

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**MAYARA CICILIOTTI DA SILVA**

**NARRATIVAS DE MULHERES COM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO  
EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19: DESAFIOS PARA A  
HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO**

**VITÓRIA/ES**

**2021**

**MAYARA CICILIOTTI DA SILVA**

**NARRATIVAS DE MULHERES COM GESTAÇÃO DE ALTO  
RISCO EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19: DESAFIOS  
PARA A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Angélica Carvalho Andrade.

Co-orientadora: Profa. Dra. Luziane de Assis Ruela Siqueira.

**VITÓRIA/ES**

**2021**

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

C568n Ciciliotti da Silva, Mayara, 1993-  
Narrativas de mulheres com gestação de Alto Risco em tempos de pandemia de Covid-19: desafios para a humanização do cuidado / Mayara Ciciliotti da Silva. - 2021.  
114 f.

Orientadora: Maria Angélica Carvalho Andrade.  
Coorientadora: Luziane de Assis Ruela Siqueira.  
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Gravidez. 2. Puerpério. 3. Humanização dos serviços de saúde. 4. Acolhimento nos serviços de saúde. 5. Acesso aos serviços de saúde. 6. Serviços de saúde para mulheres. I. Carvalho Andrade, Maria Angélica. II. de Assis Ruela Siqueira, Luziane. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

---

MAYARA CICILIOTTI DA SILVA

**EXPERIÊNCIAS-NARRATIVAS DE MULHERES COM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19: DESAFIOS PARA A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração: em Políticas e Gestão em Saúde.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Angélica Carvalho Andrade  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luziane de Assis Ruela Siqueira  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Coorientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gilead Marchezi Tavares  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Membro titular externo

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rita de Cássia Duarte Lima  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Membro titular interno

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sibelle Maria Martins de Barros  
Universidade Estadual da Paraíba  
Membro suplente externo

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Francis Sodré  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Membro suplente interno

Às mulheres mais fortes já que conheci na vida,  
as matriarcas da minha família, Ilza e Belarmina.

## AGRADECIMENTOS

Acredito que toda escrita é resultado de um processo de partilha, seja das alegrias ou das dificuldades encontradas durante a sua construção. É hora, então, de agradecer àqueles que compartilharam desse processo.

Agradeço especialmente aos meus pais, Luzimara e Miguel, pelo amor incondicional e por me ensinarem que tão importante quanto voar alto (e às vezes distante) é saber a hora de voltar para o ninho para encontrar abrigo e aconchego.

À minha irmã, Rayani, minha melhor amiga e confidente, pela presença acolhedora e divertida, por me ensinar que a vida pode ser mais leve quando temos uma à outra: e será para sempre assim!

Ao Vitor, que sempre acreditou em mim, mais do que eu mesma, tendo uma visão otimista de que no final tudo daria certo. Obrigada por ter sido calma nos momentos difíceis.

Aos meus colegas da turma do mestrado e aos colegas integrantes do grupo de estudos NUPGASC, pela sintonia e os bons encontros regados de humor e cumplicidade que tornaram esses dois anos mais leves.

Às três Camilas da minha vida: à Camila Bergantini, pela irmandade desde a época da graduação – sinto muito orgulho da trajetória profissional que construímos juntas. À Camila Marchiori, pela amizade, parceria e por compartilhar as apostas da vida comigo – obrigada por ter me encorajado a entrar no mestrado. À Camila Lampier, com seu menino João nos braços, ainda tão pequeno, mas tão forte, assim como sua mãe – obrigada pelas trocas e desabafos durante o processo do mestrado, vocês foram os presentes mais lindos que o mestrado poderia me dar.

Às minhas orientadoras, Maria Angélica e Luziane, agradeço imensamente por serem tão disponíveis, pelo apoio, acolhimento e pelas palavras de incentivo e conforto. É muito importante encontrar pessoas que apostam nos nossos sonhos e ajudam a torná-los possíveis. Obrigada por terem se deixado afetar por este trabalho: sem vocês não teria sido tão especial, único e intenso.

Ao Hospital Universitário Antônio Cassiano de Moraes (Hucam), em especial à equipe da maternidade, pelo acolhimento e abertura para realização da pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de mestrado concedida.

Às mulheres que gentilmente aceitaram compartilhar suas experiências e histórias de vida, sem as quais, este trabalho não teria se materializado, minha eterna gratidão!

*A história única cria estereótipos, e o problema com os estereótipos é não é que sejam mentira, mas que são incompletos [...] as histórias importam. Muitas histórias importam. As histórias foram usadas para espoliar e caluniar, mas também podem ser usadas para empoderar e humanizar. Elas podem despedaçar a dignidade de um povo, mas também podem reparar essa dignidade despedaçada.*

Chimamanda Ngozi Adichie (2019)

## RESUMO

As propostas de redefinição das práticas de pré-natal e assistência ao parto no país durante a pandemia trouxeram à tona os múltiplos sentidos do risco, podendo-se destacar a inclusão de todas as gestantes e puérperas no “grupo de risco” para a Covid-19 e a implementação de protocolos sanitários mais rígidos e a restrição de acompanhantes. Apesar do avanço da produção de conhecimento científico sobre o parto e o nascimento, esse processo possibilitou a preponderância da narrativa do prontuário pautada em fatos clínicos em detrimento de espaços de troca para falarem das suas experiências a partir dos seus pontos de vista sobre os processos de luta e resistência que não começaram nem terminariam durante a hospitalização. Com isso, propôs-se compartilhar as narrativas de mulheres com diagnóstico de gestação de alto risco que se encontravam internadas em uma Maternidade da cidade de Vitória (ES) no contexto da pandemia de Covid-19. Para tal, inspirado na aposta metodológica das Escrivências cunhada por Conceição Evaristo, participaram do estudo 22 mulheres e suas histórias foram apresentadas através do gênero literário de contos, trazendo a irrupção da pandemia como um analisador das práticas de cuidado prestadas às mulheres com gestação de Alto Risco em hospitalização. A partir dessa experiência de encontro com mulheres e suas narrativas foram propostas três linhas de análise: concepções de cuidado e maternidade; papel social da identidade mulher-mãe; e projetos, protagonismos e resistências. Os resultados do estudo apontaram que a pandemia trouxe a cronificação de desafios já existentes, como discriminações de gênero e políticas que perpetuam o sexismo e o racismo estrutural. Diante disso, é possível assinalar os efeitos da pandemia na ameaça na garantia dos direitos reprodutivos de mulheres e principalmente em sociedades em que gravidez e nascimento foram medicalizados, tendo o risco como conceito-chave. Assim, aponta-se para a importância das práticas de cuidado que preconizam a escuta ativa, o protagonismo de mulheres e de todos os atores envolvidos, para que se fique às voltas com a cronificação de desafios já conhecidos e que ainda não foram superados.

**Palavras-chave:** Gravidez de Alto Risco; Covid-19; Humanização; Saúde da Mulher; Hospital-Maternidade.



## ABSTRACT

The proposals to redefine prenatal and childbirth care practices in the country during the pandemic brought to light the multiple meanings of risk, highlighting the inclusion of all pregnant and postpartum women in the "risk group" for 2019 nCoV Disease and the implementation of stricter health protocols and the restriction of companions. Despite the advance in the production of scientific knowledge about labor and birth, this process enabled the preponderance of the narrative of the medical record based on clinical facts at the expense of spaces for exchange to talk about their experiences from their points of view on the processes of struggle and resistance that neither began nor ended during hospitalization. Thus, it was proposed to share the narratives of women diagnosed with high-risk pregnancy who are hospitalized in a Maternity Hospital in the city of Vitória (ES) in the context of the 2019 nCoV Disease pandemic. To this end, inspired by the methodological bet of *Escrevivências* coined by Conceição Evaristo, 22 women participated in the study and their stories were presented through the literary genre of short stories, bringing the outbreak of the pandemic as an analyzer of the care practices provided to women with High-Risk pregnancy in hospital. Based on this experience of meeting women and their narratives, three lines of analysis were proposed: conceptions of care and maternity; social role of the woman-mother identity; and projects, protagonisms and resistances. The results of the study indicated that the pandemic brought the chronicle of existing challenges such as gender discrimination and policies that perpetuate sexism and structural racism. Therefore, it is possible to point out the effects of the pandemic in the threat to ensure the reproductive rights of women and especially in societies in which pregnancy and birth were medicalized with risk as a key concept. Thus, it points to the importance of care practices that advocate active listening, the protagonism of women and all the actors involved, so that we do not get caught up in the chronicity of already known challenges that have not yet been overcome.

**Keywords:** Pregnancy, High-Risk; 2019 nCoV Disease; Humanization of Assistance; Women's Health; Hospitals, Maternity.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CPN	Centros de Parto Normal
DMG	Diabetes mellitus gestacional
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ES	Espírito Santo
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
Hucam	Hospital Universitário Antônio Cassiano de Moraes
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ITU	Infecção do Trato Urinário
ODM	Metas do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAVIVIS	Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PQM	Plano de Qualificação de Maternidades
RC	Rede Cegonha
ReHuNa	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação .....	37
<b>Tabela 2</b>	Outros grupos de fatores de risco referentes a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação, transformando-a em gestação de alto risco .....	38

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>ESCREVIVÊNCIAS E CORPOS INFAMES: CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA PESQUISA</b> .....	12
1.1	A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE MATERNA, CAPITALISMO, ESTADO E MEDICALIZAÇÃO ATRAVÉS DAS FAMÍLIAS .....	15
1.2	A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO, DO NASCIMENTO E A EMERGÊNCIA DO RISCO .....	22
1.3	AS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: ASPECTOS GERAIS SOBRE RISCO NA GRAVIDEZ E NO NASCIMENTO .....	27
1.4	OS FATORES DETERMINANTES SOCIAIS E OS MÚLTIPLOS SENTIDOS DO RISCO NA GESTAÇÃO .....	34
1.5	QUEM SÃO AS MULHERES ASSISTIDAS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE? .....	40
<b>2</b>	<b>GESTAR E PARIR EM TEMPOS DE COVID-19: CRONIFICAÇÃO DE RISCOS E VULNERABILIDADES?</b> .....	44
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	49
3.1	OBJETIVO GERAL .....	49
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	49
<b>4</b>	<b>CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	50
4.1	COLHEITA DOS DADOS, DIÁRIOS DE CAMPO E ESCREVIVÊNCIAS	53
<b>5</b>	<b>NARRATIVAS ESCREVIVENTES</b> .....	59
5.1	MARIA E O TEMPO .....	62
5.2	A TRAVESSIA DE ANA .....	67
5.3	SANDRA E SUAS ANCESTRAIS .....	70
<b>6</b>	<b>DIÁLOGOS E POSSIBILIDADES</b> .....	74
<b>7</b>	<b>AFINAL, ESTAMOS DIANTE DE DESAFIOS PARA A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO?</b> .....	79
<b>8</b>	<b>CARTA ÀS GESTANTES</b> .....	84
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	88
	<b>APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	98
	<b>APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICO E CARACTERIZAÇÃO DA PARTICIPANTE</b> .....	102

<b>ANEXO 1 – FORMULÁRIO PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA NO HUCAM .....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO 2 - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CENTRO DE CIÊN-CIAS DA SAÚDE .....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXO 3 - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HOSPITAL UNIVERSI-TÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES .....</b>	<b>108</b>

## 1 ESCRIVÊNCIAS E CORPOS INFAMES: CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

Gosto de ouvir, mas não sei se sou a hábil conselheira. Ouço muito. Da voz outra, faço a minha, as histórias também. E no quase gozo da escuta, seco os olhos. Não os meus, mas de quem conta. E, quando de mim uma lágrima se faz mais rápida do que o gesto de minha mão a correr sobre o meu próprio rosto, deixo o choro viver. E, depois, confesso a quem me conta, que emocionada estou por uma história que nunca ouvi e nunca imaginei para nenhuma personagem encarnar. Portanto estas histórias não são totalmente minhas, mas quase que me pertencem, na medida em que, às vezes, se (con)fundem com as minhas. Invento? Sim invento, sem o menor pudor. Então as histórias não são inventadas? Mesmo as reais, quando são contadas. Desafio alguém a relatar fielmente algo que aconteceu. **Entre o acontecimento e a narração do fato, alguma coisa se perde e por isso se acrescenta.** O real vivido fica comprometido. E, quando se escreve, o comprometimento (ou o não comprometimento) entre o vivido e o escrito aprofunda mais o fosso. Entretanto, afirmo que, ao registrar essas histórias, **continuo no premeditado ato de traçar uma escritura** (EVARISTO, 2020, p. 7, grifo nosso).

O processo de construção deste trabalho inicia-se a partir das inquietações advindas dos meus encontros com mulheres assistidas no setor da Maternidade do Hospital Universitário Antônio Cassiano de Moraes (HUCAM), referência para gestação de Alto Risco no período entre 2018 e 2019 em que atuei como psicóloga-residente<sup>1</sup>.

Nesse período conheci mulheres com diferentes histórias de vida, luta e resistência que não poderiam ser resumidas ao diagnóstico de gestação de alto risco ou qualquer outro. Em nossos encontros falávamos das possibilidades/impossibilidades e estratégias utilizadas para responder ou não às exigências da família e da equipe de saúde

---

<sup>1</sup> Com ênfase na saúde materno-infantil, o programa de Residência Multiprofissional do HUCAM engloba diferentes campos de prática que vão além do espaço físico do hospital, da Atenção Primária à complexidade das enfermarias do hospital, a Residência Multiprofissional também se articula aos serviços que constituem a rede intersetorial de cuidados. O trabalho do residente de psicologia na maternidade consiste no acompanhamento das demandas que surgem durante a internação que se inserem no âmbito de atuação da psicologia hospitalar, como o acolhimento e escuta ativa por meio dos dispositivos de grupos, como educação em saúde, visitas beira-leito, atendimentos individuais ou compartilhados.

A proposição de um programa de residência multiprofissional com ênfase na saúde materno-infantil é resultado do amadurecimento das discussões acerca da humanização das práticas de assistência ao parto e ao nascimento, podendo-se destacar a implementação da Rede Cegonha, uma estratégia lançada em 2011 pelo governo federal para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida.

que reforçavam internamente um forte sentimento de culpa, fazendo-lhes se sentir única e exclusivamente responsáveis pela gestação e o nascimento seguro de bebês saudáveis.

Por vezes, as práticas do hospital pautadas em um modelo de cuidado predominantemente tecnocrático<sup>2</sup> reforçavam a responsabilização das mulheres pelo cuidado de si e dos outros onde a gestação tornava-se uma tarefa sacrificante e solitária, desconsiderando a intersecção de eixos estruturantes da subordinação de mulheres, como gênero, raça e classe social. Assim, a partir de uma lógica individualizante e punitiva, as necessidades de cuidado dessas mulheres durante o período gravídico-puerperal, não raro, eram reduzidas às demandas clínicas, como a realização de exames, controle dos sinais vitais do bebê, aferição de pressão arterial e índice glicêmico, ingestão hídrica etc.

Diante disso, eleitas compulsoriamente a categoria de silenciosas, chorosas, queixosas, histéricas ou qualquer outra caracterização pejorativa, tinham a complexidade de suas vivências atravessadas por uma visão moral que as aproximava dos homens infames<sup>3</sup> de Foucault, tornando-se aquelas de quem se fala mal, criando-se uma espécie de fama chamuscada ou difamação por possíveis falhas desenhadas durante suas exaustivas peregrinações para ter acesso e permanecerem no hospital. Afinal, tendo seus direitos por vezes ameaçados, finalmente estavam em um serviço que lhes garantia acesso à água, alimento, medicações, exames e suporte da equipe. O que mais poderia lhes faltar?

Historicamente, com o avanço da produção de conhecimento científico sobre o parto e nascimento, paradoxalmente mulheres tiveram o direito de falar de si expropriados. Assim, dentre as muitas coisas que lhe faltavam no contexto hospitalar, pode-se destacar a preponderância da narrativa do prontuário pautada em fatos clínicos em detrimento de espaços de troca para falarem de suas experiências a partir de seus pontos

---

<sup>2</sup> O modelo tecnocrático é caracterizado pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas, e por sua suposta neutralidade de valores (DINIZ, 2005). Esse modelo impõe uma ruptura com os regimes de tempo, espaço, subjetividade e cuidado experimentados habitualmente fora do hospital - com horários pré-estabelecidos, espaços divididos e nomeados por números de leitos, vestimentas específicas e exposição a procedimentos e intervenções.

<sup>3</sup> Para Foucault (2006) e Lobo (2008), os infames não são dignos de nota, glória ou qualquer nota de fama, eram os homens lidos nos documentos provindos dos arquivos do internamento, da polícia, das petições ao rei e das cartas régias com ordem de prisão, por volta de 1660 a 1760.

de vista sobre os processos de luta e resistência que não começaram nem terminariam durante a hospitalização.

Portanto, a proposição deste trabalho é resultado de um exercício ético, estético e político de tensionamento das narrativas oficiais de quem sempre dispôs do privilégio epistêmico, isto é, das produções hegemônicas no campo do conhecimento e do saber (SILVA et. al, 2021). A partir dessa experiência de encontro com mulheres e suas narrativas, faremos o exercício ético-estético de *trançar* escrita e vivência fazendo ecoar histórias singulares e íntimas e que são, ao mesmo tempo, sociais e políticas.

Conceição Evaristo afirma que inventa histórias, que dizem dela e de muitas outras vidas e histórias, pois as narrativas não são neutras e trazem algo de quem as escreve. Por isso, nesse exercício enquanto pesquisadora de escrever sobre a experiência implica misturar-se às coisas e permitir-se que elas se misturem em nós deixando marcas, portanto, é renunciar a uma escrita limpa e hermética. Trataremos aqui de “histórias que não buscam afirmar ou reconstruir fidedignamente a verdade dos fatos, mas lançar um lampejo de vida para que tais corpos não caiam no esquecimento” (SILVA et. al, 2021, p. 7). Assim, o processo de trançar essa escrita é marcada por uma subjetividade que se constitui a partir do lugar de narradora experimentado, vivenciado na condição de mulher, jovem, psicóloga e pesquisadora na sociedade brasileira.

Entendendo que viver, subjetivar, escrever e inventar constituem um único processo que não podem ser dissociados, para Benjamin (1994), o narrador sempre coloca algo de si no ato de narrar, como o oleiro deixa suas marcas ao moldar o vaso de argila. Portanto, propor um trabalho com narrativas é dar lugar a elementos aparentemente triviais, mas de suma importância para a dimensão da experiência, como os ruídos dos corredores, o tempo de espera, o cheiro da comida, as texturas dos lençóis e das roupas do hospital, as preocupações com quem fica em casa, a vontade de ir embora, a necessidade de ficar, a rotina rígida com horários definidos para comer, dormir, acordar e ir ao banheiro etc.

Assim, buscaremos neste texto trançar escrevivências com o intuito de afirmá-las como um caminho possível para produção de projetos, resistências e protagonismos de mulheres enquanto autora de suas próprias histórias.



## 1.1 A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE MATERNA, CAPITALISMO, ESTADO E MEDICALIZAÇÃO ATRAVÉS DAS FAMÍLIAS

De acordo com Sposito e Carrano (2003), as políticas públicas devem ser entendidas como um conjunto de ações realizadas em função de determinados recursos, que possuem duração específica, com metas estipuladas de impacto para a população. Por outro lado, as políticas públicas não devem ser reduzidas a implantações de serviços, pois envolvem projetos de natureza ético-política, além de compreenderem os diversos níveis de relação entre o Estado e a sociedade civil. Também estão situadas no campo dos conflitos, originados entre os sujeitos que disputam orientações na esfera pública e os recursos que são destinados para sua implantação.

Assim, tão importante quanto apontar a construção histórica do lugar da mulher nas políticas de saúde, faz-se necessário demarcar escolhas e opções políticas, destacando-se que elas não são inocentes e nem se dão por acaso. As políticas têm intencionalidades e desdobramentos que podem resvalar no recrudescimento de desigualdades, discriminações e iniquidades. Diante disso, a partir de um posicionamento ético-político, busca-se realizar um percurso na história das políticas e suas governamentalidades<sup>4</sup>, tal como uma travessia, conforme aponta Coimbra (1995, p. 14).

Fazer esta travessia é uma forma de resgatar um período de nossa história que muitos tentam esquecer. Não com o intuito de uma reconstrução, mas com uma proposta de desconstrução. Ou seja, não pretendo fazer a reconstrução de uma “determinada” memória histórica, mas de uma “outra”, sempre ocultada, sempre impedida de aparecer, sempre estigmatizada. Com isto, em realidade, proponho a desconstrução de uma história conhecida como “oficial”, instituída, fazendo surgir daí uma “outra” memória, uma “outra” história.

Desde o período das grandes transformações políticas, sociais e econômicas ocorridas na Europa no século XVIII, com o estabelecimento de novas relações de poder entre o Estado e a sociedade, e com o nascimento da medicina social, começaram a surgir as primeiras políticas voltadas fundamentalmente para o controle social, privilegiando a higiene, a infância e a medicalização das famílias. Nesse período, o principal

---

<sup>4</sup> Refiro-me à arte de governar enquanto uma arte antiga onde o Poder Soberano na figura do príncipe utilizava-se de diferentes estratégias para manter-se no poder: “as práticas são múltiplas, à medida que muita gente pode governar: o pai de família, o superior do convento, o pedagogo, o professor em relação à criança e ao discípulo” (FOUCAULT, 2018, p.411). As diferentes artes de governar constituem-se como peças-chaves de um grande território existencial que tem como principal objetivo estabelecer os limites entre a normalidade e o desvio.

objetivo das ações do Estado consistia em produzir um maior número de crianças, com boas condições de vida, sob a imposição de um conjunto de obrigações tanto aos pais quanto aos filhos. Isso porque, para o estabelecimento dessas novas relações do capitalismo burguês, baseado na razão, na tecnologia e na produtividade, necessitava reformular o modo de entender os indivíduos, transformando a visão de corpo individual para corpo social produtivo, que deve ser protegido e cuidado em seu aspecto médico-biológico sob controle e vigilância do Estado (FOUCAULT, 2018; SANTOS NETO *et al.*, 2008).

De acordo com Foucault (1989), a ascensão da ordem industrial fez emergir o poder disciplinar sobre o corpo, o qual se diferenciava das relações que se estabeleciam no feudalismo, alicerçadas no poder soberano, cujo objetivo parecia estar no desinvestimento da vida. O poder disciplinar promove uma economia anátomo-política das forças que investem o corpo dos indivíduos de modo a torná-los úteis e dóceis ao capital em plena ascensão. Por meio de ações de intervenção voltadas para a gestão das vidas dos sujeitos que se apresentavam como perigo em potencial, foi possível intervir pela prevenção e não somente pelo tratamento (FOUCAULT, 2018).

Diante disso, para garantir a produção econômica, e para preservar e conservar a força de trabalho, foram desenvolvidas tecnologias para a gestão econômica e política da população. Um dos pilares desse modelo de gestão da vida foi o estudo dos traços biológicos da população com a finalidade de aumentar os conhecimentos sobre a sua capacidade produtiva e elevar os seus níveis de saúde e bem-estar de modo a preservar a saúde em geral (FOUCAULT, 2018).

Começam, então, a surgir, em países da Europa, a exemplo da Inglaterra, as primeiras políticas de saúde voltadas para a saúde materna e infantil visando a medicalização e reorganização das famílias por meio do investimento em espaços de sobrevivência e de evolução para as crianças através da imposição tanto aos pais quanto aos filhos dos cuidados com higiene, limpeza e desenvolvimento do organismo (POLGLIANE, 2013).

Para pensar a maternidade enquanto uma construção social e histórica, este trabalho se propõe a apresentar, “por meio de referências cruzadas, apontamentos historiográficos, sentimentos e experiências vivenciados” (SANTOS, 2015, p. 19), as reflexões e

os conceitos que, ao longo da história, compõem as concepções de maternidade que vigoram no cotidiano. Tal como nos aponta Moura e Araújo (2004, p. 45):

Historicamente, o valor dado ao relacionamento mãe-criança nem sempre foi o mesmo, sendo que as variações que as concepções e práticas relacionadas à maternagem apresentam são produzidas por uma série de agenciamentos sociais, dentre os quais os discursos e práticas científicas assumem um importante papel.

A partir de revisões históricas (ARIÈS, 1981; BADINTER, 1985; CHODOROW, 1990; DONZELOT, 1986), sugere-se que a centralidade do amor materno, tradicionalmente descrito como “instintivo” e “natural”, é um desdobramento construído pelos discursos filosófico, médico e político a partir do século XVIII. Até então, a constituição da família apresentava outras formas de organização.

Durante a Idade Medieval, a família era vivida em público, não existindo quase nenhuma intimidade, pois a densidade social tomava todo o lugar da família. A família não existia como sentimento ou valor, era uma realidade moral e social, mais do que sentimental. Nos meios mais ricos, a família se confundia com a prosperidade do patrimônio, a honra do nome. A família quase não existia sentimentalmente entre os pobres, assemelhando-se ao sentimento provocado pelas antigas relações de linhagem (ARIÈS, 1981).

Tais características, referentes à família medieval, podem ser evidenciadas pela relação dos adultos com as crianças, as quais eram retiradas do convívio com a família de origem e enviadas para outras famílias. Tratava-se de uma concepção de aprendizagem pela prática, na qual a criança, na condição de aprendiz, recebia os ensinamentos de outro adulto. Era um ensino passado de uma geração a outra e incluía a realização de serviços domésticos e outras atividades pesadas. Era necessário transmitir toda “experiência prática e o valor humano que pudesse possuir” (ARIÈS, 1981, p. 218).

Nessa forma de organização, não havia um sentimento existencial profundo entre pais e filhos. É somente a partir do século XV que o sentimento de família começa a mudar de forma lenta e gradual mediante a extensão do espaço escolar. O aprendizado intergeracional que predominava até então dará lugar para a escola, que passará a ocupar o lugar de principal recurso de iniciação social, marcando a passagem do estado da infância ao do adulto (ARIÈS, 1981; DONZELOT, 1986). Apesar da escola

também representar um distanciamento entre a criança e sua família, o afastamento escolar não possuía o mesmo caráter e duração da época em que ia viver com outra família na condição de aprendiz. A escola possibilitou que a criança se aproximasse da família (ARIÈS, 1981).

