestados nessa unidade de saúde da família. Estava em um momento de reflexão sobre a minha trajetória profissional, questionando a escolha em continuar meu caminho no SUS, pois estávamos sem a garantia da remuneração salarial há dois anos, recebendo com atraso de salário há três meses...

Essa crise de contraprestação teve início no final da gestão de 2016, ano em que os salários dos servidores públicos municipais foram parcelados; posteriormente, ocorreu a ausência dos pagamentos. O funcionalismo se reuniu com os respectivos sindicatos por categoria e optou por convocar Assembleia única para todos, quando foi votada a greve, com a decisão por escala de contingenciamento para o trabalho.

Com a troca do governo para a gestão atual, novas Assembleias com representantes do governo que assumiu foram realizadas na tentativa de efetivar acordos e regularizar os salários atrasados. Houve pausa da greve com a promessa de quitação dos salários. Até foi feita uma audiência na Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro para esse fim, com decisão judicial positiva em nosso favor.

Porém, os acordos não foram cumpridos pela prefeitura e a greve foi novamente declarada, somada a denúncias por parte dos profissionais no tocante ao assédio moral por parte da gestão com os grevistas, de falta de materiais e insumos, das precárias condições de trabalho nas unidades de saúde, entre outras.

Os profissionais grevistas sofreram desconto salarial, o que provocou a opressão e a dispersão no movimento de reivindicação, encerrando a greve. Até o momento, essa perda não foi reparada. Essa circunstância se arrastou nesses anos consecutivos com o pagamento dos salários em atraso e sem divulgação de calendário de pagamento. Atualmente, ainda não há previsão, contudo os salários são quitados em alguns momentos, suponho que devido à manifestação dos profissionais, à pressão popular e à publicização com apoio da mídia na denúncia da situação.

Em suma, assisti em campo os serviços, antes conquistados, serem descontinuados; a população desassistida; a falta de insumos e recursos básicos; o abandono do poder público. Vi também profissionais adoecidos e desmotivados, que foram licenciados e afastados do trabalho;

a greve e os descontos ilegais dos salários atrasados por motivo da greve... Em meio ao caos, as ações de saúde foram priorizadas e uma das prioridades continuadas era a atenção pré-natal.

Desse modo, identifico como esses encontros me sustentam nessa realidade dura e, com a oportunidade da pesquisa, ressignificam a certeza do meu caminho profissional na atenção primária, assim como a permanência na defesa do SUS.

O cenário dos meus relatos tem sido o mesmo há alguns anos. A nossa equipe de saúde da família ficara sem o próprio consultório de atendimento quando foi realizada a obra de restauração da unidade de saúde, há aproximadamente quatro anos. Situamo-nos em uma unidade mista: unidade básica de saúde (UBS) e unidade de saúde da família (USF), que conta com profissionais da atenção básica tradicional e com quatro equipes de saúde da família. Tal característica contribui para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) funcionar em caráter complementar e não substitutivo, resultando ainda em falta de entendimento pela população e por parte de alguns profissionais quanto ao modo de organização que norteia a ESF (MAGNAGO; PIERANTONI, 2015).

Nosso consultório atual, que descrevo adiante, havia sido planejado como Sala de Expurgos, porém, com a retomada do funcionamento do serviço de saúde após a obra, constatou-se que o mesmo não era funcional, já que estava na extremidade oposta ao consultório odontológico e todo instrumental contaminado seria atravessado ao longo da unidade, perpassando a Sala de Espera e um corredor comprido.

Então, nós, equipe de Saúde da Família, estávamos alojadas na Sala de Espera, disputando o atendimento com as demais equipes e profissionais alocados em consultórios. Eu, enfermeira da equipe, pleiteei junto à Coordenação de Saúde da Família o espaço da Sala de Expurgos que já estava sendo usada como depósito de sucata, mobiliário excedente e almoxarifado. Fomos autorizados e ocupamos o espaço com satisfação, como se devolvessem também certa cidadania enquanto equipe, ainda que, contássemos apenas com uma pequena janela emperrada de fundos como fonte de ventilação local. O calor era pouco amenizado por um ventilador pessoal, que eu levava e compartilhava com os demais, mas, em um mês, após muito pleito, recebemos um ventilador de parede e, a seguir, foi instalado um ar condicionado.

Descrevo nosso espaço como um pequeno retângulo, em que a única porta é aberta no lado menor de uma extremidade e, assim, avista-se o fundo da sala logo em frente, além da única janela e uma longa pia de inox disposta abaixo dela. A pia ocupa todo o diâmetro do espaço e tem seus extremos ocupados: na esquerda e sob ela, há dois gaveteiros duplos de ferro, o menor sobre o maior; na direita, uma caixa de material perfurocortante. Na lateral maior da

sala, ao lado direito de quem entra, temos uma mesa de atendimento recostada à parede que entra dois palmos embaixo da referida pia, de modo que quem atende está de frente para a parede e tem a cadeira de quem é atendido na lateral direita da mesa encostada à parede, a qual está ocupada por um mural de avisos de cortiça, apoiado na mesma e com a base sobre a pia, seguido por um cartaz relativo ao “Bolsa Família” e outro, alusivo ao “Manejo de Síndromes Gripais”. Acima destes está o mapa do nosso território e, abaixo, um pequeno calendário.

Ao lado da cadeira em que o usuário senta, está uma balança digital de adulto, já encostada à estrutura do tipo divisória que abriga a porta. No lado oposto, temos um suporte de soro encostado na pia de inox, uma maca e, no ângulo de encontro da cabeceira dela, disposto entre esta e a porta, há um armário de vidro para medicamentos e para guardar pequenos aparelhos, como o sonar e o otoscópio.

Interessante é que o interruptor da luz fica no corredor, fora do espaço do consultório, de maneira que, por ser um corredor de passagem para percorrer a UBS, é comum pessoas esbarrarem ou crianças brincarem com o botão, apagando a luz no momento dos atendimentos.

O que falar a respeito de tais condições? De certo modo, esse meu estudo, ainda que não identifique diretamente o local pesquisado, faz resfolegar. Por meio dessa descrição, busco a oportunidade de compartilhar e dar visibilidade ao nosso ambiente físico e à realidade desse território, onde o cuidado é produzido em meio a muitas limitações. Tais deficiências estão presentes desde sempre em nosso trabalho e nos desafiam à permanência, a adotar estratégias e a sermos criativos nos improvisos para a sobrevivência nesse lugar e na gestão do serviço.

A nossa equipe de Saúde da Família é composta por mim – enfermeira –, uma médica, uma dentista, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitárias de saúde (ACS), todas nós mulheres. Recentemente, uma nova agente comunitária de saúde passou a integrar a sexta profissional dessa categoria na equipe.

O espaço do consultório que descrevi é o único destinado exclusivamente aos atendimentos de nossa equipe e é disputado para realizar a consulta médica e a de enfermagem, para os procedimentos técnicos dos membros da equipe, além de ser utilizado para as nossas reuniões. A UBS possui um único consultório ginecológico, que é compartilhado e dividido por turnos de horário durante a semana e é utilizado pelos profissionais da ESF e da UBS, assim como um consultório odontológico com três cadeiras específicas, duas em funcionamento, para todos os profissionais da Odontologia. Aliás, também dividimos entre as equipes os aparelhos que são essenciais a determinados atendimentos, como o Sonar, utilizado para ausculta dos batimentos cardíacos fetais no pré-natal.

Nessa unidade, há abastecimento regular de água e luz, porém não conta com computadores para a ESF digitalizar dados e acessar a Internet, afora que o serviço telefônico para comunicação com a coordenação é feito através do telefone pessoal dos trabalhadores.

Outro fator comum a essa localidade foi apontado por Ney e Rodrigues (2012, p. 1.305) durante pesquisa no município: “A interferência política na gestão da estratégia e sobretudo das unidades foi outro problema sério citado na pesquisa e que seguramente não afeta apenas o município pesquisado, como outros estudos confirmam”. Tal peculiaridade acarreta transtornos aos profissionais da ESF, como atendimento de demandas por interesse político, privilegiando uns em detrimento aos usuários cadastrados, além do desconhecimento total do que é proposto pela ESF.

Com essa informação precedente, fica caracterizada a infraestrutura insalubre, a inexistência de espaço físico adequado e de materiais e insumos suficientes para realizar todos os atendimentos demandados por nossa população. Os profissionais se revezam em horários no trabalho dentro do consultório, além de programarem atividades nos equipamentos sociais cedidos pelos parceiros do território, como as igrejas e as escolas, sem esquecer as visitas domiciliares.

No âmbito da macropolítica local, é de notório saber que o município de Duque de Caxias possui população estimada no total de 914.383 pessoas, enquanto é baixa a cobertura de 25,35% da ESF: apenas pouco mais de um quarto da população é coberta. Estes são dados atuais divulgados através do Departamento Nacional de Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2019a).

## 1 INTRODUÇÃO

Tornei-me enfermeira em 2005, formada pela Universidade Gama Filho (UGF), tendo feito especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal Fluminense (UFF) em 2007. Iniciei a Residência de Enfermagem em Saúde Pública no ano de 2008, permanecendo por um ano como residente do primeiro ano (R1), mas logo tendo que ingressar na Estratégia de Saúde da Família (ESF) após aprovação em concurso público no município de Duque de Caxias nesse mesmo ano, com carga horária de 40 horas semanais. Desde então, atuo no mesmo território ao longo desses onze anos, persistindo em trilhar meu caminho onde muitíssimo me identifico e me encanto, nessa cotidianidade que é a Atenção Primária à Saúde (APS).

Além do vínculo empregatício em Duque de Caxias, sou servidora do município do Rio de Janeiro, onde estou lotada em um Hospital Maternidade, desde 2012, ocupando o cargo de enfermeira generalista e supervisora de enfermagem, responsável pela gerência dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem e administração do setor.

Dessa forma, iniciei minha trajetória na atenção à Saúde da Mulher tendo experiências em diferentes cenários de saúde, complementares e enriquecedoras à minha prática, uma vez que acompanho o pré-natal em todo o ciclo gravídico e puerperal na ESF e na maternidade; incluindo o trabalho de parto, o nascimento e os primeiros dias de pós-parto. À vista disto, embora consiga observar lacunas existentes no desenrolar de ambos os serviços, sinto a potência dos cuidados que podem ser ofertados em sua integralidade no que se refere à atenção integral ao ciclo gravídico-puerperal.

É em tal tensão que me encontro vivamente envolvida e na qual sou provocada quanto ao que considero “potência dos cuidados” nessas realidades que confluem. Para tanto, consigo dialogar com a dúvida, trazendo esta leitura: “[...] a potência de uma coisa qualquer, ou seja, o esforço pelo qual, quer sozinha, quer em conjunto com outras, ela age ou se esforça por agir, isto é, a potência ou o esforço pelo qual ela se esforça por perseverar em seu ser, nada mais é que sua essência dada ou atual” (SPINOZA, 2009, p. 53).

Neste passo, a atuação na atenção pré-natal como enfermeira de saúde da família, permitiu-me perceber que as necessidades de cuidado solicitadas pela mulher não se reduzem aos aspectos biológicos da gestação. Ao proporcionar o espaço de escuta durante os encontros com a gestante, pude identificar que as demandas requeridas vão além da assistência protocolada, enquanto o entendimento da realidade vivida pela mulher implica o conhecimento do modo como ela vivencia a experiência de gestar. Isso pode parecer uma afirmativa evidente,

porém visualizo na prática que essas mulheres se queixam de não serem ouvidas nos serviços, manifestando a existência de uma barreira nessa comunicação.

No território da minha vivência na ESF são comuns as situações de vulnerabilidade social, como, por exemplo, precária condição de moradia, alimentação insatisfatória, desabastecimento de água, desemprego e/ou trabalho informal. Entendo que é essencial lembrar que as condições de vida das pessoas definem os seus modos de vida e, por consequência, atuam na liberdade de fazerem suas escolhas. Logo, sua capacidade de obter saúde é socialmente determinada, afetada por fatores que podem ser modificáveis conforme o acesso a melhores condições de vida e cidadania que deveriam ser garantidas pelo Estado (BRASIL, 2002; SEN, 2010).

A não consideração da individualidade e do contexto social, determinantes para um acompanhamento pré-natal com olhar integral, pode levar a julgamentos indevidos de desinteresse da mulher, como, por exemplo, quando as usuárias são classificadas em perfis de baixa adesão aos serviços de saúde, de pouca importância dada à gravidez. Os casos desses perfis geram a falta de compreensão e a contrariedade dos profissionais que realizam o acompanhamento, devido às limitações provocadas em situações mais críticas.

Enfim, como é instigador visualizar o despertar dessas mulheres para a autonomia, o apropriar-se do seu momento e vivenciar em conjunto essas experiências. É preciso oportunizar que sejam ouvidas e que tenham voz em suas angústias.

A minha coleção de memórias reúne uma diversidade de histórias, nas quais me vejo e me reconheço, ouço, aprendo, compartilho saberes e acumulo aprendizados. Os acontecimentos são continuamente cíclicos, pois elas se vão quando chegam ao puerpério, uma vez que nesse período os encontros não são tão frequentes como antes; porém, outras chegam e há as que retornam em nova gravidez.

Ao retratar as práticas de cuidado pré-natal como enfermeira de saúde da família a partir das narrativas de minha vivência e como pesquisadora imbricada que estou, é possível dialogar com as práticas de cuidado pré-natal dos demais enfermeiros no âmbito da Saúde da Família e subsidiar estratégias para repensar e reorientar o cuidado em saúde, de modo a propiciar a identificação dos facilitadores e das limitações da consulta de enfermagem no pré-natal nesse cenário.

Portanto, a motivação para a pesquisa pretendida surgiu das possibilidades descobertas no ato do trabalho, no encontro da mulher e de sua enfermeira de família durante o cuidado pré-natal; das mudanças de perspectivas experienciadas pela escuta das narrativas de suas histórias;

da intensidade dos afetos ocorridos nessa troca e do entendimento da importância desse vínculo ao longo do tempo. Tais necessidades de cuidado reprimidas podem refletir de forma negativa na compreensão das recomendações específicas para a gravidez, além de resultar em insegurança no processo gestacional, em fragilidade de autoestima para o protagonismo do ato de parir e maior vulnerabilidade no puerpério.

Outra questão essencial a ser abordada é a consideração do pré-natal como cuidado que deve ser continuado em todo o processo gestacional, desde a gravidez ao parto e puerpério. O fortalecimento dessa atenção é imprescindível, seja pela contribuição acadêmica ou até mesmo na oportunidade da discussão do trabalho em saúde, posto que é prevenção efetiva no que concerne a complicações obstétricas e a repercussões perinatais indesejadas.

Nesse sentido, quanto à **relevância científica**, é possível que o conhecimento dos relatos vividos através das narrativas e dos atravessamentos enfrentados em meu cotidiano e cenário, seja mais uma contribuição para a aproximação da academia com a cotidianidade dos territórios, onde transcorre a vida real das classes mais populares e vulneráveis. Sendo assim, se faz necessário refletir no espaço acadêmico também na qualidade de lugar da valorização dos saberes produzidos nos serviços com a intencionalidade de evitar dicotomias e potencializar essa luta sociopolítica, que é coletiva.

A fim de colaborar com a argumentação suscitada, cito o discurso de Boaventura de Souza Santos em seu livro “Um discurso sobre as ciências”, em que afirma: “Todo o conhecimento científico visa constituir-se em senso comum” (SANTOS, 2008, p. 88), esclarecendo:

O senso comum é prático e pragmático; reproduz-se colado às trajetórias e as experiências de vida de um dado grupo social e nessa correspondência se afirma fiável e securizante. O senso comum é transparente e evidente; desconfia da opacidade dos objetivos tecnológicos e do esoterismo do conhecimento em nome do princípio da igualdade do acesso ao discurso, a competência cognitiva e a competência linguística. O senso comum é superficial porque desdenha das estruturas que estão para além da consciência, mas, por isso mesmo, é exímio em captar a profundidade horizontal das relações conscientes entre pessoas e entre pessoas e coisas. O senso comum é indisciplinar e imetódico; não resulta de uma prática especificamente orientada para o produzir; reproduz-se espontaneamente no suceder cotidiano da vida. O senso comum aceita o que existe tal como existe; privilegia a acção que não produza rupturas significativas no real. Por último, o senso comum é retórico e metafórico; não ensina, persuade (SANTOS, 2008, p. 89-90).

Quanto à **relevância social**, dar visibilidade às histórias sobre o encontro das mulheres grávidas com sua enfermeira de família, tem o poder de incitar mais uma discussão sobre o

processo de trabalho do enfermeiro na atenção pré-natal e motivá-lo para as potencialidades desse cuidado, como o fortalecimento do vínculo, a persistência na atuação mais humanizada e com estímulo ao reconhecimento do protagonismo da mulher, tão necessário para um caminho de gestar mais seguro, culminando no repertencimento de um lugar que lhe é de direito! Tais mulheres, ao serem provocadas à reflexão sobre suas necessidades individuais e de cuidado em saúde, podem permitir-se a mobilização para novos posicionamentos quanto ao seu modo de vida, bem como ao conhecimento de seus direitos e à promoção de sua cidadania.

É nesse raciocínio que reconheço o papel político que temos na dimensão do território. Consigo constatar na micropolítica desse trabalho, que é tão vivo, apoiada nas leituras de Merhy (2004, 2016), pelas falas e escutas, um processo de mudança e a construção de uma reflexão.

Por vezes, em minha realidade, as gestantes chegam em dúvida quanto à legitimidade da atuação do enfermeiro no pré-natal, que justifico com a hipótese da influência do modelo médico centrado ainda presente na forma de pensar em saúde da nossa sociedade. Entretanto, no decorrer dos encontros de pré-natal, com o estreitamento do vínculo e a proximidade, essas gestantes acabam por demonstrar confiança e validam esse cuidado, o que se revela nas falas e nos acordos após a orientação em saúde para o autocuidado.

Dessa maneira, consigo perceber o reconhecimento do papel do enfermeiro da família nessa comunidade e a significância desse encontro é transmitida pelas falas das mulheres no que concerne à aceitabilidade e à adesão ao cuidado, bem como no entendimento de que maneira podem tornar sua gravidez mais saudável, com o apoio em conjunto da família.

Portanto, é nessa perspectiva que se podem fomentar espaços de discussão e de disputa para a conquista e a preservação dos direitos dos sujeitos, para o reconhecimento da autonomia e, ainda, para a participação social dos indivíduos e dos coletivos. Além disso, a pesquisa contribui para dar visibilidade à atuação do profissional enfermeiro de família na atenção pré-natal, caracterizando-se o estudo, igualmente, de **relevância política**.

Cada gravidez é experiência única, que pode acontecer de forma planejada ou até mesmo inesperada e, por isto, é período de muitas peculiaridades na vida de uma mulher. Além das alterações físicas, estão envolvidos aspectos emocionais, sociais e culturais. Há a expectativa quanto à chegada de um novo ser, que pode provocar modificações nas relações estabelecidas entre a mulher e a família, o pai e a criança, suscitando inquietações, inseguranças e, ainda, ambivalência em sua identidade (BRASIL, 2012).

Quando centrada no corpo biológico, guiada por protocolos e pela execução dos procedimentos, a ação do profissional, pode acarretar a escuta empobrecida e, apesar dos

avanços científicos essenciais para a evolução do trabalho em saúde, tornar ausente a dimensão cuidadora das ações em saúde, comprometendo sua qualidade. Ainda que a objetivação da atenção em saúde seja necessária e positiva em determinadas condições, cabe considerar e incluir outros elementos que são constitutivos da produção da vida (MERHY *et al.*, 2016).

A medicalização das ações em saúde é entendida como desnaturalização das ‘necessidades de saúde’ e a transformação destas em ‘problemas de saúde’. Do mesmo modo, a expropriação da capacidade de cuidado das pessoas, como dependentes de cuidados médicos, está embutida em nossa prática há algum tempo, mesmo que seja desempenhada por profissionais não médicos (CAMARGO Jr., 2007).

A atenção pré-natal não se dá de forma diferente. Como boa estratégia de controle social, os corpos femininos também passaram por essa transição: antes, os cuidados eram realizados mediante práticas empíricas por outras mulheres, como as parteiras, no domínio das suas casas e no espaço privado das famílias. Na vigência da ciência moderna, passa a ser escopo da atuação médica masculina, com foco na reprodução, e como alvo do controle político populacional e da seleção de quem pode procriar (COSTA; STOTZ, 2006).

Em uma lógica contra-hegemônica desses moldes, temos a ESF, designada como modelo prioritário de Atenção Básica (AB) em saúde (BRASIL, 2017b), por ser a estratégia com maior capacidade de realizar a integralidade no cuidado ao indivíduo e à coletividade, quer dizer, capaz de apreender de modo ampliado as necessidades de saúde (CECILIO, 2009), uma vez que está inserida no território, trabalha com a adscrição de sua população, o que a faz apta a mapear sua área, conhecer o perfil de seus habitantes, suas particularidades e vulnerabilidades.

Desse modo, a equipe de Saúde da Família (eSF), ao conhecer a população de mulheres em idade fértil da área adscrita, tem a oportunidade de realizar um trabalho mais próximo a elas; assim, pode planejar atividades de aconselhamento reprodutivo, detecção precoce da gravidez e início oportuno do pré-natal. Uma vez acolhidas em sua localidade de moradia, o vínculo ao longo do tempo é favorecido pelo contato contínuo com a equipe de referência, que também se responsabiliza por sua família como a coordenadora do cuidado, mesmo quando sua população necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde (BRASIL, 2012).

É preciso salientar que a atenção obstétrica e neonatal humanizada e de qualidade é direito da mulher e do recém-nascido; logo, faz-se necessário que se adotem medidas capazes de garantir o acesso, a cobertura e assegurar a qualidade desse acompanhamento em todo o ciclo gravídico-puerperal, sendo dever dos serviços e dos profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos (BRASIL, 2006).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), ao realizar a visita domiciliar em sua microárea, pode identificar as meninas e as mulheres que suspeitam de gravidez e as que já a confirmaram, a fim de possibilitar a captação precoce e o início do pré-natal, além de monitorar as consultas subsequentes e realizar a busca ativa das gestantes faltosas. O enfermeiro(a) e o médico(a) da equipe de Saúde da Família atuam intercalando as consultas do pré-natal de baixo risco ou risco habitual, como tem sido denominado atualmente (BRASIL, 2016).