No fim do século XVII, com o retorno da criança ao lar, a família passou a se concentrar em torno dos seus cuidados, propiciando a emergência de uma nova configuração familiar. A criança passa a ocupar outro papel na vida cotidiana, no qual os adultos se preocupavam com sua educação, carreira e futuro.

A mudança do papel ocupado pela criança na família constitui a base para a construção do sentimento de família, tal como de vida privada e de intimidade doméstica. Por muito tempo, as condições da vida cotidiana não permitiram o distanciamento social necessário para a construção da família moderna. Tal como aponta Ariès (1981, p. 164), “o sentimento da família não se desenvolve quando a casa está muito aberta para o exterior: ele exige um mínimo de segredo”.

A extensão do escopo de atuação da medicina para questões relacionadas aos indivíduos e às coletividades contribuiu consideravelmente para que as mudanças nas relações familiares a partir do século XVIII ocorressem.

Até o final do século XVII, o médico era um indivíduo que pertencia à elite. É somente a partir do século XVIII que a medicina se estende aos demais segmentos da população. Com as transformações dos problemas de saúde pública em assuntos administrativos dos Estados, o papel dos médicos sofreu transformações, passando a ser responsáveis não só pelo tratamento de indivíduos doentes como também pelas condições de saúde de toda a população.

Em meio ao crescimento populacional e dos alarmantes problemas de saúde pública, especialmente as epidemias que esporadicamente flagelavam as populações urbanas, os médicos voltaram-se para os problemas de saúde pública e passaram a desenvolver ações de controle social. Desenvolveram uma série de regulamentos sobre o bem-viver das pessoas, incluindo os hábitos alimentares, o vestuário, o lazer, a higiene pessoal, a habitação, o ambiente de trabalho, a vida sexual, enfim, um conjunto bastante heterogêneo de regulamentações que foram incorporadas a um novo campo

do saber e da prática médica que dominou o século XIX: a higiene (COSTA, 1999; DONZELOT, 1986).

Assim, mediante a reorganização do campo da ação médica a partir da segunda metade do século XVIII, estabeleceram-se as condições necessárias para a entrada do médico na família. Com a proposição de ações de saúde pública e de higiene familiar os médicos voltaram-se para a saúde da criança para intervir nos índices de mortalidade infantil e, em parte, devido à sua aliança com as aspirações econômicas e políticas do Estado, o qual via no saber médico uma estratégia necessária para a conservação das crianças e, por consequência, a produção de força de trabalho.

É nesse contexto que foi criada a ideia de salubridade, como resultado da aliança entre o Estado e a medicina, a qual preconizava a eliminação de tudo que pudesse originar doença. Essa ideia foi útil ao Estado, pois, com a extensão das atividades da indústria, as causas de insalubridade se multiplicaram, justificando a intervenção sobre o corpo social por meio da técnica de higienização das populações (COSTA, 1999).

Tais intervenções trouxeram mudanças significativas nas relações de parentesco e familiaridade, podendo-se destacar o papel central conferido à mulher, rainha do lar. Assim, para efetivar uma vigilância contínua dos indivíduos, principalmente no que se refere ao âmbito familiar, o Estado elegeu a mulher-mãe como autoridade, educadora e auxiliar médica no lar. A mulher, rainha do lar aliançada com os saberes médico e educacional, foi a principal aliada do projeto higienista em voga e participava ativamente na conservação da família aos moldes dos discursos político-institucionais da época. A mulher cuidadora e reprodutora da lógica do Estado (DONZELOT, 1986).

A valorização da mulher como mãe foi uma estratégia bem-sucedida que contribuiu para a entrada do médico na vida privada, o qual ocupava o papel de conselheiro, podendo palpitar sobre vários aspectos da vida familiar. Ao tornar-se um aliado nos assuntos relativos aos filhos, o médico pôde ter acesso e vigiar de perto a outros assuntos específicos das mulheres, como a gravidez, o parto, o puerpério e as queixas ginecológicas (BONAN, 2005).

Assim, embora eleitas à categoria de “rainha do lar” capazes de gerir as relações familiares e garantir a socialização da sua prole, paradoxalmente a função do cuidado

atribuído às mulheres é considerado como frágil, instável, ameaçado e vigiado, de modo a serem responsabilizadas por quaisquer modalidades de desvio de conduta no âmbito familiar. Portanto, a fim de evitar o fracasso familiar, a mulher foi alvo da supervisão contínua do Estado e seus aliados – professores, pedagogos, médicos, sociólogos, historiadores, psicólogos etc. – no controle e vigilância de sua missão civilizatória.

De acordo com Oliveira (2003), a condição de fragilidade no cuidado atribuído as mulheres, que legitimou práticas de vigilância, podem ser compreendidas a partir de um paralelo entre o mito da infância e o mito da feminilidade: isto é, considera-se que, tal como as crianças, as mulheres são seres frágeis, delicadas, assexuadas e que, portanto, são seres que também precisam de cuidados e proteção dos homens.

Com efeito disso, gradativamente foram demarcados os papéis sociais – o homem ocupava o papel de provedor, responsável por sua manutenção e sustento, enquanto à mulher cabia o papel de educadora dos filhos, gerente do lar e da privacidade, a zeladora do bem-estar do marido e dos filhos, a defensora da intimidade familiar (COSTA, 1999).

Embora responsabilizadas pela função de proteção e a conservação do lar, de sua prole, seja pela via da alimentação, da educação e da transmissão de valores morais e de condutas, as orientações de condutas não se mostravam homogêneas, mas distintas segundo a camada da população a que se dirigia (MOURA; ARAÚJO, 2004).

De acordo com Donzelot (1986), nas famílias das camadas mais ricas da sociedade, o Estado direcionou uma economia do corpo, baseada nos preceitos da medicina doméstica, que tinha como objetivo garantir a sobrevivência das crianças, por meio da introjeção de hábitos saudáveis pela via da educação. Já para as famílias das camadas pobres, dirigia-se uma economia social, pautada nas práticas de filantropia e críticas às suas práticas, tais como criações por amas de leite e entrega de menores aos hospícios. Sem uma problematização das condições de vulnerabilidades produzidas pela pobreza, o Estado direcionou um aparato de tutela mais incisivo sob essas famílias pela via da coerção.

Vemos, assim, que as diferentes modalidades de intervenção nos indivíduos tinham um objetivo em comum – “conservar a criança”, seja por meio da ênfase dos laços

afetivos nas camadas altas, seja pelos desenlaces afetivos progressivamente desfeitos e substituídos pelas políticas sociais de intervenção nas camadas pobres (MOURA; ARAÚJO, 2004).

Parte significativa das intervenções sobre as famílias pobres respaldavam-se em teorias racistas e eugênicas que ascenderam no período pós-revolução industrial no século XIX. Destaca-se a teoria do darwinismo social<sup>5</sup> utilizada para justificar as disparidades econômicas e sociais que se intensificavam na época, sugerindo que a pobreza incidia sobre os que eram menos aptos e a prosperidade econômica seria destinada aos mais aptos a sobreviver e, portanto, mais evoluídos (OLIVEIRA, 2003).

Com base nisso, o Estado intervia e controlava as famílias pobres, sob a justificativa de fornecer os subsídios necessários para livrá-los dos vícios e libertinagens inerentes às suas condições de existência. Gradativamente forjavam-se as práticas que associam periculosidade, violência, criminalidade e condição de não humanidade à situação de pobreza.

Como efeito da associação entre pobreza e periculosidade, as intervenções na maternidade visavam prevenir a população de um “risco social”. Acreditava-se que, “a maneira como o indivíduo tinha sido tratado na sua infância era determinante de suas qualidades corporais e morais quando adulto... Uma criança bem cuidada, pelo contrário, tornar-se-ia o perfeito adulto higiênico” (COSTA, 1999, p. 144).

Desse modo, as intervenções para que as mulheres não “falhassem” em seu papel de mãe já se iniciavam antes do nascimento da criança. Assim, relegadas à condição de produtoras de riscos à ordem social, econômica e política vigente, as mulheres sofreram intervenções de diferentes saberes e teorias acerca da maternidade, tornando-a um evento altamente medicalizado. Como exemplo disso, pode-se destacar o interesse da medicina com o parto a partir da metade do século XVIII.

---

<sup>5</sup> O darwinismo social pode ser definido com a aplicação das leis da teoria da seleção natural de Darwin na vida e na sociedade humanas. Seu grande mentor foi o filósofo inglês Hebert Spencer (1820-1903), que inclusive criou a expressão “sobrevivência dos mais aptos”, que mais tarde também seria utilizada por Darwin. O darwinismo social considera que os seres humanos são, por natureza, desiguais, ou seja, dotados de diversas aptidões inatas, algumas superiores, outras inferiores, os menos aptos, deveriam morrer mais cedo e deixar menos descendentes (BOLSANELLO, 1996).

## 1.2 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO, DO NASCIMENTO E A EMERGÊNCIA DO RISCO

A partir do início do processo de medicalização, com o desenvolvimento industrial, científico e tecnológico e a promessa de controle sobre a natureza e os eventos da vida e de se reduzir riscos, promoveu-se a institucionalização do nascimento, por meio dos “partos hospitalares” a partir do século XIX e de forma mais acelerada no século XX. Essa mudança do lugar do parto correspondeu também a uma mudança do modelo de assistência. De evento outrora domiciliar centrado na mulher, com participação ativa da família no processo e a parteira como colaboradora, o parto hospitalar passou a ser concebido no modelo tecnocrático, contando com a entrada da figura masculina no saber e práticas obstétricas, fator determinante para a introdução de um novo olhar e construção de novos sentidos para o parto e nascimento (PASCHE *et al.*, 2010).

Tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como *aparadeiras*, *comadres* ou mesmo de *parteiras-leigas*. Estas detinham um saber empírico e assistiam nos seus respectivos domicílios as mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério, incluindo os cuidados com o recém-nascido. Essas mulheres eram de inteira confiança das famílias e eram consultadas sobre temas vários, como cuidados com o corpo, doenças venéreas, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio (DONZELOT, 1986; BRENES, 1991).

Porém, com o desenvolvimento industrial, científico, tecnológico e a promessa de controle sobre a natureza e os eventos da vida e de se reduzir riscos, o parto foi levado gradativamente, a partir do século XIX para o ambiente hospitalar, podendo-se destacar como desdobramentos desse movimento, a inauguração das escolas de medicina e cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808.

Nesse movimento, a gestação e o parto vão se tornando gradativamente acontecimentos medicalizados, saindo do âmbito domiciliar centrado na mulher, com participação ativa da família no processo e a parteira como colaboradora e sendo direcionado aos hospitais e maternidades para mulheres.



A transferência do lugar do parto para as instituições médicas correspondeu a uma mudança do modelo de assistência, na qual a *Arte Obstétrica* dirigida pela figura masculina do *parteiro* ou *médico-parteiro* no saber e práticas obstétricas, além de oferecer possibilidades de analgesias, objetivava eliminar os sofrimentos e dores atribuídos ao trabalho de parto, tornando-o um momento controlável e previsível, fator determinante para a introdução de um novo olhar e construção de novos sentidos para o parto e nascimento (PASCHE *et al.* 2010).

Desse modo, a introdução das ciências médicas neste espaço inaugurou não só a experimentação clínica articulada com o discurso anatomopatológico, como também expropriou a mulher do seu lugar de protagonismo, através da inserção do parto e do nascimento no campo das regularidades com a inserção da figura masculina no saber e prática obstétrica (BRENES, 1991; PASCHE *et al.*, 2010). De acordo com Diniz (2005, p. 629),

No modelo hospitalar dominante na segunda metade do século 20, nos países industrializados, as mulheres deveriam viver o parto (agora conscientes) imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas. Separada de seus parentes, pertences, roupas, dentadura, óculos, a mulher é submetida à chamada 'cascata de procedimentos'.

Portanto, uma vez retirada do seu papel de protagonista, a mulher é colocada num lugar de fragilidade, submetida a uma tecnologia que a infantiliza, a fragiliza, a descaracteriza e a violenta. O momento do parto e do nascimento passa, então, a ser encarado pelas mulheres e pela sociedade em geral, como momento de medo e ameaça à integridade da vida, onde a cesariana passa a ser uma possibilidade de fuga desse "sofrimento", já que o modelo de parto "normal" passa a ser considerado como degradante (PASCHE *et al.*, 2010; DINIZ, 2005).

Diante das imprevisibilidades relacionadas ao período gestacional e do parto, como condições clínico-obstétrica, social, econômica, cultural e ético-racial, dentre outras, tornam-se potenciais riscos. Ou seja, aspectos que poderiam fazer parte da vida, no contexto da gestação, eram pensados como um risco à vida. "Risco que, por sua vez, não apresentava clareza em relação a que ou a quem se referia. Mas, mesmo sem esta definição, defendia-se a necessidade de atenção, proteção ou até mesmo de controle do grupo que estivesse envolvido ou produzindo esse 'risco'." (OLINTO; TAVARES, 2014, p.111).

É, então, a partir da premissa de intervir sobre o que está em vias de acontecer que a noção de perigo se acopla ao risco de modo a serem utilizadas pela Economia e pela Medicina a partir da segunda metade do século XIX para fundamentar discursos e práticas de disciplinarização dos corpos.

Assim, a noção que acopla risco-perigo embasou ações das instituições do Estado com a finalidade de fixar os indivíduos sob um controle que se pode exercer por meio da prevenção e da exclusão, podendo-se destacar o processo de medicalização dos hospitais a partir da segunda metade do século XVIII.

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, como também de separação e de exclusão. É com o advento da Indústria e da necessidade de conter a desordem social e econômica que os hospitais se tornaram locais de cuidado, mas também de disciplinarização dos corpos, ou seja, é a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar a sua medicalização e a transformação do saber e da prática médica (FOUCAULT, 2018).

Portanto, tendo a disciplina como estratégia de poder e vigilância permanente, foi possível aos hospitais constituírem um saber sobre os indivíduos e as doenças - “um saber que tem por característica [...] determinar se um indivíduo se conduz ou não como deve, conforme ou não à regra, se progride ou não, etc.” (FOUCAULT, 1996, p. 88). É nesse contexto que as práticas de cuidado e de prevenção do risco associam-se à vigilância do que ou de quem comporta em si a periculosidade à ordem social, política e econômica da época.

Coimbra e Nascimento (2008) nos auxiliam na compreensão que associa pobreza à noção de periculosidade, de modo a justificar que as mães pobres sejam tratadas como possuidoras de “moral duvidosa”, transmitida hereditariamente, pertencente a uma classe “mais vulnerável” aos vícios e às doenças. Seus filhos devem ser afastados dos ambientes perniciosos, como as ruas. Assim, os pobres, considerados “viciosos”, são portadores de delinquência, são libertinos, maus pais e vadios, representando um perigo social que deve ser erradicado.

Assim, trata-se de uma preocupação com as virtualidades dos sujeitos, e que fará com que o controle não se exerça apenas sobre o que se é ou o que se fez, mas

principalmente sobre o que poderá vir a ser, sobre o que poderá vir a fazer. Corrêa e Guilam (2006) abordam o papel da medicalização – extensão da intervenção do discurso médico na totalidade da vida dos sujeitos – para respaldar intervenções sobre os riscos em suas virtualidades afirmando que

Antes referido estritamente à positividade dos sinais e sintomas circunscritos aos corpos individuais, (agora) o discurso médico passa a englobar “estilos de vida” (comportamentos individuais) e os mais diferentes fatores “de risco para a saúde” (qualidade do ar, da água, hábitos culturais etc.) e doença se expressam, preferencialmente, sob a forma de correlações estatísticas, das quais o indivíduo, enquanto tal, está abstraído (CORRÊA; GUILAM, 2006, p. 2142).

Portanto, é sob o que está em “vias de se fazer” que as ciências e práticas da saúde utilizam-se do discurso do “risco” como principal estratégia de intervenção e mensuração das competências dos corpos femininos (COSTA, 1999; CORRÊA; GUILAM, 2006; DONZELOT, 1986).

Com base nisso, gradativamente, o risco enquanto categoria foi apropriado pelo discurso biomédico, tanto no campo da medicina clínica, como em toda a saúde pública brasileira, abarcando os discursos e práticas de todos os níveis de complexidade. Da atenção primária à atenção hospitalar, a inserção do risco na saúde surge na transição entre a medicina clínica ligada ao passado do paciente (anamnese) a outra fundamentada na previsão de futuras patologias (probabilidades). Com efeito, as práticas e os métodos em saúde sofrem uma torção temporal, voltando eminentemente para as virtualidades – o que está em vias de ser – dos acontecimentos e dos sujeitos. A ênfase da saúde pública, especialmente a materno-infantil, torna-se, então, a prevenção de doenças e das mazelas sociais através da intervenção nos fatores de risco estatísticos sociais e epidemiologicamente estabelecidos (ROBLES, 2015).

Através da “epidemiologia do risco” foi possível mensurar através de cálculos probabilísticos as chances de ocorrência de doença, morte ou outras situações deletérias para a saúde (OLINTO; TAVARES, 2014; ROBLES, 2015). Com isso, gradativamente, com o apoio do discurso médico e das noções de puericultura por ele introduzidas, o discurso do risco serviu para a formação e legitimidade de um novo modelo de família: a família higiênica, intimista e privativa, em suma, a família moderna (BULCÃO, 2002). Tal como um ponto de corte entre o normal e o patológico, o discurso do risco nas práticas de saúde permite circunscrever a norma, aquilo “que é desejável em um determinado tempo e espaço na sociedade” (AYRES, 2007).

Robles (2015) atenta ao fato de que a noção de “risco” na saúde se vincula a uma questão de gênero. Em outras áreas, ele aparece mais tarde; por exemplo, para os “riscos sanitários”, sobre os quais vemos maior quantidade de artigos a partir dos anos 1990. Da mesma maneira, procurando artigos em bases como Lilacs e Scielo, foi encontrado apenas um artigo em 2002 articulando risco e paternidade, a partir de pesquisa em psiquiatria sobre alcoolismo em pais e adoecimento psíquico nas crianças.

No que se refere às produções científicas acerca do risco e maternidade, as classificações de gestações a partir da categoria risco têm a finalidade de controlar os efeitos de morbimortalidade futura. Contudo, “a identificação de um fator de risco não procede simplesmente de uma tradução da realidade em dados estatísticos, ela envolve também os pressupostos através dos quais o mundo social é decodificado e interpretado” (ROBLES, 2015, p. 149).

Ao considerarmos o perfil apresentado das mulheres que compõem o grupo de risco gravídico dos hospitais-maternidades públicos no Brasil, aparecem claramente os contornos de uma “comunidade” de mães pobres que seguem padrões reprodutivos “outros” e, portanto, se convertem em possíveis “mães de risco”.

Vemos, assim, que o “risco” expandiu-se como modalidade de pensamento e como categoria operatória acerca da gestão da vida e da saúde ao longo da história, de modo a operar em dois níveis biopolíticos<sup>6</sup>: vigilância epidemiológica das populações e nível micro de prescrição de comportamentos individuais. Portanto, “o foco são menos as doenças e as deficiências que a saúde como tema de autotransformação moral” (ROBLES, 2015, p. 140).

A palavra risco pode significar perigo (do grego *rhizikon*), que deriva da ideia de “penhasco escarpado e arriscado de nele se andar”; perigo, portanto, de cair, como

---

<sup>6</sup> Biopolítica é o termo utilizado por Foucault para designar a forma na qual o poder tende a se modificar no final do século XIX e início do século XX. As práticas disciplinares utilizadas antes visavam governar o indivíduo. A biopolítica tem como alvo o conjunto dos indivíduos, a população. A biopolítica contrasta como modelos tradicionais de poder baseados na ameaça de morte. Ela representa uma “grande medicina social” que se aplica a população a fim de controlar a vida: a vida faz parte do campo do poder. O pensamento medicalizado utiliza meios de correção que não são meios de punição, mas meios de transformação dos indivíduos, e toda uma tecnologia do comportamento do ser humano está ligada a eles. Permite aplicar a sociedade uma distinção entre o normal e o patológico e impor um sistema de normalização dos comportamentos e das existências, dos trabalhos e dos afetos. As disciplinas, a normalização por meio da medicalização social, a emergência de uma série de biopoderes e a aparição de tecnologias do comportamento formam, portanto, uma configuração do poder que, segundo Foucault, é ainda a nossa (FOUCAULT, 2018; REVEL, 2005).

também pode significar “marca”, “riscado” (TAVARES *et al.*, 2018, p. 255). Diante disso, cabe pensar acerca das reverberações do risco na condição de uma ação do verbo *riscar* de produzir marcas nas vidas e nas histórias. Poderíamos, assim, “assumir o risco como a possibilidade de traçar novas linhas de reflexão e questionamos o risco como perigo, na medida em que captura sujeitos, determinando práticas que, em nome de proteção, tutelam e circunscrevem vidas?” (TAVARES *et al.*, 2018, p.255).

### 1.3 AS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: ASPECTOS GERAIS SOBRE RISCO NA GRAVIDEZ E NO NASCIMENTO

No Brasil, o tema da saúde da mulher foi colocado na pauta das ações governamentais nas primeiras décadas do século XX, limitando-se às demandas da gravidez, parto e puerpério, refletindo perspectiva que reduz as ações de saúde da mulher ao âmbito da maternidade. Tratava-se de uma abordagem que reduzia os cuidados à saúde da mulher à perspectiva materno-infantil, e ainda assim não ocupava lugar de destaque nas agendas das políticas de saúde (BRASIL, 2004). A saúde materno-infantil sob a perspectiva biomédica prevaleceu durante muitas décadas no discurso hegemônico, no qual a mulher era representada como mãe ou potencialmente grávida, privilegiando aspectos reprodutivos da saúde, privilegiando-se a saúde do feto.

Com os estudos sobre a mortalidade perinatal e infantil em geral, obtiveram-se as evidências necessárias para comprovar que a abordagem que se tinha até então em relação à saúde da mulher e da criança não se mostrava suficiente para resolver a questão da mortalidade materna e infantil (GIFFIN, 1991). Estimada em 168%, a taxa de mortalidade infantil na década de 1930 apresentavam-se como forte entrave ao crescimento de “uma nação forte, produtiva e capaz de assegurar o desenvolvimento econômico nacional” (IBGE, 1999; POLGLIANE, 2013, p. 13).

No que se refere ao cenário brasileiro, as primeiras ações voltadas para redução das mortalidades infantil e materna remontam aos anos de 1940, com a criação do Departamento Nacional da Criança, que enfatizava não só cuidados com as crianças, mas também com as mães, no que se referia à gravidez e à amamentação. Essa preocupação estatal passou por um longo período, do Estado Novo até o Regime Militar, em que o objetivo fundamental do Estado brasileiro era o de produzir braços fortes para

a nação, com ações voltadas para as camadas urbanas mais pobres (SANTOS NETO *et al.*, 2008).

No mesmo período, com a criação do Ministério da Saúde em 1953, a assistência materno infantil em âmbito nacional foi priorizada. No entanto, as diretrizes iniciais apresentavam um cunho nacionalista, inseridas em um modelo centralizador, com ações prioritárias de puericultura e assistência voltada para as camadas mais pobres da população (POLGLIANE, 2013).

Na década de 1970, além de um contexto de expansivo crescimento econômico, as mulheres participavam de forma expressiva dos movimentos sociais urbanos, o que fomentou uma preocupação governamental com a deterioração das condições de vida da população e com as altas taxas de mortalidade infantil. Essa preocupação foi traduzida em ações na área de saúde materno-infantil por meio da publicação das Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, em 1971, pelo Ministério de Saúde. Nesse programa estavam previstos cuidados específicos destinados principalmente às mulheres da faixa etária entre 15 e 49 anos, com ações de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, de estímulo ao aleitamento materno e à nutrição, e medidas para o espaçamento entre as gestações.

Até o final dos anos 1970, os temas de saúde materna estavam pouco presentes na agenda de saúde do país. A situação mudou após 1980, quando várias políticas e programas de saúde para as mulheres foram adotadas. Essas iniciativas, em conjunto com amplas transformações sociais, como melhorias na educação das mulheres, urbanização e mudanças no papel das mulheres na sociedade (por exemplo, maior acesso ao mercado de trabalho e menor número de filhos), afetaram positivamente os indicadores sexuais e reprodutivos e no acesso à atenção pré-natal e ao parto em estabelecimentos de saúde (VICTORA *et al.*, 2010).

Nesse período, o Brasil já ocupava a liderança no ranking de partos cirúrgicos, sendo considerado o “campeão mundial das cesáreas” (PASCHE *et al.*, 2010, p. 106). Diante dessa situação, visando mudar o panorama perinatal no Brasil, essa situação, por volta dos anos 80, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e, no Brasil, o Ministério da Saúde, entre outras entidades, iniciaram um movimento de revisão das práticas no campo obstétrico e propõem mudanças no modelo de assistência, já apontado pelos

movimentos de mulheres e redes de parto humanizado como iatrogênico e inadequado às necessidades das mulheres de uma maneira geral (PASCHE *et al.*, 2010).

Esse movimento da década de 80 toma caráter mais ampliado com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual marcou uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres que antes vigoravam.

O PAISM apresenta-se como resultado das críticas tecidas pelo movimento de mulheres em relação ao enfoque limitado ao ciclo gravídico puerperal, incorporando como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços. Esse novo programa incluía agora novas resoluções da saúde da mulher, ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (MARCHIORI, 2018).

As propostas de atenção integral à saúde da mulher refletem um marco histórico a partir da incorporação da própria mulher como sujeito ativo no cuidado da sua saúde, considerando todas as etapas de vida. Assim, o PAISM materializava as primeiras mudanças na ampliação do conceito de saúde impulsionadas pelos movimentos sanitários e pelas pautas de reivindicações do movimento de mulheres, os quais auxiliaram em avanços significativos na promoção da saúde da mulher em todos os níveis de atenção.