A classificação do risco gestacional transcorre em todas as consultas de acompanhamento pré-natal, pois é processo dinâmico de avaliação contínua a cada encontro, o que exige atenção do profissional nas mudanças funcionais e anatômicas que podem acontecer nesse ciclo, ao longo do período gestacional. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a, p. 57), as gestações podem ser consideradas de baixo risco: “[...] nos casos em que não há necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica em saúde e nos quais a morbidade e a mortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral”. Portanto, a definição é confirmada ao final do processo gestacional, após o parto e puerpério.

A consulta de enfermagem é atividade garantida pela Lei do Exercício Profissional conforme o Decreto nº 94.406/87, sendo assim intrínseca ao enfermeiro(a) que realiza o diagnóstico de enfermagem e a prescrição de medicações. Na ESF, o enfermeiro realiza a atenção pré-natal à gestante e pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde. Mediante uma abordagem contextualizada e participativa, está capacitado a propiciar condições para a promoção da saúde da mulher grávida e a melhoria da sua qualidade de vida (BRASIL, 2012a).

Por sua vez, a consulta de pré-natal exige domínio técnico apurado. Além dos muitos registros a serem preenchidos, faz-se necessário avaliar, em todo encontro, as queixas, os sinais e os sintomas de risco e de complicação obstétrica e perinatal; os exames laboratoriais e de imagem solicitados; a verificação do estado vacinal e nutricional; oportunizar o esclarecimento de dúvidas da gestante; a orientação quanto aos cuidados, considerando a idade gestacional; a programação de grupos educativos; o agendamento multiprofissional; o exame físico cauteloso (BRASIL, 2012). A enfermeira faz o registro nos impressos do pré-natal e agenda o retorno para o médico ou para ela mesma. Esse atendimento, quando realizado sistematicamente, costuma demandar um tempo considerável.

Ainda que alguns autores não discutam especificamente o cuidado com esse enfoque, a atividade pré-natal é prática de cuidado em saúde, então aplica-se como referência pertinente à argumentação do presente estudo. Por conseguinte, ao lado da precisão técnica exigida na

atenção pré-natal, é fundamental a confluência de práticas em saúde que abriga o diálogo simétrico profissional e paciente, resultando em um sentido prático para o sujeito. Não se trata de um objeto! (AYRES, 2004).

Nesse sentido, qualquer interação entre um trabalhador de saúde e um usuário é produzida através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, no qual se dá o encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra, operando um jogo de expectativas e produções. A intersubjetividade dos seres se faz presente nas falas, no ouvir apurado e nas interpretações desses momentos interessantes, em que pode haver acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam nesse encontro e, até mesmo, o interagir com cumplicidade, produzindo a responsabilização do problema a ser enfrentado. São momentos de confiabilidade e de esperança; nos quais se produzem relações de vínculo e de aceitação (MERHY, 2004).

Assim, faz-se necessário adotar a empatia na consulta clínica de enfermagem, ou seja, a capacidade de se sensibilizar com os sofrimentos e as sensações alheias, compartilhados através da fala e da escuta atenciosa, de modo a estabelecer uma conexão verdadeira com o lugar do outro e respeitar a liberdade desses sujeitos ao realizarem as próprias escolhas (SAVIETO; LEÃO, 2016).

É imprescindível colaborar para esse espaço dialógico em que a mulher é ouvida em seu modo de vida, em seu grupo familiar, percebida como um ser humano, a fim de minimizar dúvidas e anseios que podem influenciar negativamente o processo de gestar (SHIMIZU e LIMA, 2009; SOARES DE LIMA, 2013).

A enfermeira que realiza a consulta pré-natal pode, portanto, ter a oportunidade de criar vínculo e desenvolver a integralidade no cuidado ao enxergar a mulher grávida com muitas particularidades que atravessam essa condição especial e não patológica, sua gravidez.

Com base nesse pressuposto, situada no cenário da ESF do município de Duque de Caxias, com o propósito de nortear a reflexão do estudo, é que questiono: como se dá o cuidado pré-natal da enfermeira de Saúde da Família nas cenas do encontro com as mulheres grávidas?

Após contextualizar a minha implicação na pesquisa, a qual me impulsiona ao presente estudo, em seguida reflito e apresento os objetivos definidos, perseguidos nessa trajetória.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar narrativas produzidas nos encontros de cuidado pré-natal realizados por uma Enfermeira de Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Desenvolver uma escrita narrativa sobre o encontro intersubjetivo entre a enfermeira e as mulheres em cuidado pré-natal.
- Identificar os sentidos atribuídos ao encontro intersubjetivo produzido nesse cuidado pré-natal.
- Descrever o cenário pesquisado, relacionando-o com o processo de trabalho da enfermeira de Saúde da Família nos encontros de atenção pré-natal ofertados.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 A HISTÓRIA DA APROPRIAÇÃO DO CORPO FEMININO

Era um tempo natural ou sobrenatural?  
 Talvez. Mulher de fases!  
 Ora está para a lua, ora está para o mar.  
 Nem um nem outro, mas os dois.  
 Tal qual mãe natureza, a força é das entranhas.  
 Que façanha. Nasceste com elas.  
 Elas sabem cuidar das fases delas.  
 Somos iguais, não só materiais.  
 A ninfa, a mãe, a bruxa-feiticeira.  
 Floresceu, fecundou, pariu, cuidou.  
 A curandeira, a parteira, a parideira.  
 A mulher que a mim amparou  
 Se curvou, unidas em irmandade  
 Sangrou. Sororidade.  
 A menorragia será patologia?  
 O homem a mim privou  
 Isso é bruxaria! Se não, orgia!  
 E assim,  
 O medo me dominou

(Autoria própria, 19/02/2019)

A discussão que venho disparar tem sido desenvolvida por alguns autores há décadas: trata-se da apropriação da vida e do corpo da mulher pelo campo da saúde, ou melhor, do monopólio dela pela ciência médica. Para entender tal fenômeno, é preciso compreender a sua contextualização histórica, política e social e, nesse sentido, posso vislumbrar que nossa prática de saúde está mais arraigada no biologicismo do que podemos mensurar.

A repetição que ouvimos há anos sobre a hegemonia biomédica na atenção à saúde torna-se superficial se analisada apenas em nosso tempo e na vigência do SUS. Apesar da crítica que o nosso sistema de saúde público declara a esse paradigma, este ainda se faz presente enraizado em nossa cultura e ensejado pelos usuários, pois foi socialmente construído desde a consolidação da Medicina como ciência, datada no século XVIII (FOUCAULT, 1977).

Para tanto, a atribuição de qualquer sofrimento vivido a um problema de saúde e de ordem médica, resultando na doencificação e na desqualificação do indivíduo para cuidar do próprio corpo, pode ser compreendida como o fenômeno da medicalização (ILLICH, 1975; MERHY, 2016).

A figura do médico, também dogmática, foi transformada com a intencionalidade de ser o porta-voz da verdade absoluta sobre os corpos, em uma normatividade da vida, exercendo o controle e a higienização dos seres (CANGUILHEM, 2009; VIEIRA, 2002).

Agora, posso entender que a desconsideração da subjetividade dos indivíduos está atrelada a esse processo histórico, social e político, no qual a objetificação dos humanos era propositada, inicialmente, na conformação do saber médico devido ao conhecimento incipiente e como garantia de neutralidade da ciência centrada no biológico e, mais adiante, como prescritora da produção da vida com os apelos capitalistas exigentes da nova sociedade.

Nessa lógica, Foucault (1989, p. 47) traz o conceito de biopolítica, como estratégia da Medicina:

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política.

Debruçada nessa leitura, apresento uma breve síntese das três etapas de formação da Medicina Social percorridas por Foucault. A primeira delas se deu na Alemanha, no início do século XVIII: a Medicina de Estado, a ciência que tem como objeto assegurar o funcionamento de seu aparelho político, não somente os recursos naturais de uma sociedade nem o estado de sua população. Houve a organização de um saber médico, regulando a profissão médica estatal, em que a administração estatal da saúde se volta à preocupação coletiva, pois são os indivíduos que constituem o Estado. Assim, antes da Medicina Clínica do século XIX, criou-se uma Medicina estatizada.

Na França, durante a segunda metade do século XVIII, desenvolve-se a Medicina Urbana devido à necessidade de urbanização das cidades, uma vez que estas possuem múltiplas jurisdições e isto se torna intolerável, visto que conformam importante lugar de mercado, que unifica as relações comerciais tanto em nível de nação quanto internacional. Com o desenvolvimento das cidades surge uma população operária pobre, proletária, que incomoda e provoca tensões políticas, principalmente para a população rica e burguesa. Desperta o medo de epidemias, do esgoto, da população numerosa e seu amontoamento; atenta-se aos cemitérios, que acumulam corpos empilhados próximo às casas e são associados a infecções, causando pânico urbano. Toda essa inquietude demanda a organização política e médica. Portanto, a medicina urbana fazia a análise das regiões de amontoamento do espaço urbano, o controle da circulação de água e ar e do esgoto, suscitando a noção de quarentena e de higiene pública que contribuirá para a constituição da Medicina Científica.

A terceira etapa tem lugar na Inglaterra, segundo Foucault (1989). No século XIX, a Medicina Social inglesa é a que terá futuro com a emergência do desenvolvimento industrial. Desenvolve-se a assistência controlada e a intervenção médica no controle da população pobre, tornando-a apta ao trabalho, e a consequente proteção das classes mais ricas. Já é feito o controle através da vacina, os registros das epidemias, das doenças potencialmente epidêmicas e o rastreamento de locais insalubres.

O conhecimento dessa perspectiva histórica remonta à compreensão de como se deu a origem do processo de medicalização da população e permite identificar as raízes que se perpetuam até hoje na atenção à saúde, do mesmo modo que instiga o pensar de como o cuidado centrado no corpo e nas ações que reduzem a autonomia dos seres é cultural e embutido em nossa atuação.

Illich (1975), em seu livro que fomenta a discussão a respeito da medicalização, trata da expropriação da saúde pela Medicina e descreve três níveis de medicina maligna:

A medicalização da vida é malsã por três motivos: primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra *saúde*; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema. (ILLICH, 1975, p.6)

Eis que surge a ciência moderna, mas é bem verdade que o campo feminino permaneceu mais tempo longe de seu controle e é lá no século XIX que efetivamente nasce a Ginecologia, concretizando, agora, a atuação médica e masculina e, posteriormente, a institucionalização do parto.

Desde que as mulheres do século XIX quiseram se afirmar, formou-se um corpo de ginecologistas: a própria feminilidade transformou-se em sintoma de uma necessidade médica tratada por universitários evidentemente do sexo masculino. Estar grávida, parir, aleitar são outras tantas condições medicalizáveis, como são a menopausa ou a presença de um útero na idade em que o especialista decide que ele é demais. (ILLICH, 1975, p. 46).

Como se deu essa transição? Em que momento o corpo feminino passou a ser objeto de domínio da Medicina?

As manifestações físicas do corpo da mulher já foram vistas como objeto de sua natureza. Decerto que o desconhecimento de como se dava o processo dos ciclos femininos cedia lugar ao mistério e à associação a concepções de ordem místicas. Tal aspecto enigmático garantia a

privacidade dos cuidados femininos entre mulheres e uma ideação sobre os fenômenos naturais como a menstruação. Ainda hoje, esses mitos são expressos pela cultura popular. Assim, durante a Idade Média, o corpo feminino era tido como ameaçador, ao passo que o útero foi considerado uma criatura animada que existia dentro da mulher e necessitava de rezas especiais para acalmá-lo (FOUCAULT, 1989; VIEIRA, 2002).

As parteiras atuavam com liberdade no trato entre mulheres. Eram conhecidas pela comunidade e lidavam com os aspectos sobrenaturais atribuídos à natureza feminina. As benzedoras criavam um clima favorável através das crenças, de talismãs, de receitas, da recitação de palavras mágicas para alívio da dor e da condução do parto. Mas, igualmente, desempenhavam papel na execução de abortos e infanticídios. Tidas como feiticeiras devido à ambiguidade, elas foram controladas pela igreja e muitas, condenadas às fogueiras da Inquisição (VIEIRA, 2002).

Em função disso, implementou-se a regulação do Estado e da Igreja, exigindo que as parteiras professassem a fé católica, exercendo a normatização de suas práticas, o que, durante longo tempo (até o século XVI), era hábito exclusivo das mulheres. Dessa forma, as parteiras das cidades europeias foram submetidas à avaliação eclesiástica e à governamental e, apesar da prática habilidosa, deveriam requisitar cirurgiões em casos complexos por força da lei, mesmo que estes tivessem experiência inferior à delas (ROHDEN, 2001).

Ao aprofundar o conhecimento desse processo histórico, posso entender que o cuidado às mulheres durante o parto permaneceu sendo realizado pelas parteiras até mesmo com o avanço da Medicina geral, pois havia também o pudor masculino e na sociedade quanto ao atendimento das parturientes pelos homens. Porém, é bem verdade que houve a regulação dessa atuação, pois as escolas médicas ofereciam cursos e exerceram controle das práticas delas, juntamente com o Estado, inclusive no Brasil. Os médicos eram solicitados em casos graves, nos partos complicados e com risco de morte para a mãe e para a criança (ROHDEN, 2001; VIEIRA, 2002; COSTA e STOTZ, 2006).

Segundo Foucault (1989), no século XIX dá-se a patologização do corpo da mulher, que se torna objeto do médico, por excelência. Desde que o sexo feminino gera importância médica e social com os problemas da maternidade e do aleitamento, a masturbação feminina dá lugar à preocupação, resultando em cirurgias de cauterização clitoriana com ferro em brasa ou corrente.

A competência médica exclusiva de cuidado do corpo da mulher torna-se legítima. O avanço científico com o desenvolvimento das cirurgias e das tecnologias permite a aproximação

concreta da Medicina no momento do parto, sendo nomeada como Obstetrícia, e irá originar as demais ciências com escopo feminino, como a Ginecologia e outras relativas à reprodução humana, como a Embriologia, a Genética e a Contracepção. Assim se deu efetivamente a apropriação do corpo feminino pelo saber médico (VIEIRA, 2002).

Para Vieira (2002, p. 24-25): “A doencificação desse corpo apresenta-se como fruto de uma medicalização que trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico”.

Arelada a essa evolução existe a preocupação social com a constituição de uma sociedade produtiva, para cuja conformação a ciência irá contribuir (FOUCAULT, 1989). A Medicina, nesse momento, exerce papel preponderante para assegurar tal desenvolvimento e, com isso, assume a administração de aspectos da vida, como o controle da reprodução em razão dos interesses demográficos da sociedade; a mortalidade infantil e o aleitamento; o controle de epidemias, o saneamento dos espaços públicos e a ordenação da vida familiar (ROHDEN, 2001; VIEIRA, 2002).

Quanto à ordenação da vida familiar, destaca-se a definição elaborada pelos médicos quanto aos papéis do homem e da mulher na sociedade, ditando os padrões dos gêneros com base nas diferenças físicas e reprodutivas. Por conseguinte, a mulher precisa ser frágil, delicada e sentimental, com atividades maternas e domésticas no espaço privado das famílias, enquanto o homem deve ser viril, dotado de força física e intelectual, destinado ao trabalho e ao mundo público (COSTA e STOTZ, 2006; ROHDEN, 2001).

Não há equivalente feminino ao termo “virilidade”, pois se trata da construção cultural de um modelo a ser seguido e que define como DEVE ser o homem para se encaixar em um padrão pleno, onipotente e de superioridade sobre o feminino (GAZALÉ, 2019).

Para o entendimento da cultura patriarcal foi necessária a leitura de alguns autores que nos contam como se deu esse processo; a partir disso, foi possível assimilar que o patriarcado é a base inicial da organização social brasileira (AGUIAR, 1997).

Souza (2000) apresenta um diálogo apoiado na obra do pensador Gilberto Freyre sobre o percurso histórico da conformação de nosso país, comentando que, antes do desenvolvimento da urbanização ocorrida com a vinda da família real portuguesa para o Brasil, a sociedade era rural, centrada no patriarca, tido como o chefe da família, senhor da terra e de seus escravos, que detinha absoluta autoridade familiar, política e social no período colonial, tendo o domínio público e particular. Com a vida urbana e a importação das características ocidentais, seu poder permanece, ainda que mais limitado à privacidade doméstica e disputado no mundo social.

Com o passar do tempo, a modernização da sociedade avança e, no século XX, as mulheres são inseridas no mundo do trabalho sob a perspectiva de atender as demandas econômicas e capitalistas de crescimento do país. A cerca da desigualdade entre homens e mulheres permanece, porém amplia-se o patriarcalismo desde o âmbito privado para a esfera pública, o que é confirmado por algumas características sociais que se conservam, como, por exemplo, a dupla jornada de trabalho, permanecendo a tarefa doméstica e o cuidado dos familiares que adoecem como responsabilidade exclusiva da mulher; a diferenciação salarial entre os gêneros; a resistência à designação da mulher para cargos de chefia, dentre outras (MACHADO, 2000; REZENDE, 2015).

Tomada por todo esse conhecimento, consigo compreender como as amarras ao ser feminino se condensaram ao longo do tempo em nossa sociedade e como, mesmo no tempo presente, neste século XXI, ainda estão impregnadas culturalmente, presentes no cotidiano de nossas famílias e propagadas às gerações.

Enfim, o que podemos dizer sobre a medicalização na contemporaneidade? No século XX, o parto já se encontrava institucionalizado, enquanto o pré-natal e o ato de partejar era atribuição médica.

A expansão dos serviços de saúde no Brasil ocorreu juntamente com a progressão das indústrias, com o surgimento de serviços de saúde vinculados à previdência social, com a necessidade de preservar a força de trabalho, a produtividade do trabalhador e a manutenção da formação do capital do Estado. Os serviços públicos de saúde mostraram-se preocupados com o crescimento urbano e o controle sanitário da população e, na década de 1920, foram realizadas ações coletivas para o grupo materno-infantil pelo Estado (VIEIRA, 2002).

Com o avanço dos recursos tecnológicos, houve ampliação da medicalização para a contracepção e já foram executadas cirurgias de esterilização cirúrgica, além do surgimento da pílula (década de 1960), tomando o corpo feminino apenas do ponto de vista reprodutivo e de responsabilidade da mulher. A dor do parto deu lugar ao evento cirúrgico da cesariana que foi aumentando progressivamente em nosso país e se tornou cada vez mais praticada com a finalidade, também, da laqueadura tubária (COSTA e STOTZ, 2006; VIEIRA, 2002).

Domingues *et al.* (2014) destacam que, em 2009, pela primeira vez, a proporção de cesarianas superou a proporção de partos vaginais no Brasil, alcançando o valor de 52% em 2010. No mesmo estudo intitulado: *Nascer no Brasil*, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, evidenciou-se que, aproximadamente, 80% das mulheres realizaram cesariana no setor privado. Esses procedimentos foram realizados sem que a gestante tivesse

entrado em trabalho de parto (DOMINGUES *et al.*, 2014). Em 2017, dados mais recentes apontam que 55,66% dos nascidos vivos no Brasil nasceram por via cirúrgica (BRASIL, 2019b).

Os mesmos autores nos trazem a seguinte conclusão na pesquisa:

Os dados deste estudo mostram que a forma de organização da assistência ao parto afeta a preferência inicial das mulheres e a forma como a via de parto é decidida. Mulheres do setor privado são levadas a decidir por uma cesariana, tendo uma elevada proporção de cesarianas primárias que se tornam indicação de nova cesariana numa gestação futura. Mulheres do setor público mantêm preferência mais baixa pelo parto cesáreo, mas não são apoiadas na sua opção pelo parto vaginal no final da gestação. Em ambos os setores, as gestantes são submetidas a um modelo de atenção que torna o parto vaginal uma experiência dolorosa, sendo a dor do parto o seu grande medo e a principal razão para a preferência por uma cesariana (DOMINGUES *et al.*, 2014, p.114)

Além disso, as informações obtidas com essa pesquisa sugerem que o profissional de saúde, no setor privado, não deixa evidente para a mulher os benefícios do parto vaginal durante a condução do pré-natal. Essa falta de incentivo pode ser enviesada por conveniência e justificada por alguns aspectos, dentre eles o retorno financeiro pelo procedimento e a permanência do profissional à disposição da parturiente algumas horas durante o trabalho de parto (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Podemos perceber, nos dias atuais, que há domínio da ciência sobre o corpo e sobre as decisões da mulher, mesmo que seja de forma sutil. Talvez, algumas de nós não refletimos a respeito de essa escolha não ser nossa, que somos induzidas a optar por um sistema que se mostra seguro e já estabelecido.

No setor público, igualmente se identifica a falta de apoio sobre a decisão da via de parto e essa atenção, como é dito na pesquisa supracitada, é trabalhada no pré-natal, a fim de que a mulher entenda a dor como parte do processo e a conexão desse sentido com o conhecimento e a apropriação de seu corpo, ou seja, a fazer desse momento um rito de passagem natural e com o protagonismo devido a ela e a seu filho, além de quem for de sua escolha para acompanhar.

De forma geral, Luz (2005, p.149) menciona uma transformação recente da cultura, fruto do capitalismo globalizado, que é atrelada a isso:

[...] se materializa a perda de valores humanos milenares nos planos da ética, da política, da convivência social e mesmo da sexualidade, em proveito da valorização do individualismo, do consumismo, da busca do poder sobre o outro e do prazer imediato a qualquer preço como fontes privilegiadas de consideração e *status* social.

Por mais imbricada nesse estudo, reconheço-o como um exercício de luta contra a invisibilidade feminina, particularmente, a pobre, negra e periférica; aliás, não posso afirmar e

me eximir de dizer que essas características culturais, patriarcais e sexistas residem em mim, de certa forma. Ocorre que identifico na minha cultura familiar algumas falas sobre distinção de gênero, que percebo como machismo, como, quando era criança e meu pai pedia para eu me afastar, porque ele estava reunido entre homens; expressões cotidianas como “ter modos de menina”; “homem não chora”, e, mais, já na minha graduação como enfermeira, as inúmeras palestras voltadas apenas ao público feminino sobre contracepção, cuidados com o bebê, sem envolver a figura masculina no compartilhamento dessas ações.

Conforme já foi discutido anteriormente, essas características culturais entranhadas no patriarcalismo ocidental são naturalizadas ao longo do tempo e reproduzem o machismo, no qual o masculino é sujeito e o feminino é objeto da sexualidade; o masculino relaciona-se ao poder, à violência, ao instinto sexual incontrolável, à honra, à paternidade sem sentimentalismo, mas ao pai como o provedor da família (MACHADO, 2000; MINAYO, 2005).

Conquanto, posso assentar que trabalhos como este meu servem para um exercício de reflexão no sentido de que precisamos contribuir para a luta contra a anulação do ser mulher e que podemos persistir na disputa pelo nosso protagonismo não somente no período de gestar e no parir, mas, também, na ocupação dos espaços de poder que merecemos por competência e direito.

Com essa perspectiva de cuidado como luta por direitos que vêm sendo usurpados, compartilho uma narrativa vivida no meu espaço intercessor e que me faz sentir o corpo vibrátil em plenitude, ou seja, capaz de “[...] apreender a alteridade em sua condição de campo de forças vivas que nos afetam e se fazem presentes em nosso corpo sob a forma de sensações” (ROLNIK, 2014, p.12).

*Ela foi a primeira a chegar naquela manhã. Entrou no consultório, sentou-se a cadeira, à minha destra e não recostou. Parecia aflita, percebi. A agente de saúde da sua área já havia me adiantado que ela iniciara o pré-natal em outra unidade, onde havia feito o da filha mais velha de seis anos, mas desistiu de lá porque queria “ouvir o bebê” e que “medissem a sua barriga” durante a consulta. Começo nosso encontro com um “bom dia” e a pergunta recorrente: – Em que posso ajudar? – seguida de um sorriso. Ela emite um suspiro e inicia a sua fala, fazendo gestos trêmulos com as mãos; eu a ouço e observo que se senta na metade do assento. Aos trinta e cinco anos, não aparenta a idade que tem, é magra de estrutura franzina, mas o abdome já não esconde a gravidez de dezenove semanas. A pele negra tem acnes no rosto aflito e de olhos molhados. Está vestida com um casaco de moletom de cor desbotada (está frio!) por cima de um short e calça chinelos. Ouço-a com atenção e me conta exatamente o que a agente me antecipou: fala que tem problemas de nervosismo desde a adolescência, que teve depressão já adulta antes da primeira filha nascer, que se tratava com “psiquiatra e otorrino”, consultas custeadas por ela. Diz ter “labirintite” e que foi à consulta particular quando descobriu a gravidez e o médico suspendeu o remédio controlado, pediu a ela que procurasse um obstetra, prescrevendo outro remédio que aliviava a tontura e as náuseas. Chama a minha atenção*

*a lucidez com que narra a sua história, diz o nome correto dos medicamentos e usa termos técnicos da saúde. Fala com afeto da filha mais velha, da gravidez e do marido, pai das crianças. Apresenta múltiplas queixas, como zumbido no ouvido, o coração acelerado; diz que está muito nervosa e lhe desce na face uma gota de lágrima contida, ao se queixar. Procedo a todas as avaliações, o exame físico e os registros. Preocupa-me tantas queixas diante de nenhum achado clínico alterado e os exames que trouxe, todos com bons resultados. Após isso, pergunto o que ela acha que a está deixando tão nervosa e se aconteceu algo para isso. Então, o choro se torna livre e me conta com detalhes a briga violenta entre seu irmão e seu marido, que levou o parceiro a sair da casa deles no quintal de sua família. Olho atentamente para ela, penso que não sei o que dizer, e respondo que também não tenho todas as respostas, mas que juntas podemos encontrá-las. Ela sorri e me diz que não esperava que a consulta fosse tão boa e me questiona se enfermeira pode fazer pré-natal, que estranhou quando sua agente de saúde falou e, daí, levanta e se despede, já com satisfação.*

### 3.2 O PERCURSO DAS PRINCIPAIS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À MULHER

Nesse momento, apresento um recorte da trajetória das políticas de saúde com foco no público feminino, mas acrescento ao discurso uma discussão sobre os direitos humanos das mulheres, com o sentido de considerar o cuidado humanizado como direito adquirido e dever do profissional que a acolhe permitir tal acesso. Além disso, é importante saber o quanto avançamos na atenção voltada à mulher ao longo desses anos, pois, como foi apreendido, temos um passado que nos coloca em lugar de submissão, vulnerável a abusos e à violação desses direitos e é a conformação histórica da nossa sociedade que originou e prolonga com naturalidade esse processo, ainda que no século XXI.

Nas primeiras décadas do século XX, o tema “Saúde da Mulher” é introduzido como pauta das políticas nacionais de saúde no Brasil. Entretanto, o enfoque naquela época era restrito ao período da gestação, do parto e centrado nos aspectos biológicos da saúde da mulher, justificado por seu papel perante a sociedade patriarcal de cuidadora da casa, dos filhos e da família (BRASIL, 2004).

Com as reivindicações do movimento feminista, essa oferta começa a mudar. Um dos assuntos de discussão mais frequente era a ótica do cuidado da mulher apenas direcionado às demandas materno-infantis, tornando-se desassistida na maior parte de seu ciclo de vida. As mulheres organizadas já traziam críticas às desigualdades de gênero vivenciadas, que implicavam maior vulnerabilidade feminina, traduzida em problemas de saúde, os quais afetavam de modo particular as mulheres, como aqueles relativos à sexualidade, à reprodução, às dificuldades de anticoncepção e, também, à sobrecarga de trabalho doméstico e de criação dos filhos. Com isso, na agenda política nacional, há a introdução dessas questões reportadas

pelo movimento feminista, além de desencadear propostas de mudanças nas relações sociais entre homens e mulheres e à elaboração de políticas de saúde da mulher (BRASIL, 2004).

É bem verdade que, em toda a história, sempre houve frentes de luta de mulheres contra a inferiorização feminina e é irrefutável que, em tempo algum, fomos plenamente rendidas e acatamos passivamente os desígnios do poder inveterado do patriarcalismo. Nessa acepção, entendo que o movimento feminista foi evoluindo no compasso desse percurso, pois se configura como a automobilização das mulheres em múltiplas reivindicações (sexualidade e violência; saúde; ideologia; formação profissional e mercado de trabalho) que pretendem eliminar as desigualdades de condições pautadas pelas diferenças de gênero, primando pela igualdade e sendo um movimento coletivo que se tornou de amplitude mundial, ressaltados o pioneirismo de algumas civilizações, como os EUA e alguns países da Europa (ALVES e PITANGUY, 1981).

Não obstante, é preciso sublinhar que essas lutas se originaram com o destaque da desigualdade de gênero, atribuindo menos ênfase, mas com abertura à desigualdade entre mulheres brancas de classes sociais distintas e, menos ainda, à diferenciação por raça, pois existe discrepância entre mulheres brancas que disputam a igualdade com homens brancos em seus meios privilegiados e mulheres negras, pobres, operárias, que são inseridas no mercado de trabalho para serem economicamente produtivas e mal remuneradas, que, inclusive, devem dar conta do trabalho doméstico das suas casas, sendo empregadas nas casas abastadas. São plurais os significados de liberdade entre classes e, mais desigualmente, os sentidos para as negras/não brancas, pelo que, desde seu início, o movimento feminista foi polarizado (HOOKS, 2018).

Todavia, esse movimento não se desenvolveu de forma linear. Foram conquistas a custo de lutas, de altos e baixos, de humilhação, de retração e de estratégias. Avanços ocorreram, como o direito de sufrágio das mulheres, aqui no Brasil em 1932, abrindo precedente para outras conquistas, pois significava a participação cidadã nas decisões públicas. É importante considerar que o feminismo não se dá apenas no campo coletivo, mas sim na consciência individual de nós, mulheres, na solidariedade mútua e na constante reflexão para a transformação de si e das relações interpessoais no meio social e familiar, buscando a superação do machismo no cotidiano para recriar uma identidade de sexo em que os atributos femininos e masculinos não sejam hierarquizados, mas sejam naturalizados como inerentes ao ser humano em sua totalidade (ALVES e PITANGUY, 1981).

No entanto, ainda é inseguro se declarar feminista na atualidade. Visualizo a incompreensão da população em geral e os estigmas relacionados à ideologia, refletindo a

prevalência do sistema patriarcal como cultura dominante e a reprodução do machismo nas gerações, evidenciada nas estatísticas gritantes de violência contra a mulher. O movimento feminista já utilizava grupos de reflexão como tática de luta para circulação do conhecimento, nos quais a mulher se identifica com a vivência comum às demais, tornando o individual em coletivo, a base do movimento (ALVES e PITANGUY, 1981).

Percebo que grupos de reflexão são uma boa estratégia atemporal para valorização do ser feminino e enfrentamento da violência contra a mulher. Por esse motivo, faço uso deles no meu cotidiano de trabalho, promovendo rodas de conversa, um círculo de mulheres a fim de fomentar esse diálogo.

Retomando o passado, a preocupação em ofertar a atenção em saúde de qualidade às mulheres, aumenta com a incidência e o impacto dos fatores epidemiológicos negativos que afetam a saúde dessa população específica na década de 1980, situados agora no contexto da Reforma Sanitária, onde se constata que, apesar da queda da taxa de fecundidade, como enfatizado na época, ocorre elevação da morbidade e da mortalidade por causas maternas e perinatais (BRASIL, 1984).

Então, faz-se crítica ao sistema de saúde, o qual se encontraria desatento aos aspectos integrais da saúde da mulher, limitado ao período gravídico-puerperal e, mesmo assim, com atendimento deficiente, relegando a segundo plano algumas demandas. Citam-se: “[...] prevenção e tratamento de doenças de transmissão sexual; repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada; abortamento e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade” (BRASIL, 1984, p. 5).

Nesse tempo e desde a década de 1970, o movimento feminista internacional ganha intensificação. A Organização das Nações Unidas (ONU) declara o ano de 1975 como o Ano Internacional das Mulheres. Do mesmo modo, foi organizada a primeira Conferência Mundial sobre as Mulheres, na Cidade do México. Com o impulso da Conferência, os anos de 1976 a 1985 foram declarados a Década da Mulher. Em 1979, a Assembleia Geral adotou a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), descrita frequentemente como Carta Internacional dos Direitos da Mulher (ONU Mulheres, 2020b).

No Brasil, o Ministério da Saúde indica que o serviço de Saúde Básica, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), se adapte à integralidade do cuidado à saúde, definido pelo atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e à oferta de atividade de atenção integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas ao aprimoramento do controle pré-natal, do parto e puerpério. Fica caracterizada mais

uma contradição política, pois o foco segue na mulher que é cuidada a partir do seu corpo reprodutor. Esse programa, mais à frente, por recomendação ao Brasil por parte do CEDAW (ONU Mulheres, 2020b) é transformado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 1984).

A Segunda Conferência Mundial foi realizada em 1980, em Copenhague (Dinamarca) e tinha, como programa de ação, a adoção de medidas para assegurar o domínio e o controle de propriedade das mulheres, direitos relacionados à herança, à guarda dos filhos e à perda de nacionalidade. Em 1985, foi convocada a “Conferência Mundial para a Revisão e Avaliação das Realizações da Década das Nações Unidas para a Mulher: Igualdade, Desenvolvimento e Paz” que se realizou em Nairóbi (Quênia) e tinha como ponto crucial o movimento pela igualdade de gênero, finalmente com reconhecimento global. A Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres, realizada em Pequim (China), em 1995, foi onde se deu uma relevante definição, “[...] os direitos das mulheres como direitos humanos” e se comprometeu com ações específicas para garantir o respeito desses direitos (ONU Mulheres, 2020b).

Sobretudo, diante dessa afirmação da IV Conferência, houve desvio de foco da disputa de gênero que penetra e endossa o viés da diferenciação biológica, do ser reprodutor, doméstico, mas a assertiva da luta de direitos como questão de igualdade entre os seres humanos, conferindo autonomia e cidadania. Sendo assim, enfoca-se o acesso aos direitos em perspectiva ampla, como a educação, moradia, saúde, trabalho, divisão das tarefas domésticas, adoção de ações equitativas com respeito às diversidades, além de ocupar espaços públicos de poder por merecimento, dentre outros.

A Constituição Federal Brasileira já prediz que se deve promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, enquanto o artigo 5º determina que homens e mulheres são iguais em seus direitos e obrigações (BRASIL, 1988, p. 2; ONU, 2018).

Adiante, agora já na vigência do SUS, pensando no recorte da minha pesquisa, cito o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), cujo objetivo primordial é: “[...] assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2002a, p. 5). Esse programa é instituído pelo Ministério da Saúde, após análise das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no pós-parto, levando em consideração as características epidemiológicas.

O referido programa, ademais, define o conceito de humanização, que pode ser compreendido em dois aspectos imprescindíveis, um, como o dever das unidades de saúde em acolher com respeito e dignidade a mulher, seu bebê e sua família, em atitude ética e solidária por parte dos profissionais; outro, como o compromisso na adoção de práticas em saúde mais seguras e menos intervencionistas durante o parto e nascimento, na prevenção de riscos ao binômio mulher e recém-nascido (BRASIL, 2002).

Sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004, p. 59):

As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar.

A política supracitada, PNAISM, reconhece existir lacunas entre as proposições e o que é evidentemente realizado no âmbito da saúde da mulher. Tendo em vista a agenda ampla, a priorização atribuída às ações voltadas à redução da mortalidade materna desfocou as demais ações, como:

Atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas (BRASIL, 2004, p. 18).

Discute-se também a necessidade de ampliar as ações quanto às singularidades: atenção às mulheres rurais, àquelas com deficiência, às negras, às indígenas, às presidiárias e às lésbicas, assim como a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente. Essa consideração das diferenças, nos tempos atuais, se faz relevante devido ao caminho que problematizamos até aqui, que propaga a noção hegemônica, histórica, cultural de que a maternidade seria inerente ao ser mulher e que a deixaria incompleta caso não vivesse tal experiência (COSTA e STOTZ, 2006).

Em 2003, foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) e elaborado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), que tem como versão mais recente a de 2013-2015. Trata-se de documentos oficiais com poder político e jurídico, que estabelecem normas especiais e específicas para a defesa dos direitos das mulheres. A correlação temporal com o período de publicação, permite compreender em que momento e

foco estava situada a luta e as conquistas desbravadas pelas mulheres e a resposta do Estado perante isso. A saber mais, os escopos dos três planos (2005; 2008; 2013), respectivamente, enfatizam: redução das desigualdades de gênero e raça; aumento da participação das mulheres nos espaços de poder; e autonomia e igualdade para as mulheres. O PNAISM foi totalmente assimilado pelo PNPM para as estratégias de saúde integral das mulheres (SOUSA, 2018).

Conquanto, ao analisar as proposições dos três planos, Souza (2018) pondera as fragilidades que ainda repercutem quanto à garantia da integralidade, pois, apesar de os planos trazerem mais ações com a finalidade de alcançar as mulheres conforme a diversidade, os avanços se mostram superficiais e insuficientes quanto à equidade em saúde diante das condições de vulnerabilidade. Tal situação implica as desigualdades entre as mulheres e os grupos de minorias étnicas mais vulneráveis; ainda com predomínio da visão de saúde da mulher atrelada à saúde materna. Expõe que são poucas as ações intersetoriais, defende a necessidade de mais políticas de saúde que alcancem as diversidades e o que já foi proposto internacionalmente, como o respeito aos direitos humanos das mulheres, em que está incluído o direito à saúde que faz interação com os direitos sociais, como condição de cidadania.

Após revisão dos vinte anos da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher (1995), adotou-se a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, na qual se admitiu que não há a plena igualdade de gênero em nenhum país do mundo, bem como a necessidade de combater as desigualdades e discriminações contra meninas e mulheres, que se associam à violência e restringem o acesso à saúde, à educação, à participação política e ao trabalho digno. O 5º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) tem como meta o alcance da igualdade de gênero e o empoderamento de todas mulheres e meninas; além disso, os países adotaram nova meta, contida no ODS 3, para reduzir ainda mais a taxa de mortalidade materna global (ONU, 2020c; ONU, 2018; OPAS, 2020).

A mortalidade materna tem se revelado um grande desafio a ser enfrentado por nosso país. A taxa de óbitos maternos chegou a ser reduzida em 2013 a 59,3 para cada 100 mil nascidos vivos; em 2017 alcançou o valor total de 64,5, segundo dados consolidados e divulgados pelo Ministério da Saúde em 22 de maio de 2019 (BRASIL, 2019b). Para entender essa ocorrência, se faz necessário pensar acerca das causas da mortalidade. Dentre as principais complicações, representadas em 75%, estão: a hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia); as hemorragias graves (principalmente, após o parto); as infecções (principalmente, puerperais); as complicações no parto e os abortos inseguros (OPAS, 2020).

Como se pode conjecturar pelos números, o que mata as mulheres é a desassistência. Parece persistir o olhar secundarizado ao corpo feminino, visto que as principais causas das mortes são evitáveis, derivadas de complicações que podem se iniciar durante a gravidez e serem agravadas após o parto, ou complicações que acontecem no parto e puerpério passíveis de serem diagnosticadas e tratadas.

Outro fator importante diante da informação anterior é que há diferenciação por raça/cor na proporção das mortes maternas, pois, em 2017, foram 40,6 mortes de mulheres negras e 34,5 de mulheres brancas, na faixa etária de 20 a 29 anos; já na faixa etária de 15 a 19 anos, 27,6 mulheres indígenas morreram e 12,829 foi o número de óbitos maternos das mulheres brancas (ONU, 2018; BRASIL, 2017a).

Essa desigualdade é também verificada na atenção pré-natal, pois 84,9% das mulheres brancas tiveram acesso a, no mínimo, seis consultas, seguidas das negras com percentual de 69,8%, enquanto as indígenas totalizaram apenas 36,2%, enquanto 11,4% destas, não realizaram sequer uma consulta na gestação (BRASIL, 2017a).

Nesse sentido, a ONU é a entidade mundial que se propõe a mobilizar os países a fim de garantir os direitos humanos e objetiva fazer cumprir as metas acordadas. A ONU Mulheres foi criada em 2010 e se apresenta como liderança global para igualdade de gênero e empoderamento das mulheres e meninas; trabalha com as premissas fundamentais de que as mulheres e meninas ao redor do mundo têm o direito a uma vida livre de discriminação, violência e pobreza, e de que a igualdade de gênero é requisito central para se alcançar o desenvolvimento (ONU Mulheres, 2020a).

Desse modo, no decorrer dos anos, as publicações do Ministério da Saúde foram sendo reposicionadas, tentando se adequar às exigências do movimento mundial relacionadas à saúde da mulher, demonstrando ênfase à atenção humanizada no trabalho em saúde, na consideração da igualdade de gênero, no respeito às diversidades. Porém, diante dos dados informados, essas ações precisam ser intensificadas.

No campo prático, a teoria necessita ser plenamente implementada e continuada para que as ações sejam efetivamente sustentáveis, pois, tendo como foco a saúde, ainda são recorrentes as barreiras de acesso aos serviços de saúde. Existe ainda o despreparo e a falta de capacitação profissional para o acolhimento das demandas da população atrelada à falha da gestão e à avaliação dos serviços prestados, resultando na desconsideração do princípio da equidade, na desatenção ao estabelecer prioridades diante das especificidades; a descontinuidade dos serviços sensíveis às influências e mudanças políticas; a necessidade de

mais ações intersetoriais aplicadas para assegurar a integralidade. E, mais, a compreensão de que nosso país possui uma história bem peculiar, de origem indígena, além de ter sido colônia de exploração, arraigada na cultura patriarcal, e padeceu longos anos em regime de escravidão, com consequências até o momento não totalmente libertas dessas sequelas.

Em 2011, foi instituída no âmbito do SUS, a Rede Cegonha (BRASIL, 2011, p.2):

[...] consiste numa rede de cuidados que visa assegurar o direito à mulher, seja no planejamento reprodutivo, na atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como, à criança, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Embora a portaria trate dos direitos da mulher no ciclo reprodutivo e da criança até os vinte e quatro meses, menciona, como princípios, a inclusão de outros enfoques sobre direitos humanos, sexuais, reprodutivos das mulheres e homens, jovens e adolescentes; o respeito à diversidade cultural, de etnia e de raça; sobre o gênero; a participação e a mobilização social, além da compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil (BRASIL, 2011).

Saliento, também, como pertinente a esta pesquisa, a existência do Componente Pré-Natal descrito na referida Rede Cegonha, que preconiza:

- a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico. (BRASIL, 2011, p. 3).

Dessa forma, a política pretende ter como objetivo, a organização da rede de atenção à saúde da mulher e da criança, com articulação em distintos pontos de atenção à saúde para fins de garantir o acesso, o acolhimento e a resolutividade, possibilitando o provimento contínuo de atenção para essa população em determinado território (BRASIL, 2011).