Nas Conferências Nacionais de Saúde e Direitos da Mulher, em 1986 e 1989, os temas de saúde mental, sexualidade, aborto, adolescência, velhice, trabalho e saúde e saúde e cidadania foram destacados como áreas essenciais a serem consideradas nas ações de cuidado à mulher.

Desde então, a partir de disputas de diferentes forças políticas e sociais, podendo-se destacar a articulação dos movimentos de mulheres da época, o Brasil iniciou as primeiras ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990). Tal cenário, alinhado com os avanços no

desenvolvimento científico e tecnológico sobre os processos fisiológicos e patológicos referentes à gestante, ao parto e ao recém-nascido, promoveu melhorias na assistência à saúde materno-infantil e na redução dos indicadores das mortalidades desse público, porém sem atingir os índices desejados (SANTOS NETO *et al.*, 2008).

Assim, apesar dos progressos, ainda persistem grandes desafios, incluindo as mortes maternas causadas por abortos inseguros e a alta frequência de cesarianas. Ainda que boa parte dos avanços científicos e tecnológicos apresentem condições reais de prevenir morbidade e mortalidade na assistência ao parto de risco, as complicações não vêm diminuindo e, muitas vezes, são causadas justamente por esse avanço, por meio da generalização da sua necessidade e do uso abusivo de técnicas e procedimentos (ANDRADE; LIMA, 2014).

Como consequência, prevalecem as ações de cuidado em saúde da mulher durante a gestação, o parto e o puerpério pautadas em concepções restritas e fragmentadas, reduzindo-as em sua função materna, sem considerar a complexidade de demandas que envolvem esse período. Diante disso, ressalta-se o papel estratégico da qualificação e do aprimoramento da assistência pré-natal, de modo a reverter o cenário brasileiro, onde prevalecem altas taxas de cesáreas e de outros procedimentos invasivos, muitas vezes dispensáveis e potencialmente iatrogênicos, tendo como consequência a persistente alta prevalência de nascimentos prematuros e de mortes maternas e de neonatos no Brasil (ANDRADE; LIMA, 2014).

Assim, para lidar com o cenário de ações em saúde fundamentadas nas ações curativas, centradas no cuidado médico e estruturadas com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, foram propostas mudanças assistenciais e organizacionais visando a qualidade da atenção à saúde da mulher no ciclo da gestação, do parto e do puerpério, podendo-se destacar a criação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), em 1993, um dos movimentos que visa a estimular a discussão e a experimentação de um novo modelo de atenção ao parto e ao nascimento no Brasil (PASCHE *et al.*, 2010).

Em 1998, o Ministério da Saúde oficializa a assistência ao parto pelo enfermeiro obstetra no SUS, criando, em 1999, os Centros de Parto Normal (CPN), unidades que permitem a assistência aos partos de baixo risco fora dos hospitais, ficando os profissionais responsáveis por todos os cuidados prestados às mulheres e aos bebês,



investindo, assim, de forma importante na mudança do modelo de atenção ao parto. Também em 1998, o Ministério da Saúde lança o Prêmio Galba de Araújo, colocando em evidência instituições promotoras da “Humanização do parto e da dignidade da mulher” (PASCHE *et al.*, 2010).

Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou um documento denominado “Declaração do Milênio”, também chamado de Metas do Milênio ou Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), no qual, com o apoio de 192 países membros, estabeleciam-se oito metas a serem atingidas pelos países, entre essas metas estão os objetivos de promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde das gestantes.

No ano de 2000, com o objetivo de alcançar as proposições da ODM, o Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569 lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tinha, como principais objetivos, reorganizar a assistência e desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de doenças de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações. Para tal, foram estabelecidos critérios quantitativos mínimos marcadores da qualidade da assistência pré-natal e propostos os princípios gerais e as condições para o adequado acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2005).

Seguindo esse mesmo pensamento, em 2001, o Ministério da Saúde edita o manual “Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher”, que define a humanização da assistência e defende a privacidade e a autonomia materna e o fim de intervenções desnecessárias no parto (PASCHE *et al.*, 2010).

No ano de 2003 é publicada a Política Nacional de Humanização (PNH) com a finalidade de se tornar uma política afirmativa e transversal, propondo um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS. A PNH se ancora no tripé dos princípios da inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde; da transversalidade e autonomia e do protagonismo dos sujeitos (PASCHE *et al.*, 2010).

A partir da perspectiva da integralidade, e da visão filosófica e política preconizada pelo PAISM, após realizado um diagnóstico geral da situação da mulher no Brasil, elabora-se, no país, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da

Mulher (PNAISM), que teve como um dos seus principais objetivos a criação do Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal e Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (MARCHIORI, 2018).

Em 2005, é sancionada a Lei Federal 11.1085, que garante às mulheres o direito a ter um acompanhante de sua livre escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. Na mesma direção, em 2007, é sancionada a Lei 11.6346, que garante a toda gestante o direito ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência (PASCHE *et al.*, 2010).

Em 2008, além de as taxas da mortalidade materna e infantil não terem diminuído significativamente, havia uma grande discrepância entre as taxas de mortalidade materna e infantil na Amazônia Legal e no Nordeste, se comparadas às outras regiões do país. Tal situação levou à criação do Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal, já previsto no PNAISM, e ao Pacto de redução da mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal (ROCHA, 2013).

A organização, em 2009, do Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal na Amazônia Legal e Nordeste (PQM)<sup>7</sup>, em consonância das Redes de Atenção à Saúde (RAS)<sup>8</sup>, em 2010, a implantação da Rede Cegonha<sup>9</sup>, em 2011, e a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco<sup>10</sup>, dentre outras normativas em consonância com a proposta do Ministério da Saúde para a Rede Materno Infantil.

Para tal, foram definidos elementos estruturantes das a es a serem desenvolvidas nos serviços de aten o obstétrica e neonatal, a destacar a vincula o da gestante  

---

<sup>7</sup> Entre os anos de 2009 e 2011 o PQM teve como objetivo geral desenvolver condi es institucionais e técnicas para alterar processos de trabalho, visando reduzir a taxa de mortalidade materna e neonatal, a partir da qualifica o da aten o ao parto e ao nascimento, assegurando modos de cuidado humanizado e integral às mulheres e às crianças, nas 26 principais maternidades da Amazônia Legal e do Nordeste brasileiro, a partir das referências da PNH e das diretrizes das áreas Técnicas de Saúde da Mulher e da Criança do Ministério da Saúde (ANDRADE; LIMA, 2014).

<sup>8</sup> As RAS são arranjos organizativos de a es e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

<sup>9</sup> A Rede Cegonha consiste numa rede de cuidados que visa assegurar   mulher o direito ao planejamento reprodutivo e   aten o humanizada   gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como   criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

<sup>10</sup> Institui as diretrizes para a organiza o da Aten o   Saúde na Gesta o de Alto Risco e define os critérios para a implanta o e habilita o dos serviços de referência   Aten o   Saúde na Gesta o de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha (BRASIL, 2013).

equipe de referência da Atenção Básica, garantindo o local para o parto, o acolhimento da gestante, puérpera e recém-nascido nas práticas de produção de saúde na Atenção Básica e nas maternidades; o acolhimento com classificação de risco nas maternidades e serviços que realizam partos; e a garantia de acompanhante para a gestante durante a internação para o parto e para o recém-nascido com necessidade de internação em unidade neonatal, com adequação da ambiência às especificidades da atenção ao parto e ao nascimento humanizados (BRASIL, 2009).

O Pacto de redução da mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal futuramente se desdobrou no PQM, que teve vigência de 2009 a 2011. O PQM foi uma estratégia do Ministério da Saúde para enfrentar a situação regional relacionada às elevadas taxas de mortalidade infantil e materna (ROCHA, 2013), e serviu de baliza para a concepção do processo de trabalho do que hoje atua como o Projeto Rede Cegonha, que se propõe a ampliar para todo o país as medidas de humanização na assistência à mulher e ao parto.

Assim, em 2011, por meio da Portaria GM/MS nº 1.459/2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha (RC), a qual constitui-se como uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e o provimento contínuo das ações de atenção à saúde materna e infantil. Parte dos seus princípios foram incorporados da PNH, tais como à proteção e à implementação dos direitos humanos, à diversidade cultural, étnica e racial, e ainda à promoção da equidade.

Além disso, a RC fomenta a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério e a assistência à criança até 24 meses, buscando garantir o acolhimento, as boas práticas e a segurança na atenção ao parto e nascimento; bem como a resolubilidade e o acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Com base no panorama apresentado, pode-se afirmar que o Brasil experimentou sucessivas transformações nos determinantes sociais das doenças e na organização dos serviços de saúde, podendo-se elencar as modificações socioeconômicas e demográfica, a proposição de programas nacionais e estaduais de saúde que possibilitaram avanços na rede de atenção à saúde materna e infantil, como a construção de marcos legais e normativas que preconizam o parto e o nascimento humanizados, seguros e de qualidade e com protagonismo da mulher e sua rede de apoio (VICTORA, *et al.*, 2011).

#### 1.4 OS FATORES DETERMINANTES SOCIAIS E OS MÚLTIPLOS SENTIDOS DO RISCO NA GESTAÇÃO

O ciclo gravídico puerperal traz mudanças intensas no âmbito relacional e emocional, em contextos familiares e sociais protetores ou de risco. Os fatores principais ou determinantes da saúde da gestante são condições ou aspectos biológicos, psicológicos ou sociais que podem impactar de forma positiva ou negativa na gestação. A maioria desses fatores e determinantes já está presente na vida da mulher em idade fértil, antes mesmo da gestação, podendo se intensificar e evoluir para desfechos desfavoráveis durante esse período.

De acordo com o Modelo de Determinação Social da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead<sup>11</sup>, os principais determinantes da saúde da gestante podem ser agrupados a partir da lógica dos determinantes proximais, intermediários e distais. Os determinantes sociais proximais correspondem às características individuais da mulher, seus comportamentos e estilos de vida, como ter idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos, possuir doenças crônicas (anemia falciforme, diabetes, hipertensão arterial etc.), tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e uso de drogas lícitas ou ilícitas. Já os determinantes sociais intermediários correspondem à influência das redes sociais e comunitárias, como as condições de vida e trabalho desfavoráveis (esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos e alto índice de estresse), baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo), violência doméstica ou condição conjugal insegura, condições vulneráveis de habitação e renda, insuficiência sociofamiliar, população de rua, quilombola e indígena e a possibilidade de acesso a serviços. Por fim, os determinantes sociais distais, relacionando-se com o ambiente mais amplo de natureza econômica, cultural e econômica (SBIBAE, 2019).

Por outro lado, também devem ser identificados os fatores protetores, que “dizem respeito a influências que modificam, alteram ou melhoram as respostas das pessoas a perigos que predispõem a resultados não adaptativos” (SBIBAE, 2019, p. 15). Podem ser fatores protetores pessoais, como a capacidade de autocuidado ou estilos e

---

<sup>11</sup> O Modelo da Determinação Social da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead em 1992 foi escolhido pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde para ser utilizado no Brasil e base para a definição do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (SBIBAE, 2019).

comportamentos de vida saudáveis; familiares, como vínculos afetivos fortes e estáveis; e sociais, como o apoio comunitário próximo ou participação em grupos de várias naturezas.

De acordo com Silva *et al.* (2021), historicamente, gravidez e nascimento, enquanto processos que atravessam o corpo das mulheres e (re)produzem novos sujeitos, têm sido alvo de saberes especializados e do desenvolvimento de novas tecnologias, assim como tema de debates públicos que influenciam a construção de políticas de saúde. Em países como o Brasil, onde gravidez e nascimento foram medicalizados, os discursos de risco se intensificaram e passaram a moldar as concepções e práticas de atenção ao pré-natal e parto, tornando-se este um conceito-chave para a gestão e a prevenção de desfechos indesejáveis. Assim, a avaliação objetiva dos riscos ampara-se no pressuposto de que eles podem ser conhecidos, quantificados e minimizados gradativamente; o pré-natal e o parto passaram a ser gerenciados por especialistas e orientados para o monitoramento dos riscos, incluindo uma série de intervenções para identificar e corrigir complicações.

Ainda segundo as autoras, as “técnicas de risco” foram associadas à gravidez e ao nascimento com a intenção de reduzir a mortalidade perinatal, norteadas pelo gerenciamento de cuidados pré-natais. A partir de uma orientação preventiva e calculista do risco epidemiológico, essas avaliações foram padronizadas, passaram a ser rotina na prática clínica e impregnaram os cuidados com as gravidezes. Assim, visando garantir o nascimento seguro de bebês saudáveis desde o início do pré-natal, as mulheres são classificadas de acordo com categorias de risco. No Brasil, as grávidas são divididas em dois grupos: alto risco e baixo risco ou risco habitual – nunca “sem risco” (SILVA *et al.*, 2021).

Assim, a estratificação de risco gestacional cumpre, antes de tudo, o objetivo de vigilância contínua sobre o desenvolvimento da gestação, identificando precocemente fatores de risco relacionados às características individuais da gestante, morbidades crônicas e agudas presentes, história reprodutiva e contexto familiar e comunitário, direcionando as intervenções preventivas ou de cuidado necessárias para a proteção da mulher e da criança. Além disso, permite o conhecimento da complexidade clínica e sociofuncional da gestação, o que possibilita a atenção diferenciada, de modo a oferecer uma assistência condizente com as necessidades de saúde de cada gestante,

tendo como base a avaliação permanente do risco gestacional (BRASIL, 2010; DONOSO BERNALES; OYARZÚN EBENSPERGER, 2012; SAMPAIO *et al.* 2018).

Diante disso, considerar as necessidades diferentes dos grupos de gestantes de risco habitual, intermediário e alto risco possibilita a identificação, quantificação e gestão do risco, que apresentam-se como o ponto de corte para a definição de estratégias de cuidado em saúde, tais como: padronizar o cuidado do pré-natal de risco habitual, risco intermediário e alto risco nas diretrizes clínicas, definindo o mínimo de cuidado a ser garantido em todos os serviços; definir os pontos de atenção da RAS, com as respectivas competências no cuidado (unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), unidades de pré-natal de alto risco, e maternidades de risco habitual e de alto risco); definir e dimensionar os serviços logísticos e de apoio necessários para o cuidado; eleger os critérios de acesso aos serviços de saúde para a atenção certa, no lugar certo, no tempo oportuno e com o custo certo, um pressuposto das redes de atenção à saúde; vincular a gestante aos serviços certos para o pré-natal e parto de risco habitual ou de alto risco; organizar a agenda de atendimentos da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE); evitar a suboferta de cuidados necessários a pessoas de maior risco e/ou sobreoferta de cuidados desnecessários a pessoas de menor risco, produzindo, por consequência, uma atenção inefetiva e ineficiente<sup>12</sup> (BRASIL, 2010; 2013; SBIBAE, 2019).

Os critérios normalmente utilizados para a estratificação de risco gestacional (TABELAS 1 e 2) referem-se às características individuais da gestante, como idade, estatura, peso; às condições socioeconômicas e familiares, como escolaridade, ocupação e uso de substâncias psicoativas; à história reprodutiva anterior, como intervalo interpartal, prematuridade e abortamento; e às intercorrências clínicas e obstétricas na gravidez atual, como gestação múltipla, ganho ponderal, patologias controladas ou não e fatores de risco fetais, de modo a oferecer uma assistência condizente com as necessidades de saúde de cada gestante, tendo como base a avaliação permanente do risco gestacional (BRASIL, 2010; 2013; DONOSO BERNALES; OYARZÚN EBENSPERGER, 2012; SAMPAIO *et al.* 2018; SBIBAE, 2019).

---

<sup>12</sup> Os serviços e profissionais especializados, por exemplo, podem se ocupar do cuidado de gestantes de risco habitual, muitas vezes respondendo de “porta aberta” à demanda, o que restringe a capacidade operacional de atendimento às gestantes de alto risco, gerando filas com tempos de espera muito longos para a consulta de pré-natal de alto risco.

Tabela 1 - Marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação.

<b>1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis</b>
Idade maior que 35 anos
Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos
Altura menor que 1,45m
Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30)
Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos
Situação conjugal insegura
Conflitos familiares
Baixa escolaridade
Condições ambientais desfavoráveis
Dependência de drogas lícitas ou ilícitas
Hábitos de vida – fumo e álcool
Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse
<b>2. História reprodutiva anterior</b>
Abortamento habitual
Morte perinatal explicada e inexplicada
História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado
Parto pré-termo anterior
Esterilidade/infertilidade
Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos
Nuliparidade e grande multiparidade
Síndrome hemorrágica ou hipertensiva
Diabetes gestacional
Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores)
<b>3. Condições clínicas preexistentes</b>
Hipertensão arterial
Cardiopatias
Pneumopatias
Nefropatias
Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias)
Hemopatias
Epilepsia
Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local)
Doenças autoimunes
Ginecopatias
Neoplasias

Fonte: Brasil (2012, p. 12).

Tabela 2 - Outros grupos de fatores de risco referentes a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação, transformando-a em uma gestação de alto risco.

<b>1. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos</b>
<b>2. Doença obstétrica na gravidez atual</b>
Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico
Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada
Ganho ponderal inadequado
Pré-eclâmpsia e eclâmpsia
Diabetes gestacional
Amniorrexe prematura
Hemorragias da gestação
Insuficiência istmo-cervical
Aloimunização
Óbito fetal
<b>3. Intercorrências clínicas</b>
Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.)
Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

Fonte: Brasil (2012, p.12-13).

O período gestacional, independentemente do seu percurso, envolve mudanças do ponto de vista físico, social e emocional, como o desejo e a aceitação da gravidez; a preocupação com o desenvolvimento do bebê, principalmente na gravidez de alto risco; as transformações no corpo próprias da gestação; o abortamento ou a morte fetal em gestações anteriores; as mudanças na relação com o companheiro, outros filhos e toda a família; as mudanças na rotina da casa e do trabalho; a reorganização necessária para os cuidados do pré-natal e do parto; a existência de doenças crônicas; e outras situações de risco gestacional. Todos esses fatores, inevitavelmente, em maior ou menor intensidade, provocam sentimentos e reações na mulher.

De acordo com as normativas do Ministério da Saúde, a Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (BRASIL, 2012). Geralmente, as doenças hemorrágicas, hipertensivas e diabetes estão entre as causas mais frequentes de morte materna e infantil, seguidas de infecção urinária e doença periodontal que se relacionam à prematuridade. Com relação à prevalência, estima-se que 15% das gestantes sejam de alto risco e 85% sejam de risco habitual ou apresentem fatores de risco intermediário (SBIBAE, 2019).

Diante disso, tendo em vista que a maioria das mortes e complicações que surgem durante o período da gravidez e puerpério são preveníveis por meio de ações



organizadas, amplas, integradas e com cobertura abrangente, a avaliação contínua do risco durante o pré-natal consiste em uma estratégia de cuidado que dispõe de tecnologias simplificadas e economicamente viáveis.

Para as gestantes estratificadas como de alto risco, em qualquer momento da gravidez é fundamental o compartilhamento do cuidado entre as equipes da APS e AAE, garantindo a continuidade do cuidado como se fossem uma única equipe. O plano de cuidados é a ferramenta mais importante para a integração entre as equipes. Ele deve ser elaborado inicialmente pela APS e, com o primeiro ciclo de atendimentos pela equipe especializada corrigido e complementado, com definição das metas terapêuticas e monitoramento das intervenções propostas. O acompanhamento compartilhado significa que a gestante continua a cumprir a agenda de atendimentos na APS, além de agregar os atendimentos no pré-natal de alto risco (BRASIL, 2012).

Assim, a depender da avaliação do estado de saúde da gestante, o pré-natal realizado na Atenção Primária poderá receber apoio das unidades de Atenção Especializada no Pré-Natal de Alto Risco, como Centros de Especialidades e Ambulatórios, podendo haver ou não a indicação de atendimento e tratamento a nível hospitalar. Portanto, uma vez identificada a necessidade de internação – eletiva ou de urgência, a gestante será encaminhada para as unidades de referência para atender a essa demanda.

A indicação da internação é realizada no pré-natal, a partir da avaliação periódica do risco gestacional através de variáveis clínicas, socioeconômicas, comportamentais e/ou psicológicas que constam nos protocolos de estratificação de risco estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Porém, na maioria dos casos, a presença de um ou mais fatores de risco não implica a necessidade imediata da gestante para o pré-natal de alto risco, embora indiquem maior atenção da equipe de saúde. É somente a partir da avaliação contínua do risco durante o pré-natal que as condições de saúde da gestante podem indicar a necessidade do pré-natal realizado na Atenção Primária receba retaguarda ou seja transferido às unidades de Atenção Especializada no Pré-Natal de Alto Risco, como Centros de Especialidades e Ambulatórios, podendo haver ou não a indicação de atendimento e tratamento a nível hospitalar. Assim, uma vez identificada a necessidade de internação – eletiva ou de urgência, a gestante será encaminhada para as unidades de referência para atender a essa demanda.

## 1.5 QUEM SÃO AS MULHERES ASSISTIDAS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE?

Em estudos realizados no primeiro semestre de 2020, que apontam o perfil de mulheres assistidas no SUS no que se refere ao perfil clínico-epidemiológico das gestantes infectadas pelo Covid-19, observou-se que 86,1% das gestantes infectadas (n = 248) estavam na faixa etária de 20 a 39 anos de idade, das quais 215 (86,7%) evoluíram para a cura e 33 (13,3%) para o óbito. A raça/cor negra foi registrada para 107 (42,5%) gestantes que evoluíram para a cura e 19 (52,8%) que evoluíram ao óbito. Houve 67 (26,6%) gestantes com desfecho de cura e 5 (13,9%) de óbito com raça/cor branca. Em relação à idade gestacional, 168 (66,7%) das gestantes que evoluíram para cura e 22 (61,1%) que evoluíram a óbito estavam no terceiro trimestre. Dentre as comorbidades, o diabetes mellitus foi a mais presente entre as gestantes e ocorreu em 31 (12,3%) daquelas que evoluíram para cura e em 6 (16,7%) que evoluíram ao óbito. Em resumo, os dados apontam que a caracterização dos casos de gestantes com Covid-19 parece apresentar, no Brasil, maior incidência em mulheres com faixa etária entre 20 e 39 anos, com comorbidades, de raça/cor negra, sendo maior a letalidade nesse grupo quando comparado com as mulheres de cor/raça branca. Além disso, a gravidade dos casos foi maior após o parto, evoluindo para o pior desfecho no puerpério, sendo possível que puérperas e gestantes tenham potencial risco (BRASIL, 2020).

No que se refere aos levantamentos realizados anteriormente sobre o perfil das mulheres com gestação de alto risco atendidas pela rede pública no Brasil, quanto ao perfil socioeconômico, os resultados apontam que, na pandemia, entre os períodos de 2001 a 2019, se trata de mulheres negras com faixa etária entre 21 e 30 anos, que estudaram até o ensino fundamental ou médio, com renda igual ou menor que dois salários mínimos, situação conjugal de união estável, que residem junto com o parceiro em casas com água encanada, porém sem esgotamento sanitário e teto forrado, utilizam prioritariamente ou exclusivamente o transporte público e não possuem planos ou convênios de saúde. Quanto aos fatores clínicos e obstétricos, a gravidez atual não foi planejada, sendo o risco gravídico mais recorrente em gestantes com história de doença crônica e que desconheciam o motivo para o encaminhamento ao pré-natal de alto risco. A maioria das gestantes era múltipara e haviam realizado partos

cesáreos nas gestações anteriores. Além disso, a principal causa do encaminhamento relatada em prontuário a hipertensão arterial, seguida do diabetes, cabendo destacar que a população negra apresentou maior incidência de ambas as doenças (FREITAS *et al.*, 2001; MENEZES, *et al.*, 2006; BUCHABQUI *et al.*, 2006; FERNANDES *et al.*, 2019; SOUZA *et al.*, 2013).

De acordo com o “Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente” (BRASIL, 2001), existem doenças de origem genética comprovada, como doença falciforme, deficiência de glicose-6-fosfato-desidrogenase, hipertensão arterial, diabetes mellitus e as síndromes hipertensivas na gravidez. Contudo, Werneck (2016, p. 537) aponta que existem doenças mais incidentes na população negra que podem ser classificadas como:

**(i) Geneticamente determinadas** – anemia falciforme e deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase; ou dependentes de elevada frequência de genes responsáveis pela doença ou a ela associadas – hipertensão arterial e diabetes melito. [...] **(ii) Adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis** – desnutrição, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças do trabalho, transtornos mentais resultantes da exposição ao racismo e ainda transtornos derivados do abuso de substâncias psicoativas, como o alcoolismo e a toxicomania. [...] **(iii) De evolução agravada ou de tratamento dificultado** – hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer e mioma. [...] **(iv) Condições lógicas alteradas por condições socioeconômicas** – crescimento, gravidez, parto e envelhecimento.

Portanto, existem doenças mais incidentes na população negra, não somente por razões étnicas, como também em decorrência de vulnerabilidades oriundas de práticas de racismo que condicionam a qualidade e o acesso dos serviços de saúde e do uso de meios diagnósticos e terapêuticos de qualidade, produzindo, em geral, evolução e prognóstico piores para a população negra no Brasil.

De acordo com Carneiro (2005), o racismo pode ser visto como um sistema, dada a sua ampla e complexa atuação, o seu modo de organização e desenvolvimento através de estruturas, políticas, práticas e normas capazes de definir oportunidades e valores para pessoas e populações a partir da sua aparência. Isso permite compreender como o racismo foi necessário para a consolidação do processo ‘civilizatório’ e da organização do escopo de democracia no Brasil, de tal modo a reduzir a abrangência da cidadania a ideias e imagens estereotipadas e inferiorizantes acerca da diferença

do outro e do outro diferente, justificando a criação e a manutenção de preconceitos através da discriminação, o tratamento desigual.

Segundo o modelo proposto por Jones (2002), o racismo se expressa na vida de indivíduos e grupos através de três dimensões – pessoal, interpessoal e institucional/sistêmico – que atuam de modo concomitante, gerando sentimentos, pensamentos e condutas pessoais e interpessoais, atuando também sobre processos e políticas institucionais. De acordo com a autora, o racismo pessoal internalizado traduz a “aceitação” dos padrões racistas pelos indivíduos, incorporando visões e estigmas. O racismo interpessoal se expressa em preconceito e discriminação, condutas intencionais ou não entre pessoas. Já o racismo institucional desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais. É também denominado racismo sistêmico e garante a exclusão seletiva.

O racismo sistêmico possui relação com o conceito de vulnerabilidade proposto por Ayres *et al.* (2003) que abrange o conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao menor ou maior acesso a recursos adequados para se proteger tanto do agravo quanto das suas consequências indesejáveis.

Para apresentar a relação entre racismo e vulnerabilidade, Werneck (2016) sinaliza a coexistência de três dimensões - *individual, social e política/programática* – que atuam interligadas na produção de vulnerabilidade de pessoas e populações a determinadas condições. Na *dimensão individual* estão inseridos comportamentos que desprotegem, a *dimensão social* destaca as condições políticas, culturais, econômicas etc., a partir do que produz ou legitima a vulnerabilidade. Já a dimensão política ou programática refere-se à ação institucional voltada para a geração da proteção ou redução da vulnerabilidade de indivíduos e grupos, na perspectiva dos seus direitos humanos (WERNECK, 2016).

Assim, o racismo institucional equivaleria a ações e políticas respaldadas e legitimadas legalmente capazes de produzir ou manter a vulnerabilidade de indivíduos e grupos sociais vitimados pelo racismo. Além disso, Werneck (2016) destaca a importância de reconhecer intersecção e conexão de outros fatores determinantes presentes

nas relações sociais e políticas na produção ou redução de vulnerabilidade sobre pessoas e grupos.

Com base nisso, Crenshaw (2002) cunhou o conceito de “interseccionalidade” como conceito ferramenta para dar um sentido mais complexo a noções de diversidade, diferença e discriminação. Segundo a autora:

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (CRENSHAW, 2002, p. 177).

A interseccionalidade permite visibilizar as diferenças intragrupo, inclusive entre aqueles vitimados pelo racismo, favorecendo a elaboração de ferramentas conceituais e metodológicas mais adequadas às diferentes singularidades existentes. “Permite, ainda, maior consistência na compreensão dos modos de aproximação e realização dos princípios de universalidade, integralidade e equidade na política pública (WERNECK, 2016, 543).

## **2 GESTAR E PARIR EM TEMPOS DE COVID-19: CRONIFICAÇÃO DE RISCOS E VULNERABILIDADES?**

A eclosão da pandemia da Covid-19 e a sua chegada ao Brasil, no início de 2020, trouxeram muitas questões que tiveram desdobramentos no âmbito sanitário, epidemiológico, nas relações humanitárias, econômicas, políticas, sociais e diplomáticas em âmbito global. O cenário caracterizado pela subnotificação de casos e, em menor grau, de mortos, devido principalmente à baixa testagem, juntamente com uma curva ascendente de novas mortes, posicionaram o Brasil como o mais novo epicentro da pandemia de coronavírus (IMPERIAL COLLEGE, 2020).

Um mês após a OMS declarar a pandemia provocada pelo novo coronavírus, mulheres grávidas, puérperas e após abortamento passaram a ser consideradas “grupo de risco” para Covid-19 no Brasil. Contudo, apesar da necessidade de adotar novas diretrizes visando diminuir o contágio e a mortalidade de mulheres, essa ação trouxe impactos no movimento de humanização do parto, principalmente no que se refere às tecnologias duras, como a implementação e o enrijecimento de protocolos de biossegurança já existente, a destacar a lavagem das mãos, uso do álcool a 70% e de máscaras respiratórias. Com isso, tem-se dificultado, inclusive, a vivência de muitas mulheres em relação aos processos de gestar, parir e tornar-se mãe, principalmente pela necessidade do distanciamento social, que pode ser determinante para maior fragilização dessas mulheres (ALMEIDA *et al.*, 2020).

A erupção da pandemia e seus efeitos éticos, políticos e subjetivos nos fez refletir sobre o nosso encontro único e singular com a verdade e seus agenciamentos em nós, que nos modificam, mobilizam e paralisam, no aqui e agora. Tal como um acontecimento, a partir da noção foucaultiana, a pandemia possui uma dimensão de imprevisibilidade, provocando tensionamentos nos modos de cuidado dispensados às mulheres - pautados em tentativas de controle sobre os seus corpos (FOUCAULT, 2006).

A covid-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a OMS, a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com covid-19 podem ser assintomáticas ou oligossintomáticos (poucos sintomas), e aproximadamente 20% dos casos detectados requerem atendimento hospitalar por apresentarem

dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem precisar de suporte ventilatório (BRASIL, 2021).

O Ministério da Saúde do Brasil, por meio de Nota Técnica (nº 1/2021-DA-PES/SAPS/MS), sobre vacinação contra a covid-19 em gestantes, puérperas e lactantes, aponta que a incidência de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em gestantes foi 0,9% e ocorreram 199 óbitos por SRAG em gestantes. Em 135 (67,8%) desses óbitos, a SRAG foi causada por SARS-CoV-2. Destaca-se que 56,3% das gestantes que morreram estavam no 3º trimestre de gestação e 65 gestantes (48,1%) apresentaram pelo menos um fator de risco ou comorbidade associada, como obesidade, diabetes mellitus, doenças autoimunes, doença cardiovascular, asma brônquica e hipertensão arterial. Das gestantes que evoluíram para o óbito por SRAG por covid-19, 74 (54,8%) foram internadas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Destas, 54 (73%) fizeram uso de suporte ventilatório invasivo.

No que se refere ao tratamento da covid-19 em gestantes, até o momento, não existe um protocolo consensual, recomendando-se a adoção de condutas e práticas terapêuticas, como o isolamento em domicílio da gestante positiva para o vírus, independente da presença de fator de risco prévio e a administração de vacinas covid-19 em gestantes, puérperas e lactantes, incluindo os esclarecimentos que devem ser fornecidos para a tomada de decisão (FURLAN, *et al.* 2020; MUKHTAR, 2020; MASCARENHAS *et al.*, 2020; BRASIL, 2021).

Além disso, a Organização Pan-Americana de Saúde orientou que os países das Américas garantissem a inclusão das gestantes nos grupos de atenção prioritária, bem como a continuação da atenção às gestantes no pré-natal, mediante as possibilidades de desenvolver gravemente a doença e inclusive vir a óbito, onde a taxa de mortalidade chega a 12,7% (KIMANI *et al.*, 2020).

No que se refere aos aspectos emocionais e subjetivos, estudos indicam que as preocupações das mulheres grávidas e puérperas intensificaram-se durante a pandemia e estão relacionadas ao medo de exposição ao vírus durante o trajeto às unidades de saúde até os procedimentos pré e pós-parto. Além disso, os estudos também apontam para um aumento da taxa de cesarianas e de partos prematuros durante a pandemia (RASHIDI FAKARI; SIMBAR, 2020; KIMANI *et al.*, 2020).

Em relação à distribuição da doença, um estudo realizado durante o primeiro trimestre de 2020 no Reino Unido com 427 grávidas hospitalizadas que testaram positivo para covid-19 concluiu que as mulheres negras e de etnias minoritárias tinham maior probabilidade de serem admitidas nos hospitais com a doença (UOL, 2020). Especificamente no cenário brasileiro, um estudo<sup>13</sup> realizado com 978 mulheres grávidas e no pós-parto que foram diagnosticadas com covid-19 constatou que o Brasil tem 77% das mortes de gestantes e puérperas por covid-19 registradas no mundo. Os resultados também apontaram que 22,6% das mulheres que morreram não foram admitidas na UTI e apenas 64% possuíam ventilação invasiva. Além disso, não foi oferecido nenhum suporte ventilatório a 14,6% de todos os casos fatais e as mulheres negras apresentaram maior mortalidade para covid-19.

Esses dados apontam que pacientes obstétricas podem enfrentar barreiras para acessar ventiladores e terapia intensiva e ressalta a escassez de profissionais de saúde e a falta de recursos de terapia intensiva nos serviços de maternidade brasileiros. Desse modo, esses resultados denunciam a desigualdade no atendimento às gestantes no Brasil: “Há um impacto desproporcional da covid-19 nas mulheres pretas e a gente vê que comparando o perfil das mulheres pretas e brancas, o perfil de idade e de morbidades associadas é semelhante, mas as pretas são hospitalizadas em piores condições” (LIBÓRIO, 2020).

Estudos realizados antes da pandemia sinalizam que as desigualdades no acesso de mulheres aos recursos e serviços de saúde já era uma realidade presente no cotidiano de uma parcela significativa da população brasileira. Em levantamento realizado sobre o perfil socioeconômico das mulheres com gestação de alto risco atendidas pela rede pública no Brasil, os resultados apontam que se trata de mulheres negras com faixa etária entre 21 e 30 anos, que estudaram até o ensino fundamental ou médio, com renda igual ou menor que dois salários mínimos, situação conjugal de união estável, que residiam junto com o parceiro em casas com água encanada, porém, sem esgotamento sanitário e teto forrado, utilizavam prioritariamente ou exclusivamente o transporte público e não possuíam planos ou convênios de saúde. Quanto aos fatores clínicos e obstétricos, a gravidez atual não foi planejada, sendo o risco gravídico mais recorrente em mulheres com história de doença crônica e que desconheciam o motivo

---

<sup>13</sup> O estudo foi feito por um grupo de enfermeiras e obstetras brasileiras ligadas à Unesp, UFSCAR, IMIP e UFSC. Elas analisaram dados de um sistema de monitoramento do Ministério da Saúde, o Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) (G1, 2020).



para o encaminhamento ao pré-natal de alto risco. A maioria das gestantes era múltipla e havia realizado partos cesáreos nas gestações anteriores. Além disso, a principal causa do encaminhamento relatada em prontuário foi a hipertensão arterial, seguida do diabetes, cabendo destacar que a população negra apresentou maior incidência de ambas as doenças (FREITAS *et al.*, 2001; MENEZES, *et al.*, 2006; BUCHABQUI *et al.*, 2006; FERNANDES *et al.*, 2019; SOUZA *et al.*, 2013).

Portanto, os estudos apresentados apontam que a exposição dos indivíduos a doenças e agravos não ocorre aleatoriamente. No cenário brasileiro, a população negra está mais exposta aos processos de vulnerabilidades e iniquidades sociais. Ocupa mais expressivamente os grupos de risco, seja por doenças crônicas ou endêmicas, por condições de exclusão social, como população em situação de rua e comunidade carcerária (NAVARRO, *et al.* 2020).

Assim, os diferentes modos de inclusão dos indivíduos na trama social determinam o processo de saúde-doença-cuidado da população, na medida em que “a identificação de um fator de risco não procede simplesmente de uma tradução da realidade em dados estatísticos, ela envolve também os pressupostos através dos quais o mundo social é decodificado e interpretado” (ROBLES, 2015, p. 149).

Existem, então, diferentes apropriações da noção de risco durante a gravidez, a partir dos hábitos, costumes, expectativas ou a ausência delas acerca da gestação, rede de apoio, grau de escolaridade, local de moradia, condição financeira, modos de se vestir – que passam a ser geridos dentro da instituição hospitalar. Trata-se de uma apropriação do risco na condição de “perigo”, sobre o qual não se tem exatidão aos seus efeitos, a que ou a quem se refere, a única coisa que se sabe – é preciso identificar o perigo - mapear os modos de conceber, nascer, viver e morrer – destinar atenção, proteção, cuidado e controle de tudo que possa estar envolvido ou produzindo o risco (OLINTO; TAVARES, 2014).

De acordo com Passos e Barros (2015) utilizando-se do exemplo das campanhas de combate à aids na década de 1980 apontado por Ayres (1996, p. 16), “os conceitos de ‘fator’, ‘grupo’ e ‘comportamento’ de risco têm servido de base para sucessivas estratégias de conhecimento e controle epidemiológico da doença. Mas o conceito de risco tem, frequentemente, apresentado ‘custos’ técnicos, sociais e políticos superiores a seus benefícios”.

A partir desse paralelo, ao considerarmos o perfil das mulheres que compõem o grupo de risco gestacional dos hospitais-maternidades públicos no Brasil, não coincidentemente, os resultados apontam para as condições sociais e epidemiológicas, iniquidades e desigualdade sociais em saúde acompanhadas de estigmas e preconceitos que acometem mulheres negras, parte expressiva da população de mulheres que acesam os serviços públicos de saúde.

Embora ainda não se conheçam todos os desdobramentos da covid-19 na gravidez, parto e puerpério, colocamo-nos a pensar sobre a assistência prestada às mulheres que vivenciam o período gestacional-puerperal no contexto da pandemia, considerando-se as várias formas de opressão feminina e suas vulnerabilidades agregadas, a destacar as relações entre gênero, raça, etnia, deficiência, sexualidade, classe e nacionalidade, dentre outras variáveis que não podem ser analisadas isoladamente. Caso contrário, conforme apontam as autoras Barbosa *et al.* (2021, p. 6) “corre-se o risco de estigmatizar determinados grupos, invisibilizar singularidades, privatizar uma demanda que na verdade está imersa em um contexto muito maior e complexo, além de eximir a responsabilidade do Estado.”

As medidas em relação ao covid-19 com ênfase em aspectos biológicos deflagram modos já estabelecidos de assistência, que colocam em segundo plano a complexidade das necessidades de saúde de mulheres que, não raro, são atravessadas por discursos de cunho moral que validam ou não suas realidades e existências (BARBOSA *et al.*, 2020).

Diante disso, considerando que onde há poder, há resistência (FOUCAULT, 1988), se podem ter seus corpos, vidas e modos de ser controlados e tutelados, acredita-se que essas mulheres constroem estratégias de enfrentamento diversas, fissurando os protocolos e regras instituídos ao longo da internação. Desse modo, este trabalho tem como aposta principal o compartilhamento de narrativas de mulheres, trazendo a irrupção da pandemia como um analisador das práticas de cuidado prestadas às mulheres com gestação de Alto Risco em hospitalização.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Narrar as experiências de mulheres com diagnóstico de gestação de alto risco que se encontram internadas em uma maternidade da cidade de Vitória (ES) no contexto da pandemia de covid-19.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender os sentidos e significados acerca das concepções de cuidado e de maternidade atribuídos às mulheres que vivenciam a gestação de alto risco no contexto da pandemia.
- Problematizar o papel social da mulher enquanto mãe/cuidadora e seus desdobramentos na gestação de risco no contexto da pandemia.
- Analisar a produção de projetos, resistências e protagonismos das mulheres frente os limites e possibilidades do exercício da maternidade no contexto da pandemia.

## 4 CAMINHO METODOLÓGICO

O campo da pesquisa em saúde oferece amplo repertório de caminhos metodológicos que abarcam projetos ideológicos, políticos e societários distintos entre si. Assim sendo, os dados coletados a partir de diferentes técnicas (entrevistas, questionários, grupos focais, observação participante) indicam maneiras de narrar – seja dos participantes ou sujeitos da pesquisa, seja do pesquisador ele mesmo – que apresentam os dados, sua análise e suas conclusões segundo certa posição narrativa (PASSOS; BARROS; 2015).

Desse modo, tão importante quanto o caminho metodológico a ser seguido, é necessário definir de qual política de narratividade nossa pesquisa se serve. Tal como afirmam Passos e Barros (2015, p. 150), “toda produção de conhecimento, se dá a partir de uma tomada de posição que nos implica politicamente”.

A presente pesquisa é um estudo qualitativo de delineamento analítico-descritivo. A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, se ocupa da realidade que não pode ser quantificada, ou seja, ela atua com o universo dos motivos, dos desejos, das crenças, dos valores e dos significados. Parte do entendimento de que o conjunto de fenômenos humanos é parte da realidade social, pois o que o ser humano pensa e faz é compartilhado com os seus semelhantes (MINAYO, 2007).

A pesquisa qualitativa tem como foco explorar o mundo das relações humanas, das representações sociais e da intencionalidade sobre o tema que se pretende investigar. Em pesquisa qualitativa, a preocupação é com o conteúdo, com a subjetividade dos sujeitos pesquisados, ao contrário da pesquisa quantitativa, em que a preocupação é em elaborar levantamentos numéricos ou censos populacionais (MINAYO, 2007).

Atendo-se ao rigor metodológico do trabalho, a abordagem qualitativa dá passagem a uma realidade que não pode ser quantificada, tornando possível a objetivação de uma categoria de conhecimento que tem como matéria prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade. Na sua investigação, concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um construto científico (MINAYO, 2012).

Segundo Gil (2010), “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2010, p. 42). O presente estudo delineou-se por analítico-descritivo no que diz respeito à sua finalidade em pesquisa, pois visa não apenas observar e registrar os fenômenos e suas características, mas também analisar as inter-relações dos fenômenos com o contexto, os fatores e as variáveis encontradas.

A pesquisa de campo foi realizada no período de novembro de 2020 a fevereiro de 2021, no setor da maternidade do HUCAM, órgão suplementar da UFES, sob a gestão da EBSEH, localizado na cidade de Vitória, ES.

O HUCAM localiza-se no Município de Vitória (ES), é de competência do SUS e dispõe de três grandes “Portas de Entrada” para acesso aos atendimentos assistenciais aos usuários, conforme contrato pactuado com a Secretaria de Saúde do Espírito Santo (SESA/ES) - Urgência e Emergência, Internação Hospitalar e Atendimento Ambulatorial de Consultas e Exames (HUCAM/UFES, 2017).

O HUCAM possui Unidade de Urgência e Emergência que funciona 24h, com atendimento de referência para o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) aos munícipes de Serra e Vitória, além de atendimento de referência para abdome agudo não traumático, para os munícipes de Cariacica e Vitória. Oferece também atendimento de Urgência em Gestações de Alto Risco das usuárias residentes no município de Vitória, bem como atendimento de vítimas de violência sexual (Pavivis) (HUCAM/ UFES, 2017).

A maternidade do HUCAM é referência do SUS para o acompanhamento de gestantes de alto risco e mantém um trabalho especializado no atendimento para essas mulheres e dispõe de 20 leitos para atender a demanda de mulheres que venham a necessitar de internações ao longo da gestação e estima-se que são realizados em torno de 80 a 90 partos por mês.

Por isso, é comum que as demandas que chegam até o setor tenham maior grau de complexidade, principalmente as que envolvem a necessidade de internação, onde as gestantes são acompanhadas por equipe médica, de enfermagem e multiprofissional.

Além disso, o setor da maternidade tem uma característica peculiar no que se refere à continuidade do cuidado, quando comparado a outros setores do hospital, pois

geralmente se trata de mulheres que já estavam sendo acompanhadas no Pré-Natal de Alto Risco e que já possuíam alguma vinculação com o hospital antes da internação. Nos casos de internações sucessivas e/ou prolongadas a essa característica fica mais evidente em decorrência da formação de vínculo entre profissionais e usuárias do serviço.

Participaram da pesquisa 22 mulheres que se encontravam hospitalizadas no setor da maternidade do HUCAM durante o período de pesquisa de campo entre o mês de novembro de 2020 e fevereiro de 2021.

As mulheres que acompanharam o percurso da pesquisa foram inseridas, a princípio, a partir do interesse e da disponibilidade para compor com a pesquisa e, em seguida, com base nos critérios de inclusão da pesquisa: mulheres gestantes acima de 18 anos; alfabetizadas; e com diagnóstico de gestação de alto risco, ou seja, aquelas com diabetes tipo I, diabetes gestacional e síndromes hipertensivas, como hipertensão arterial crônica, doença hipertensiva da gravidez (DHEG] e pré-eclâmpsia.

Para atender a questões éticas, foram estabelecidos critérios de exclusão para participação na pesquisa, como mulheres que possuíam algum diagnóstico de incapacidade cognitiva e intelectual; e aquelas que se negaram a dar o consentimento para participação da pesquisa.

Em função da pandemia, foram incorporados aos critérios de inclusão e exclusão as orientações do Plano Covid-19 do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e Vigilância Epidemiológica do HUCAM e a Portaria-SEI nº 87, de 27 de março de 2020, podendo-se destacar a adoção de medidas de biossegurança e a exclusão de casos confirmados ou suspeitos para a doença.

Considerando-se os fatores de inclusão e exclusão, e por se tratar de uma pesquisa de cunho qualitativo, o número de participantes foi determinado pelo ponto de saturação, ou seja, quando os novos entrevistados repetem os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, de maneira a não acrescentar novas informações relevantes ao estudo (FONTANELLA, 2008).

A participação do estudo foi condicionada ao aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1), no qual todas as participantes foram informadas dos procedimentos e instrumentos utilizados na pesquisa.

#### 4.1 COLHEITA DOS DADOS, DIÁRIOS DE CAMPO E ESCREVIVÊNCIAS

Com quantas pessoas falamos quando escrevemos? Quando nos propomos o exercício de escrever - seja no diário, na própria dissertação ou em um caderno velho de anotações - quantas pessoas falam através de nós? (FRANCISCO, 2015, p. 52)

O diário de campo foi ferramenta fundamental para os registros e análises e, assim, acompanhou todo o percurso da pesquisa de campo. Diferente do processo de transcrição de uma entrevista, em que o objetivo é reproduzir na íntegra os conteúdos das falas e assim descrever/representar/reproduzir um recorte da realidade, o conteúdo do diário atravessa o campo de pesquisa e se constitui na processualidade das falas, entre-falas e não-falas, expondo as potencialidades e fragilidades da pesquisa para fazer pensar e tensionar discursos de verdades preestabelecidas.

Enquanto dispositivo de intervenção inerente ao processo de construção da pesquisa, o diário de campo se ocupa dos conteúdos que tradicionalmente ficariam no “fora-texto” da escrita acadêmica e científica. Portanto, o diário de campo não deve ocupar papel secundário ou complementar na escrita científica, na medida em que seu conteúdo comporta os elementos fundamentais para afirmar uma ética de pesquisa, tal como apontam Nascimento e Lemos (2020, p. 244):

O diário de campo não é mero suporte da memória, um baú de lembranças, mas um **processo de subjetivação**. Este regime de escrita tem um aspecto político, de intervenção sobre si e sobre os outros, e ao mesmo tempo estético de se transformar e se pensar, além de um exercício ético dos fazeres como cuidados de si e dos outros. Ler o diário e escrever, ler outros materiais e retornar ao diário de campo, exercícios de leitura e escrita que implicam **um posicionamento frente à produção de verdades**. Portanto, restituir os acontecimentos logo após sua ocorrência, marcadamente após ser digerida em uma análise histórica, forja **uma política interventiva e uma estilística da existência** tal qual um *ethos* frente ao presente (grifo nosso).

Portanto, o processo de escrita do diário de campo deslocou a pesquisadora de um lugar de suposto saber pautado na neutralidade e objetividade científica. De acordo com Jurema Werneck, na introdução da obra *Olhos d'água*, de Conceição Evaristo, “a palavra que é dita reivindica o corpo presente. O que quer dizer ação” (2016, p.10). Portanto, as escrevivências demandaram que a pesquisadora estivesse presente ativamente no processo de escrita e falas. Assim, trata-se de uma escrita comprometida

com o plano da experiência compartilhada que se produz no encontro entre os atores envolvidos no processo da pesquisa – o diário de campo é uma escrita da vida, uma escrita de nós, é uma Escrevivência.

A escritora Conceição Evaristo, a partir de um jogo de palavras entre escrever, viver, escrever-se vendo e escrever vendo-se, utilizou a palavra Escreviver para remeter ao seu encontro particular com a escrita ao longo da vida. Na condição de mulher negra, experienciou os desafios de ocupar espaços literários, acadêmicos, culturais e políticos historicamente relegados às mulheres, principalmente negras, indígenas e quilombolas, dentre outros indivíduos colocados à margem pela “cultura hegemônica eurocêntrica, patriarcal e racista imposta aos povos originários e afrodiáspóricos desde que seus pretensos “descobridores” chegaram a este país de cultura ancestral, insistentemente negada e corrompida” (NUNES, 2020, p. 13).

A construção dos diários de campo apresenta-se como a força motriz para conceber, pensar, falar, desejar e ampliar a semântica das Escrevivência, que se constitui como uma ferramenta de luta, resistência e afirmação da oralidade e da ancestralidade de mulheres que historicamente ocuparam o lugar de “objetos” de pesquisa, na medida em que, Escreviver

compreende uma complexidade que se expressa nos espaços literário, político, histórico; não necessariamente nessa ordem. Escreve o protagonismo das mulheres negras colocando em questão as desigualdades e preconceitos raciais e de gênero. É ato de defesa de direitos, de formação. **É acreditar que toda pessoa tem algo para compartilhar**; e que, ao registrar ou publicar, promove sentidos, reconhecimentos e uma compreensão de vida livre e ampla, essencial para que se conheça e se respeite uma sociedade tão diversa (NUNES, 2020, p. 14, grifo nosso).

Dessa maneira, o processo de construção do diário de campo inspirou-se nas Escrevivências de mulheres historicamente silenciadas, com o propósito de subverter a escrita acadêmica usualmente construída a partir de um processo de apropriação das suas falas, comportamentos ou acontecimentos, de modo a produzir uma narrativa ‘sobre’ os indivíduos. Na medida em que se aposta na construção dos diários de campo a partir dos encontros com mulheres e da experiência compartilhada com a pesquisadora, propõe-se ‘pesquisar-com’ em vez de ‘pesquisar-sobre’, subvertendo esse lugar da pesquisadora enquanto porta-voz da verdade a ser revelada mediante uma dada realidade.