No tocante à legislação vigente, cito algumas leis que favorecem os direitos da mulher em diferentes segmentos:

Quadro 1 – Legislação nacional, igualdade de gênero e o empoderamento de mulheres

Lei no. 9.504/1997	Estabelece normas para as eleições.
Lei no. 10.778/2003	Lei da Notificação Compulsória dos casos de violência contra a mulher que forem atendidos em serviço de saúde pública ou privada.
Lei no. 11.340/2006	Lei Maria da Penha, cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.
Lei no. 12.015/2009	Dispõe sobre os crimes contra a dignidade sexual.
Lei no. 12.034/2009	Altera lei 9.504/1997 e inclui como objetivo promover e difundir a participação política feminina (entre outros).
Decreto no. 7.393/2010	Dispõe sobre o funcionamento do Ligue 180 – Central de Atendimento à Mulher.
Decreto no. 7.958/2013	Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.
Lei no. 12.845/2013	Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. (continua)
Decreto no. 8.727/2016	Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.
Emenda Constitucional no. 72/2013	Estabelece a igualdade de direitos trabalhistas entre os/as trabalhadores/as domésticos/as e os/as demais trabalhadores/as urbanos e rurais.
Lei no. 13.104/2015	Altera o art. 121 do Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei de Crimes Hediondos, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.
Lei Complementar no. 150/2015	Dispõe sobre o contrato de trabalho doméstico.

Fonte: Elaboração própria, segundo ONU (2018, p. 21).

Em vista do que foi exposto, é direito da mulher ser atendida com respeito e dignidade pelos serviços de saúde, livre de julgamentos que reproduzem as violações e violências sofridas. Essa atenção deve ser inclusiva, não somente fragmentada para o ciclo reprodutivo, mas sim ampliada a todos os ciclos de sua vida, de modo a considerar a diversidade, o que não significa homogeneizar os grupos de múltiplas realidades e origens; e deve ter preservada a sua individualidade, sendo encorajada a compartilhar esse momento de cuidado com sua família ou com quem for de sua escolha.

Seguindo essa reflexão de respeito à individualidade, característica associada à maternidade, que também é reproduzida na cultura popular e, até mesmo, no espaço dos serviços de saúde, significa atribuir um sentido romântico e de dom sagrado à maternagem. Ora, sabemos as muitas questões sociais e culturais que envolvem essa experiência e como ela é

particular na vida feminina. Desse modo, é preciso atentar para práticas enraizadas que disseminam julgamentos e culpabilização apenas da mulher nesse processo.

Para tal, já há um movimento na atualidade de “desromantização” da maternidade, ou melhor, de rompimento com a ideologia de instinto maternal como sentimento natural a toda e qualquer mulher, o que pode ser visto como mais uma disputa para a igualdade de gênero e a preservação dos direitos (LAUXEN; QUADRADO, 2018).

É nesse sentido que apresento mais uma narrativa do vivido em meu cotidiano de cuidado pré-natal...

*Isis<sup>1</sup> havia começado o pré-natal logo no primeiro trimestre, com um pouco mais de nove semanas. Chegou com as imagens da ultrassonografia custeada por meios próprios. Estavam ela e a filha de dez anos. Logo, retiro um banco de ferro de pintura branca desgastada, alto, que fica embaixo da maca e posiciono à frente do armário de vidro para a menina sentar, o que faz com satisfação. Volto-me à Isis, me apresento e peço que fale sobre ela e sua gravidez. É uma mulher bonita, a pele de cor parda, tem cabelos negros e longos, que formam ondas e cachos, alguns fios desalinhados; de estatura baixa, usa um vestido de algodão frouxo no corpo, num estampado miúdo de tom azul. A menina parece pouco com ela, de pele mais escura, os dentes bem branquinhos, um sorriso que não sai dos lábios, o cabelo emaranhado, longos e negros. Ela inicia a sua fala; parece confusa, acelera a fala e conta que está nervosa. Peço que se acalme, ajudo-a, recontando o que acabou de me falar e ela confirma. Batem forte na porta, peço que entre, param de bater e ninguém abre. Acontece algumas vezes nas consultas, acho que é por ser a primeira porta da unidade. Prossigo; e aí me diz que não esperava estar grávida depois de dez anos, com trinta e quatro anos de idade; pensava em ter uma única filha. Fala que se enrolou tomando a injeção, mas afirma assim, como se estivesse falando para si própria: - “Vai dar tudo certo! Está tudo bem!” Pergunto como está se sentindo com a gravidez agora e como a família recebeu a notícia. Relata que o susto da descoberta já passou; está morando com o pai do bebê, com quem se relaciona há dois anos e que ele e sua família estão felizes com a notícia. Sinto sinceridade ao falar do companheiro e da família. Mas sua fala é nervosa; eu a ouço, mas quando falo parece não me ouvir, me interrompe, atropela a minha fala, as orientações, fala junto comigo. Repito que não deve se sentir culpada com seu susto na descoberta da gravidez e digo que é muito bom ter o apoio da família. Agora, me pergunta sobre o que tem sentido fisicamente, como cólica, que está estranha, nervosa, que não se lembra se era assim na primeira gravidez e, quando começo a responder, me interrompe novamente, fala rápido e sem pausa, demonstra não ouvir e não entender o que falo, mais uma vez. Já sinto irritação, respiro fundo e peço para me ouvir com calma, que fale mais devagar. Pede desculpas; digo que não precisa se desculpar, mas aumenta meu incômodo interno naquele momento. Será que percebeu minha irritação? Respiro mais uma vez, e ela prossegue sua fala rápida, confusa; respondo ao que me questiona; novamente fala junto comigo, não me ouve, é o que parece. Silêncio, silenciemos. Sigo adiante com a consulta, faço o registro e o exame físico. Sua filha, que nos assistiu, quebra o silêncio, se aproximando da mãe carinhosamente, me olha e sorri; retribuo. Finalizo o atendimento, entregando o cartão, dizendo a data de retorno, elas se vão. Eu fico. Penso que tive dificuldade nessa abordagem, penso em ser mais paciente no próximo encontro. Ela*

---

<sup>1</sup> Nome fictício. Ísis é o nome de uma deusa feminina. Todos os nomes apresentados nas narrativas são fictícios. Busquei nomear as personagens com nomes de deusas do feminino com o intento de homenagear aquelas que me inspiraram a contar essas histórias.

*comparece à consulta seguinte, não fez os exames que pedi, pois perdeu o papel da requisição. Depois da segunda consulta, falta a terceira e não retorna para remarcar. Peço a sua ACS que realize visita de busca ativa. Ela retorna desacompanhada: não fez exames, fez um ultrassom particular, é outra menina. Pergunto como anda a vida, o que aconteceu com ela e o porquê de não ter feito os exames. Olho em seus olhos, desvia o olhar, começa a chorar e me diz que sua mãe falou a ela que não podia me contar o que sentia, não era problema de “doutor”. Mas disse: – “Não gostaria de estar grávida! Não tem nenhum problema comigo! Estou bem, meu marido está feliz, empregado, minha família está feliz com a notícia e todos me tratam bem. Eu que não gostaria de estar grávida novamente! Só queria a minha filha mesmo! Tomei um chá, mas não deu certo!” Olho-a, sinto compaixão e me desobrijo da função de lhe dar alguma resposta. Percebo que nem ela espera isso, mas me agradece por tê-la escutado. Seguro suas mãos suadas; nos despedimos.*

### 3.3 NAS INTENSIDADES DO CUIDADO

[...] O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida.

Cuidado significa então desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. Como dizíamos, estamos diante de uma atitude fundamental, de um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude. [...] (BOFF, 2014, p. 103).

Retomo, nesse momento, algumas reflexões já desenvolvidas no primeiro capítulo, com a intencionalidade de me aprofundar nas intensidades que estão por vir, na discussão sobre o cuidado, que na minha compreensão, trata-se da temática central desta pesquisa.

No debruçar das leituras, consegui perceber como se deu o processo histórico de dessubjetivação dos sujeitos pelo campo da saúde com a instituição da ciência moderna, o fragmento dos corpos e a reificação da práxis; em suma, houve uma desnaturalização da vida.

Luz (2005) apontou uma dupla crise na saúde e na Medicina na contemporaneidade, detectada na segunda metade do século XX e agudizada nos últimos vinte anos. A autora discorre que a crise da saúde é resultante do domínio capitalista da sociedade e, conseqüentemente, do aumento das desigualdades sociais, com prejuízo dos valores éticos e de humanidade, priorizando-se o consumo, os bens materiais e o individualismo.

Quanto à crise na Medicina, enfatiza-se a objetivação da relação médico-paciente ou terapeuta-paciente, a mercantilização dessa relação, tomando o outro como um consumidor de bens médicos e não como sujeito adoecido com múltiplos fatores determinantes (LUZ, 2005).

Além disso, Mendes (2012) discorre sobre a crise contemporânea dos sistemas de atenção em saúde, comentando que há desajuste na oferta da atenção em saúde de acordo com a demanda, pois os problemas de saúde são tratados prioritariamente diante das respostas

agudas e, por vezes, a agudização das condições crônicas, além da inobservância da necessidade de acompanhamento contínuo a longo prazo e explica a razão dessa crise:

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde manifesta-se, inequivocamente, no SUS. A razão é que uma situação de saúde de transição demográfica acelerada e de tripla carga de doenças, com predomínio relativo forte de condições crônicas, tem tido uma resposta social inadequada efetivada por meio de um sistema de atenção à saúde fragmentado, voltado para as condições agudas, reativo, episódico, focado na doença e sem uma participação protagônica das pessoas usuárias no cuidado com sua saúde (MENDES, 2012, p. 43-44).

Sobre a tripla carga de doenças, trata-se da sobreposição de várias causas para o adoecimento no mundo contemporâneo, como as doenças infecciosas; doenças crônicas e fatores de risco (tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, sedentarismo, obesidade, alimentação inadequada); desnutrição, problemas de saúde reprodutiva e o forte crescimento das causas externas, os acidentes e as violências (MENDES, 2012).

Para Boff (2014, p. 18) vivemos uma crise civilizacional generalizada, ou seja, “[...] um difuso mal-estar da civilização. Aparece sob o fenômeno do descuido, do descaso e do abandono, numa palavra, da falta de cuidado”. Contudo, sinaliza que, ainda assim, existem pessoas dispostas a mudanças significativas em todos os lugares, as quais se orientam por um novo sentido de viver e atuar, imbuídas da crença de um caminho coletivo (BOFF, 2014).

É nessa lógica que o mesmo autor, apoiado nas reflexões do filósofo Martin Heidegger, traz o conceito:

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. (BOFF, 2014, p. 37).

Desse modo, o cuidado é pensado na dimensão ontológica, quer dizer, inerente ao ser humano, como parte de sua natureza, sem estar desconectado de si, faz parte de sua constituição, acompanhando-o ao largo de sua vida. Sendo assim, o cuidado deve ser colocado em tudo, na nossa capacidade de sentir o outro, na compaixão pelos seres que sofrem, no respeito às subjetividades, despertando criticamente quanto às relações utilitaristas, de objetificação das pessoas enfocadas sob uma racionalidade fria (BOFF, 2014).

No campo da saúde essa dimensão ontológica está presente? De algum modo reconheço essas características na minha atitude cuidadora como enfermeira na atenção pré-natal?

Agora, problematizo a discussão sobre o cuidado de Enfermagem. O cuidado é dito como o objeto de estudo e do trabalho da enfermagem e, isso, foi repetido ao longo da minha graduação, além do âmbito do trabalho, como o jargão: ‘Somos gente que cuida de gente!’.

Entretanto, quando falamos desse cuidado, abordamos as necessidades humanas básicas, como a higiene, o sono, a nutrição, a mobilização do corpo, a mudança de hábito, os curativos, as eliminações e outros. Logo, trata-se de um enfoque igualmente tecnicista, que não caracteriza o sujeito da relação (TEIXEIRA, 2000; MACHADO e COLVERO, 2003).

Contudo, ainda que esse cuidado seja executado normativamente, no decorrer das minhas vivências, percebo que em muitas situações, seja à beira do leito hospitalar ou no espaço do consultório e no território, o usuário se aproxima da enfermagem e se dispõe a queixar-se por vezes de sinais e sintomas físicos, que são dados significativos para a leitura do que emana do subjetivo. Proponho que façamos desses momentos as oportunidades de análises críticas do que ouvimos.

Teixeira (2000) aborda a dimensão subjetiva no cuidado em enfermagem, ressaltando a emergência do conhecimento das emoções, de modo a proporcionar ao sujeito o contato com seus sentimentos, com seu corpo e a autonomia no processo de cuidado e de cura, o que é viável em todos os espaços onde se expressa o diálogo.

Nesse contexto, são três as dimensões da gestão do cuidado em saúde, segundo Cecilio (2009): a profissional, a organizacional e a sistêmica. Na dimensão profissional é onde se dá o encontro do trabalhador com o paciente, na qual está presente a intersubjetividade dos sujeitos; enquanto a organizacional pode proporcionar uma nova responsabilidade gerencial, que facilite espaços de conversação, de troca, desde o estabelecimento de fluxos de pacientes à normalização de processos de trabalho. Com isso, há interdependência dessas duas dimensões. Por sua vez, na perspectiva macro, sistêmica, fala-se no conjunto de serviços de saúde, com suas funções, tecnologias e fluxos.

A preocupação com a gestão de um cuidado mais centrado no objeto desse cuidado, ou seja, a pessoa atendida, ainda com atravessamentos normativos/instrumentais, mecanização dos serviços e alta tecnologia, é facilitadora de maior aproximação e conhecimento das necessidades do outro. Essa gestão, quando participativa e comunicativa, permite maior estímulo ao vínculo dos atores abrangidos nessa atenção.

As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser definidas conforme Merhy (2002) como **leves**, produtos do campo relacional, do diálogo que vincula, acolhe e autonomiza, da gestão que governa processos de trabalho; como **leve-duras**, o conhecimento científico

envolvido na clínica do saber profissional; e **duras**, que se referem aos equipamentos e à tecnologia em saúde.

Todavia, a dimensão em que desejo me centrar com o apoio das narrativas do cotidiano vivido, é a que se dá no campo profissional/relacional do espaço intercessor, de tecnologia leve, onde transcorrem os afetos e as afetações do trabalho vivo. Caminhando nessa direção, retorno às reflexões sobre as singularidades que ocorrem na intimidade do encontro do cuidado pré-natal, o norte da minha pesquisa.

Nessa ótica, na oportunidade do encontro com a mulher grávida, além dos cuidados protocolados, o entendimento de suas especificidades é impulsionador para a compreensão de suas necessidades de modo abrangente, permitindo um olhar mais desprovido de julgamentos. Para Ayres (2001), é imprescindível expandir a atitude cuidadora e conhecer os projetos de felicidade para que haja a fusão entre as expectativas e os desejos do profissional e do indivíduo, o compartilhamento de horizontes na construção da saúde e, assim, alcançar o “sucesso prático”, quer dizer, a ideia que antagoniza o “êxito técnico”, que se caracteriza como o sucesso em “como fazer”, pois é mais fácil definir como prevenir agravos do que como promover a saúde.

A enfermagem busca conhecer os desejos e os projetos de felicidade da mulher grávida?

### 3.4 A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES

Deixa transparecer, vai?!  
 Vai descortinar minh'alma  
 Olhos marejados não escondem  
 O calor do coração  
 Gratidão!  
 Cumprida parte da missão  
 Das muitas que vão vir  
 Chegara encabulada  
 Normal ser renegado  
 Nesse mundo que  
 Não te quer por aí  
 Olha, mulher,  
 Estamos aqui  
 Fotografaram-nos  
 O que foi revelado?  
 (Autoria própria, 25/02/2019)

Nesse momento, já consigo perceber o meu caminho como pesquisadora. Quando decidi pelo tema, ainda não identificava de que modo poderia contar essas histórias vividas na privacidade das minhas consultas. Sabia da intensidade desses encontros, que, ao terminarem, me provocavam sentimentos agudos e ressonantes, o “corpo vibrátil” de Rolnik (2014), ao

passo de sustentarem o sentido do meu trabalho diante do desmoronamento da Atenção Primária no meu município de trabalho.

Esses afetos me tocavam vivamente e, para chegar até aqui e contar essa história, reconheço que houve e tem acontecido um processo de autoconhecimento e este é móvel, fluente e contínuo, como o “Rizoma” de Deleuze e Guattari (1995), apesar de antes desse exercício, antes do mestrado, pensava estar parada no mesmo lugar há quase dez anos.

As leituras me proporcionam a nomeação dos meus afetos. Dialogam com minha prática em uma totalidade na qual apreendo novos conceitos, consciente das suas legitimidades, como se desnudassem a intimidade dos meus encontros profissionais e, mais, clarificam a minha atuação.

O que posso dizer diante disso, que visualizo na minha pesquisa um processo de sofrimento, ao mergulhar na profundidade dos meus sentimentos, de mil platôs (DELLEUZE e GUATTARI, 1995), mas também uma experiência enternecedora de organizar em mim o que vivo e, ainda, compartilhar essas histórias com a potência de me conectar com outras histórias que acontecem como as minhas, dentro do caos dos cotidianos enfrentados.

Assim, discuto o conceito de subjetividade, dizendo que durante esses encontros interessantes existe troca, calor, vida; há sujeitos implicadamente envolvidos, num compasso de integração, de modo que um já faz parte do outro, provocando mudanças de como ser no mundo. Com isso, divido a realidade que visualizo.

Para tal, Franco e Merhy (2013, p. 158) enfatizam que a produção de subjetividade se dá por “fatores de afetivação” e que estes são acontecimentos que impactam o microcosmo, chegando ao sujeito e sua forma de significar o mundo, que resulta em um processo de subjetivação do meio social e de si.

De certo que a minha atuação como enfermeira no cuidado pré-natal foi sendo construída no decurso desses anos. Como especialistas em saúde da família, nós, as (os) enfermeiras (os), iniciamos a atenção pré-natal com domínio dos protocolos assistenciais. À medida que a experiência prática vai se consolidando, essa práxis pode se tornar repetida, porém reúne a isso o conhecimento advindo do trabalho na maternidade; a vivência pessoal do ser mulher e mãe nos dias atuais; a minha personalidade reflexiva no universo; o vínculo ao longo do tempo com as famílias do meu território. Visualizo que esses caminhos, contribuíram para minha formação e permanência como trabalhadora, cuidadora afetada e, agora, cartógrafa.

Tais experiências possibilitaram a formação da minha “caixa de ferramentas”, como descreve Merhy (2002, p. 118), que “[...] é entendida como o conjunto de saberes de que se

dispõe para a ação de produção de atos de saúde, utilizadas para a conformação do cuidado pelos trabalhadores de saúde, individualmente ou em equipes [...]”. Estes saberes facilitam a compreensão do problema de saúde enfrentado e a escolha da solução mais adequada para o usuário durante o processo de trabalho.

Esse percurso percorrido pode ser denominado território existencial, que é constituído pelo referencial ético político pertencente e desenvolvido em cada trabalhador e este está embutido no indivíduo, de maneira que, independentemente do local em que execute o cuidado, carrega em si a capacidade construída para o acolhimento, para o vínculo e um cuidado-cuidador, ou não, também podendo ser o contrário. O território existencial vive no sujeito e vai gerar seu modo cuidador em conexão ética com o universo e o jeito de ser no cosmos. Portanto, há certa liberdade de atitude no ato do trabalho vivo do trabalhador; há produção de desejos para a ação produtiva, os quais vão formando a realidade social do mundo do cuidado que habita (FRANCO e MERHY, 2013).

Esse processo não se dá de forma estanque, pois é fluido, circular, está em movimento, ainda que não resulte no cuidado-cuidador. São adotados os ditos planos de consistência, entre o trabalhador e o usuário, o campo invisível do cuidado em saúde que configura as intensidades, os platôs dessa relação, os fluxos circulantes entre eles, a produção do cuidado em si (DELLEUZE e GUATTARI, 1995; FRANCO e MERHY, 2013).

[...] cada um destes devires assegurando a desterritorialização de um dos termos e a reterritorialização do outro, os dois devires se encadeando e se revezando segundo uma circulação de intensidades que empurra a desterritorialização cada vez mais longe (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 18).

Para contribuir com o entendimento, acrescento a definição de Rolnik (2014, p. 36):

Movimentos de territorialização: intensidades se definindo através de certas matérias de expressão; nascimento de mundos. Movimentos de desterritorialização: territórios perdendo a força de encantamento; mundos que se acabam; partículas de afeto expatriadas, sem forma e sem rumo.

Com a aprendizagem desses conceitos de desterritorialização e reterritorialização, identifiquei em minha vivência esses movimentos, principalmente quando me deparei com a desconstrução do meu campo de trabalho durante a crise salarial que vivemos; o sentimento de desânimo é coletivo entre os profissionais de saúde da família, buscando, como estratégia de sobrevivência, novos caminhos. Percebo que consegui ressignificar o sentido do meu cuidado,

reterritorializando-me paulatinamente, contudo mantendo a permanência do meu território existencial, que faz o meu compromisso ético com o mundo.

É diante desse fluxo, que compreendo, cada vez mais, a pertinência da cartografia no meu estudo. Como representar a vivacidade dos platôs experimentados, as intersubjetividades dos encontros, se não através das narrativas?

Entendemos que os instrumentos cartográficos têm sensibilidade suficiente para captar a realidade da produção do cuidado no seu formato mais próximo do real, perto do caos, nos encontros onde se produzem os fluxos de intensidades, a produção de afetos, as tecnologias que revelam a face organizada dos saberes aplicados à produção do cuidado, enfim, a cartografia possibilita adentrar o complexo mundo singular e ao mesmo tempo múltiplo do cuidado em saúde (FRANCO; MERHY, 2013, p. 160).

Mediante ao que foi exposto, compartilho uma narrativa experienciada, que, talvez, tenha sido a mais significativa para o meu caminho nessa pesquisa.

*Atenas é irmã gêmea de Artêmis. Atenas é técnica de enfermagem, cadastrada em nossa área; realizou todo o acompanhamento pré-natal conosco e na rede privada, tem o plano de saúde da empresa. Trabalha em um centro pediátrico na zona sul da cidade do Rio de Janeiro. Quando Atenas já estava com a gestação no termo, em consultas semanais, chegou Artêmis. Atenas me avisou que sua gêmea não estava bem, se fechava isolada no quarto e não falava com ninguém; quando insistiam em falar com ela, respondia com grosseria, em poucas palavras. Assim, me pediu para ajudá-la, conversando com ela, durante a consulta pré-natal. Além das gêmeas, há uma terceira irmã, mais nova, a Hera, que também estava no terceiro trimestre de gravidez, mas com menor tempo do que Atenas. Hera estava na segunda gestação realizando o pré-natal comigo. Na primeira gravidez, que ocorreu no ano anterior, pouco deu importância ao pré-natal: faltava às consultas, não trazia exames, não seguia as orientações e sua ACS reclamava do desinteresse dela durante as visitas domiciliares (VD). Hera e Artêmis se afinavam, andavam juntas. Na primeira consulta de Artêmis, entraram as três pessoas na pequena sala: a grávida, a filha mais velha, uma menina negra, magrinha, de cabelos curtos e um riso solto, aparentando uns dez anos; e um rapaz alto, magro, de pele parda, cabelo com corte desenhado e as pontas pintadas de amarelo. Foi a única vez em que o vi, o pai do bebê de Artêmis. Acomodei os três sentados ao meu redor, e, isso significa que quase encostávamos uns nos outros; por vezes, as muitas pernas esbarravam nas minhas. Conversavam alto entre si, pareciam ignorar a minha presença, enquanto de cabeça baixa, eu fazia os inúmeros e repetidos registros da primeira consulta. Já incomodada, pedi para que falassem mais baixo, tendo a devolutiva de olhares curiosos. Quando Atenas me falou de Artêmis já havia acontecido essa primeira consulta. Na segunda consulta, compareceu Artêmis acompanhada de Hera, pois Atenas já havia ganhado o bebê. Elas entraram e se sentaram; Artêmis, na cadeira à minha direita, recostou-se, quase jogando o corpo, descendo os joelhos, como se fosse deitar; Hera, no banco alto de ferro branco descascado, à frente do armário de vidro, a única posição em que consigo acomodar os acompanhantes sem atrapalhar a abertura da porta ou o nosso movimento no local, mas, quando me levanto para realizar o exame físico na maca, os acompanhantes se sentam no lugar do paciente, devido ao pequeno espaço. Como havia sido alertada por Atenas, me preparei, escolhendo a abordagem das palavras mentalmente para esse encontro. Tentei me despir mais dos conceitos já formulados sobre a família e iniciei perguntando a Artêmis como ela*

estava, dizendo que parecia desanimada pela forma como se sentou na cadeira e, pela expressão séria, parecia preocupada. Perguntei pelo parceiro; me respondeu sem rodeios, “terminamos”. Perguntei como estava diante disso e se era isso que a afligia. Deu de ombros e me respondeu que “não” e que não era essa “a praia dela”, sem me explicar exatamente. Daí, contei que Atenas estava preocupada com ela e pediu que conversássemos. Disse que gostaria que me contasse a sua história. Assim, ela me atende e inicia uma longa narrativa sobre sua vida, desde a infância. Começa com um tom de voz baixo, mas depois se solta e muda a postura na cadeira, levanta o tronco e a voz; às vezes, o tom da voz fica agressivo. Hera nos observa, ora consente com a cabeça, ora complementa de forma breve o discurso da irmã. As três irmãs são negras; as gêmeas são altas e esguias, Hera é mais baixa, com tom de pele um pouco mais claro, veste uma blusa curta, tipo um “top”, um abdome gravídico volumoso e de pele brilhante à mostra; usa um short de jeans claro com o botão aberto e calça chinelos. Artêmis está com cabelo amarrado para trás, veste um casaco largo (está calor!), short curto e chinelos. Ela me conta que a avó materna a mandou, junto com sua irmã gêmea, a um colégio interno na zona sul do Rio de Janeiro, aos seis anos de idade. Não demonstra sentir raiva da avó e me diz que era a única carinhosa da família. Ela mesma justifica que a mãe não ligava para elas, vivia na rua, sumia nos finais de semana, ficava bêbada, não fazia comida para os filhos. Era um colégio de freiras e saíam para visitar a família a cada quinzena. Disse-me que lá tinham boa alimentação, aulas variadas, rotina rigorosa e horários a cumprir. Fala enfaticamente das grades altas do colégio, que conseguia ver as crianças do colégio externo que ficava em frente e o movimento dos pais indo buscá-las diariamente. Tais crianças, barulhentas, causavam pânico nela e me diz odiar crianças até hoje. Fala que sua filha é carinhosa, mas que não consegue retribuir o carinho e fica enjoada quando se aproxima dela. Certa vez, aos quinze anos, disse que, ao visitar a família, contou à mãe que odiava o colégio e sentia-se mal lá. Relata que, nessa época, sua mãe se sentia culpada de mantê-la lá. A avó já havia falecido e, assim, permitiu que saísse, abandonando, também, os estudos. Atenas desejou ficar, concluindo o segundo grau. Após isso, fala que “ganhou o mundo” e sentia-se um “bicho solto”. Experimentou várias relações, com garotos e garotas, ficava na rua, frequentava bailes, se apaixonou, engravidando da primeira filha, enquanto a relação com a mãe continuava sempre conflituosa. Acusava-a por estar desse jeito, sem controle das emoções. Fala com revolta e, com o apoio de Hera, que as duas não eram as preferidas da mãe, que já passaram fome, comendo arroz com “tapuru” (larvas de mosca), deixado por ela. Demonstra ciúme da irmã gêmea. Disse que ela e o irmão caçula são os únicos queridos de sua mãe, porque Atenas era certinha, quis estudar, trabalhar, gostou do internato. Depois me fala da atual gravidez, que desejara ter um filho e só se relacionou com o menino para realizar tal desejo. Morou com uma menina por quatro anos, ainda gostava dela, mas se separaram quando decidiu pela gravidez. Ao ouvir essa longa história, percebo que sinto um misto de comoção, de angústia e, já completamente envolvida, volto o meu olhar para Hera, que conheci em outra oportunidade. Sinto-me penalizada. Falo para Artêmis que ela terá oportunidade de ser mãe novamente e pergunto a ela de que forma gostaria que seus filhos a vissem. Olha-me surpresa com a pergunta; silencia e fixa o olhar em um ponto. Parece pensar. A nossa história também teve início nesse dia; dali em diante, nos vinculamos com cumplicidade. Não deixamos de ser quem somos, mas fomos afetadas uma pela outra. Artêmis despertou em mim a vontade de contar essas histórias, senti coragem de escrever as narrativas do meu cuidado pré-natal, mudei o tema da minha pesquisa de Mestrado, debruicei-me nos estudos sobre o Cuidado. Despedimo-nos desse encontro e ela me disse que eu fui a única pessoa, em seus vinte oito anos, que ouviu toda a sua história.

### 3.5 REFLEXÕES SOBRE A INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Nesse campo prático, ao oportunizar a escuta das histórias de vida, é possível adentrar em um espaço desconhecido, onde vivem as angústias que assolam a qualidade de vida dessas mulheres, permeando as experiências vividas e despertando para o olhar ampliado que promovem a integralidade do cuidado.

A integralidade desse cuidado possibilita apreender de modo ampliado as necessidades de saúde. Em cada encontro, no espaço de conversação e sob o olhar atento durante a relação intersubjetiva, as reais demandas são afloradas. O profissional munido de seus conhecimentos, identifica as necessidades de ações e serviços de saúde de cada sujeito com que se relaciona, reconhecendo o conjunto de ações que pode pôr em prática imediatamente ou em outra oportunidade (MATTOS, 2004).

Na perspectiva de Mattos (2004, p. 1414): “Mais do que isso, defender a integralidade nas práticas é defender que nossa oferta de ações deve estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro.”

Mattos (2009, p.52) endossa: “Nesse sentido, cabe defender a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram”.

Não se trata de abdicar das práticas orientadas pelo saber científico, as quais são indispensáveis, até mesmo para identificar e prevenir possíveis complicações durante o período gestacional; trata-se de promover a empatia e a sensibilidade ao modo de vida do outro.

Ayres (2004, p.83) enfatiza: “[...] destaca-se, entre outros problemas, uma progressiva incapacidade das ações de assistência à saúde de se provarem racionais, de se mostrarem sensíveis às necessidades das pessoas e de se tornarem cientes de seus próprios limites”.

Embora o pensar de um dos sentidos da integralidade, ao se tratar de um conceito polissêmico que, portanto, abarca vários sentidos, tenha derivado de questionamentos no campo da Medicina Integral com a preocupação da fragmentação do corpo e da redução a um conjunto de sistemas, é pertinente falar da integralidade como uma dimensão das práticas de saúde. No encontro do profissional (médico, enfermeiro, psicólogo ou agente de saúde) com o usuário caberá, de acordo com seu agir, a realização da integralidade do cuidado (MATTOS, 2009).

Ao considerar a polissemia do conceito de integralidade que se apresenta em nuances variadas, a dimensão que se quer tratar no presente estudo é na perspectiva da atenção de um sujeito, mais precisamente, a mulher que está no período gestacional, que traz sua história de vida, sua família, suas queixas físicas, suas angústias e necessidades.

As necessidades de saúde podem estar ocultas nas principais queixas da mulher, todavia o trabalho com base na queixa-conduta não propicia o conhecimento das causalidades que estão atreladas a elas. Stotz (apud Cecilio, 2009, p. 118) condiciona: “[...] se as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas/construídas, elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual”.

Dessa forma, Cecilio (2009) no intuito de elucidar o entendimento prático, categoriza as necessidades de saúde em algumas dimensões, como condições de vida adequada; acesso às tecnologias de saúde de acordo com a necessidade atual de cada pessoa; criação de vínculos com a equipe ou profissional, estabelecendo relação de confiança e referência ao longo do tempo; desenvolvimento da capacidade de realizar as próprias escolhas individuais e seu modo de vida para satisfação das suas necessidades.

Ao analisar a dimensão do acesso às tecnologias de saúde em algumas realidades, como em minha rotina, ainda são comuns problemas operacionais e estruturais, como falta de espaço físico, de recursos materiais e equipamentos, de testes rápidos; dificuldade de acesso aos laboratórios com agendamentos distantes; perda ou extravio dos resultados de exames; falta de acolhimento na referência de alto risco; ausência de contrarreferência. Esses entraves causam transtornos e barreiras de acesso na atenção pré-natal (ESPOSTI *et al.*, 2015).

Em relação ao acesso, David (2018, p. 363) define:

O acesso é um dos fatores que contribui para a promoção de justiça social, e deve ser considerado no seu contexto atual, de ameaça às políticas e estruturas que configuram um Estado de bem-estar, tão duramente conquistadas nas décadas de mobilização social e qualificação do SUS como política de equidade.

Atentar para as especificidades individuais envolvidas no período gestacional nem sempre é prática comum, tampouco ensinada. Ainda mais com as dificuldades cotidianas já referidas. A atenção é dada, mas o cuidado pode ser reduzido, fragmentado e resumido à gestação. Miranda (2018, p. 532) ressalta: “É imprescindível dar voz às mulheres para que falem, a partir de seus lugares, sobre suas necessidades de saúde”.

Partindo desses pressupostos, se faz necessário, ainda, que a atenção pré-natal exija uma prática fortemente normatizada e apoiada em procedimentos técnicos pelos enfermeiros, na humanização desses espaços de encontro, ampliando esse cuidado para a mulher que está grávida, vista como protagonista de seu momento e com diversos anseios e singularidades. Respeitar sua autonomia e oportunizar a escuta nesses encontros vivos, ajuda a desenvolver o

vínculo e o conhecimento das questões que atravessam o cuidado almejado e, mais, possibilita o estímulo ao desenvolvimento de suas potencialidades.

### 3.6 A LONGITUDINALIDADE, O VÍNCULO AO LONGO DO TEMPO

Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado. (BRASIL, 2017b).

Tomando como conceito norteador de longitudinalidade o que foi definido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, inicio as considerações sobre esse atributo da APS. Tem sido descrito na literatura de forma heterogênea, interpretado com outros sentidos e alguns termos similares, como cuidado longitudinal, continuidade do cuidado (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Contudo, a escolha pela definição presente na PNAB se deve à abordagem da construção do vínculo ao longo do tempo em sua conceituação, além de ser a legislação vigente que deve orientar o trabalho das eSF e da APS.

No entanto, não posso deixar de mencionar o quanto a atual política (PNAB 2017) descaracteriza o trabalho construído até então e pretende desconfigurar todo o percurso para consolidação do SUS como sistema único e universal, que adota valores e princípios éticos, como a atenção integral à saúde da população brasileira enquanto direito constitucional, se afinando com uma concepção de Estado de racionalidade neoliberal, ou seja, que facilita a mercantilização da saúde (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018).

Desse modo, a aprovação da Política à qual me refiro se deu de forma autoritária, apesar da polêmica engendrada e do manifesto público de contestação e denúncia realizado pelas entidades historicamente defensoras do SUS, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e esta escola, Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Houve consulta pública de dez dias e a aprovação da referida política ocorreu sem o aproveitamento das críticas realizadas (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018).

Dentre alguns dos retrocessos trazidos que se constituem como ameaça à APS, cito a relativização da cobertura universal, somente recomendada em sua totalidade em áreas de risco e vulnerabilidade; a diferenciação na oferta dos serviços prestados, ditos em padrões essenciais e ampliados em desacordo com a integralidade; fragilização do profissional ACS, permitindo a

redução do número deste na equipe e alteração das suas funções; risco à longitudinalidade com a proposta de recomposição das equipes, possibilitando até três profissionais da mesma categoria, sem preocupação em estabelecer vínculo com a população (BRASIL, 2017b; MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018).

Tesser, Norman e Vidal (2018, p.364) destacam como atributos da APS: “[...] – acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e comunitária e competência cultural”. No entanto, a longitudinalidade é considerada característica central e exclusiva da APS, o que favorece a maior abrangência e a atenção integral (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; BARATIERI; MARCON, 2012; SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018).

As autoras Cunha e Giovanella (2011) também sugerem que, no Brasil, seja utilizado o termo vínculo longitudinal, o qual pode ser definido como a relação terapêutica e interpessoal que se estabelece entre profissional e usuário, resultando na identificação como unidade básica de saúde de origem pelo usuário e na utilização como fonte regular de cuidado ao longo do tempo.

Partindo desse conceito, são três os elementos considerados essenciais para a composição do vínculo longitudinal: a existência de uma unidade de referência regular para cuidados de atenção primária, em que o usuário deve reconhecê-la como a responsável e coordenadora do seu cuidado; o desenvolvimento de vínculo interpessoal e contínuo entre o usuário e os membros de sua equipe de saúde, que é facilitado pela proximidade dos profissionais de saúde da família com a realidade social das famílias, inserida no território em que vive o sujeito; e, por último, a continuidade informacional, ou seja, o conhecimento amplo da equipe sobre a situação de vida do indivíduo e de sua família, o acúmulo do conhecimento e a qualidade dos registros sobre o paciente por essa equipe de referência (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

As autoras Santos, Romano e Engstrom (2018) trazem como pressuposto para a construção do vínculo, além da dimensão relacional e subjetiva desenvolvida no ato de cuidar, a responsabilização dos diversos atores envolvidos com esse cuidado, de forma coletiva, em equipe, da unidade de saúde e da macropolítica, como o sistema de saúde e as organizações políticas estruturantes, esta última sendo tomada como dimensão organizacional e sistêmica.

É nessa compreensão que problematizo o contexto de trabalho no qual estou inserida. Temos profissionais com regime trabalhista estatutário, que atuam na mesma unidade há longos anos, o que favorece de uma forma o vínculo longitudinal dos usuários com sua equipe, mas o

prejudicam com a precarização dos serviços, a negativa do acesso pela descontinuidade dos trabalhos ofertados e a inconstância dos serviços de saúde prestados, uma vez que as pessoas não fazem da USF sua unidade original de cuidados primários. É comum se reportarem à emergência e, de lá, são orientados a nos procurar. Portanto, o vínculo estabelecido através da relação subjetiva não é autossuficiente para a garantia da integralidade do cuidado no meu município de trabalho.

Para Baratieri e Marcon (2012), a garantia de longitudinalidade se dá quando há o aporte regular de cuidados por parte da equipe de saúde e esse uso é consistente ao longo do tempo, pois os profissionais conhecem o usuário em sua realidade e nas próprias características sociais, econômicas e culturais. Esse usuário procura a USF como fonte de atenção contínua, independentemente de existirem ou não problemas específicos relacionados à saúde ou ao tipo de agravamento.

Por sua vez, há fatores que podem precarizar as relações de vínculo entre o usuário e a equipe, como foi compartilhado na minha realidade vivida. Tesser, Norman e Vidal (2018, p. 363) assentam que: “Para a APS prover e coordenar efetivamente um cuidado longitudinal, abrangente (integral) e orientado à família e comunidade, o acesso ao cuidado é condição *sine qua non*”. Dessa forma, os autores em seu estudo relacionam o atributo da longitudinalidade ao acesso oportuno como uma das chaves indispensáveis para a efetividade e a qualidade do cuidado a longo prazo. Entretanto, ressaltam que, em nosso país: “[...] a APS nunca teve regra clara para a provisão de acesso oportuno, em escala nacional ou em contextos locais” (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018, p. 363).

Por fim, as discussões desenvolvidas a respeito do vínculo longitudinal fazem apreender o conhecimento sobre conceitos similares ao termo, também denominado longitudinalidade, cuidado longitudinal ou continuidade do cuidado. Sobretudo, o aprendizado que se faz válido no cotidiano é entender as dimensões do atributo para a efetividade das ações no SUS. Antes, quando se falava em vínculo, eu pensava no valor da relação subjetiva na intimidade do cuidado, o que facilita a informação sobre o modo de vida do sujeito e à adesão dele ao tratamento. Não que essa dimensão seja menos importante; mais que isso: é necessário ampliar a reflexão para a responsabilização dos diversos atores envolvidos ao se falar na aplicação da longitudinalidade quanto à dimensão organizacional.

Assim, reconheço que a percepção das dificuldades envolvidas no trabalho ao longo do tempo são fatores propulsores às mudanças, que possibilitam ao enfermeiro e a toda a eSF a

compreensão da relevância do vínculo longitudinal a fim de realizá-lo e reduzir as discrepâncias no âmbito do SUS (BARATIERI; MARCON, 2012).

#### 4 METODOLOGIA

Considerando o objeto de estudo da pesquisa, a experiência de cuidado pré-natal da enfermeira de saúde da família, bem como seus objetivos, trata-se de um estudo de abordagem qualitativa.

Dessa forma, pode-se dizer que tal método traz uma compreensão mais profunda dos fenômenos sociais com apoio nas subjetividades dessas relações face à configuração das estruturas sociais. Faz-se necessário reconhecer o caráter peculiar dos seres humanos, seu comportamento e sua vida em grupo (HAGUETTE, 2003).

De acordo com Minayo (2006, p. 57):

[...] O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Portanto, a pesquisa qualitativa leva em consideração os diferentes pontos de vista e práticas no campo relacionados às diversas perspectivas e contextos sociais. Além disso, a subjetividade do pesquisador e dos que estão sendo estudados também fazem parte do processo de pesquisa (FLICK, 2009).

Nesse contexto, a minha pesquisa quanto aos objetivos é definida como exploratória, na medida em que o autor se descobre no fazer, explorando a aproximação com o tema e a maior familiaridade em relação a um fenômeno (SANTOS, 2000).

Para tal, serão utilizadas, como instrumento, as minhas narrativas como enfermeira de família no ato da atenção pré-natal, justificadas pelo interesse em representar as experiências vividas ao longo desse cuidado longitudinal. As narrativas são modelos de conhecimento e de apresentação de experiências (FLICK, 2009). Pretende-se, portanto, desnudar o espaço desse encontro e conhecer as qualidades, mas, igualmente, as limitações do trabalho vivo.

Para Benjamin (1987, p. 201): “O narrador retira da experiência o que ele conta: sua própria experiência ou a relatada pelos outros. E incorpora as coisas narradas à experiência dos seus ouvintes”. Desse modo, um ritmo de trabalho se apodera dele, escutando as histórias, vivendo-as, adquirindo o dom de narrá-las e, mais, cravando nele o que é ouvido (BENJAMIN, 1987). Todavia, não se trata de informação ou de relatório, uma vez que a narrativa se aprofunda na vida do narrador para, em seguida, retirar-se dele e ser transmitida com sua marca, que é comparada: “[...] como a mão do oleiro na argila do vaso” (BENJAMIN, 1987, p. 205).

Apoiada nessa reflexão e na perspectiva de elucidar melhor quanto ao desfecho das narrativas, sim, elas podem ser narradas e inacabadas. Também contrapondo-se à ideia de informação, em que os fatos chegam acompanhados de explicações, a arte de narrar está em evitar tais explicações. Portanto, Benjamim (1987, p. 203) teoriza: “O extraordinário e o miraculoso são narrados com a maior exatidão, mas o contexto psicológico da ação não é imposto ao leitor. Ele é livre para interpretar a história como quiser, e, com isso, o episódio narrado atinge uma amplitude que quase não existe na informação”.

#### 4.1 A CARTOGRAFIA

Sendo tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessária. O cartógrafo é, antes de tudo, antropófago. (ROLNIK, 2011, p. 23).

Após as leituras para compreensão da Cartografia como método de pesquisa, é possível definir que não se trata de um modelo que se enquadra na Ciência Moderna tradicional. Dessa forma, o cartógrafo ao emergir no cenário no qual pode estar inserido, imbricado no desenrolar do que é vivido, consegue nos situar em seu lugar, em seu tempo, em sua história. Como desconsiderar a potência da pesquisa que faz revisitar o seu campo com tamanha intensidade?

O método foi formulado por Deleuze e Guattari (1995) e pode ser entendido como uma aproximação da produção da realidade. Assim, não se pode dizer que o método da cartografia leva à formulação de regras e protocolos. Não há coleta de dados; a produção destes ocorre desde a etapa inicial da pesquisa de campo, de modo que a experiência, entendida como ‘saber fazer’, direciona o trabalho de pesquisa ao âmbito da produção do conhecimento, dito “caminho metodológico”. Trata-se de retratar uma realidade que já vem sendo transformada, e a transformação não ocorrerá através do conhecimento desta (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2015).