Parte-se de um posicionamento ético onde a realidade da qual a pesquisa se ocupa não está dada de antemão, sendo assim conjecturada, moldada, inventada a partir das relações que se estabelecem no processo de construção da pesquisa. “Assim, sujeito e objeto não o são de antemão, mas sempre o são na relação que os fazem um como sujeito e outro como objeto” (TAVARES; FRANCISCO, 2016, p. 138).

Para realização desta pesquisa, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES (**nº parecer: 4.364.306**) e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Cassiano de Moraes da UFES (**nº parecer: 4.808.201**) e iniciou suas atividades após a devida aprovação, atendendo às normas da resolução 466/12 (CNS, 2012).

Este trabalho foi construído a partir de encontros com as mulheres durante o período de hospitalização mediante abordagem beira-leito no espaço da enfermaria de alojamento conjunto destinado exclusivamente às gestantes de alto risco. Os encontros foram mediados por questões norteadoras voltadas para as experiências-narrativas de mulheres no cenário de hospitalização no contexto da pandemia. A partir dos relatos compartilhados nos encontros, foi possível construir um espaço de troca, fortalecimento mútuo entre mulheres, a princípio, com histórias de vida distintas entre si, mas que se intercruzavam quando eram compartilhadas em um espaço composto por mulheres.

Para a realização da pesquisa, não foi utilizado nenhum recurso de gravação de áudios ou de imagens, bem como não serão utilizadas informações que pudessem colocar em risco a privacidade e o anonimato das participantes, de modo a causar prejuízos às mesmas ou às pessoas do seu convívio. Além disso, as entrevistas foram realizadas no espaço físico do hospital respeitando as medidas de biossegurança adotadas para prevenção e controle da transmissão do vírus SARS-CoV-2.

A inspiração para a construção do trabalho a partir narrativas de mulheres advém da obra e da vida de Conceição Evaristo, autora que apresenta a potencialidade da função narrativa ao contar histórias de vida de mulheres que demarcavam resistências e insubmissões frente às violências e brutalidades que vivenciavam. Fossem suas histórias reais ou inventadas, fictícias ou não, através de suas personagens, Conceição Evaristo nos convida para a experimentação de uma escrita da vida, apontando-nos a potência e a impotência que habitam a vida de cada pessoa (EVARISTO, 2020).

Assim, a potência das narrativas de mulheres – enquanto autoras de suas próprias histórias – apresenta-se como estratégia de resistência frente ao discurso hegemônico que prepondera nas instituições de saúde sobre temáticas diversas que envolvem o campo do cuidado, do feminino e da maternidade. Assim, este trabalho se ocupará em narrar experiências de mulheres vitoriosas, insubmissas ao destino, que “apesar de passarem por tudo, recuperariam a vida” (EVARISTO, 2014, p. 32).

A partir da narrativa de histórias de insubmissão e resistência, a proposta do trabalho consiste em afirmar que todas as histórias são significativas: “a história do outro é significativa na medida em que essa história tem ressonância em mim; entender a ressonância como unidade” (NUNES, 2020, p. 18). Assim, na medida em que as histórias são partilhadas, elas ressoam e tornam-se elementos fundamentais para a constituição de um corpo-pesquisadora-narradora, que se produz a partir do encontro com essas mulheres e as suas histórias.

Para isso, propôs-se, a princípio, a entrevista semiestruturada individual como estratégia metodológica. Contudo, devido à disposição do espaço físico do alojamento conjunto e a disponibilidade das participantes, as entrevistas foram realizadas em grupo. Tal atitude faz da entrevista uma experiência coletiva, de compartilhamento de sentimentos e desafios vivenciados durante o período de hospitalização. De modo que,

O que importa no coletivo das falas é a ativação do plano comum, que é distinto do somatório de indivíduos, de um conjunto de relações interpessoais. Experimentar o coletivo é aceder ao plano do impessoal, das diferenças coexistentes. Envolve um plano que só é comum justamente porque atravessa a todos, mas não é de ninguém (TEDESCO *et al.*, 2013).

As conversas foram norteadas por um roteiro de caracterização das participantes (APÊNDICE 2) e por cinco questões disparadoras (APÊNDICE 3).

Vale ressaltar que o conteúdo das entrevistas foi organizado para ser respondido pelas participantes em um único encontro devido à alta rotatividade do serviço. No entanto, houve participantes que necessitaram de internações mais prolongadas e se dispuseram a participar de mais de um encontro.

Tão importante quanto responder às perguntas, a proposição das questões norteadoras teve como objetivo principal articular experiências, tornando-as vivas a partir da concretude das palavras. A potencialidade da pesquisa se encontra exatamente na

suposta trivialidade das narrativas do cotidiano, das histórias que são potencializadas quando são ditas e ouvidas. Tal como nos atenta Rolnik (2014), para dar língua aos afetos é preciso que tais histórias sejam contadas e contadas novamente, como um idoso que narra a si, atualizando seu mundo aos mais jovens, mandando lembranças de outrora, ainda que a cada versão, na composição com o ouvinte, a história se refaça. Temos, assim,

um acontecimento vivido é finito, ou pelo menos encerrado na esfera do vivido, ao passo que o acontecimento rememorado é sem limites, pois é apenas uma chave para tudo o que veio antes e depois. E, em outro sentido ainda, é a rememoração que prescreve o rigoroso modo de textura (BENJAMIN, 1994, p. 38).

Nesse sentido, o posicionamento ético desta pesquisa afirma que a entrevista não é um procedimento para coleta de dados, mas sim para a “*colheita* de relatos que ela mesma cultiva” (TEDESCO *et al.*, 2013, p. 307), uma vez que o objetivo principal da entrevista não consiste em reunir dados e informações através das respostas das participantes, mas busca acompanhar processos. Portanto, a entrevista comporta uma dimensão de experiência, a qual é construída nas falas que são compartilhadas durante o percurso da pesquisa (TEDESCO, *et al.*, 2013).

Sobre a experiência, Larrosa (2002, p. 21) aponta para a importância de estar disponível às coisas do mundo, na medida em que “a experiência é o que nos passa, nos acontece e nos toca” a partir do nosso encontro com “o que passa, o que acontece ou o que toca”. Ou seja, as experiências não são as coisas do mundo, mas são construídas a partir de uma “reflexão crítica sobre os efeitos das ‘coisas do mundo’ em nós.

Participaram do estudo 22 (vinte e duas) mulheres, entre 25 e 44 anos, com escolaridade e nível socioeconômico variados que integraram os encontros realizados no espaço físico do hospital no período de novembro de 2020 a fevereiro de 2021.

Embora o objetivo não seja traçar um perfil das participantes, é possível trazer elementos importantes para reflexão e análise. A maioria das participantes tinha mais que 35 anos de idade, eram multigestas, possuíam outros filhos e já haviam passados por internações prévias ao parto em alguma gestação anterior. Dentre os principais motivos das internações foram infecções, principalmente do trato urinário, doenças hipertensivas e diabetes. A maior parte delas declarou-se não branca utilizando os termos – preta, negra ou parda e referiu ser casada ou possuir união estável e coabitar

com companheiro e filhos. O nível de escolaridade mais comum foi ensino médio completo seguido por ensino fundamental completo, sendo que apenas três participantes haviam cursado ensino superior completo. A maioria afirmou “trabalhar fora” de forma autônoma sem vínculo formal de trabalho e residir em casa alugada ou cedida de alvenaria com energia elétrica e água tratada. Além disso, todas as participantes afirmaram ter iniciado pré-natal na Unidade Básica de Saúde assim que descobriram a gestação, e a maioria delas seguiu acompanhamento em conjunto com Centro de Especialidades no pré-natal de alto risco.

## 5 NARRATIVAS ESCRIVENTES

*Escrever cartas é contar a história que a história não conta.*  
(Trecho extraído do diário de campo de pesquisa, 21 de maio de 2020)

Na obra *Becos da Memória* (2017), Conceição Evaristo reflete que, em uma Escrivência, “as histórias são inventadas, mesmo as reais, quando são contadas”, pois o que está em questão é a experiência compartilhada: somos todos contadores de histórias – seja quando produzimos relatos, compartilhamos memórias ou inventamos ficção.

A partir da aposta metodológica e conceitual das escrituras, este trabalho ganha seus contornos através do investimento numa outra estética de produção de conhecimento: os contos.

A partir da aposta metodológica e conceitual das escrituras este trabalho ganha seus contornos por meio de investimento numa outra estética de produção de conhecimento: os contos.

O conto é um gênero literário que possui narrativa curta e tem sua origem da necessidade humana de contar e ouvir histórias. Sendo uma produção do cotidiano endereçada à experiência compartilhada, os contos comportam narrativas orais de um grupo trazendo realidade e ficção, passado e presente, ciência e afeto, já que é sempre parte de um percurso que narra a história desse grupo em determinado processo ou momento. No contexto da pesquisa em saúde, a escrita dos contos apresenta um contraponto à narrativa de um prontuário que comporta uma escrita “universal” dotada de termos técnicos e científicos com o objetivo de descrever ou relatar uma dada realidade baseada em sinais e sintomas.

A escritura dos contos é uma ferramenta potencializadora de práticas de cuidado em saúde de mulheres que vivenciam a gestação de alto risco no contexto da pandemia e permite discutir as relações sociais de sexo/gênero, raça e classe social a partir de uma perspectiva estrutural e interseccional e, assim, descolonizar nossos olhares

e sentidos acerca das experiências de corpos tidos como ‘subalternizados’<sup>14</sup>. Assim, ao potencializar outras formas de cuidado, aposta-se na valorização do lugar comum que atravessa as experiências coletivizadas desses corpos, ainda que, tal como afirma Djamila Ribeiro, “o lugar social não determina uma consciência discursiva sobre esse lugar, o lugar que ocupamos socialmente nos faz ter experiências distintas e outras perspectivas” (2017, p. 69).

Portanto, a escrita dos contos a partir das narrativas de um grupo de mulheres que vivenciam a gestação de alto risco não significa a expressão de vozes individualizadas sem qualquer referência às vivências coletivas compartilhadas por esse grupo. Ao contrário, trata-se de entender como o lugar social ocupado por essas mulheres implica na forma de caminharem pela vida e conseqüentemente, serem acolhidas nos serviços de saúde, como o setor de uma maternidade referência para gestação de risco, por exemplo.

Ao compreender que todas as pessoas estão inscritas em determinados contextos discursivos, foi possível deslocar-se do lugar de portadora da verdade, na medida em que as escrevivências dos contos demandaram disponibilidade para o encontro com o outro na sua alteridade – seja por meio do exercício do diálogo, do endereçamento, da parceria ou da conexão – a construção de uma escrita que perpassa a dimensão da experiência nos retira de uma condição de mero relatores (MORAES; BERNARDES, 2014).

Diante disso, o conto enquanto ferramenta narrativa da pesquisa parte do entendimento de que é possível dialogar com a diferença sem sobrepor um discurso ao outro, invalidando-o ou legitimando-o, posto que a luta pela representatividade de um grupo não exclui a responsabilização daqueles que não são representados por ele. “Dito de outro modo, a representatividade não pode essencializar o debate político, como se só o corpo subalternizado pudesse falar de racismo, sexismo e desigualdade” (SANTOS, 2019, p. 361).

---

<sup>14</sup> Através da pergunta trazida no título do livro *Pode o Subalterno Falar?* A escritora indiana Gayatri Chakravorty Spivak questiona o lugar designado aos sujeitos subalternos na sociedade, que na definição de Spivak é aquele pertencente “às camadas mais baixas da sociedade constituídas pelos modos específicos de exclusão dos mercados, da representação política e legal, e da possibilidade de se tornarem membros plenos no estrato social dominante” (SPIVAK, 2010, p.12).

Para isso, a partir de um processo de imersão nos registros do diário de campo, apresentarei três contos como dispositivos de análise. Os contos, cada qual com a sua particularidade, dialogam entre si e todos trazem elementos que contemplam as três linhas de análises propostas nesta pesquisa: 1) concepções de cuidado e maternidade; 2) papel social da identidade mulher-mãe; e 3) projetos, protagonismos e resistências.

Assim, as histórias de Maria, Ana e Sandra, contadas através de contos, deram tessitura poética e ficcional ao real. Os contos foram construídos a partir de recortes, remendos e colagens de histórias de luta e resistência de todas as mulheres com as quais me encontrei durante esse percurso de pesquisa e que, provavelmente, poderiam ser consideradas desimportantes frente às urgências que comparecem durante o período de internação.

Tal como propõe Conceição Evaristo (2020) na construção das suas personagens femininas, visa compartilhar os dramas existenciais e as resistências de mulheres por meio do endereçamento das experiências pessoais ao coletivo. A escrita dos contos articula e evidencia o pertencimento e a identificação por meio de uma produção narrativa que articula escrita e vida e, portanto, afirma:

Construo personagens que são humanas, pois creio que a humanidade é de pertença de cada sujeito. A potência e a impotência habitam a vida de cada pessoa. Os dramas existenciais nos perseguem e caminham com as personagens que crio. E o que falar da solidão e do desejo do encontro? São personagens que experimentam tais condições, para além da pobreza, da cor da pele, da experiência de ser homem ou mulher ou viver outra condição de gênero fora do que a heteronormatividade espera. **São personagens ficcionalizados que se con(fundem) com a vida, essa vida que eu experimento, que nós experimentamos em nosso lugar ou vivendo con(fundido) com outra pessoa ou com o coletivo, originalmente de nossa pertença** (EVARISTO, 2020, p. 31, grifo nosso).

Assim, as histórias aqui narradas serão endereçadas à todas(os) aquelas(es) que acreditam na escrita como um ato de resistência e, na sua potência, em conectar muitas vozes em luta. Assim como Conceição Evaristo inventou as suas personagens Ana Davenga, Maria, Duzu-Querença, Natalina, Salinda, Luamanda, Cida, Zaíta, Maíta... os contos materializam histórias que insistem em dizer o que tantos não querem dizer e, por não serem ditas, deixam de existir. A partir do momento em que essas histórias passam a ser contadas, o mundo que é dito reivindica a sua existência.

## 5.1 MARIA E O TEMPO

*És um senhor tão bonito  
Quanto a cara do meu filho  
Tempo, tempo, tempo, tempo  
Vou te fazer um pedido  
Tempo, tempo, tempo, tempo  
(Oração ao tempo – Caetano Veloso)*

Ainda era de manhã. Maria estava sentada na beira da cama, pensativa, olhava fixamente para o papel que estava em sua mão, e parecia ensaiar o que escreveria enquanto apertava entre os dentes a tampa da caneta que também segurava entre os dedos já inchados.

O tempo parecia passar à conta gotas. Já na reta final da gravidez, internada há cerca de três dias para fazer o controle glicêmico da diabetes gestacional, Maria sentia-se refém do relógio – tinha que medir e anotar a glicemia, seguir à risca os horários das refeições e as orientações da equipe.

Estava estressada, fazia rabiscos nos espaços em branco da folha, desenhava flores para distrair a mente e se lembrou do jardim e das plantas para aguar. Ao mesmo tempo em que pedia ajuda para se acalmar, também precisava fazer passar o tempo e extravasar suas angústias, falando, falando e falando.

Era como se sua vida estivesse passando pelos seus olhos, dizia. Maria já estava beirando os quarenta anos de idade e lembrava que já fez de tudo um pouco para sobreviver, já trabalhou fazendo faxina, lavou roupa para fora e já cuidou de menino dos outros. Com ajuda de seu esposo, abriu sua própria lanchonete, onde também fazia de tudo um pouco. Apesar do empenho em ajudá-la, seu esposo tinha uma rotina de trabalho puxada, trabalhava de guarda noturno em um prédio luxuoso da cidade e pegava no serviço no final da tarde e, quando saía, já era dia.

Depois da pandemia, teve que dispensar a menina que a ajudava na lanchonete. O movimento tinha caído e o dinheiro que entrava mal dava para pagar os gastos da lanchonete, no mercado o preço de tudo havia subido. Por alguns instantes, foi tomada pelo pensamento de que poderia estar sendo punida por ter dispensado a menina.



Maria sentiu muito quando mandou a menina embora, “ela também tinha filho pra dar de comer”, refletiu a mulher que já sentiu na pele, marcada de tanto pegar quentura da panela com gordura, o medo de não ter o que dar de comer para a filha.

Maria e seu esposo nunca deixaram nada faltar para a filha de dez anos, mas houve momentos em que foi difícil segurar as pontas, principalmente depois do vírus. Como não tinha carteira assinada, Maria conseguiu dar entrada no auxílio emergencial, o que ajudou o marido nas contas. Mas, agora, estava no hospital, a lanchonete estava por conta do irmão e da cunhada, o movimento que já estava fraco, parecia ter diminuído na sua ausência. Era como se as coisas corresse fora dos trilhos quando ela não estivesse por perto. O tempo parecia estar virado ao avesso e foi só entrar no hospital que começou o tiroteio no morro, o chefe do tráfico estava revoltado porque a polícia tinha matado um rapaz que estava metido com coisa errada. Maria o viu crescer, devia ter uns vinte anos, no máximo, ele não deixava de passar na lanchonete pela manhã para comer pastel de queijo e tomar refresco de laranja. Ela nem fazia conta de dinheiro, era gentil com o jovem na esperança que isso pudesse o fazer mudar de vida, “talvez tenha faltado cuidado da mãe”, pensava alto. Mas foi tarde demais e o morro estava num “fogo cruzado” por causa da morte do menino.

Maria sabia bem como era se sentir em meio a uma encruzilhada, pois era esse o sentimento que a habitava toda vez que pensava nisso, era tomada por um sentimento de culpa, sentia-se egoísta por estar no hospital “com o corpo em repouso e a cabeça à flor da pele” enquanto sua família estava no meio do tiroteio. Como seria se pudesse voltar o tempo? Falava todos os dias com sua filha por chamada de vídeo pelo celular, ver o rosto da menina a tranquilizava e dava a sensação de ter controle de sua vida e dos seus, supunha que poderia ler nos olhos da filha um possível pedido de socorro, o que a faria não hesitar um segundo para ir embora do hospital imediatamente.

Emocionou-se ao falar da filha, lembrou da espera de sua primogênita. Maria havia sofrido um aborto alguns meses antes e não imaginou que ficaria grávida novamente em um período tão curto. Recordava que teve uma gestação tranquila e sem intercorrências, sequer imaginava o que seria essa tal de diabetes gestacional, “agora tem disso também”, dizia. Porém, logo repreendia esse pensamento, pois não queria dar a entender que estava rejeitando seu filho ainda na barriga. Mas ainda assim era estranha essa sensação de parecer estar escolhendo um filho a outro. Como as aulas

da rede municipal estavam suspensas e sem previsão de retorno, sua filha a estava ajudando na lanchonete.

Maria, filha mais velha de um casal de meeiros que trabalhava em troca de teto e comida, tivera que abdicar de parte de sua infância cuidando dos outros, seus cinco irmãos mais novos e os outros dois da patroa. Não teve muito estudo e, então, não era boa nas contas, ao contrário de sua filha que era estudiosa e sempre tirou boas notas em matemática e, por isso, estava ajudando no caixa da lanchonete.

Para a filha não ficar sozinha, teve que deixá-la com seu irmão que mora a duas quadras de sua casa, “você vai ter que ficar na casa do seu tio, seu irmão tá querendo nascer”. Maria nunca foi de dar trabalho para parente, mas, nesse caso, não teve muita opção e deu aval para que o irmão administrasse as contas da lanchonete e tirasse o dinheiro que entrava para auxiliar nas despesas com a sobrinha, “querendo ou não é uma boca a mais pra dar de comer”.

Maria preocupava-se com o esposo, tentava poupá-lo ao máximo. Depois que ele pegou o vírus nunca mais foi o mesmo. Sentia-se cansado só de subir a escadaria do morro que dava acesso à casa do casal, própria e já quitada. Maria gostava de frisar que não precisava morar de favor. Enaltecer a conquista da casa própria dava-lhe a sensação de poder governar a própria vida, ao menos o teto em que morava era seu! Além disso, o seu esposo não poderia parar de trabalhar para ficar com a filha. Mesmo assim, ele fazia questão de ir vê-la durante o dia e almoçarem juntos, havia até liberado doce de sobremesa escondido da mãe para ver se compensava a ausência dela. Disso Maria não tinha o que reclamar, tinha arrumado um homem bom, honesto e trabalhador, tinha seus defeitos, mas afinal, “que homem que não tem defeito?”. Ele fazia questão de acompanhá-la em todas as consultas do pré-natal, foi assim com a primeira filha e não seria diferente agora. Contudo, foram surpreendidos já na primeira consulta – o médico proibiu o seu esposo de entrar com ela no consultório, disse que não poderia ter acompanhante por causa do vírus, “mas ele é o pai!” questionou. Seu esposo sempre complacente pediu para que Maria não ficasse estressada com isso porque poderia prejudicar o bebê, disse que ficaria de prontidão do lado de fora e que, se precisasse, era só chamar.

Mesmo resistente, Maria aceitou a concessão feita pelo esposo, ela realmente não queria se estressar porque a pressão podia subir, mas já da porta viu o doutor rodeado

de acadêmicos de medicina, na hora ficou tão nervosa que não conseguiu contar direito, “mas devia ser uns seis, fora o médico”. E daí questionava se isso não seria também aglomeração e por quais motivos seu esposo não poderia entrar: “é porque a gente é pobre e preto?” Ela poderia apostar que seu marido era mais cuidadoso que muitos que estavam ali, pois em meio ao vai e vem de consultas já havia avistado um monte deles transitando nas áreas externas do hospital de jaleco, “A senhora vai me desculpar, mas existe alguém mais cheio de bactéria do que vocês, médicos?”

Numa dessas consultas, o médico falou que Maria precisaria ficar internada pois “a diabetes estava alta”. O chão se abriu sob seus pés, tudo isso a deixava confusa e dividida, ir ou ficar – independentemente da escolha, o preço era alto a se pagar, pois custava-lhe tanta coisa e, principalmente, tempo.

Contrariando a recomendação do seu médico, depois que recebeu essa notícia, chamou seu esposo para dentro do consultório e pediu para o médico explicar tudo novamente, eram muitas informações para digerir ao mesmo tempo. Ao saírem da consulta, o casal combinou como fariam em relação à filha e à lanchonete, ela iria dar entrada na admissão da maternidade e, enquanto isso, seu esposo iria em casa pegar suas coisas e do neném. A bolsa de maternidade já estava arrumada, só faltava o berço que iriam comprar naquela semana, mas se o “pior” acontecesse, seu esposo já estava ciente do que deveria fazer.

Quando nos encontramos pela primeira vez, já na enfermaria, Maria havia acabado de receber alguns itens de higiene que seu esposo havia mandado, ele não pôde subir, novamente por causa do vírus, “por que meu marido, pai da criança não pode e eles (estudantes) podem?” Maria pede que eu chame a copeira para reclamar da comida do hospital, a nutricionista havia mandado vitamina de acerola mesmo após Maria ter sinalizado que só de sentir o cheiro já se sentia nauseada.

Maria queixava-se de que a comida do hospital estava diferente das orientações que havia recebido do médico, a comida do hospital vinha com “muito sal”, e mandavam pão de sal com manteiga todas as manhãs, mesmo ela afirmando que o médico havia suspenso alimentos com trigo, “pão tem trigo, né?”

Desde o dia em que deu entrada no hospital, o neném parecia ter trocado a noite pelo dia, tornando ainda mais difícil a permanência no hospital, principalmente durante a

noite. Passava a maior parte das noites acordada revirando na cama e, no começo da manhã, quando o sono vinha, já era hora de estar de prontidão para a visita médica, mexe aqui, revira ali, “toque não!” Pensava como tudo seria diferente se pudesse estar em casa com sua família e tocando sua vida, e às vezes tinha convicção de que foi internada por punição e que deveria estar ali para pagar seus pecados. Caso estivesse em casa poderia fazer o acompanhamento certinho no posto de saúde que ficava na rua que dava para os fundos de sua casa. Contraditoriamente, após a internação, a diabetes “só subia” e a pressão estava um pouco alta, atribuía isso ao estresse dos últimos dias e que até nisso “o tiro saiu pela culatra”, “eu só piorei depois que cheguei, aqui eles tratam a gente igual carniça!”

Maria, desde a primeira gestação, ouviu uma vez de sua sábia avó, que deveria aproveitar o tempo da barriga, porque depois que o bebê nascesse as coisas iriam piorar e ela não teria tempo para mais nada. Durante esses dias no hospital, Maria pôs-se a pensar se ter a possibilidade de não ter tempo para si seria pior do que a sensação de parar no tempo ou andar para trás. Tentar aprisionar o tempo era como apertar água nas mãos e, por isso, optou por deixar o tempo transcorrer, assim como o leito de um rio. Para não sucumbir ao caos, Maria conversava, fazia a angústia transcorrer, às vezes respondia ao tempo com uma lágrima fugida de um choro preso, com sua estridente gargalhada ou com silêncio. Foi aprendendo que para lidar com o tempo era preciso considerar seu ponto de não retorno, o tempo não volta, ele apenas consiste e coabita os instantes do presente, o tempo é.

Empiricamente, Maria descobriu que a melhor forma de resistir ao tempo era dar vazão por meio da palavra, assim podia deixá-lo ir e percorrer seus vazios. Fosse compartilhando presença, memória ou ausência, Maria permitiu-se desperdiçar um pouco de tempo partindo-o em pedacinhos, jogando um pouquinho fora, para depois ter a falsa impressão de correr atrás do que supôs ter e logo em seguida perdeu. Ao mesmo tempo que parecia tudo ser para ontem, a espera pelo tempo que anuncia a chegada de um novo filho lhe dava esperanças de um futuro melhor.

Ao final do nosso encontro, lembrei-me de um trecho de Rubem Alves (2000) que diz, “a precisão dos números marca o tempo das máquinas e do dinheiro. O tempo do amor se marca com o corpo”. Maria dedicou, então, ao tempo a sua tristeza e alegria na espera de um tempo que estava em vias de ser, o tempo da travessia.