Nesse sentido, pode-se afirmar que não há neutralidade; ao contrário, há implicação coletiva, sem distanciamento, mergulhada na experiência que engendra o conhecimento. Com isso, é possível pôr em análise os atravessamentos que compõem o campo de pesquisa de maneira singular. Aqui se faz a crítica, uma vez que se põe em questão, além da neutralidade, a objetividade e a imparcialidade. Contudo, a cartografia é factual. Ao se constatar que todo conhecimento é produzido em campo de diversas implicações, citam-se valores, disputas, desejos, expectativas e outros (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2015).

É nessa perspectiva que Rolnik (2011, p. 11), na dimensão da cartografia, traz o conceito de micropolítica: “[...], ou seja, questões que envolvem os processos de subjetivação em sua relação com o político, o social e o cultural, através dos quais se configuram os contornos da realidade em seu movimento contínuo de criação coletiva”. Portanto, tal método, também é notado por sua natureza política. Ao descrever e acompanhar esses processos, o cartógrafo torna provável ao leitor o conhecimento do tempo e do lugar de que se fala.

Além disso, é relevante considerar como o método pode revelar o subjetivo de forma singular, ao detalhar os afetos envolvidos mediante a descrição, e pode coletivizar tal experiência, resultando em maior aproximação da realidade pesquisada e, assim, a apreensão da prática geradora do conhecimento (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2015).

Desse modo, a Cartografia possui propriedades que possibilitam a apresentação da pesquisa de forma peculiar ao revelar a vivência do pesquisador na intimidade dos dados, ainda produzidos e desprovidos de rigor metodológico. Logo, não há pontualidade na entrada do campo a ser explorado, mas há a construção no decorrer do que é experienciado, tornando-o conhecido ao coletivo na oportunidade da narrativa desse cenário vivido.

A fim de clarificar essa compreensão metodológica, esclareço que há uma tríade neste estudo, entendida na medida em que fui me apropriando e definindo esse meu caminho. Cartografar é o meu processo de pesquisa; a base para a cartografia é a minha experiência no meu lugar de trabalho, enquanto a narrativa é o instrumento para dar visibilidade à cartografia da minha experiência.

Quanto à escolha das cenas de encontro que são narradas e compartilhadas, não estabeleci um padrão de elegibilidade para ser dito como um critério de pesquisa. Às vezes, não consigo escrever de imediato pelo fato de o prontuário ser manual; julgo facilitar nesse caso, porque faço uma evolução manuscrita do meu atendimento para registrar o que foi realizado. Como pesquisadora, trago um caderno que é utilizado como diário de campo, mas nem sempre estou preparada para escrever nele; por vezes, faço pequenas anotações, como palavras-chaves. Digo que nem sempre estou preparada, porque narrar esses encontros, trazê-los para o papel me fazem reviver as afetações e reverberar as angústias sofridas. O que posso afirmar é que todas as narrativas eleitas para compor o meu trabalho, foram as que me afetaram em tal intensidade, como se provocassem em meu interior um ponto de ebulição. Fervilham de tal maneira que sinto a necessidade de escrevê-las para organizar em mim os sentimentos vividos em ato. Assim, atingem um platô que extravasa: quando estou pronta, escrevo.

O cenário da pesquisa será em uma unidade básica de saúde do município de Duque de Caxias, pertencente à baixada fluminense do Estado do Rio de Janeiro, situado na região Metropolitana I, primeiro distrito, zona predominantemente urbana. Nessa lógica, é válido ressaltar que esse trabalho utiliza como fonte de pesquisa o memorial de campo do trabalho experienciado e registrado pela própria autora, não sendo caracterizado como pesquisa com coleta de dados diretamente obtidos com participantes. A Resolução 510/2016 dispensa o registro e a avaliação pelo sistema CEP/CONEP que se aplica ao presente estudo: “Parágrafo único. VII - pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito”.

### **Histórias Emocionantes, Histórias Angustiantes, Histórias Desafiadoras. Reais, Essas Nossas Histórias...**

Nesta perspectiva, o pesquisador in-mundo emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros (MERHY, 2016, p. 23).

### **Nas Intensidades dos Encontros Avistamos Novos Horizontes...**

Atuar na atenção pré-natal é o meu agir com satisfação. Antes de me enxergar como pesquisadora, já colecionava múltiplas memórias sobre esses encontros, que, é bem verdade, se tornaram o norte para aprimorar e atualizar a minha caixa de ferramentas (MERHY, 2002).

No ensejo do mestrado, o intenso aprendizado e as leituras dos autores que parecem dialogar com a minha prática, percebo que serviram para fundamentar esse cuidado, instigando a proximidade dessa relação de cuidado, como momentos interessantes e produtores de subjetividades. Estou mais aberta a entender a percepção dessas mulheres quanto ao cuidado prestado, suas histórias de vida e como se dão esses processos vividos.

Pensando dessa forma, fui gratificada com uma importante história, experienciada na gestação anterior à que motivou a consulta atual. Ao final do encontro, agradei a mulher por dividir sua história comigo e, assim, iniciamos juntas um desafio, uma luta para trilhar um caminho mais respeitoso e ocupar o seu espaço de direito.

*Assim, chegou ela, sentou-se buscando o meu olhar com seus olhos brilhantes, parecia tentar entender quem estava ali diante dela; penso assim pela sua forma de me olhar e por*

*parecer engolir as minhas palavras em longos goles, demonstrando alívio, soltando a expiração, um relaxamento da tensão que depositara nesse encontro, revelando-me no final. Contou-me que sua atual gravidez não foi planejada, que se sentiu “abalada” com a descoberta, mas que hoje está em bom relacionamento com o marido: vão se casar em uma festa, o desânimo inicial havia passado. Pergunto como foi sua primeira gravidez e não se acanha em me narrar com toda intensidade a vivência anterior com riqueza de detalhes. Desejara a gravidez, apesar de estar em um relacionamento conturbado com o parceiro, o mesmo de agora. Porém, antes de descobrir que estava grávida, conseguiu um emprego e, ao anunciar a gestação no trabalho, ouviu sem rodeios que seria mandada embora após a licença. Com isso, me diz que passou a gravidez depressiva, não dava importância às consultas e aos cuidados prescritos. Foi à maternidade no início do trabalho de parto, sendo internada precocemente pelo seu relato; não podia se alimentar por recomendação médica, sentia as contrações uterinas, mas negava sentir dor, logo a colocaram no soro com medicação para ajudar, o que foi falado para ela. Por várias vezes foi examinada com toque vaginal para avaliar a “dilatação”. Sempre deitada, pediam-lhe para fazer força. “Teve a bolsa (amniótica) rompida pela médica para acelerar o parto”, detalhou o formato do instrumento usado e reconheço o amniótomo (instrumental utilizado para romper a bolsa amniótica) pela narrativa. Disse que estava muito preocupada e com fome devido as horas que se passaram, não sentia a dor aumentar e via outras mulheres tendo o parto. Quando finalmente foi para a Sala de Partos, segundo ela, a bebê iria nascer, sentia-se tonta, “reunia todas as forças” mas não conseguia corresponder ao que era pedido e ouviu da enfermeira “que se não fizesse força, o filho poderia morrer”. Assim, me diz que, em certo momento, a médica colocou o braço de modo a forçar a sua barriga para baixo e a dor foi imensa com esse ato. Na sua percepção, a filha nasceu “mole”, custou a chorar, mas diziam para ela que estava tudo bem. Lembra que após isso ficou sonolenta e “apagou”. Só consegue lembrar que todos estavam em cima dela e que sangrou muito. Ao ouvir todo esse relato, sinto-me emocionada, com os olhos úmidos e me volto para ela, olhando-a com gratidão por partilhar sua história comigo e grata à vida por me permitir esses encontros em que não consigo delimitar o meu atuar profissional e o pessoal. Sinto um calor no peito, a missão de ajudá-la a redesenhar sua nova história dali em diante. Nesse momento, só nosso, estávamos assim, ela já aparentava satisfação, sorrisos, parecia entusiasmada em ter sido ouvida, sentada à minha direita, estávamos próximas, sem interrupções à porta como era de costume.*

Nesse ínterim, refletindo sobre essa memória percebo como me mobilizam esses atendimentos.

É verdade que a escolha do recorte da pesquisa relacionado ao meu cuidado pré-natal foi por afinidade e identificação pessoal não só pela trajetória profissional nos dois segmentos, pré-natal e maternidade, mas também pela personalidade envolvida com a experiência da maternidade.

Tive a minha filha há sete anos, na rede privada; realizei o pré-natal com uma médica obstetra do plano de saúde, que me atendia com muita simpatia. A escolha pelo acompanhamento com ela se deu devido a um relato que li de uma mulher, na rede social, contando que foi bem assistida por ela durante o seu parto normal.

Naquela época, durante a suspeita da gravidez, que foi confirmada, fui chamada em razão do concurso para trabalhar na maternidade, lotada inicialmente em plantão noturno no

Alojamento Conjunto. Ainda não havia tido contato direto com o Centro Obstétrico, o qual, um ano depois, seria o meu observatório, a experiência viva do saber fazer. E, decerto que havia uma sensibilidade mais afluída por ter tido a vivência recente e a frustração de não ter parido da forma como idealizara.

Não consegui trabalhar durante o curso inteiro da gestação, uma vez que trabalhar durante o dia na ESF e depois ir para o plantão noturno de doze horas e, no dia seguinte, novamente retornar ao trabalho na USF, deixou-me sobrecarregada e comecei a sentir dores intensas que repuxavam a perna direita ao caminhar, de modo que fiquei afastada por licença médica desde o segundo trimestre. Com trinta semanas de gestação, tive o diagnóstico de oligodramnia acentuada, ou seja, redução da produção de líquido amniótico, com a indicação de repouso, aumento da ingestão de líquidos, além de monitorar o índice de líquido amniótico semanalmente por ultrassonografia. Além disso, minha filha havia se posicionado pelvicamente.

Com diagnóstico de gravidez de alto risco, ficou fácil ser conduzida e não envolvida nas decisões. A médica decidiu interromper minha gestação por cesariana na trigésima sexta semana gestacional, mesmo sem diagnóstico de sofrimento fetal. Naquela época, sentia medo de contestar essa decisão e pôr em risco a vida da minha filha e, ainda, havia o receio da minha família, o que me deixava insegura.

Internei-me em uma maternidade da rede privada que mais parecia um hotel, com oferta de acompanhamento fotográfico e até salão de beleza para as internadas/hóspedes. Quando me internei, fui com a expectativa de ser realizada uma nova ultrassonografia antes de interromper a gravidez, porém a hotelaria estava reservada, o horário da cirurgia estava agendado e a médica, com seu horário disponibilizado para tal.

Senti muita tristeza ao ouvir a declaração da obstetra, quando retirou a minha filha durante a cirurgia: – “Até que não tinha tão pouco líquido assim!” Desse modo, revelou a desnecessidade do procedimento precoce e do nascimento prematuro. Apesar da prematuridade de uma semana antes do termo e o baixo peso, minha filha nasceu bem e teve alta junto comigo no terceiro dia.

Após o retorno ao trabalho, visualizei outras mulheres com o diagnóstico semelhante ao meu, que permaneciam internadas na maternidade pública, monitorando a vitalidade fetal e, em sua maioria, a gestação chegava ao termo.

De certo modo, sinto que a minha atuação na atenção pré-natal também está construída com base na resistência a um sistema que anula e retira a opção de escolha diante da fragilidade

e, ainda mais, à frente do desconhecimento e da origem de um ser socialmente oprimido, como mulher pobre, preta e da periferia.

Agora, em contato com a prática e o saber da experiência, sensibilizo essas mulheres com toda a informação possível, a fim de que consigam se apropriar do seu momento, para que o direito à escolha não lhes seja usurpado, ciente de que essa disputa está situada em um jogo de forças desiguais e vulneráveis a limitações e, além do mais, no contexto da localidade da Baixada Fluminense. Assim sendo e para refletir, Bondía (2002, p. 26) disserta: “O saber de experiência se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana”.

Nessa mesma lógica, cito Merhy (2002, p. 37):

Identificando que o campo de ação do trabalho vivo em ato, na sua capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e novos rumos para os atos produtivos em saúde, é o lugar central da transição tecnológica do setor saúde, e portanto o território em disputa pelas várias forças interessadas nesse processo.

## **A Nossa Dor**

Escolhi a narrativa da história de Perséfone para compor o meu trabalho, porém identifiquei o desafio que foi recontar esse encontro. Como já havia mencionado na Metodologia, a escrita das narrativas nem sempre se revela uma atividade prazerosa, porque algumas delas me fazem revisitar sofrimentos que pude viver em campo e me remetem a minha história de vida, os quais me causaram angústia e dores. Fiz algumas pausas para resfolegar durante essa escrita, senti a emoção aflorar e, nesse passo, vou escrevendo e reconhecendo as minhas afetações, que até então não haviam sido exprimidas.

Cartografar é descortinar o espaço desses encontros, é compartilhar sentimentos que estavam no âmago do não dito e podem ressoar afetos que ainda não foram completamente diluídos.

Mas, também, compreendo que é viável refletir criticamente sobre essas experiências e reorganizar o pensamento de forma mais pragmática, objetivando traçar estratégias a fim de articular possíveis caminhos para a ação. Mais claramente, o objetivo é não permanecer apenas na seara da lamentação e seguir adiante, produzindo a visibilidade das lacunas e da descontinuidade dos serviços.

*Perséfone literalmente bateu a nossa porta já no terceiro trimestre de gravidez. Foi assim que me procurou na sala do consultório, porque queria dar continuidade ao pré-natal.*

*Perguntou-me se eu poderia aceitá-la, assim como se fosse um favor, pois sua vizinha Lilith fazia pré-natal comigo. Porém, segundo ela a agente comunitária de saúde lhe disse que talvez não a aceitasse. Eu abri a porta. A consulta e o vínculo se deram. Ela me contou que abandonou o pré-natal com a médica obstetra de uma outra UBS do primeiro distrito e, como fora morar com a sogra, entrou no cadastro da nossa área. Pergunto-lhe por que deixou o pré-natal. Ela responde com os motivos que ouço com frequência (tenho outra gestante acompanhada, vinda da mesma unidade no terceiro trimestre): – “Não escuta o bebê, o aparelho está com defeito e mal fala comigo! Não volto mais lá!” Perséfone comparece a todas as consultas. Peço que leia as orientações do cartão de pré-natal e busque mais informações sobre o trabalho de parto e o parto. Ela se mostra interessada, assiste a vídeos, me cerca de perguntas e essa interação é muito prazerosa. Entro de férias; sua gravidez chega ao termo e, quando retorno, ela já havia parido. Ela vem a minha consulta com o seu bebê no colo, que entra chorando muito na sala. Ela se senta, oferece o seio e ele inicia a mamada. Quero logo saber como foi sua experiência de parto. Pergunto como foi com satisfação e sorriso nos lábios. Ela me olha, sacode o bebê no peito e parece não corresponder a minha empolgação. Inicia seu relato dizendo que fez como eu orientei, marcando o tempo quando sentia as dores. Começou a sentir as contrações no início da noite, tomou vários banhos mornos durante a madrugada, acompanhando o intervalo da dor. Quando amanheceu, notou que vinham com mais frequência, de três em três minutos. Saindo sangue da vagina, chamou o marido para ir à maternidade. Chegou por volta das oito horas da manhã, foi examinada e avaliaram que estava com oito centímetros de dilatação uterina. É seu primeiro filho aos dezenove anos; assim, foi encaminhada à Sala de Parto. Fala que havia muitos estagiários olhando-a ser examinada e uma professora médica que examinava e explicava aos alunos, mas eles não falavam com ela. Relata que essa mulher lhe dizia que estava fazendo força errado e que seu bebê estava subindo por isso. Em certo momento, essa médica chamou outro médico, que colocou o cotovelo em cima de sua barriga, forçando-a para baixo, levando-a a gritar de dor. Ao mesmo tempo, a médica avisou que faria um corte na vagina para seu bebê passar. Eles tiveram alta em dois dias. Perséfone diz que seu bebê chora muito, que nada o acalma; falou com os profissionais do hospital e todos disseram que é normal, para ela colocar ele no peito para mamar. Esteve na primeira consulta de puericultura com o pediatra da UBS que avaliou seu bebê e pediu um Raio-X para avaliar o ombro, suspeitando de fratura durante o parto. Nesse momento, me entrega a imagem e visualizo nitidamente a fratura do osso da clavícula. Agora, faço ideia do que sentiu; seu olhar para mim não parecia ter a mesma relação de confiança que construímos antes. É com revolta na voz que a ouço dizer que vai processar o hospital, pois em nenhum momento a informaram sobre o ombro quebrado do seu filho. Eu os observo em silêncio, ela e o bebê, enquanto alguns sentimentos já vibram em mim. Posso definir que, diante dessa decepção, sinto tristeza e dor, um aperto no peito. Essa indignação também é acompanhada de frustração, impotência e solidão. Quando penso na solidão, logo me lembro de alguns colegas que sentiriam essa dor junto comigo ao ouvir toda essa história; não sei se isso me faz sentir melhor, mas percebo que não estou sozinha. Todos esses afetos são intensificados pelo desânimo, porque, mais uma vez, eu e muitos profissionais deste município estamos com os salários atrasados há dois meses. Somos interrompidas por batidas à porta; eu me levanto e abro. É uma mulher forte, morena, com semblante sério, acho que desconfiado, que aparenta quase uns cinquenta anos. Ela não se dirige a mim. Olha Perséfone sentada e pergunta se ainda vai demorar. Não a espero responder e convido a mulher para entrar, enquanto continuo de pé a segurar a porta. Ela me diz que não quer, volta-se para Perséfone e lhe diz que vai esperar ali fora e que tem que marcar alguns exames. Perséfone a apresenta para mim como sua sogra. Prossigo a consulta; avalio ela e seu bebê e realizo todas as anotações; respondo a algumas dúvidas; ela me pergunta pouco. Ao final, me levanto, estendo os braços para segurar o bebê; ela me olha, sorri e o entrega a mim. Aproximo-o do meu colo, admiro seu rostinho, abraço-o. É ativo, tem os olhos bem vivos, agita os bracinhos. Entrego a ela, me despeço, ela me agradece e novamente sorri.*

Então, proponho a reflexão em relação às experiências vividas pelas mulheres em seu primeiro parto, trazendo eixos temáticos de relevância para essa discussão, como o já abordado neste estudo, a medicalização do parto; acrescento, a intervenção obstétrica indiscriminada e a violência obstétrica. Além disso, considero, para o debate, a defesa da necessidade de diálogo entre os serviços de saúde de diferentes complexidades em que a articulação e o cuidado se complementam, visando à integralidade da atenção.

Entretanto, me detenho apenas em circular por alguns temas que emergem das cenas narradas com o intuito de não anular o que surgiu, porém a intencionalidade do estudo é continuar a transitar pelo território das subjetividades.

Dialogando com Bondía (2002), que reitera a necessidade de separar a experiência da informação, determino que não desejo enveredar densamente pelo caminho da informação, pois pretendo aprofundar e compartilhar os sentidos, despir-me de qualquer juízo como sujeito da experiência que chega, a recebe e lhe dá lugar.

Por isso, o saber da experiência é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal. Se a experiência não é o que acontece, mas o que nos acontece, duas pessoas, ainda que enfrentem o mesmo acontecimento, não fazem a mesma experiência. O acontecimento é comum, mas a experiência é para cada qual sua, singular e de alguma maneira impossível de ser repetida. O saber da experiência é um saber que não pode separar-se do indivíduo concreto em quem encarna (BONDÍA, 2002, p.27).

Nesse contínuo, Leal (2014) apresenta em seu estudo sobre “Intervenções Obstétricas durante Trabalho de Parto e Parto” como práticas interventoras: o uso de cateter de punção venosa; a administração de ocitocina para aceleração do trabalho de parto; a amniotomia (ruptura de bolsa amniótica para mulheres com bolsa íntegra na admissão); a analgesia raque/epidural; e, finalmente, como intervenções durante o parto: a litotomia (mulher deitada com dorso apoiado, em posição ginecológica), a manobra de Kristeller (posicionar o antebraço no fundo uterino e fazer força para baixo) e a episiotomia para parto vaginal (corte no períneo), além de cesariana. A autora define como boas práticas, além da presença do acompanhante durante o período da internação: “[...] ingestão de líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, mobilidade durante o primeiro estágio do trabalho de parto e monitoramento do progresso do trabalho de parto pelo partograma” (LEAL, 2014, p. 19).

Tais práticas, excetuando-se a analgesia raque/epidural, que pode ser usada para alívio da dor no trabalho de parto, não são recomendadas pela OMS, que publicou em 2018 as

“Recomendações da OMS: Cuidados durante o parto para uma experiência de parto positiva”<sup>2</sup> (tradução nossa). Na verdade, são consideradas sem evidências científicas de benefícios para sua execução, podendo se associar a riscos à mulher e ao feto (LEAL, 2014; WHO, 2018). “Esta medicalização crescente dos processos de parto tende a debilitar a capacidade da mulher de dar à luz e afeta de maneira negativa sua experiência de parto” (WHO, 2018, p. 1).<sup>3</sup>

Portanto, essa vivência em diferentes cenários de atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal tem-me permitido realizar ajustes em minha prática. Com isso, durante o meu cuidado pré-natal, incentivo as mulheres a buscarem conhecimento sobre como é parir (entre elas, na família e na comunidade, na internet), para que possamos discutir o assunto durante a consulta ou nas rodas de conversa com a intenção de elas conseguirem protagonizar o seu parto, construindo o entendimento do que estão prestes a vivenciar.

Dessa maneira, conversamos sobre os sinais de trabalho de parto; a escolha do acompanhante, aquele convidado a estar presente nas consultas; em que momento ir à maternidade; como contar e monitorar as contrações uterinas; as medidas de alívio da dor que podem ser adotadas nesse período; as práticas que diminuem o tempo desse trabalho de parto; as intervenções obstétricas desnecessárias; a amamentação e a construção do vínculo com o bebê e a família; o puerpério.

Nessa lógica, pela repetição e o saber fazer da experiência ao longo desses anos, penso que essa mulher, quanto mais sensibilizada e com compreensão do seu processo de parir, poderá ter sua autonomia preservada em todos os serviços que utilizar e, talvez, a possibilidade de questionar ações indevidas de intervenção obstétrica, bem como reduzirá seu tempo de internação, chegando em tempo oportuno, já em trabalho de parto ativo. A fase ativa é definida (WHO, 2018, p. 35): “[...] se caracteriza por contrações uterinas dolorosas e regulares com um grau importante de apagamento e dilatação mais rápida do colo uterino desde os 5 centímetros até a dilatação total [...]” (Tradução nossa).<sup>4</sup>

Tesser *et al.* (2015), em artigo que trata do tema ‘violência obstétrica’, trazem a definição apresentada pela legislação latino-americana, na Venezuela, que tipifica essa forma de violência:

---

<sup>2</sup> “Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva”.

<sup>3</sup> “Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto”.

<sup>4</sup> El período de dilatación activa se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino desde los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes.

Qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres. (TESSER *et al.*, 2015, p.3).

Compartilho que, após a leitura dessa definição, senti aflorar alguns afetos, como a nomear as experiências vividas como mulher, como profissional e como pesquisadora. Mesmo nessa condição, reconheço que ainda senti dificuldade de admitir como violência a experiência pessoal que vivi, mais fácil de caracterizar quando a visualizei e ouvi. Talvez, seja mais simples analisar à distância. Senti tristeza e a certeza de que a dor é nossa.

Cito Spinoza (2009, p. 50) para me apoiar nesse pensamento: “Por afeto compreendo as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada, e, ao mesmo tempo, as idéias dessas afecções”.

Visualizo que ainda se faz imprescindível a continuidade dos serviços e os espaços de diálogo com a finalidade de repensar a prática, de modo a promover a educação permanente de nós, profissionais. Ou seja, mostra-se essencial uma estratégia de reorientação das práticas em saúde, pela qual se pretende dinamizar o ambiente de trabalho com profissionais munidos de habilidades a fim de problematizar as diversas situações que emergem no cotidiano do trabalho vivo, inseridos em seu território, além de se adequarem ao longo do tempo às transições que porventura vierem a surgir, na perspectiva de atender os interesses e as necessidades sociais da população (TAVARES *et al.*, 2016).

Aliás, Tavares *et al.* (2016, p. 1.802) ressaltam que:

A viabilidade dos direitos dos usuários em relação às práticas públicas e o sucesso destas intervenções demandam uma ação integradora entre os diversos setores para a resolução dos problemas decorrentes da problemática social, lembrando que estas ações não se realizam de forma desarticulada, pois nenhuma organização agindo isoladamente pode agregar os recursos, o conhecimento, as redes de apoio e a confiança necessários para a reorientação dos serviços e práticas.

### **O Outro e Eu, Sou Eu no Outro e o Outro em Mim...**

*Confirmei minha intuição de que havia algo profundo naqueles olhos; a boca só fazia silenciar, mas o olhar desviante me indicava que algo estava oculto. Agora, já não era mais possível encobrir os sinais do íntimo vivido, pois a face, os braços e a coxa deflagravam a cruel realidade. Adentrou a pequena sala com a filha no colo, uma menina miúda de aproximadamente um ano e meio. Cumprimentei-a com um habitual sorriso e me*

*respondeu com um gesto de aperto no canto da boca. Sentou-se, colocando a menina em pé entre as pernas. Observei que os cabelos estavam mais lisos, escovados, com alguns fios soltos a esconder a face. Ela me pergunta se reparei nas marcas visíveis do seu corpo; não me espera responder, e já aponta uma a uma, tocando com o dedo indicador na própria pele. Através dos olhos marejados, leio sua angústia, agora evidente também na fala. E parece me contaminar, porque já sinto o meu interior vibrar antes da narrativa da história que está por vir e um sentimento de certa culpa por não ter decifrado aqueles olhos evasivos. Assim, Lilith me fala que veio à minha procura no dia anterior, porém eu não estava presente na unidade. Disse que se sentia mal e foi atendida pela técnica de enfermagem do posto, a qual verificou que apresentava hipertensão. Essa mesma profissional a questionou desconfiada sobre os hematomas em seu corpo e ela respondeu, atribuindo a uma queda. A técnica resolveu chamar o diretor da UBS (profissional indicado politicamente para o cargo, morador do território, que já atuou em cargo de segurança pública do Estado e atua comumente no local, dando conselhos à população, mediando os conflitos, facilitando o acesso dos usuários aos atendimentos ofertados pelo posto, ocasionando novos arranjos à fila; não exerce gestão com os profissionais da ESF, mas costuma nos pedir serviços). O diretor localizou o parceiro de Lilith na Sala de Espera, convocando-o a uma conversa. Ameaçou, na frente dela, ligar para a Delegacia da Mulher, segurando o telefone celular. O agressor prometeu não agir mais dessa forma, a resolver na conversa e foi liberado pelo funcionário, que demonstrou, por uma postura compreensiva, satisfação com a promessa, despedindo-se como “bons amigos”, expressão usada por ela ao me relatar todo o ocorrido. Lilith dá continuidade à história, dizendo que se atrasou para chegar porque o parceiro hoje apertou com força seu rosto com as mãos. Nessa consulta, precisamente na trigésima semana de gestação, que me fala como uma confissão, que quase faltou, pensou em desistir do pré-natal, pois não desejava a gravidez. Escuto-a cada vez mais tocada por aqueles sentimentos aflorados e me sinto incomodada com os pensamentos de impotência que me vêm à mente. A pequena ensaia um choro, um grito, resmungo. Lilith a senta no seu colo. Pergunto se o pai também é agressivo com a filha. Ela meneia a cabeça negativamente, mas diz que ela assiste a tudo. Termina seu relato dizendo que as idas e vindas do relacionamento e agressões são recorrentes, que por duas vezes foi à Delegacia, registrou queixa, porém não assinou a medida protetiva, justificando por não desejar que a filha perca contato com o pai. Nesse momento, se diz disposta a livrar-se dessa situação de violência e comenta que é independente, mora em casa própria no quintal de sua família, recebe bolsa família e o aluguel de uma quitinete que pertence a ela. Escrevo a guia de referência, informando-a do endereço da nossa referência para atendimento à mulher em situação de violência. Sinto vontade de levá-la ao pensar nas barreiras dos serviços que ela pode encontrar, mas me contenho e pergunto se deseja que algum profissional a acompanhe; senti-me impulsionada a essa ação e não consigo refletir criticamente sobre isso em ato. Ela recusa e promete que irá sozinha, mas eu penso que não irá. Prossigo a consulta, escutamos juntas os batimentos fetais, ela me olha, pergunta se está tudo bem com o bebê, aperta os lábios; respondo que sim, digo que não se culpe. Prometo a ela pensar em conjunto com a equipe do NASF em uma estratégia para o seu caso. Assim, se levanta, coloca a filha atravessada “nas ancas” e me dá as costas. Eu fico.*

Eu fico com a cabeça atormentada depois desse encontro. Reflito em como a violência contra a mulher é naturalizada em todos os estratos sociais e como o perdão é concedido facilmente por outro homem, mas não somente por homens, antes mesmo de qualquer acolhimento e encaminhamento para outros profissionais que poderiam dar seguimento ao caso. Isto posto, é possível destacar a prática cultural de banalizar a situação de violência sofrida pela

mulher, tornando-a o “normal masculino” no cotidiano da relação conjugal e de simples compreensão quando o agressor reconhece “seus excessos” (MINAYO, 2005).

Essa reflexão me parece óbvia, posto que o machismo, já discutido nesse estudo, é incontestável em nossa sociedade. E, como a mulher necessita superar muitos outros atos violentos, institucionais inclusive, para conseguir transpor algumas barreiras, desacredito na superação plena de todas, até que tenha a devida condução do seu caso. Quantas mulheres são mortas enquanto aguardam essa proteção do Estado? Seria o ciclo da violência estendido às instituições ditas protetoras?

Para endossar o discurso, realizei algumas leituras após a busca sobre a tônica da violência institucional, pois foi o que logo me ocorreu para discutir nessa narrativa, apesar das outras formas de violência que estão repercutidas nela e, também, para organizar a minha compreensão a respeito do conceito. Entendo que devido à gravidade e à complexidade do fenômeno da violência exista grande variedade de termos e dificuldade na conceituação (MINAYO, 2006b), mas, de forma geral, é definida como a que ocorre no espaço institucional, seja por causa da normatividade de regras e normas que produzem obstáculos e reproduzem injustiças sociais, bem como quando é negada ou negligenciada a oferta dos serviços públicos ou privados nos diversos âmbitos, na saúde, na assistência social, na segurança pública e em outros setores (TOLEDO, 2013).

Mas, em meu contexto de trabalho, alguns atores que lidam com o público, estão lá por indicação política; não têm preparo ou formação técnica para lidar com situações complexas. Não que isso seja plausível e justificável, entretanto caracteriza a realidade local. É bem provável que o profissional que atendeu Lilith e aparece na narrativa, acredite que sua atuação tenha sido benéfica para o casal.

Além disso, os pensamentos de impotência que me surgem na cena de cuidado se devem ao acolhimento dessa mulher grávida que não deseja seu filho. Sinto que o nosso vínculo e o espaço intercessor lhe transmitiu segurança para dividir seu sentimento comigo. Dialogando com Merhy (1998, p. 05): “[...] quando um trabalhador encontra-se com um usuário, no interior de um processo de trabalho, estabelece-se entre eles um espaço interseçor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato”.

Contudo, questiono se ela teria voz para dizer que não quer ser mãe nos demais espaços, ali na unidade básica de saúde, em sua família, no meio social. Indago-me se a negativa do desejo pela maternidade naquele tempo tem o mesmo valor que a paternidade negada pelo parceiro, que a sucumbe nos atos de violência. Respondo-me que não. Penso em sororidade.

Com esse sentido, cabe examinar outra metáfora: a da “sororidade”. Essa, aqui e ali, e de muitas formas, está presente na história das mulheres e dos feminismos. As abordagens clássicas, por muito tempo, focaram, de um lado, a oposição masculino X feminino, e, de outro, evidências de formas de convivência ou de cumplicidades femininas. Sob a simbologia da “sororidade”, conceberam-se conceitos sobre processos identitários “naturalmente” vividos pelas mulheres em suas relações entre si, moldados por sentimentos e sensibilidades inclusive das mulheres feministas de diferentes tempos forjados, sobretudo, na experiência da maternidade vista como “igual” para todas. Há por ampliar a crítica a essa metáfora (COSTA, 2009, p.12).

A crítica que a autora estabelece sobre o termo “sororidade”, julgo pertinente. Ela debate sobre a definição de solidariedade entre mulheres, a natureza homogeneizante dessa ideia como se não existissem desigualdades entre nós e a maternidade fosse igualmente vivida para todas; destaca os conflitos de poder entre as mulheres e a emergência de perceber a pluralidade feminina (COSTA, 2009).

De fato, entendo como igualdade o fato de sermos mulheres, de raça parda e negra (no nosso caso), subjugadas ao machismo, expostas à medicalização, porém ocupamos lugares distintos perante a sociedade, somos de diferentes classes sociais, com diferenças nas relações de poder e no acesso a bens e serviços. Ainda assim, não prescindindo das diferenças que são indispensáveis de serem consideradas, defendo que podemos despertar para uma solidariedade feminina, pois há um ponto de encontro entre nós que nos faz um coletivo, enquanto mulheres que vivenciam experiências comuns e lutam contra a sua anulação.

Para a discussão sobre o poder, encontro o entendimento no discurso dos pensadores Foucault (1989) e Bourdieu (1989), concebendo que o poder é interiorizado nas relações dos indivíduos e de forma natural, sem se dar conta que este existe e exerce domínio. Por vezes somente é contabilizado o poder na forma e nos aparelhos de Estado, todavia ele está embutido em qualquer relação e, inclusive, sob a forma de representação, de aceitação ou de interiorização. “As relações de poder estão talvez entre as coisas mais escondidas no corpo social” (FOUCAULT, 1989, p. 133).

O cuidado de si é referido como o cuidado consigo, ou seja, converter o olhar do exterior dos outros para si mesmo, vigiar o que se passa no pensamento e não se apoderar do livre arbítrio alheio, empoderado pelas relações de poder presentes e resultar em dominação em consequência disso, numa contínua tensão (FOUCAULT, 2006).

Com a proposição de ampliar a ótica para mais do que isso, Tavares, Rocha e Castro (2018) consideram a ética do cuidado que admite a necessidade de superar a tensão individual, mas, também, uma postura pessoal de valorar o significado do cuidado no campo da relação

interpessoal, em que tanto quem cuida, como quem é cuidado está comprometido com os modos de andar a vida e a liberdade de escolhas.

### **Mas o Outro Não Deixou de Si, Por Eu Estar no Outro...**

O cotidiano de cuidado traz situações que fazem testar o ato e o processo de cuidar. Assim, a narrativa a seguir, me faz perseguir uma vigilância como enfermeira cuidadora, pois reconheço minhas limitações; reflito que não sou uma instituição total, ou seja, completa e austera (FOUCAULT, 1987), com a responsabilidade normalizadora de dar conta da vida das pessoas que buscam o serviço de saúde. Sou parte de uma rede de oferta que não deve desejar aprisionar e disciplinar a atenção, bem como preciso entender o outro em sua alteridade, como corresponsável pelo seu cuidado, produtor de sua vida, ainda que apresente deficiência mental.

Compartilho a minha dificuldade em escrever e nomear inadequadamente a pessoa com deficiência ou transtorno mental como autocrítica para não rotular e, de certa forma, contribuir para atitudes que fomentem a discriminação.

Deste modo, trazendo novamente Merhy *et al.* (2016, p. 38) para a discussão:

O operar em alteridade com o outro na produção do viver implica sempre um disputar, sempre uma tensão. Agir com o outro na interseção dos encontros que ali operam, produzindo modos de viver, talvez seja o sentido mais interessante desses trabalhos. Colocar os saberes tecnológicos a serviço disso no interior dos atos produtivos talvez seja a grande apreensão possível para quem procurar desaprender os modos predominantes desses campos de práticas, se realizarem, hoje, quando a vida virou um objeto de manejo e não uma conexão autopoietica no mundo, como produção coletiva.

Nesse caminhar, as críticas durante a minha Qualificação, etapa parcial apresentada como requisito do Mestrado, me fizeram assimilar e debruçar em mais estudos que norteiam a minha pesquisa. Uma das propostas foi tensionar o dizível, o que precisa ser dito, como um paradoxo a estranhar o que é familiar, recolher o que está nas superfícies dessa cotidianidade do meu trabalho e surpreender o instituído, as visibilidades sobre o campo.

Nessa defesa, cito diretamente Merhy *et al.* (2016, p. 22), pois me vejo pesquisadora embebida e capturada por suas palavras:

Para tanto é necessário sustentar um exercício de desaprendizagem do já sabido, um exercício de desinstitucionalização do prescrito. Um exercício que convoca como parte integrante do processo da pesquisa a problematização e invenção de si e do mundo. O pesquisador não é neutro, pelo contrário, produz

ação política, ativa e, nessa produção, contamina-se ao dar passagens para múltiplos processos de subjetivações e de fabricação de mundos.

Em treinamento recente sobre Saúde Mental com o psiquiatra da equipe do NASF do município, ouvi-o dizer que, quando fica em dúvida sobre a veracidade do uso regular das medicações psicotrópicas pelos seus doentes, ele lhes pede que mostrem o braço e administra medicação por via intramuscular, informando aos sujeitos ser uma vitamina. Tal declaração me causou espanto e reflexão sobre como lançar mão da violência como estratégia de cuidado e a tutela castradora: “castradoras dos desejos e de seus movimentos em produzir percursos que invistam no mundo, para torná-lo e tomá-lo em parte como seu” (MERHY, 1998, p. 2).

Mecanismos de poder que podemos adotar nas interações no processo de cuidar: “Na medida em que as relações de poder são uma relação desigual e relativamente estabilizada de forças, é evidente que isto implica um em cima e um em baixo, uma diferença de potencial” (FOUCAULT, 1989, p. 141).

Desta forma, não é que não seja desejável processos tutelares, que são até mesmo outorgados pelos usuários na relação de cuidado, contudo é preciso que os atos terapêuticos sejam cada vez mais autonomizantes, como tutela liberadora e comprometida com o agir cuidador que almeja a produção da vida com autonomia, com o alcance da liberdade e da capacidade de fazer escolhas (MERHY, 1998).

É nesta acepção que desejo vigiar o meu modo de trabalhar em saúde, me distanciar de regimes de verdades, de receitas de um cuidado ideal que são prescritoras da vida alheia, mas, sim, tensionar o processo relacional na perspectiva que o sujeito concreto nem sempre irá se encaixar na minha pretensão terapêutica e, em vista disso, incluí-lo (la) nos projetos desenvolvidos para ele (ela) e singularizar seu cuidado.

A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua "política geral" de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (FOUCAULT, 1989, p. 10).

Dessa maneira, nós, profissionais de saúde somos provocados em nossos agires quando nos deparamos com situações que nos testam, sobretudo, quando lidamos no território desconfortável do diferente, como aquele com pessoas portadoras de transtorno mental. Torna-se mais seguro, mesmo, que ditos “especialistas” estabeleçam relações de dominância. Todavia,

faz-se necessário problematizar os atos cuidadores, se realmente há oferta de cuidado ou se a decisão terapêutica é unilateral, que fomenta a desigualdade e o julgamento do outro como o que não adere ao cuidado ou é pouco cooperativo com o tratamento. Assim, é possível prescindir de condutas alienadoras e produzir novas visibilidades diante da diversidade, concebendo todas as pessoas como capazes de protagonizar modos legítimos de viver (MERHY *et al.*, 2016).

*Morgana entrou na pequena sala com movimento brusco, barulhento, esbarrou na cadeira e sentou-se a meu pedido, acompanhada do marido. Logo, puxo o banco de ferro, posicionando-o à frente do armário de vidro e oferecendo ao acompanhante. Ela traz nas mãos uma fita com dois traços vermelhos, indicando a gravidez pelo teste comprado na farmácia. Tem uma fala rápida, atropelada, de tom alto, ora interrompida pelo marido, que fala por ela, a confunde e se demonstra também confuso. Volto o olhar para ele e falo com firmeza que a deixe falar. Ela se diz muito nervosa, que não quer que seja um menino, pois a lembraria da outra criança que nasceu morta em 2013. Pergunta-me quando vai saber. O parceiro me conta que ela sofreu um empurrão com as mãos na barriga do ex-marido, que estava bêbado, e isso a fez perder a criança. Ouço toda a história um pouco descrente da veracidade, mas escuto atenta, dominando o incômodo e a impaciência que já sinto. Morgana e o parceiro são confusos na fala; percebo que ambos apresentam alguma condição especial, como um retardo, um déficit intelectual. Fico em dúvida como descrever. Pergunto ao casal se tem algum problema de saúde. Morgana me diz, acelerando a voz, como a desconversar, que “já bateram chapa da sua cabeça e nunca descobriram nada”; por sua vez, o marido informa que teve “princípio de epilepsia” quando era mais novo, não sabe quando, toma todo dia “Gardenal” e não vai a nenhum médico. Ela volta a falar do filho que perdeu. Diz que pegou as roupinhas do enxoval e vestiu um boneco, que carregava todo o dia pela casa. Algum tempo depois, orientada pela tia, que disse que isso não lhe fazia bem, deu-o a uma criança. Na consulta seguinte, eles comparecem; ela me traz a certidão de óbito do filho, colocando-a sobre a mesa. Fazendo uma careta, me diz que não gosta de pegar nesse papel. Leio em silêncio, anoto as informações na folha do prontuário, reparo o cuidado com o documento, que está novo, impecável, sem dobras. Em seguida, me entrega o envelope com todos os resultados dos exames impressos, o que é uma surpresa, pois a coleta dos exames, em geral, é agendada pelo posto de saúde para o dia em que a técnica do laboratório terceirizado estará. Os resultados demoram aproximadamente uns vinte dias para estarem prontos. Morgana traz também a ultrassonografia, confirmando precisamente a idade gestacional com a data da última menstruação informada, conseguida gratuitamente por conhecimento do marido com um vereador, que facilitou o acesso ao exame. Muitas grávidas custeiam com recursos próprios, pois poucas são as que conseguem agendar com facilidade. Começo a folhear, avaliando os resultados e vejo que apresenta resultado reagente para sífilis. Sinto-me insegura e logo penso em como explicar ao casal de forma que compreendam. Enquanto estou em silêncio, eles falam meio aos cochichos, se tocando, esbarrando na mobília bem próxima e em mim, pois nosso espaço é bem limitado. Finalmente, levanto o olhar para os dois e começo a explicar, dando algumas voltas para esmiuçar bem o que estou falando. Quando falo a palavra sífilis, o marido me interrompe e me diz com uma exclamação, que teve no primeiro casamento, que se tratou e sabe bem o que é. Volta-se para Morgana e, com muito carinho, a tranquiliza, chamando-a de filha, dizendo que, se tomar as injeções direitinho vai ficar boa. Agrada-me a forma cuidadosa em que o assisto tratá-la. Ela, ao ouvi-lo falar em injeções, olha-me como que para confirmar e começa a choramingar num modo infantil e diz que não vai tomar, porque não gosta de injeção. Respondo-lhe como ela já espera, fitando-me com o olhar, num tom firme como quem fala com uma criança,*

*que é necessário fazer “direitinho” o que vou escrever para que ela e seu bebê fiquem curados na gravidez e que as injeções doem, mas curam. Morgana continua a choramingar, mas abaixa a cabeça e a balança afirmativamente, como a aceitar o que eu falo. Eu me sinto aliviada, estava receosa da reação deles. Escrevo a prescrição de ambos bem detalhada, explico algumas vezes, peço que repitam como vão fazer e eles assim fazem, mas o parceiro é mais participativo na fala. Levantamo-nos. Estico os braços e acaricio com as mãos os ombros de Morgana; ela continua de cabeça baixa, mas não se esquiva. Eles se vão.*

## **E a Dor do Outro É Real e Vibra em Mim**

Mais uma vez, encontro esclarecimento nas palavras do filósofo Spinoza (2009, p. 58) como a traduzir os sentidos experimentados: “[...] a comiseração, que podemos definir como a tristeza originada da desgraça alheia”. E, mais: “Essa vontade ou esse apetite de fazer o bem que provém de nossa comiseração para com a coisa à qual queremos fazer o bem, chama-se benevolência, a qual, por isso, nada mais é do que um desejo surgido da comiseração” (SPINOZA, 2009, p. 59).