## 5.2 A TRAVESSIA DE ANA

*Há um tempo em que é preciso  
abandonar as roupas usadas  
Que já tem a forma do nosso corpo  
E esquecer os nossos caminhos que  
nos levam sempre aos mesmos lugares  
É o tempo da travessia  
E se não ousarmos fazê-la  
Teremos ficado para sempre  
À margem de nós mesmos*  
(Tempo de Travessia – Fernando Pessoa)

As contrações haviam começado na madrugada da noite anterior e Ana já podia antever o desfecho dessa história... sua mãe dizia que ela tinha dificuldade de “segurar menino” e cursava sua quarta gravidez de risco, só que, dessa vez, já não era mais “novinha”, com vinte e poucos anos, como antes, conforme dizia. Agora, já beirava os quarenta quando soube que estava à espera do menino Valentim. Relutante, aproveitava para dormir nos intervalos entre uma contração e outra, até que “a bolsa rompeu!”

Lá pelas tantas da madrugada, Ana, apenas com 27 semanas de gestação, deu entrada no hospital já em trabalho de parto. (Enquanto escrevo, lembro-me de Ana, dos seus cabelos encaracolados que foram escovados às pressas antes de sair de casa e do perfume adocicado retocado já no hospital. Lembro-me também da preocupação e cuidado quanto aos protocolos de biossegurança do hospital ao me aproximar para conseguir ouvir a voz já meio rouca que oscilava entre sussurros e gritos exauridos de dor que pediam consolo e alento, “apenas fique aqui e segure minha mão”).

Logo quando entrei na enfermaria, Ana estava sendo atendida pela médica assistente, que acabava de prescrever uma injeção para amadurecimento dos pulmões do bebê, pois havia o risco iminente de um parto prematuro. Enquanto Ana recebia as orientações, fui recepcionada por outras duas mulheres que também estavam internadas devido a complicações na gestação. Preocupavam-se com as incertezas dos seus futuros e de Ana e seu bebê, que possuía várias más formações congênitas, principalmente no coração, afinal, o pouco tempo de convívio no hospital não impossibilitou que construíssem uma rede de apoio e proteção mútuas e, assim, compartilhassem sonhos, fantasias, voos, jornadas, travessias, paixões, utopias, amizades, parcerias, criatividade ou tédio.

Juntas, apostaram na potência da vida e bordaram as interseções entre as suas histórias, lado a lado, uma a uma, transpondo o risco iminente de sucumbirem à imposição de normas, regras e procedimentos que ignoravam seus quereres e saberes. Formaram juntas um pequeno círculo sagrado de acolhimento e parceria mútua onde simbolizaram a nova vida que está por vir, mesmo com todos os riscos que poderiam estar por vir, tentavam se convencer de que tudo que acontece na vida tem um sentido ou serve para deixar algum ensinamento. Progressivamente descobriram que “conversar era bom, pois fazia esquecer um pouco da dor” e, assim, a fala poderia transmutar a dor e deixar de ser somente um mero murmúrio, tornando-se fonte de vida e de profunda energia, em cujos domínios aprenderam a ter acesso às suas feridas e cuidar delas.

Contudo, havia momentos em que o silêncio pedia espaço e precisava se fazer presente, principalmente nos momentos em que a médica assistente vinha à enfermaria aferir os sinais vitais de Valentim. “E agora doutora?”, perguntava Ana, quebrando o silêncio. “Iremos esperar um pouco antes de qualquer tentativa de indução, como seu neném tá novinho, vamos tentar parto normal, vai ser melhor assim”, respondeu a jovem médica enquanto deixava o quarto.

Enquanto se preparava para ser direcionada ao pré-parto, Ana recebia as palavras de força, incentivo e consolo de suas companheiras de percurso que se mantiveram mudas durante a permanência da equipe na enfermaria. Dirigiram-se até Ana e despediram-se, dando-lhe recomendações e recordando de alguns episódios embaraçosos que haviam acontecido nesses dias intensos que passaram juntas no hospital que, inclusive, justificariam os seus silêncios até poucos segundos antes. Havia acontecimentos, dicas, segredos, estratégias de sobrevivência dentro do hospital que não poderiam ser compartilhados na presença da equipe, não por terem caráter subversivo, mas por apontarem possibilidades de insubmissão frente ao controle e à tentativa de onipresença de um saber pautado em práticas de cuidado que insistia em nomeá-las através de um código de número e letras que não conseguiam entender muito bem. Naquele momento, isso era algo que pouco importava, afinal de contas, poderiam se comunicar entre si sem ao menos dizer uma palavra e, ainda assim, se fazerem muito bem-entendidas.

Durante essa troca de olhares e despedidas, entendo que também chegou a hora de ir me despedindo. Aproveito a oportunidade para agradecer a disponibilidade pela participação na pesquisa... “pesquisa?” Fui surpreendida com esse questionamento, pois me disseram que não parecia que eu estava fazendo uma pesquisa. Afinal, eu sequer havia entregado um questionário, indagou Ana.

“Eu estava fazendo pesquisa?” Essa pergunta me remete a um questionamento ético sobre o fazer pesquisa, na medida em que o processo de construção e de feitura de uma pesquisa não se trata de uma construção do pesquisador ou dos sujeitos pesquisados, pois transpassa a dimensão da individualidade. Em um encontro há sempre algo a dar ou a compartilhar, há trocas que permitem inclusive inventar novos modos de fazer pesquisa que não se reduzem tudo a uma relação dialética e assimétrica entre entrevistador e entrevistado, tal como uma relação de criador perante sua criação. Há um reconhecimento naquilo que se apresenta como produto, variável, resultado... mas o mérito é de quem supostamente cria, afinal, se faz pesquisa.

Talvez por isso que eu me pus a questionar sobre a minha posição naquele momento – psicóloga, pesquisadora? Por várias vezes me senti sem lugar, perdida, porque aquele encontro me tirava de um lugar de suposto saber que comparece tanto na posição de pesquisadora que vai a campo para coletar dados, como da posição da psicóloga ouvinte que visita a enfermaria para escutar.

A pesquisa estava acontecendo ali, de certo modo, à revelia do meu controle. Havia várias “variáveis intervenientes” que compareciam naquele cenário, pessoas indo e vindo, ruídos... que talvez, a partir de uma dada perspectiva de produzir ciência, inviabilizaram que a pesquisa acontecesse.

Em meio a tantas incertezas, de algo não tinha dúvidas: para estar ali era preciso desautorizar o lugar de mero ouvinte. Tal como aponta Conceição em *Olhos D’água* (2016), “a palavra que é dita reivindica o corpo presente. O que quer dizer ação.” Portanto, eu fui chamada a compor a cena, a estar ali, a compartilhar a experiência ativamente, a despeito de um cenário de pesquisa ideal. Foi preciso fazer a travessia para um lugar de pesquisa que fosse possível.

Assim como fiz com todas que se dispuseram a participar da pesquisa, ao sair da enfermaria, realizei a leitura do prontuário de Ana. Ela tinha dado à luz no ano anterior

na mesma instituição, porém o bebê tinha uma má formação no coração e foi a óbito em menos de 24 horas, configurando um caso de neomorto.

A experiência de Ana me ensinou que a vida resiste e insiste e que só pode existir a morte onde já existiu vida. Ela fazia uma nova travessia novamente no mesmo hospital, mas isso não lhe dava certezas de que traçaria o mesmo percurso. Nem sempre os mesmos caminhos nos levam aos mesmos lugares, assim como um barco que segue a mesma rota, há sempre algo de novo, de inesperado que pode aparecer no meio do caminho. Dessa vez, nasceu Valentim e sua mãe! Ele tinha um coração valente que batia bem forte!

### 5.3 SANDRA E SUAS ANCESTRAIS

*Somos as netas de todas as bruxas que vocês não conseguiram queimar.*

(Mulheres e caça às bruxas - Silvia Federici)

Durante os seus 43 anos de vida neste mundo, Sandra reivindicou saber a parte da sua história que não lhe foi contada. Nunca soube ao certo se o pouco que tinha eram memórias afetivas ou fantasias que cultivou para não ter que sucumbir à vida dura que levava durante todos esses anos. Pensava como tudo poderia ter sido diferente caso não fosse deixada na porta de um casebre ainda com poucos dias de vida, “fui abandonada em uma caixa de sapatos”, dizia. Por sorte ou azar, a vida deu-lhe a oportunidade de se reencontrar com o seu passado e, a partir disso, resgatar sua história, sua memória e sua ancestralidade. Ainda que fosse preciso reescrever uma história até então omitida, apagada, silenciada. E assim, o fez.

Criada por uma família de algumas posses de terra em uma cidade do interior do estado, conhecida pela presença abundante de descendentes europeus, Sandra, desde muito pequena, já podia sentir na pele que não estava entre os seus. Além da cor da pele e da textura dos cabelos encaracolados, as diferenciações já eram demarcadas dentro da casa da sua “madrinha”, conforme foi condicionada a nomear a mulher que lhe deu de quase tudo um pouco, exceto afeto. Embora tratada “como se fosse da família”, Sandra não usufruía dos privilégios dos filhos da madrinha, como



também não fazia parte da dinâmica familiar. Desde muito pequena já tinha deveres e obrigações a cumprir, enquanto os filhos de sua madrinha iam à escola e brincavam, Sandra passou parte da sua infância auxiliando nas tarefas domésticas.

Aos 16 anos, Sandra pegou os poucos trocados que tinha juntado da colheita de café e foi tentar a vida na capital da cidade. Lá ela conheceu seu ex-marido com quem teve três filhas e não mediu esforços para oferecer o melhor para suas meninas por meio do suor do seu trabalho em casas de família. No final da tarde, quando buscava as filhas na escola, as deixava na casa da vizinha, pois não confiava em deixá-las sozinhas com o esposo alcoolista e, então, ia para as aulas do supletivo. Sandra era encantada pelo mundo das letras e o estudo era a única forma que havia encontrado para dar consistência a todos os seus grandes sonhos, incluindo se tornar professora de português. Na infância, com a escassez de cadernos, durante a entressafra do café, Sandra dava concretude às palavras unindo grãos de café no chão, desenhava borboletas, esculpia rostos e inventava palavras. O chão de terra batida foi o seu primeiro confidente.

Hoje, aos 43 anos, Sandra, que já é até avó, orgulha-se por ter conseguido criar três mulheres “bondosas, fortes e inteligentes” e trabalha lecionando aulas de português em uma escola da rede pública do estado. Até hoje não perdeu o hábito de registrar seus devaneios e dar vida à sua imaginação através da leitura e da escrita. Em seu diário, compõe seus vazios e escreve a sua história e dos seus.

À espera do seu primeiro menino, quando nos encontramos no hospital pela primeira vez, Sandra estava com um caderno nas mãos e os olhos marejados de lágrimas enquanto revisitava o registro que fez no dia em que reencontrou sua família há quase três meses. Era difícil admitir que o reencontro com sua família estava aquém de suas expectativas e, assim, ruminava o desafeto que sentiu ao descobrir que tinha uma irmã gêmea “por que minha mãe escolheu ela e não a mim?”, questionava Sandra ao recordar com precisão desse dia que lhe custaria um acerto de contas com o passado e uma crise hipertensiva, precisando ir às pressas para o hospital na semana seguinte.

Foram incontáveis as vezes que conjecturou esse encontro, mas qualquer tentativa de reaproximação a revirava toda por dentro, a cabeça doía e o corpo ficava pesado. Preocupadas com a saúde da mãe e do irmão, suas filhas ligavam de hora em hora para a mãe no hospital, que insistia em atribuir à gravidez o turbilhão de emoções e o

chororô. Os picos hipertensivos intensificaram-se no último trimestre da gestação e a médica sugeriu a internação para estabilização do quadro de saúde de Sandra, que cursava uma gravidez de alto risco devido à pressão alta e à idade já avançada, como sinalizou a médica, “isso é idade pra ter filho?”

Após ter recebido o diagnóstico de hipertensão na gestação anterior, Sandra foi encaminhada para o programa de planejamento familiar, onde foi orientada a não ter mais filhos, pois havia chances de ter complicações na próxima gravidez. Desde então, Sandra, que estava decidida, acabou cedendo à pressão do atual companheiro que comemorava a chegada do seu primeiro filho. “Muito diferente do outro”, elogiava a mulher ao se referir sobre a preocupação de seu marido, mesmo às vezes deixando escapar os incômodos que isso lhe gerava. “Ele ligava de hora em hora perguntando se o neném ainda estava na barriga, ‘cadê o neném?’ e eu respondia ‘ele tá aqui na minha barriga, ele vai tá aonde, gente? O bebê não vai fugir da minha barriga!’”

Até o último trimestre, Sandra passou a maior parte da gestação sem intercorrências e, devido à pandemia, estava afastada da escola e, pela primeira vez, podia se dedicar exclusivamente à gravidez. Ao contrário do que esperava, isso lhe assustava, lhe dando a sensação de não ter mais controle sobre sua vida e seus quereres, “faça isso, faça aquilo, não pode isso, não pode aquilo”. Talvez tenha sido por isso que se sentiu aliviada quando soube que não poderia receber visitas ou ter acompanhante, qualquer tentativa de aproximação de sua nova parentela aguçava uma sensação de desgoverno sobre a própria vida.

Havia um só momento que a fazia se sentir menos só: o deleite de folhear um bom livro, romance, ficção, culinária ou biografias... Para não sucumbir à dureza da vida, Sandra reinventou seu passado resgatando sua ancestralidade através das mulheres fortes que conheceu, dos lugares extraordinários que visitou, das comidas e vinhos que experimentou e dos sentimentos, amor e dor, coragem e medo, saudade e desapego... descobertos por meio do universo da literatura. E assim, ao conhecer outros mundos, a personagem da menina abandonada pela própria mãe encontrou força em suas ancestrais, mulheres firmes, assertivas e guerreiras que lhe diziam: “nossos passos vêm de longe!” (WERNECK, 2010).

A força transmitida nas palavras das suas ancestrais permitiu que Sandra rompesse com as amarras que a prendiam a uma concepção embranquecida da sua identidade.

Pela primeira vez, sentiu-se convocada a subverter a rejeição em relação à sua própria imagem, tomando como ponto de partida os seus cabelos. Sandra, que utilizava uma foto da sua mãe como marca página de seus livros, sentiu-se convocada a subverter a dor e virou a página, deixando a foto antiga de sua mãe no fundo de uma gaveta qualquer. Era preciso reescrever sua própria história.

De posse de um pequeno espelho de mão, Sandra redescobria a textura original dos seus cabelos, admirava-os após ter feito um *big chop*<sup>15</sup> para tirar os resquícios do alisamento. Ao preservar seus cabelos, Sandra fazia uma transição de sua história, pois via-se sustentada por suas fortes raízes. E, assim, apesar de todas as dificuldades, Sandra sentia-se habitada pelo novo, a ela que foi negado o direito de convivência com sua mãe, que foi proibido o abraço e o acolhimento, sentia-se pela primeira vez abraçada e acolhida como um filho acalentado no colo de sua mãe.

A realidade dessas mulheres que já lutavam contra dominações foi substrato fundamental para dar vida à mulher preta e periférica que habitava em Sandra. Driblando as práticas colonizadoras ainda vigentes em sua vida, através de suas ancestrais, Sandra foi resistência na encruzilhada da desigualdade, “essa sou eu gente, não tem porque eu querer ser o que eu não sou”. A inquietação desse retorno às suas origens foi tão forte que a fez seguir em frente sem olhar para trás.

---

<sup>15</sup> O *big chop* nada mais é que uma expressão em inglês que significa “grande corte”, esse processo é ideal para quem deseja se livrar de vez da parte química presente nos fios.

## 6 DIÁLOGOS E POSSIBILIDADES

São múltiplos os sentidos e significados construídos acerca das concepções de cuidado e de maternidade que são atribuídos às mulheres que vivenciam a gestação de alto risco no contexto da pandemia, podendo-se destacar o processo de responsabilização das mulheres pela gestação de conceitos saudáveis – “o menino não vai fugir da minha barriga” ou ainda a moralização de seus modos de vida “isso é idade para ter filho?” – à revelia de eixos estruturantes de subordinação e que perpetuam desigualdades sociais em saúde, tais como gênero, raça/cor, sexualidade e classe.

A inserção de todas as gestantes no grupo de risco para a Covid-19 escancara esse processo de responsabilização de mulheres a despeito dos sentidos e significados que a maternidade ocupa em suas vidas, pois justifica a hegemonia de um modelo de cuidado tecnicista em detrimento da dimensão subjetiva e afetiva do cuidado que se constrói nas relações de troca, acolhimento e escuta, à exemplo de Ana, que temia a maternidade mediante a possibilidade de vivenciar novamente a perda de um filho recém-nascido e chegar em casa de braços vazios ou ainda como Sandra via na maternidade a possibilidade de reescrever sua história e apagar as marcas de uma vida sofrida.

Atrelado a isso, a introdução de medidas de isolamento social ampliou o risco e as vulnerabilidades de muitas mulheres, a destacar as dificuldades apontadas por Maria, mediante as limitações advindas com a gestação durante a pandemia teve que se afastar da sua casa, do seu trabalho, demitir uma funcionária e ainda deixar a filha com parentes em meio a um cenário de “fogo cruzado”.

Assim, o cenário de crise contribui para o recrudescimento de fragilidades que já compareciam na rede de atenção perinatal no país, como a necessidade de adequação de fluxos assistenciais de modo a reduzir a peregrinação entre os serviços, o excessivo uso de tecnologias duras e medicalização do corpo das mulheres, do parto e nascimento e racismo institucional, a destacar as restrições impostas pela equipe ao companheiro de Maria para acompanhá-la nas consultas ou ainda as idas e vindas de Sandra ao pronto-atendimento até chegar ao hospital e ainda ser questionada por uma profissional se sua idade era compatível para ainda poder ter filhos.

Segundo Pasche *et al.* (2010), ao longo da história, as práticas de atenção ao binômio mãe-bebê durante o período gravídico e puerperal configuram um “paradoxo perinatal” já presente antes da pandemia, o qual se revela como complexo e desafiador, pois informa que maior acesso à tecnologia, aos insumos e equipamentos biomédicos, maior presença de profissionais de saúde e formulações normativas não garantem a reversão em tempo esperado do quadro de mortalidade materno-infantil.

De acordo com estudos realizados sobre mortes maternas relacionadas à Covid-19 foi constatado que o Brasil tem 77% das mortes de gestantes e puérperas causadas pela doença no mundo. O mesmo estudo comparou as informações de mortes, internações e atendimentos entre as mulheres classificadas como brancas ou negras, sendo a mortalidade materna em mulheres negras devido à Covid-19 quase duas vezes maior que a observada em mulheres brancas. Embora tenha sido constatado que o perfil médio de idade e morbidade dessas mulheres eram semelhantes, os dados revelaram que as mulheres negras foram hospitalizadas em piores condições (maior prevalência de dispneia e queda de saturação de oxigênio), apresentaram maior taxa de admissão na UTI, de uso de ventilação mecânica e de óbito (TAKEMOTO *et al.*, 2020).

Esses dados apontam que, apesar de já se ter avançado no que concerne ao conhecimento científico, o que temos ainda se mostra insuficiente para o enfrentamento da pandemia, intensificando incertezas quanto às escolhas das melhores estratégias a serem utilizadas para contenção, disseminação e diminuição de mortalidade, principalmente em populações mais vulneráveis (BARRETO *et al.*, 2020).

Durante a pandemia, as mulheres ficaram ainda mais isoladas na sua fase de maternidade, sendo restringidas ao ambiente doméstico, local já conhecido como lugar de sobretrabalho feminino. Sabe-se que a maternidade é um processo físico, emocional e social, e que o papel materno é produzido em contato com a rede social da mulher. A ausência do apoio social nesse momento transicional da maternidade é um fator de risco para a mãe, que pode vir a sofrer emocionalmente e financeiramente (DODOU *et al.*, 2014). As medidas impostas pela pandemia vulnerabilizam mulheres em período perinatal que passam por esse momento em meio à solidão e o medo.

No que tange ao parto e nascimento, medidas restritivas impostas em hospitais brasileiros acabam por negligenciar o direito a ter um acompanhante no parto, uma vez

que a maioria dos hospitais brasileiros não possuem quartos individuais, como o sugerido pelas normativas. A lei do Acompanhante, Lei Federal 11.108/2005, não pode ser suspensa, pois fere a dignidade humana com a garantia de ter acompanhante antes, durante e depois o parto. No entanto, o acompanhante se submete aos cuidados previstos na Lei 13.079/20, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento à pandemia.

Sabe-se da importância das primeiras horas de contato entre mãe e bebê para o desenvolvimento do bebê e do vínculo materno. Preconiza-se que o contato pele a pele deve se iniciar imediatamente após o nascimento, acalmando o bebê e a mãe, auxiliando a estabilização cardiorrespiratória do bebê, reduzindo seu estresse e mantendo-o aquecido, além de favorecer o aleitamento materno (BRASIL, 2011).

Por vezes, as medidas em relação ao Covid-19 desconsideraram a historicidade das questões envolvidas, como se fosse possível uma forma de suspensão das complexidades sociais enquanto a pandemia se alinha. Diante da impossibilidade desse fato, o que vemos são questões sociais importantes sendo maximizadas diante do des-caso, como, por exemplo, a elevação das taxas de violência contra a mulher no período de isolamento social da pandemia (BARBOSA *et al.*, 2020).

Além disso, segundo dados brasileiros do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, o número de denúncias de violência contra mulher aumentou 9% após o início da pandemia de Covid-19. Essa violência é praticada, em sua maioria, pelo parceiro íntimo, sendo agravada pelo isolamento das famílias em um ambiente, tornando maior o controle sobre a vítima com intimação, manipulação, aumentando os comportamentos violentos, a violência em si e a consequente vulnerabilidade (OKABAYASHI *et al.*, 2020; SENADO, 2020; VIEIRA *et al.*, 2020).

Tal cenário nos convida a problematizar o papel social da mulher enquanto mãe/cuidadora e seus desdobramentos na gestação de risco no contexto da pandemia através da história de Maria, mulher que traz consigo as marcas de uma vida dedicada ao cuidado dos outros, nos dá pistas importantes para pensar sobre o papel do cuidado historicamente atribuído às mulheres. Embora apreendido a partir de diferentes sentidos e significados, o peso da responsabilidade pelo cuidado de si e dos outros perpassa o imaginário social construído acerca da maternidade. Durante todo o período

de internação de Maria que, mesmo aconselhada a desfrutar da gestação, também é convocada a gerir a vida dos seus fora do hospital, desde a preocupação com o sustento da família, alimentação, medo pela contaminação e o conflito do tráfico de drogas no bairro.

Assim como a história de Ana, mulher de meia idade que subverte as convenções sociais acerca da idade ideal para parir, coloca em cena a construção da identidade materna forjada por forças históricas que visavam a formação de conceitos saudáveis para a ordem capitalista em voga. Para Ana, parir nunca foi uma tarefa fácil e leve devido à perda vivenciada na gestação anterior do seu filho recém-nascido devido a más-formações congênitas. Por vezes, via-se amedrontada mediante a possibilidade de a atual gestação ter o mesmo desfecho. Já para Sandra, a maternidade remetia a abandono e recomeços, ainda que, para isso, fosse preciso realizar um grande corte em seu passado, assim como o fez com seus cabelos.

Essas histórias reforçam a centralidade do cuidado designada as mulheres enquanto únicas, exclusivas e possíveis de cuidadoras e reprodutoras, principalmente em cenários de crise, nos quais o imperativo do amor materno corrobora para reforçar a exposição de mulheres a cenários de violação de direitos e à inclusão desigual nas relações de trabalho no capitalismo, evidenciando relações assimétricas entre a vida doméstica e as conexões entre as formas de exploração do trabalho das mulheres – dentro e fora de casa – ocupadas com o cuidado (SANTOS *et al.*, 2020).

Apesar dos marcos legais e conquistas no âmbito da saúde materno-infantil, a destacar os movimentos de humanização do parto, a assistência a mulher nos serviços públicos de saúde ainda é marcada por iniquidades e violência institucional. O decorrer do processo da pesquisa nos aproximou da experiência da hospitalização de mulheres que vivenciam a condição de um ou mais fatores de risco durante a gestação. Apesar das singularidades entre as narrativas, a hospitalização foi caracterizada predominantemente por abandono, solidão e aprisionamento, em virtude da imposição de normas, regras e procedimentos que, por vezes, ignoram a autonomia, as condições pessoais e a subjetividade das pacientes.

Contudo, apesar dos desafios vivenciados durante a hospitalização, compareceram narrativas de resistência, protagonismos e produção de projetos como estratégias

individuais e coletivas de efetivação da humanização do cuidado ou, com outras palavras, a subversão de um modelo de cuidado medicalizante. Curiosamente, o reconhecimento dessas estratégias de resistência ao modelo de cuidado instituído no hospital contribuiu substancialmente para a efetivação de uma outra lógica de cuidado, a qual emerge exatamente nos “furos” de uma rede de cuidados instituída.

Com isso, nos momentos em que supostamente houve falhas na qualidade ou efetividade da humanização da assistência, podendo-se destacar o descumprimento de restrições no acesso e circulação de pessoas no hospital, a recusa da paciente a consumir dieta hipossódica, ou ainda os momentos em que reivindicaram pela não invasão dos seus corpos, foram alguns dos momentos em que emergiram estratégias de cuidado protagonizadas pelas pacientes para não sucumbirem à submissão dos seus corpos. Em consonância a isso, Patrícia Hill Collins sinaliza o poder estratégico do silêncio ao falar sobre o caráter múltiplo e polissêmico dos movimentos feministas negros nos EUA, afirmando que “o silêncio não deve ser interpretado como submissão a essa consciência coletiva e autodefinida das mulheres negras” (COLLINS, 2019, p. 181).