*Era manhã de sexta-feira quando cheguei à unidade, que estava bem movimentada. Um pouco atrasada, já sabia que algumas mulheres me aguardavam para o pré-natal. Passei pela Sala de Espera, cumprimentei as pessoas, me direcionei à nossa sala, a primeira assim que se entra do lado esquerdo da unidade. Dei uma “batidinha” na porta e abri. Estava bem cheia, umas cinco pessoas, de modo que esbarrei com a porta em uma das ACS que pesava uma mulher gestante atrás da porta, onde fica a balança, porque não é possível pesar e abrir a porta ao mesmo tempo. Desculpei-me e ela logo me avisou que a nossa médica me aguardava para falar comigo na sala da pediatria da UBS. Fui ao seu encontro, mas ela iria começar a atender. Entrei no consultório em que a médica estava, nos cumprimentamos com um abraço e perguntei-lhe se desejava falar comigo. Ela me disse que havia uma mulher, nossa cadastrada, esperando resposta, pois desejava dar continuidade ao pré-natal com nossa equipe, porém já havia iniciado na UBS. Sua fala tinha um tom de quem se estivesse lamentando por me passar uma usuária problemática. Comentou que Inaê sempre causava diversos problemas, exigia muitas consultas com ela, receitas de psicotrópicos, muitas ultrassonografias da gravidez, além de destratar as ACS. Vem-me à lembrança a ACS Joana me contando sobre uma gestante que estava lhe fazendo grosseria, que preferiu ser atendida primeiro por um médico de outra equipe de saúde da família da mesma unidade e, depois, pelo enfermeiro do posto. Respondo a médica que sei de quem trata, pois Joana já havia comentado comigo sobre Inaê. Ela complementa a fala, dizendo que a paciente – sinto certa irritação quando diz que causou muita confusão há um tempo, quando seu amante de longos anos, um policial reformado, adoeceu e ela queria cuidar dele: brigava com sua esposa para visitá-lo no hospital, vindo ele a falecer. Minha colega médica também me disse que queria apoio da psiquiatra do NASF para prescrever as medicações que Inaê precisa. Enquanto falávamos, entrou Joana segurando alguns prontuários. Peço a ela que fale com Inaê que, se desejar aguardar, a atenderei naquele mesmo dia, depois das que já me esperavam. Joana “torce a cara” como se estivesse me alertando do “abacaxi que vou descascar”; respondi que gosto dos desafios e sorrimos. Ela me espera. Chega a sua vez e entra na sala, com um sorriso de lado, com olhar meio cabisbaixo, uma expressão algo desconfiada; acho que deve imaginar que a equipe falou dela para mim. Usa um vestido de malha estampada alaranjada, elástico, que destaca o*

ventre grávido, já de vinte e quatro semanas de curso; puxa a barra do vestido para baixo ao sentar. Olha para mim quando a cumprimento e torna a baixar o olhar. Apresento-me e digo que sou enfermeira. Peço que me conte toda a sua história. Começa se justificando, dizendo estar muito nervosa e que descobriu tarde a gravidez porque estava tratando gordura no fígado: já tinha a “barriga grande”, não menstruava e usava muito remédio controlado. Desistiu de ser atendida pelo posto, devido às faltas do profissional, que não a atendia nas datas agendadas, bem como estava sem nenhuma medicação para “os nervos”, pois ele havia suspenso. Nesse momento me vem à memória outra lembrança dela: durante muitos anos, eu via diariamente um carro da marca gol, preto, parado na esquina, onde ficava a nossa antiga unidade de saúde, que era exclusiva USF, situada na mesma rua da atual UBS. No carro estavam sempre ela, bem mais jovem, e um senhor que aparentava uns cinquenta anos. Eu os via bem cedo, antes de começar o expediente, quando fazia a curva na direção do meu carro. Eles já estavam lá e sempre com uma garrafa de cerveja. Pergunto sobre o pai do bebê e ela me responde que está com ele há dois anos, que o relacionamento é conturbado, que se agredem e as agressões ocorrem sempre que ele usa cocaína e bebe vinho. Quando indago se usa drogas com ele, ela nega (fico descrente dessa informação), mas diz que somente fuma dez cigarros por dia e fala que tem trabalhado na feira com a filha de quatorze anos. Conta que o parceiro às vezes some, porém não o denuncia porque ele não tem documentos nem moradia. Assegura-me enfaticamente que não consegue ficar sozinha e não vai nem ao banheiro público sozinha. Questiono o porquê e me responde: – Nem queira saber, doutora! Eu digo que sim, quero saber, peço novamente que me fale sobre sua vida até aqui e o porquê de tomar tanta medicação controlada. Inicia narrando que, aos quatorze anos, quando voltava a pé da escola, um homem lhe disse que seu pai – faz um intervalo na história para dizer que tem muita afinidade com ele – estava passando mal em um beco. Ela foi atrás dessa pessoa, que indicou o lugar. Chegando lá, foi dominada por oito homens que a estupraram, sendo hospitalizada após o ocorrido. Desde esse trauma, assim se refere, nunca mais foi a mesma. Ouço e me vejo com uma expressão de comoção, balançando a cabeça positivamente, como se tentasse assimilar o que está sendo dito. Uma profusão de sentimentos me invade. Fomos interrompidas pela luz que havia sido apagada na sala e pelo barulho de crianças correndo. Levanto-me e explico que preciso ir ao corredor fora da sala para acender a luz. Retorno em seguida. Faço esse instante de pausa forçada e consigo tomar fôlego diante do que acabei de ouvir. Ela continua me dizendo que iniciou o uso das medicações, porém teve reação várias vezes e trocou por outras drogas; alternando altos e baixos; que tem quebrado as coisas dentro de casa, fato que atribui à falta das medicações. Ela se emociona ao falar que, após o estupro, conheceu um senhor casado, sargento da polícia militar, que a procurava todos os dias e com quem namorou até ele morrer diabético, no início desse ano. Pergunto se é o pai de sua filha. Ela nega e diz que foi de uma transa de quando brigou com ele, mas que não deixou de se relacionar com outras pessoas. O senhor a sustentava, pagou cursos e ela concluiu o segundo grau; ajudava a sustentar sua filha e, por sua vez, ela ajudava a família, pois recebia dele a quantia de “dois mil reais” por mês e completa, explicando que ele nunca a deixava trabalhar. Quando ela conseguia serviço, ele insistia para que saísse, indo atrás dela no trabalho. Bastante chorosa, me fala que está muito só, que sua família só a procurava quando ela dava dinheiro, que briga muito com a filha e não para de ver o espírito do amante perto dela. Indago sobre sua irmã, que também faz pré-natal comigo, e sobre seu pai; segundo ela, a irmã trabalha e paga as “ultras” para ela, mas o pai já está idoso e doente; não quer preocupá-lo. Ela já me olha nos olhos, não parece a mesma pessoa contra quem a equipe me preveniu: calma, fala concisamente sobre sua vida. Aliás, ela tem sido atendida por mim, vem assiduamente, quinzenal já é o intervalo das consultas. Trouxe o parceiro e fizemos um atendimento da equipe em conjunto com o NASF; desde esse dia, os dois vêm juntos às consultas e aderem a todo o cuidado, que é pensado com eles. Eu ainda não conheci a sua face encrenqueira. Está longe de ser um final feliz, um cuidado ideal, porque não há final. Chegaram desterritorializados; atualmente, eles vêm agenciando suas escolhas nesse curso de tempo,

*surpreendendo a equipe que oferta o cuidado possível no que nos demandam, esbarram nas barreiras da rede de cuidado o tempo todo e nós, na disputa invencível pela continuidade da atenção, portanto não me cabe o julgamento da felicidade. Mas, nada me impede de reconhecer a intensidade dos afetos vividos e continuamente sentidos na condução desse caso, assim como a vontade de compartilhar essa memória.*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, agora me permito dialogar com o meu transcurso de pesquisa por meio dessas linhas. É bem verdade que fiz a escolha por um caminho inimaginável, que possibilitou múltiplas afecções nessa pesquisadora imbricada recém-nascida. Veio à luz a descoberta de me libertar mediante esses passos, dando língua aos afetos vividos no território das narratividades.

Quando cheguei ao mestrado tinha a pretensão de testar alguma coisa, de dar respostas a alguma lacuna e encontrar a solução para um problema – pensamento comum a todo aluno iniciante, pois essa concepção foi confirmada por colegas de turma. Naquele momento, a minha inquietação era “integrar as equipes de saúde da família às escolas, a fim de que ambas se unissem para enfrentar a violência” e este foi o assunto escolhido para pesquisa. Mudei o tema, mas não porque a temática anterior seja irrelevante.

Custei a entender o tanto que podia, presa no desconhecimento, no medo de não ser aceita e nos paradigmas acadêmicos que, de certa forma, me identificava com a enfermeira dos protocolos, afinada nas técnicas que fundamentam a “assistência ao paciente”. Porém, como a vida é fluxo contínuo de várias entradas nesses muitos devires, me vi capturada no rizoma do cuidado que ofertava no pré-natal e que, na realidade, me testava os sentidos e igualmente me ofertava a cura para sustentar meu território existencial, também plantado ali. Despi-me; vi-me conectada com essas mulheres, desvendei semelhanças entre nós, mesmo com todas as ressalvas dos conceitos apreendidos, a pluralidade de classes, as relações de poder, o cuidado de si: cuidei de mim.

Reconheci o significado do que era potência para mim, a desterritorialização em que me encontrava na perspectiva de continuar a atribuir sentido ao que me tocava, a ter o privilégio e a dor de trabalhar com o que se ama. Refiz-me com a oportunidade de ser mestranda e redesenhar a minha história. Recontando as minhas experiências, fazia ressurgir as intensidades provocadas, enquanto ressignificava minhas memórias e tomava um rumo que me territorializava nessas releituras.

Nomeei o meu corpo vibrátil. Foi uma satisfação conversar com todos esses pensadores e saber que eles conseguiam traduzir o íntimo vivido no nosso espaço intercessor e chamavam de vivo o meu trabalho, que antes eu externava através da escrita das poesias, em uma forma instintiva de expressar as dores e os amores. Assim, me libertei; pude caminhar com os múltiplos seres que coabitam em mim; me expus, abandonei as neutralidades, se um dia estiveram comigo, e emergiu a enfermeira, a pesquisadora, a mulher, a mãe e a poeta, e mais, consentida a análise...

Nessa in-mundicização, me percebo em um contínuo de luta. Resistente por um caminhar de defesa do SUS e fortalecimento da APS na atual conjuntura de desmonte, sei que com a publicização do meu estudo, irei dialogar com enfermeiras (os) e demais profissionais que se veem perdidos no caos, solitários como eu me sentia. Contribuo para a academia ao trazer mais uma obra que pode aproximá-la da micropolítica do trabalho vivo, do conhecimento produzido nos serviços, e almejo a persistência nesse caminho motivador que é a pesquisa.

Além do mais, pude me abrir para visualizar outros pares de resistência em meu local de trabalho na APS, em Duque de Caxias. Recebi uma nova ACS, contratada por processo seletivo em 2019 para compor a nossa equipe. Identifico que a gestão técnica do município tem se mostrado aberta a novos avanços, mesmo que em um cenário político desfavorável. Há alguns meses, me capacitei para trabalhar com auriculoterapia e Reiki na APS e lembro da fala da profissional que ministrou o curso, que devemos aprender mais artifícios para lidar com os opressores.

No âmbito local, a equipe do NASF do primeiro distrito tem feito um trabalho essencial de matriciamento e de apoio às equipes de Saúde da Família. São muitas as trocas, o aprendizado em comum, os planos terapêuticos singularizados, uma atenção multidisciplinar indispensável para a garantia dos direitos e a promoção da cidadania dos nossos usuários, principalmente daqueles em extrema vulnerabilidade social. Por vezes, partilhamos as afetações dos cotidianos experienciados.

Outrossim, entendendo que o aprendizado do mestrado é uma obtenção individual que deságua para um alcance coletivo, pois o compartilhar da produção científica suscita essa entrada. Desse modo, destaco que a narrativa se faz um instrumento relevante para ser utilizado nos serviços, capaz de mobilizar os trabalhadores e facilitar uma compreensão mais empática para o cuidado.

Para tanto, sigo a me reinventar sem receita, experimentando possibilidades, driblando os desafios, impregnada de mundo...

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, N. Perspectivas feministas e o conceito de patriarcado na sociologia clássica e no pensamento sociopolítico brasileiro. In: AGUIAR, Neuma (Org.). **Gênero e Ciências Humanas: desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres**. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1997. p. 161-191.
- ALVES, B. M., & PITANGUY, J. (1981). **O que é feminismo?** (Coleção Primeiros Passos). São Paulo: Brasiliense.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2004.
- BARATIERI T, MARCON S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Texto & Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 549-557, 2012.
- BARBOSA, T. L. A. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 29-35, jan.-mar. 2011.
- BENJAMIN, W. **Obras escolhidas: magia e técnica, arte e política**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
- BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira da Educação ANPED - RJ**, n. 19, jan./fev./mar./abr., 2002.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Tradução: Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática I**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. 27p.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 570, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – Incentivo à assistência Pré-natal. Brasília (DF), 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher – Princípios e Diretrizes**. Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2004.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº1.067/GM, 4 de julho de 2006**. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e dá outras providências. Brasília, 2006e.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – Sus, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde; 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica; 32).
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Indicadores de Saúde**. 2012. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Acesso em 28 de dezembro de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. **Caderneta da Gestante**. Brasília: 3. ed. do Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 48, n. 04, 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2017b). **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Cobertura da Atenção Básica**. Unidade Geográfica Sudeste – RJ- Duque de Caxias. Período setembro de 2019a. Fonte e-Gestor Atenção Básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 08 de dezembro de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Indicadores de Saúde**. 2019b. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Acesso em 28 de dezembro de 2019b.
- CAMARGO Jr., K. R. As Armadilhas Da “Concepção Positiva de Saúde”. **Physis** -Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 63-76, 2007.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- CECÍLIO L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Abrasco; 2009. p. 113-26.
- COSTA, S. G. Onda, rizoma e “sororidade” como metáforas: representações de mulheres e dos feminismos (Paris, Rio de Janeiro: anos 70/80 do século XX). **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 01 - 29 jul./dez. 2009.
- COSTA, T.; STOTZ, E. N. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface** - Comunic., Saúde Interface - Comunic., Saúde, Educ., v. 10, n. 20, p. 363-80, jul.-dez. 2006.
- CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1.029-1.042, 2011.

- DAVID, H. M. S. L.; ACIOLI, S.; SEIDL, H. M.; BRANDÃO, P. S. O enfermeiro na Atenção Básica: processo de trabalho, práticas de saúde e desafios contemporâneos. In: MENDONÇA, M. H. M. de; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (Orgs.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.
- DELEUZE, G. e GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: editora 34, 1995. v. 1.
- DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; TORRES, J. A.; ORSI, E. d'; PEREIRA, A. P. E.; SCHILITZ, A. O. C.; LEAL, M. do C. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Sup: S101-S116, 2014.
- ESPOSTI, C. D. D.; OLIVEIRA, A. E.; SANTOS Neto, E. T. dos; TRAVASSOS, C. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 3, p. 765-779, 2015.
- FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução: Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405p.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977. Prefácio; p. XVII.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**; tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, Vozes, 1987. 288p.
- FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FRANCO T. B, MERHY E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 151-171.
- GAZALÉ, O. Reinventar as masculinidades. In: MENDES, N.; MERHY, E.; SILVEIRA, P. (Orgs.). **Extermínio dos excluídos**. Parte 1. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2019. p. 145-152.
- HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
- HOOKS, B. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**. Tradução: Ana Luiza Libânio. 1. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.
- ILLICH, I. **Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde**. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.
- LAUXEN, J.; QUADRADO, R. P. Maternidade sem romantismos: alguns olhares sobre as maternidades e os sujeitos-mãe na contemporaneidade. **Revista Latino-americana de Estudios en Cultura y Sociedad**, v. 04, ed. especial, fev. 2018.
- LEAL, Maria do Carmo *et al.* **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual**. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.
- LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento), p. 145-176, 2005.

MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. O Cuidado de Enfermagem: o sujeito do cuidado como sujeito da relação. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 18, n.1 e 2, p. 51-55, 2003.

MACHADO, L. Z. Perspectivas em confronto: relações de gênero ou patriarcado contemporâneo? **Série Antropológica** – Brasília, n. 284, , p.2-19, 2000.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde em Debate** Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 9-17, jan.-mar. 2015.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.411-1.416, set.-out., 2004.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2009.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MERHY, E. E. **O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador**. Campinas, São Paulo, 1998. (mimeo.). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000032&pid=S1414-3283200000020001100004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000032&pid=S1414-3283200000020001100004&lng=en)

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. **Rev. – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MERHY, E.E. ; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. de F. L.; CRUZ, K. T. da; FRANCO, T. B. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In: MERHY, E.E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; ALMEIDA, D. E. da S.; SLOMP Júnior, H. (Orgs.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes 1**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

MINAYO, M.C. S. Laços perigosos entre machismo e violência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 23-26, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. rev. e aprim. São Paulo: Hucitec, 2006a.

MINAYO, M.C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006b. 132 p. (Coleção Temas em Saúde)

MIRANDA, E. F; SILVA, A. M. N.; MANDÚ, E. N. T. Abordagem de necessidades de saúde pelo enfermeiro na consulta pré-natal. **Rev. Fund. Care Online**, v. 10, n. 2, p. 524-533, abr.-jun. 2018

MOROSINI, M.V; FONSECA, A; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde em Debate**, v.42, n.116, jan.-mar., 2018, p.11-24.

NEY, M. S; RODRIGUES, P.H.A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis** – Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1.293-1.311, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU - **Direitos Humanos das Mulheres**. A Equipe das Nações Unidas no Brasil, jul. 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/08/Position-Paper-Direitos-Humanos-das-Mulheres.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU MULHERES. **Entidade das Nações Unidas para igualdade e empoderamento das mulheres**. Sobre a ONU Mulheres. 2020a. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/agencia/onumulheres/#>. Acesso em: 05 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU MULHERES. **A ONU e as Mulheres**. 2020b. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/mulheres/>. Acesso em: 05 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Objetivos do Desenvolvimento Sustentável**. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. 2020c. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS Brasil – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Folha informativa** – Mortalidade Materna. 2020. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820). Acesso em: 08 de janeiro de 2020.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. **Pistas do método da cartografia, pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015. 207p.

REZENDE, Daniela. Patriarcado e formação do Brasil: uma leitura feminista de Oliveira Vianna e Sérgio Buarque de Holanda. **Pensamento Plural**, Pelotas, n.17, p. 07-27, jul.-dez. 2015.

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

ROLNIK, Suely. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2011. 247p.

SANTOS, A. R. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. 4. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. 144p.

SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, R. O. M; ROMANO, V. F. ; ENGSTROM, E. M. **Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços**. *Physis* [online]., v. 28, n. 2, e280206, 2018.

SAVIETO, R. M; LEÃO, E. R. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 198-202, enero-marzo, 2016.

SEN, A.; KLIKSBERG, B. **As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SHIMIZU, H.E., LIMA, M.G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** [online], v. 62, n. 3, pp.387-392, 2009.

SOARES DE LIMA, S. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família. **Aquichan**, v. 13, n. 2, p. 261-269, 2013.

SOUSA, M. E. A. **Promoção da Saúde E Equidade: contribuições do Plano Nacional de Políticas para Mulheres à equidade para mulheres em vulnerabilidade**. Orientadora: Prof Dra Maria de Fátima Lobato Tavares e Coorientadora: Prof. Dra. Rosa Maria da Rocha. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública: Área de Concentração política, planejamento, gestão e práticas em saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

SOUZA, J. Gilberto Freyre e a singularidade cultural brasileira. *Tempo Social*; **Rev. Sociol. USP**, S. Paulo, v. 12, n. 1, p. 69-100, maio 2000.

SPINOZA, B. de, 1632-1677. **Ética**. Tradução: Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

TAVARES, M. F. L.; ROCHA, R. M.; BITTAR, C. M. L.; PETERSEN, C. B.; ANDRADE, M. de. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 21, n. 6, p. 1.799-1.808, jun. 2016.

TAVARES, M. F. L.; ROCHA, R. M. da; CASTRO, A. M. de. O cuidado: uma reflexão crítica à luz dos princípios e valores da promoção da saúde. In: SÁ, M. C; TAVARES, M. F. L; SETA, M. H. (Orgs.). **Organização do Cuidado e Práticas em Saúde**: abordagens, pesquisas e experiências de ensino. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, nov. 2018. p. 87-101.

TEIXEIRA, E. R. A subjetividade na enfermagem: discurso do sujeito no cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 53, n. 2, p. 233-239, abr.-jun., 2000.

TESSER, C. D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H. F. A.; DINIZ, S. D. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v.10, n. 35, p. 1-12, abr.-jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc>.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em debate** [online], v. 42, n.spe1, 2018. p.361-378.

TOLEDO, L. M. de; SABROZA, P. C. (Orgs.). **Violência**: orientações para profissionais da atenção básica de saúde. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2013. 36 p.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 © ISBN: 978-92-4-155021-5. Organización Panamericana de la Salud 2019. Versión oficial en español de la obra original en inglés: Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva © ISBN: 978-92-75-32093-8 e ISBN: 978-92-75-32102-7.