Assim, mulheres desconstroem todos os dias os paradigmas sobre feminilidade, maternidade por meio das suas perguntas, questionamentos e silêncios, os quais fissuram o modo hegemônico de cuidar, seja a partir de traços pessoais, imaginação criativa, solidariedade social e fé religiosa. Vimos, assim, que humanizar a hospitalização requer, inclusive, escutar a potência do silêncio e da cumplicidade do olhar, podendo-se destacar a rede de apoio construída entre Ana e as suas colegas de quarto que, de alguma forma, compartilhavam as suas incertezas – “o pouco tempo de convívio no hospital não impossibilitou que construíssem uma rede de apoio e proteção mútuas e assim, compartilhassem sonhos, fantasias, voos, jornadas, travessias, paixões, utopias, amizades, parcerias, criatividade ou tédio.”



## 7 AFINAL, ESTAMOS DIANTE DE DESAFIOS PARA A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO?

Rafaela Silva de Jesus, 28 anos, professora, do interior da Bahia, foi notificada como a primeira vítima de morte materna no contexto do COVID-19 no Brasil. Após uma cesariana realizada em hospital particular no dia 25 de março [de 2020], mãe e filha estavam bem, cinco dias depois Rafaela apresentou sintomas como febre e falta de ar e foi levada à Unidade de Pronto Atendimento de Itapetinga. Chegando lá foi identificada como um possível caso de COVID-19, além dos sintomas ela havia estado da região extremo sul da Bahia, a qual registra grande número de casos da nova enfermidade. Os protocolos padrões foram colocados em prática pela equipe de saúde local - isolamento, intubar a paciente e ligá-la a um respirador mecânico. **Rafaela, que necessitava de um leito de UTI não existente na cidade, acabou falecendo enquanto esperava o transporte para o hospital mais próximo em Vitória da Conquista** (SANTANA, 2020, p. 4, grifo nosso).

Nas últimas décadas, a saúde da mulher ganhou destaque nas pautas públicas com ênfase na função reprodutiva, visando a redução dos indicadores de mortalidade materna e infantil, tendo como principal resposta a ampliação da cobertura de serviços assistenciais durante pré-natal, parto e puerpério (ANDRADE; LIMA, 2014; GARCIA *et al.*, 2018).

Contudo, apesar dos avanços na regulamentação dos direitos das mulheres nas últimas décadas, principalmente no que se refere aos direitos reprodutivos, a proposta de humanização da assistência ao parto no Brasil não foi suficiente para pôr fim ao movimento de medicalização que representa uma ameaça aos direitos reprodutivos das mulheres, podendo-se destacar a manutenção dos altos índices de mortalidade materna, de cesarianas e de nascimentos prematuros no país, acompanhados do uso massivo de tecnologias duras/duras-leves e procedimentos iatrogênicos e violência obstétrica (LEMOS *et al.*, 2014).

Junto a isso, com a eclosão da pandemia de Covid-19 em 2020, nos últimos meses, muito se discute sobre os diferentes efeitos e impactos que a pandemia provoca em distintos grupos da sociedade, podendo-se destacar seu enorme potencial de catalisar os efeitos das violações de gênero e as suas diversas interseccionalidade aprofundando as desigualdades já existentes.

Os dados analisados pelo Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 apontam que o número de mortes de grávidas e puérperas por Covid-19 mais do que dobrou em 2021

em relação à média semanal de 2020<sup>16</sup>. Além disso, o aumento de mortes nesse grupo ficou muito acima do registrado na população em geral. Segundo o levantamento, houve um aumento de 145,4% na média semanal de 2021 quando comparado com a média de mortes semanal do ano anterior. Enquanto isso, na população em geral, o aumento na taxa de morte semanal em 2021, em comparação com o ano anterior, foi de 61,6% (AGÊNCIA BRASIL, 2021).

De acordo com estudo realizado sobre Gestação, Parto e Covid-19 na UFBA, 53,2% das mulheres relataram que a pandemia afetou de forma negativa a qualidade e o acesso ao pré-natal. O medo da contaminação junto a falta de acesso aos tratamentos da doença, como internação em UTIs e intubação, foram apontados como alguns dos principais agravantes no atendimento de gestantes e puérperas durante a pandemia. Os dados mostram que uma em cada cinco gestantes e puérperas mortas por Covid-19 (23,2%) não chegaram a ser admitidas em UTIs e em um terço das mortes (33,6%), elas não foram intubadas (SANTANA, 2020).

Durante o período de realização da pesquisa foi constatar alguns dos impasses e desafios vivenciados pelas mulheres durante a pandemia. Foram muitos os relatos acerca das peregrinações e dificuldades para acessar aos serviços, as inúmeras remarcações e cancelamentos de consultas e exames, junto aos medos e incertezas em permanecer no hospital durante uma pandemia.

O hospital, local historicamente tido no imaginário social como um local seguro para o nascimento, passou a ser questionado em tal função. Para além do medo da contaminação, o cenário da pandemia trouxe o recrudescimento de práticas de cuidado com foco em aspectos biológicos e o enrijecimento de medidas de biossegurança, como a restrição de visitas e acompanhantes no hospital, corroborando para a violação de direitos e violência obstétrica. Não foi incomum ouvir relatos de mulheres afirmando que se sentiriam mais seguras para parir em seus domicílios caso tivessem condições financeiras para arcar com os custos desse tipo de parto.

---

<sup>16</sup> Em média, 10,5 gestantes e puérperas morreram por semana em 2020, chegando a um total de 453 mortes no ano passado em 43 semanas epidemiológicas. Já em 2021, a média de óbitos por semana chegou, até 10 de abril, a 25,8 nesse grupo, totalizando 362 óbitos nesse ano durante 14 semanas epidemiológicas (AGÊNCIA BRASIL, 2021).

Outro ponto de reflexão a ser destacado em relação às práticas de cuidado e assistência se refere à inserção de todas as gestantes e puérperas no grupo de risco para Covid-19. Embora tenha sido uma importante estratégia política, principalmente no que se refere à visibilidade das pautas do movimento de humanização, especificamente no contexto da gestação de alto risco, corroborou para a reafirmação de um discurso de fracasso, incapacidade e vulnerabilidade dessas mulheres perante a gestação, independentemente das diferenças que possam existir entre elas. Com isso, temos a associação da gravidez e do parto como portadores do risco em si, os quais apesar de comportarem “fatores de risco” não podem ser definidos por isso.

Assim, ao considerarmos o cenário brasileiro, onde a pandemia só veio intensificar desigualdades no acesso e na assistência em saúde, bem como discursos de risco pautados nos modelos biomédicos de atenção ao pré-natal e parto, o aumento do número de mortes maternas em um país que já possuía indicadores preocupantes, com uma razão de morte materna de 55 (mortes por 100 mil nascidos vivos) foi um dos fatores de risco deflagrados com a pandemia utilizados para justificar o recrudescimento da medicalização do nascimento, e de uma lógica assistencial pautada no modelo tecnocrático<sup>17</sup> voltado para cuidado sob o corpo biológico, principalmente quando nos referimos a mulheres que vivenciam o contexto da hospitalização durante a gestação.

Tal como Simone de Beauvoir já afirmava, no século XX, basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Isso implica afirmar que, embora a pandemia não seja a causa de um cenário histórico de discriminações de gênero e políticas que perpetuam o sexismo e o racismo estrutural, é possível assinalar seus efeitos nocivos na garantia dos direitos reprodutivos de mulheres, principalmente em sociedades em que gravidez e nascimento foram medicalizados, tendo o risco como conceito-chave.

Assim, as propostas de (re)definição das práticas de pré-natal e assistência ao parto no país durante a pandemia trouxeram à tona os múltiplos sentidos do risco, como a

---

<sup>17</sup> O modelo tecnocrático é caracterizado pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas, e por sua suposta neutralidade de valores (DINIZ, 2005). Esse modelo impõe uma ruptura com os regimes de tempo, espaço, subjetividade e cuidado experimentados habitualmente fora do hospital - com horários pré-estabelecidos, espaços divididos e nomeados por números de leitos, vestimentas específicas e exposição a procedimentos e intervenções.

concepção de vulnerabilidade associada a gestação por meio da inclusão de todas as gestantes e puérperas no “grupo de risco” para a Covid-19 no Brasil; tensionamentos no imaginário social sobre acerca do “parto humanizado” e do hospital enquanto um lugar seguro para o nascimento, podendo-se destacar a implementação de protocolos sanitários mais rígidos e a restrição de acompanhantes.

Diante desse cenário, durante todo o processo da pesquisa de campo com as experiências de mulheres que vivenciam gestações de risco, bem como e os seus sentidos e significados não podem ser apreendidos no âmbito pessoal ou sequer generalizados com base em uma dentre as múltiplas formas de leitura da pandemia. Exatamente pelo fato de que essa pesquisa e seus desdobramentos não partem de uma postura neutra em relação à pandemia, as narrativas trazidas aqui não advêm de uma tentativa de generalização ou apagamento da dimensão singular dos sujeitos que compõem a pesquisa. Na contramão disso, esse trabalho investiu tempo, interesse, disponibilidade, escuta e afeto nas narrativas a partir das vivências dentro e fora do espaço físico do hospital e as histórias cotidianas – geralmente camufladas ou tidas como desimportantes frente ao vasto campo das psicopatologias.

Em meio à multiplicidade das narrativas, consubstanciadas nas falas de 22 mulheres que se dispuseram a compor o cenário da pesquisa, foi necessário realizar um processo de imersão nas narrativas onde emergiram três linhas de análise: concepções de cuidado e maternidade; papel social da identidade mulher-mãe; e projetos, protagonismos e resistências.

A partir desses eixos, as histórias foram organizadas em contos que materializam histórias de luta e resistência a partir das personagens de Maria, Ana e Sandra. A proposta de construir um trabalho a partir das experiências narrativas de mulheres foi inspirado na aposta teórico-metodológica das escritivências enquanto uma política de narratividade onde escrita e vida usualmente negligenciados, tornam-se temas urgentes para a composição do cuidado. De acordo com Evaristo (2011, p. 9), a escrita de uma história ou um conto está, para além de mero registro, por vezes, em que retomar a história a partir da perspectiva de seus protagonistas pode ser a única possibilidade para que ela se perpetue e se mantenha viva, por isso escrita e vida são pontos indissociáveis. Dessa maneira, consideramos que a enfermagem do hospital também pode ser um lugar para compartilhar histórias supostamente já conhecidas

ou contadas e, por vezes, invisibilizadas por uma perspectiva de humanização do cuidado que preconiza o corpo biológico em detrimento de um corpo que contém afetos e gera vida.

A processualidade das falas, entre-falas e não falas de mulheres que se dispuseram a acompanhar o percurso da pesquisa através das suas narrativas, propiciou trazer à cena uma proposta de um cuidado possível em saúde, o qual emerge exatamente nos interstícios da rede instituída de cuidado às mulheres. Assim, nos pontos onde a rede de cuidado instituída supostamente falha ou é colocada à prova, abre-se a possibilidade de tecer novos caminhos rumo à humanização do cuidado.

Diante desse cenário de crise, devemos considerar fatores econômicos, políticos, culturais, físicos e subjetivos, que configuram a dimensão subjetiva do cuidado, já que a pandemia tem afetado diferentes grupos de diversas maneiras, aprofundando desigualdades já existentes. Além da necessidade de ampliação na oferta de cuidado em saúde, da articulação com saberes sobre a pandemia e formas de prevenção e manejo, é preciso fomentar a (re)construção de um novo direcionamento para a linha de cuidado às gestantes em tempos de pandemia enfatizando a complexidade das necessidades de saúde de mulheres, as quais não podem se restringir aos aspectos biológicos ou técnicos do cuidado.

Conforme preconiza o movimento de humanização, o qual abarca um conjunto de valores e propostas que se opõem às formas “medicalizadas” e “intervencionistas” de assistência ao parto, visando sua transformação, a proposição do trabalho com narrativas abre passagem para o caráter múltiplo e polissêmico do risco e do cuidado.

Assim, a aposta ética, política e metodológica deste trabalho consistiu em afirmar que, a partir da escuta ativa e do acolhimento, é possível promover modos de cuidado e intervenção pautados em comportamentos e práticas que promovam um acolhimento respeitoso à gestante, podendo, com isso, considerar como cuidado a oferta de informações, o consentimento da mulher acerca das intervenções e o respeito à sua autonomia e história. A partir de práticas que preconizam o protagonismo da mulher em todo o processo – do pré-natal ao puerpério, teremos de fato uma proposta consistente de humanização do cuidado, para que, assim, não fiquemos às voltas com a cronificação de desafios já conhecidos e que ainda não foram superados.

## 8 CARTA ÀS GESTANTES

Vitória, 11 de março de 2021

Fortes mulheres,

Todas nós somos fruto de um ato revolucionário que começa na barriga. Historicamente perseguida, a protuberância da barriga de nossas ancestrais, na medida em que amadurecia, ganhava os contornos da vida em expansão. Talvez seja por isso que, ao falar da vida, impreterivelmente recordo da morte daquelas que vieram antes de nós e das diferentes formas de padecer em vida. Nós mulheres sempre estivemos na linha de frente da vida e da morte. Há quem diga que tornar-se mãe é como padecer num paraíso. Conduto, em tempos pandêmicos, as tramas da morte, cada vez mais à nossa espreita, nos expulsam do Éden e nos advertem: A VIDA CORRE PERIGO!

Por dizer de diferentes formas de padecer em vida, nós mulheres padecemos dia a dia nas ruas, em nossas casas e trabalhos, nas instituições asilares, prisionais, psiquiátricas e nos hospitais. Para nós mulheres, nunca houve lugar no paraíso... Ao longo da minha permanência no hospital pude recolher os efeitos subjetivos, afetivos, sociais e políticos das diferentes formas de padecer em vida através dos discursos e práticas de cuidado enrustidos de controle sobre nós, mulheres. Nesse período, compartilhamos memória, história e vida. Para além do tempo e do espaço, emprestamos nossa presença umas às outras, partilhamos nossos olhares atentos e disponíveis. Doamos também os nossos ouvidos umas às outras e através de uma escuta ativa indagávamos toda a censura imposta aos nossos corpos desde muito cedo e que persistiam nas práticas do hospital através dos impedimentos que recebíamos: “não podem abraçar, não podem ter acompanhante, não podem ter visita, não podem ficar circulando pelo hospital, não podem comer muito sal e açúcar, não podem ficar nervosa, não podem ficar sem comer, não podem comer muito, não podem aglomerar...” Não poderíamos também sentir?

Sentimos muito. Insegurança, sofrimento, culpa, medo, tristeza, dor, saudade, solidão, incapacidade, cansaço, desânimo, alegria, fé, esperança, confiança, euforia. Diante de tudo isso, fizemos a palavra circular, falamos dos afetos, das dificuldades e desafios que tínhamos que driblar para estarmos juntas, naquele momento, em meio a uma pandemia e a tantas outras coisas que se passavam no “mundo de fora”. Lembro-me da preocupação com os que ficavam em casa, a filha que ficava com o tio, o tiroteio no morro, a ausência do trabalho e o temor de faltar comida na mesa. Por vezes, questionavam se realmente haveria ganhos permanecer no hospital e meio a tantas perdas.

Foi preciso criar estratégia para não sucumbir aos diferentes sistemas de opressão que se atualizavam durante a nossa permanência no hospital em meio à pandemia, desde a recomendação do hospital para a não realização da pesquisa, assim como a orientação de uma entidade política dada às mulheres brasileiras para que nós não engravidemos durante a pandemia: NÃO É HORA DE ENGRAVIDAR!

Quando será a hora? Sabemos que ainda temos um longo caminho a percorrer no campo da saúde da mulher e na assistência materno-infantil no Brasil que só se intensificou ao longo da pandemia. Evidenciando, assim, o descaso com as políticas reprodutivas e sexuais, seja no acesso a contraceptivos ou ao pré-natal. CADÊ A VACINA?

Nós tínhamos muitas perguntas em aberto e, na busca das respostas propomos romper o silêncio, acreditamos no ato revolucionário da palavra e na sua capacidade de reconfigurar realidades. Tal como dizia a filósofa Hannah Arendt, “só quem é capaz de padecer a paixão de viver sob as condições do deserto pode reunir em si mesmo a coragem que está na base da ação, a coragem de se tornar um ser ativo” (ARENDR, 2009, p. 267).

Sabemos o quanto é difícil romper com práticas já enraizadas dentro de uma instituição hospitalar, principalmente quando se é colocada na condição de “paciente”. Ao partilharmos nossas histórias foi possível criar estratégias coletivas entre mulheres para quebrar o silêncio e soltar o grito preso na garganta. A palavra em ação é capaz de produzir tensionamentos nas práticas e nos modos de funcionamento instituídos no hospital.

Vocês foram revolução quando falavam da saudade de quem ficava em casa; quando questionavam à equipe quanto a proibição de receber visitas no mesmo hospital em que eram estudadas por um grupo de residentes em uma pequena sala abafada enquanto seus companheiros esperavam no lado de fora; quando verificaram as anotações da enfermagem sobre os sinais vitais, índice glicêmico e pressão arterial e questionar quando os números “não batem”; quando questionaram porque ainda insistiam em mandar vitamina de acerola, se mal podiam sentir o cheiro; quando se articularam e colocaram como condição que só iriam para a sala de parto após o banho e ligar para o companheiro; quando recusaram-se a ser chamadas pelo número do leito e disseram que se quisessem que as chamassem pelo nome; quando decidiram permanecer no hospital mesmo em meio a tanto caos; quando foi preciso ir, pois já não se suportava mais; quando precisaram chorar de saudade; e principalmente quando cuidavam umas das outras.

Como foi potente o nosso encontro! Também há muita potência dentro do hospital! Aprendemos que apesar das vulnerabilidades que comparecem no hospital também há lugar para produzir potência no cuidado, para que não caiamos na armadilha de supor que estamos cuidando ou sendo cuidadas somente quando estamos preocupadas com a aferição da pressão arterial, a dosagem da insulina, a idade gestacional do bebê, os centímetros de dilatação, da injeção para amadurecer os pulmões, da data prevista para o parto, do roteiro de entrevistas, da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, da análise de dados, da produção de artigos para publicação... Talvez a nossa maior insubmissão tenha sido afirmar que viver não cabe no prontuário e sequer no currículo lattes.

Lembrei-me de um verso escrito por Cora Coralina onde ela aponta que o verdadeiro sentido da vida está em tocar o coração das pessoas. Considero que nosso encontro tenha me tocado, não somente o coração, assim como a alma. Levarei um pouco de vocês sempre comigo. Afinal, “muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove”.

Por isso, dedico esta carta a vocês.

Mulheres que puderam dar testemunho de suas insubmissões à toda e qualquer forma de opressão, violação e discriminação de seus corpos.



Mulheres que reclamam demais, falam de menos, ficam até o fim, evadem, consentem, calam, choram, sorriem, amam, odeiam.

Mulheres que amam a barriga ou que querem acabar com esse sofrimento logo, que planejaram a gravidez e aquelas que, quando viram, já tinha acontecido.

Mulheres brancas, pardas, amarelas, pretas e as que são mães de dez, de cinco ou de nenhum.

Mulheres que chegam de barriga cheia e saem de braços vazios e almas despedaçadas.

Mulheres que fizeram seus corpos de abrigo e morada para a vida em sua expansão e se dispuseram a compor a autoria de suas histórias.

Mulheres que afirmavam que a maternidade não é uma tarefa compulsória que deve ser paga a qualquer custo.

A todas vocês, minha eterna gratidão,

Mayara Ciciliotti da Silva.

## REFERÊNCIAS

ADICHIE, C. N. **O perigo de uma história única**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

AGÊNCIA BRASIL. **Covid-19**: mortes de grávidas e puérperas dobram em 2021. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-04/covid-19-mortes-de-gravidas-e-puerperas-dobram-em-2021>>. Acesso em: 21 ago 2021

ALMEIDA, Milene de Oliveira; PORTUGAL, Thainá Magalhães; ASSIS, Thais Josy Castro Freire de. Pregnant women and COVID-19: isolation as a physical and psychic impact factor. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]**. v. 20, n. 2, pp. 599-602, 2020.

ALVES, R. **Filosofia da Ciência**: Introdução ao jogo e suas regras. 19ª ed. Edições Loyola, 2000.

ANDRADE, M.A.C.; LIMA, J.B.M.C. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. **Cadernos HumanizaSUS**. v. 4, p. 19-46. 2014.

ARENDT, Hannah. **A promessa da política**. JORGENSEN JR., Pedro. (Trad.) Al-gês: Difel, 2009.

ARIÉS, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

AYRES, J.C.R.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. de. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140.

AYRES, J.R.C.M. O jovem que buscamos e o Encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação das ações preventivas do uso de drogas, DST e AIDS entre crianças e adolescentes. In: DEVANIL, A. et al. (org). **Papel da Educação na Ação Preventiva**. São Paulo: FDE, v. 1, p. 15-24. 1996.

AYRES, J.R.C.M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

BADINTER, E. **Um Amor Conquistado**: o Mito do Amor Materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BAPTISTA, L.A; SILVA, R.L. A cidade dos anjos do improrrogável. **Polis e Psique**, vol. 7, nº 1, p. 49-73, 2017.

BARATA, J.C.C. A importância da percepção dos enfermeiros quanto à identificação precoce dos fatores de risco para as complicações gestacionais. **J Manag Prim Health Care**. v. 5, n. 2, p. 213-218. 2014.

BARBOSA, J.P.M. et al. Interseccionalidade e violência contra as mulheres em tempos de pandemia de covid-19: diálogos e possibilidades. **Saúde e Sociedade**. 2021, v. 30, n. 2.

BARBOSA, J.P.M.; LIMA, R.C.D.; SANTOS, G.B.M.; LANNA, S.D.; ANDRADE, M.A.C. Interseccionalidade e outros olhares sobre a violência contra mulheres em tempos de pandemia pela COVID-19. **SciELO Pré-Prints**. v. 1, p. 1-21, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.328>

BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. ROUANET, Sérgio Paulo (trad.). 7ª Ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BONAN, C. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. São Paulo: Scielo Books, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Universidade Estadual do Ceará. **Cadernos HumanizaSUS**, v. 4, 465 p. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV)**. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes (PNAISM)**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica 10/2020: Atenção à saúde do recém-nascido no contexto da infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2)**. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Nota técnica 01/2021 do GT nacional covid-19: vacinação contra a Covid-19 em gestantes, puérperas e lactantes**. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial (COE-COVID19)**. Semana Epidemiológica 21 (17 a 23/05). Brasília, 2020.

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

BRENES, A.C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, 1991.

BUCHABQUI, J.A. et al. Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto risco na Rede Básica de Atenção à Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna-Infantil**. Recife, v. 1, n 6, p. 23-29, 2006.

BULCÃO, I. A produção de infâncias desiguais: uma viagem na gênese dos conceitos 'criança' e 'menor'. In: NASCIMENTO, M. L. (Org.). **Pivetes: a produção de infâncias desiguais**. Rio de Janeiro: Oficina do Autor/Niterói: Intertexto, 2002.

CARNEIRO, S. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. Tese [Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005.

CHODOROW, N. **Psicanálise da Maternidade**. Uma Crítica a Freud a Partir da Mulher. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

COIMBRA, C.M.B. **Guardiães da ordem: uma viagem pelas práticas psi no Brasil do "Milagre"**. Rio de Janeiro: Oficina do autor, 1995.

COIMBRA, C; NASCIMENTO, M.L. **A produção de crianças e jovens perigosos: a quem interessa?** CEDECA – São Martinho, 2008.

COLLINS, Patricia Hill. **Pensamento Feminista Negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento**. Tradução Jamille Pinheiro Dias. 1ª edição. São Paulo: Boitempo Editorial, 2019. 495 p.

CORRÊA, M.C.D.V.; GUILAM, M.C.R. O discurso do risco e o aconselhamento genético pré-natal. **Cad Saúde Pública**. v. 22, p. 2141-9, 2006.

COSTA, J. F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p.171-188, 2002.

DE OLIVEIRA, I. B. "Fora da higiene não há salvação": a disciplinarização do corpo pelo discurso médico no Brasil Republicano. **Mneme-Revista de Humanidades**, v. 4, n. 07, 2003.

DINIZ, S.G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**. v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DINIZ, S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005.

DODOU, H.D. et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 262-269, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000200262&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200262&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 novembro 2020.

DONOSO BERNALES, B.; OYARZÚN EBENSPERGER, E. Embarazo de alto riesgo. **Medwave**, v. 12, n. 5, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5429>>. Acesso em: 25 maio 2021.

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

ESPIRITO SANTO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. **Recomendações para prevenção e controle de infecções pelo novo coronavírus (COVID-19) para Atenção à Gestante e Puérpera**. 2020.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde Materno Infantil. **Protocolo de vinculação da gestante e regulação para o acesso a consultas e exames especializados em ginecologia e obstetrícia**. Vitória, ES: Equipe Técnica da Saúde da Mulher, 2016.

EVARISTO, C. Da grafia-desenho de minha mãe, um dos lugares de nascimento de minha escrita. In: DUARTE, C. L.; NUNES, I. R. (orgs). **Escrevivência: a escrita de nós: reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo**. 1. ed. Rio de Janeiro: Mina Comunicação e Arte, 2020.

EVARISTO, Conceição. Nos gritos D'Oxum quero entrelaçar minha escrevivência. In: DUARTE, Constância Lima (org). **Arquivos femininos: literatura, valores, sentidos**. Florianópolis: Mulheres, 2014, 520p.

EVARISTO, Conceição. **Olhos d'água**. Rio de Janeiro: Pallas, 2016.

FERNANDES, J.A. et al. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 406-416, 2019.

FIOCRUZ/IFF. **Cuidado à Mulher em Trabalho de Parto**: boas práticas no segundo período. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/cuidado-a-mulher-em-trabalho-de-parto-boas-praticas-no-segundo-periodo/>>. 2020. Acesso em 08/07/2020.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, Jan. 2008.

FOUCAULT, M. A governamentalidade. **Microfísica do poder**. 8ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018, p. 407-431.

FOUCAULT, M. A O nascimento da medicina social. **Microfísica do poder**. 8ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018, p. 143-170.

FOUCAULT, M. A política de saúde do século XVIII. **Microfísica do poder**. 8ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018, p. 296-317.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 1996.

FOUCAULT, M. A vida dos homens infames. Em: **Estratégia, poder-saber**. Ditos e escritos IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p.203-222, 2006.

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

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 1989.

FRANCISCO, R.S. **“Abrir a sede ao meio” no deserto das práticas de assistência social a jovens em situação de risco**. Dissertação [Mestrado]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo. p. 153, 2015.

FREITAS, F.M. et al. **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

FURLAN, M.C.R.; JURADO, S.R.; ULIANA, C.H.; SILVA, M.E.P.; NAGATA, L.A.; MAIA, A.C.F. Gravidez e infecção por coronavírus: desfechos maternos, fetais e neonatais - Revisão sistemática. **Revista Cuidarte**. v. 11, n. 2, p. e1211. 2020.

G1. **Brasil tem 77% das mortes de gestantes e puérperas por Covid-19 registradas no mundo, diz estudo. 14 jun 2020**. Bem-estar. O Globo. G1. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/07/14/brasil-tem-77percent-das-mortes-de-gestantes-e-puerperas-por-covid-19-registradas-no-mundo-diz-estudo.ghtml>> Acesso em 22 nov 2020.

GARCIA, E.M et al. Risco Gestacional e Desigualdades Sociais: Uma Relação Possível? **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 24, n. 12, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.31422017>

GIFFIN, K.M. Mulher e saúde [editorial]. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 133-134, 1991.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HUCAM. Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. **Carta de Serviço ao Cidadão**. Brasil, ES, 36p., 2017.

IBGE. **Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil**. Rio de Janeiro: Departamento da População e Indicadores Sociais, 1999.

JONES, C.P. Confronting institutionalized racism. **Phylon**, Atlanta v. 50, n. 1, p. 7-22, 2002.

KIMANI, R.W.; MAINA, R.; SHUMBAI, C.; SHAIBU, S. Maternal and newborn care during the COVID-19 pandemic in Kenya: recontextualising the community midwifery model. **Human Resources for Health**. v.18, n.75, p. 1-5, 2020.

LEMOS, F; GALINDO, D; SANTOS, C; RODRIGUES, R; UNICEF e algumas práticas de medicalização das famílias e das crianças. **Revista Polis e Psique**, V. 4, N. 2: 44-64, 2014.

LIBÓRIO, Bárbara. **135 grávidas mortas por Covid - e o Congresso? Elas no Congresso**. 10 de agosto de 2020. Disponível em: <<https://mautic.elasnocongresso.com.br/email/view/5f31a10fdd18b404230959>>. Acesso em: 22 nov 2020.

LOBO, L.F. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

MARCHIORI, C.P. **Organização da rede de cuidados frente à síndrome da zika congênita**. Dissertação [Mestrado]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2018. 146f.

MASCARENHAS, V.H.A.; CAROCI-BECKER, A.; VENÂNCIO, K.C.M.P.; BARALDI, N.G.; DURKIN, A.C.; RIESCO, M.L.G. COVID-19 e a produção de conhecimento sobre as recomendações na gravidez: revisão de escopo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e3348, 2020.

MENDONÇA, M.H.M.; JUNIOR, A.G.S.; CUNHA, C.L.F.; LATGÉ, P.K. A pandemia COVID-19 no Brasil: ecos e reflexos nas comunidades periféricas. **APS em Revista**. v. 2, n. 2, p. 162-168. 2020

MENEZES, D.C.S.; LEITE, I.D.C; SCHRAMM, J.M.A.; LEAL, M.D.C. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 553-559, 2006.

MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

MONTEIRO, A.C.L; DE SOUZA, C.S.C. O dispositivo de oficinas de corpo e a questão da recalitrância. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 29, n. 2, p. 158-167, 2017.

MORAES, M.; BERNARDES, A.G. **Cartas para pensar: políticas de pesquisa em psicologia**. Vitória: EDUFES, 2014. 164 p.

MOURA, S.M.S.R.; ARAÚJO, M.F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 24, n. 1, p. 44-55, 2004.

MUKHTAR, S. Saúde mental e impacto emocional do COVID-19: Aplicação do Modelo de Crenças em Saúde para a equipe médica ao público em geral do Paquistão. **Cérebro, comportamento e imunidade**. v. S0889-1591, n. 20, p. 30463-3, 2020.

NUNES, I.R. Sobre o que nos move, sobre a vida. In: DUARTE, C.L.; NUNES, I.R. (orgs). **Escrevivência: a escrita de nós: reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo**. 1. ed. Rio de Janeiro: Mina Comunicação e Arte, 2020.

OKABAYASHI, N.Y.T. et al. Violência contra a mulher e feminicídio no Brasil-impacto do isolamento social pela COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 4511-4531, 2020.

OLINTO, J.S.P.; TAVARES, G.M. Resistências e produção de subjetividade-risco no Projeto Brincarte de Vitória (ES). **Psicol. clín.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 109-131, 2014.

OLIVEIRA, I.B. “Fora da higiene não há salvação”: a disciplinarização do corpo pelo discurso médico no Brasil Republicano. **Mneme: Revista de Humanidades**, V. 4, n. 7, p. 14-29, 2003.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil**. 18 de setembro de 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>>. Acesso em: 25 maio 2021.

PAIVA, V.L.M.O. A pesquisa narrativa: uma introdução. **Revista Brasileira de Linguística Aplicada**, vol. 8, n. 2, 2008.



PASSOS E.; BARROS, R. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E., KASTRUP, V., ESCÓSSIA, L. (orgs). **Pista do método cartográfico**: pesquisa-intervenção e produção da subjetividade. Porto Alegre: Sulina; p. 150-71, 2015.

PICCININI, C.A.; CARVALHO, F.T.; OURIQUE, L.R.; LOPES, R.S. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 27-33. 2012.

POLGLIANE, R.B.S. **Assistência pré-natal em Vitória** – Espírito Santo: Avaliação da concordância e da adequação do processo. Dissertação [Mestrado] Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2013.

POLGLIANE, R.B.S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, 2014.

RASHIDI FAKARI F, SIMBAR M. Coronavirus Pandemic and Worries during Pregnancy; a Letter to Editor. **Arch Acad Emerg Med.** v.16, n.8, p. 21, 2020. PMID: 32185371; PMCID: PMC7075675.

REVEL, J. **Michael Foucault conceitos essenciais**. FILHO, C.P.; MILANEZ, N. (Trad.). São Paulo: Claraluz, 2005.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento, 2017.

ROBLES, A.F. Da gravidez de “risco” às “maternidades de risco”. Biopolítica e regulações sanitárias nas experiências de mulheres de camadas populares de Recife. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 139–169, 2015.

ROCHA, A.F. **Mortalidade neonatal**: assistência pré-natal em municípios do Nordeste do Brasil. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2013.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2014.

RONDELLI, G.; JARDIM, D.; HAMAD, G.; LUNA, E.; MARINHO, W.; MENDES, L.; SOUZA, K.; GRATÃO, L. Assistência às gestantes e recém-nascidos no contexto da infecção covid-19: uma revisão sistemática. **Desafios - Revista Interdisciplinar Da Universidade Federal Do Tocantins**, v.7, n. especial-3, p. 48-74. 2020.

SANTANA, N.M. “Medo do desconhecido” – Atenção às gestantes, parturientes e puérperas no contexto da COVID-19. **Boletim Cientistas Sociais**. n.29 - Ciências Sociais e coronavírus. 28 de abril de 2020.

SANTOS NETO, E.T. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008.

SANTOS, B.S. **A Cruel Pedagogia do Vírus**. Coimbra: Almedina, 2020.

SANTOS, G.C. Ribeiro D. O que é lugar de fala? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe8, pág. 360-362, 2019.

SANTOS, T.M.R.D. **Fios e desafios da atenção à saúde da criança no estado do Espírito Santo**: análise da mortalidade de zero a cinco anos com gestores do Programa Estadual de Saúde da Mulher e da Criança. Dissertação [Mestrado]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2013. 191f.

SBIBAE. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada**. Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde; 2019.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia. **Prevenção e abordagem da infecção por COVID-19 em mães e recém-nascidos, em Hospitais Maternidades**. Rio de Janeiro: SBP, 2020.

SENADO FEDERAL (Brasília). Agência do Senado Federal. **Projetos buscam garantir atendimento a mulheres vítimas de violência durante a pandemia**. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/04/16/projetos-buscam-garantiratendimento-a-mulheres-vitimas-de-violencia-durante-pandemia>>. Acesso em 02 de jan de 2020.

SILVA, H.C.D.A.; SILVA, M.R.B.; CUNHA, A.L.; NASCIMENTO, E.C.; BOHUSCH, G.; MEDEIROS, C.S.; DEUS, F.R.S.; Desafios para gestão do cuidado no pré-natal durante a pandemia da COVID-19: um relato de experiência. **Global Academic Nursing Journal**, [S. l.], v. 2, n. Spe.1, p. e93, 2021.

SILVA, M.; VIEIRA, B.; ALVES, V.; RODRIGUES, D.; VARGAS, G.; SÁ, A. Perceptions of the hospitalization process among women with high-risk pregnancies. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 21, n. 6, p. 792-797, 2014.

SODRE, T.M.; BONADIO, I.C.; JESUS, M.C.P.; MERIGHI, M.A.B. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 452-460, 2010.

SOUZA E SOUZA, L.P.; SOUZA, A.G. No mar brasileiro agitado pela COVID-19, não estamos todos no mesmo barco. JMPHC. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 12, p. 1-10, 26 ago. 2020.

SOUZA, N.A.; QUEIROZ, L.L.C.; QUEIROZ, R.C.C.S.; RIBEIRO, T.S.F.; FONSECA, M.D.S.S. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma unidade básica de saúde em São Luís-MA. **Rev. Ciênc. Saúde**, São Luís, v.15, n.1, p. 28-38, 2013.

SPIVAK, Gayatri. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: UFMG, 2010.

SPOSITO, M.P.; CARRANO, P.C.R. Juventude e políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**. n. 24, p. 16-39, 2003.

STOFEL, Natália Sevilha et al. Perinatal care in the COVID-19 pandemic: analysis of Brazilian guidelines and protocols. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]**. v. 21, n. Suppl 1, p. 89-98, 2021.

TAVARES, G.M.; FRANCISCO, R.S. Pesquisa como acontecimento: exercícios de escreverCOM. **Rev. Polis e Psique**, vol. 6, n. 1, p. 136-148, 2016.

TAVARES, G.M.; SIQUEIRA, L.A.R.; ARAUJO, V.B.; TRISTAO, V.C.; BENEVENUTO, V.; GUARNIER, F.C.; ALMEIDA, B.B.; PEREIRA, J.F.G. **Entre riscos e vínculos, a atuação da Psicologia na Assistência Social**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018. 273p.

TEDESCO, S.H.; SADE, C.; VIEIRA CALIMAN, L.V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 25 – n. 2, p. 299-322, Maio/Ago. 2013.

VICTORA, C.G.; AQUINO, E.M., LEAL, M.C. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, London, p. 32-46, 2011.

VIEIRA, P.R.; GARCIA, L.P.; MACIEL, E.L.N. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 23, e200033, 2020.

WARMLING, Cristine Maria et al. Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, e00009917, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00009917>.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.** Vol. 25, n. 3, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>

## APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

A Sra. está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa **Experiências-Narrativas De Mulheres Com Gestação De Alto Risco Em Tempos De Pandemia De Covid-19: (Novos) Desafios Para A Humanização Do Cuidado?** sob a responsabilidade de Mayara Ciciliotti da Silva, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). O principal objetivo deste projeto   ouvir e acolher histórias de mulheres com diagnóstico de gesta o de alto risco que se encontram internadas na maternidade do Hospital Universitário Antônio Cassiano de Moraes (HUCAM) no contexto da pandemia de covid-19. A Sra. está sendo convidada porque suas experiências enquanto mulher e gestante de alto risco serão muito importantes para propor melhorias na qualidade da assistência prestada neste período para você e outras mulheres.

A Sra. tem plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penaliza o alguma para o tratamento que recebe na maternidade do HUCAM ou em qualquer outro serviço de saúde que necessitar durante o período da gesta o.

Caso você aceite participar, após a leitura deste documento e da apresenta o da pesquisa e de todas suas etapas, você será convidada a assinar todas as folhas deste documento em duas vias, ficando uma delas sob sua posse. Neste documento você terá todas as informa es necessárias sobre a pesquisa e o seu andamento, incluindo endereços e contatos telef nicos para tirar possíveis d vidas que possam surgir futuramente.

Rubricas

\_\_\_\_\_ (Participante)  
 \_\_\_\_\_ (Pesquisador)

A sua participação ocorrerá mediante a realização de entrevista em que você será convidada a responder um roteiro de caracterização sociodemográfica e cinco perguntas norteadoras que irão lhe auxiliar para compartilhar suas experiências, sentimentos e desafios vivenciados durante a gravidez. A entrevista terá duração média de trinta minutos e será realizada no espaço físico do hospital que garanta o sigilo das suas informações e sua integridade física respeitando as medidas de biossegurança adotadas para prevenção e controle da transmissão do vírus SARS-CoV-2 no HUCAM.

É importante ressaltar que esta pesquisa não utilizará de gravação de áudios das entrevistas e em nenhum momento sua imagem será utilizada, bem como não serão utilizadas informações que poderão colocar em prejuízo você e/ou as pessoas do seu convívio.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos para os participantes. Nesta pesquisa, alguns tópicos da entrevista podem gerar ansiedade, constrangimento, lembranças de experiências negativas ou traumáticas. Diante disso, a pesquisadora irá avaliar os casos de constrangimento, deixando claro a você os objetivos da pesquisa, seus procedimentos e a possibilidade de desistência da participação da pesquisa a qualquer momento, bem como a oferta de um espaço para acolhimento e escuta, a qualquer momento, caso você sinta necessidade. Além disso, o espaço de acolhimento e escuta, caso necessário, poderá ser estendido ao serviço de saúde de seu município mediante encaminhamento, a partir da avaliação das consequências despertadas em função da entrevista.

Espera-se que essa pesquisa possa ampliar os conhecimentos na área da saúde trazendo benefícios na organização dos serviços e na humanização da assistência prestada nos serviços de saúde às gestantes de alto risco, a partir do entendimento de suas necessidades a partir dos relatos das entrevistas.

Se julgar necessário, a Sra. dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam

Rubricas

\_\_\_\_\_ (Participante)

\_\_\_\_\_ (Pesquisador)

ajudá-la na tomada de decisão livre e esclarecida.

Garantimos à Sra. e seu acompanhante, quando necessário, o ressarcimento das despesas devido sua participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente.

Também estão assegurados à Sra. o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.

Asseguramos à Sra. o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário.

Garantimos à Sra. a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

A Sra. pode entrar em contato com o pesquisador responsável Mayara Ciciliotti da Silva a qualquer tempo para informação adicional no endereço Av. Marechal Campos, 1468 - Bonfim, Vitória - ES | CEP 29047-105, telefone (27) 99964-9651, e-mail: mayaraciciliotti@hotmail.com.

A Sra. também pode entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde** da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES) pelo telefone (27) 3335-7211 ou pelo e-mail: cep.ufes@hotmail.com e com o **Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Cassiano Antônio Moraes** (CEP/HUCAM) pelo telefone (27) 3335-7092/CCS/UFES ou pelo e-mail cep@hucam.edu.br. O CEP/HUCAM fica na Avenida Marechal Campos, 1355, Santos Dumont, Vitória – ES | CEP 29043-900.

Este documento (TCLE) será elaborado em **DUAS VIAS**, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pela Sra., ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

Rubricas

\_\_\_\_\_ (Participante)

\_\_\_\_\_ (Pesquisador)

As informações deste documento foram elaboradas a partir da Res. 466/12 – Item II.23, Res. 510/2016 e Res. 441/2011 que estabelecem diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

#### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa “Experiências-Narrativas De Mulheres Com GestaçãO De Alto Risco Em Tempos De Pandemia De Covid-19: (Novos) Desafios Para A HumanizaçãO Do Cuidado?”.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste documento assinado pela pesquisadora.

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

## APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICO E CARACTERIZAÇÃO DA PARTICIPANTE

Iniciais: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos

Bairro em que mora: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Estado civil: (  ) Solteira (  ) Casada (  ) Divorciada (  ) União Estável (  ) Viúva

1. Com quem mora: \_\_\_\_\_
2. Raça/ cor? (  ) Branca (  ) Preta (  ) Parda (  ) Amarela (  ) Indígena
3. Escolaridade: \_\_\_\_\_
4. Situação da habitação (casa): (  ) Própria (  ) Alugada (  ) Cedida (  ) Outros
5. Profissão: \_\_\_\_\_
6. Trabalha fora? (  ) Não (  ) Sim
7. Motivo da internação: \_\_\_\_\_
8. Nº de Gestações: \_\_\_\_\_
9. Nº de filhos e idade: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 3 – QUESTÕES NORTEADORAS

1. Como você tem se sentido nesse período em que está no hospital em meio a uma pandemia?
2. Você considera estar mais fragilizada emocionalmente depois que deu entrada no hospital?
3. Você considera que está sendo bem cuidada? Considera que algo poderia melhorar?
4. Você é informada diariamente sobre seu estado de saúde?
5. Você mantém algum tipo de contato com pessoas de fora do hospital? De que forma?



## ANEXO 1 – FORMULÁRIO PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA NO HUCAM

## FORMULÁRIO PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA NO HUCAM


Informações Básicas			
Título do Projeto: <b>exPERIÊNCIAS-NARRATIVAS DE MULHERES COM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19</b>			
Classificação da Pesquisa	Nº Indivíduos Pesquisados no HUCAM		
Pesquisa Acadêmica	20		
Resp. pela Pesquisa na Instituição	Email do Responsável		
Maia ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE	gelsandra@gmail.com		
Proponente	Email do Proponente		
MAYARA CICILOTTI DA SILVA	mayaracicilotti@hotmail.com		
Curriculo Lattes do Proponente	Telefone do Proponente		
http://lattes.cnpq.br/5748110628150671	(27)99964-9651		
Estudo Multicêntrico	CEP Avaliador		
Não	CEP CCS UFES		
Informações Financeiras			
Financiadores		Tipo de Fomento	
		Recursos Próprios	
Capital Aplicados no Hospital	Custeio Aplicados no Hospital	Recursos em Bolsas	Recurso Total
R\$	R\$ 300,00	R\$	R\$ 300,00
Especificações do Projeto			
Mês/Ano de Início	Mês/Ano de Encerramento		
11/2020	03/2021		
Área de Conhecimento	Natureza da Pesquisa		
Saúde Coletiva	Pesquisa		
Tipo de Pesquisa	Setor de Aplicação dos Resultados da Pesquisa		
Observacional	Aperfeiçoamento de processos/produzidos/serviços já existentes		
Finalidade Principal	Área de Pesquisa em Saúde		
Acadêmica (gerar teses, dissertações, TCC, etc)	Promoção de saúde		
Setor ou Serviço Onde Serão Recrutados os Participantes no HUCAM	A Coleta de Dados Será Feita		
Maternidade	Apenas no HUCAM (pacientes, servidores, alunos, etc)		
Principal Meio de Divulgação	Url de Acesso do Pré Projeto		
Apresentação de tese, dissertação ou TCC, etc	não se aplica		
Procedimento em Caso de Coleta Direta	Procedimento a Ser Usado na Coleta de Dados		
Aplicação de questionários e/ou entrevistas	Coleta de dados junto a pacientes		

Dra. Carolina L. Prest Ferrugini  
 Chefe de Unidade Materno Infantil  
 HUCAM / EBSERH CRM-ES 9089  
 CNES 989018278830064



Autorizador do Projeto no HUCAM

Prof. José Geraldo Maia  
 Gerente de Ensino e Pesquisa  
 SIAPE 6295215  
 HUCAM / EBSERH



Anuência do Chefe do Setor de Gestão e Inovação  
 Tecnológica - GEP

Assinatura e Carimbo do Responsável pelo Setor/Serviço em  
 que será realizado o estudo

Data: 05, 10, 2020

Data: 08, 10, 2020

## ANEXO 2 - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** EXPERIÊNCIAS-NARRATIVAS DE MULHERES COM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

**Pesquisador:** Mayara Cicilotti da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 39461720.2.0000.5060

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.364.306

#### Apresentação do Projeto:

Este é um estudo qualitativo com amostra determinada por saturação sobre as experiências de mulheres acima de 18 anos internadas por mais de 5 dias na Maternidade do Hospital Universitário da UFES com diagnóstico de gravidez de alto risco. As entrevistas serão realizadas por telefone e na análise de resultados e discussão os autores propõem o processo de produção de sentido (SPINK, 2004)

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Analisar as experiências narradas de mulheres com diagnóstico de gestação de alto risco que se encontram internadas em uma Maternidade da cidade de Vitória (ES) no contexto da pandemia de Covid-19.

##### Objetivo Secundário:

1. Identificar o perfil sociodemográfico das mulheres integrantes do estudo, considerando os aspectos de gênero, raça/cor e classe;
2. Compreender os sentidos e significados construídos pelas mulheres acerca da assistência ao parto e ao nascimento na gestação de alto risco no contexto de uma pandemia;

Endereço: Av. Marechal Campos 1468  
Bairro: S/N CEP: 29.040-091  
UF: ES Município: VITÓRIA  
Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep.ufes@hotmail.com

Continuação do Projeto: 4.364.006

3. Analisar a produção de projetos, resistências e protagonismos das mulheres frente os "riscos" atribuídos ao exercício da maternidade;
4. Problematicar o papel social da mulher enquanto mãe/cuidadora e seus desdobramentos na gestão de risco no contexto da pandemia;

**avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo o autor:

**Riscos:**

Essa pesquisa será desenvolvida de forma a preservar o anonimato dos seus participantes, de modo que a análise do conteúdo das conversas será organizada e enumerada a fim de garantir a privacidade e segurança dos participantes do estudo. A participação nessa pesquisa pode apresentar o risco de que determinados tópicos da entrevista despertem consequências psicológicas aos seus participantes, como ansiedade aumentada, constrangimento, lembranças de experiências negativas ou traumáticas. A pesquisadora propõe-se a avaliar os casos de constrangimento, deixando claro os objetivos da pesquisa, seus procedimentos e a possibilidade de desistência da participação da pesquisa a qualquer momento, bem como a oferta de um espaço para acolhimento e escuta caso seja necessário. Além do espaço de acolhimento, o pesquisador se propõe a fornecer os encaminhamentos necessários para acompanhamento psicológico na rede de saúde mental, caso necessário, a partir de consequências despertadas em função da entrevista.

**Benefícios:** Os profissionais de saúde, usuários dos serviços de saúde e comunidade acadêmica será beneficiada com o estudo, o qual irá impactar positivamente nas atitudes e práticas dos profissionais de saúde que atuam na linha de frente do cuidado de gestantes de alto risco por meio da apresentação dos resultados da pesquisa e promoção de espaços de educação permanente com estes profissionais. Este estudo beneficiará os participantes da pesquisa e seus familiares pois irá auxiliar no manejo de dificuldades, potencialidades e possibilidades que perpassam a gestão de risco no contexto de pandemia contribuindo para a ampliação de espaços de educação popular em saúde e protagonismo dos usuários e usuáries do Sistema Único de Saúde. Para isso propõe-se a realização de espaços de discussão coletivos, tais como rodas de conversas com a participação de profissionais de saúde e usuáries dos serviços. No que tange à comunidade acadêmica, o estudo auxiliará no arcabouço teórico e no aprimoramento de estudos e formulação de políticas públicas.

Endereço: Av. Marechal Campos 1488  
Bairro: S/N CEP: 29.040-091  
UF: ES Município: VITÓRIA  
Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cnp.ufes@hotmail.com

Continuação do Parecer: 4.364.308

Riscos e benefícios atendem a resolução 466/2012

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto: apresentada e adequada
- Projeto detalhado: apresentado e adequado
- Riscos e benefícios apresentados e adequados
- TCLE: apresentado e adequado
- Termo de Sigilo e Confidencialidade: dispensado
- Termos de anuências da Instituições onde a pesquisa será realizada: apresentado e adequado
- Cronograma: apresentado e adequado
- Orçamento: apresentado e adequado
- Biorrepositório - dispensado

Recomendações:

Toda pesquisa deve seguir a resolução 466/2012 do CNS para conferencia utilize o manual de pendências contido no site do CEP - <http://www.ccs.ufes.br/cep>

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1625960.pdf	22/10/2020 11:55:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mayara_Cicilotti_CEP.docx	22/10/2020 11:54:47	Mayara Cicilotti da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECEP.docx	22/10/2020 11:53:41	Mayara Cicilotti da Silva	Aceito
Outros	AutorizacaoHucam.pdf	22/10/2020 11:32:29	Mayara Cicilotti da Silva	Aceito

Endereço: Av. Marechal Campos 1488  
Bairro: S/N CEP: 29.040-091  
UF: ES Município: VITORIA  
Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep.ufes@hotmail.com

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO



Continuação do Parecer: 4.354.300

Folha de Rosto	FolhaDeRostoFinal.pdf	22/10/2020 11:30:10	Mayara Cicliotti da Silva	Acerto
----------------	-----------------------	------------------------	------------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

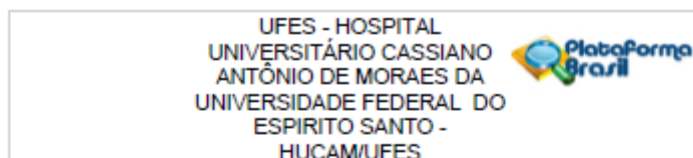
VITÓRIA, 27 de Outubro de 2020

Assinado por:

Maria Helena Monteiro de Barros Miotto  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Marechal Campos 1488  
Bairro: S/N CEP: 29.040-091  
UF: ES Município: VITÓRIA  
Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep.ufes@hotmail.com

## ANEXO 3 - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** EXPERIÊNCIAS-NARRATIVAS DE MULHERES COM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

**Pesquisador:** Mayara Cicilotti da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 39461720.2.3001.5071

**Instituição Proponente:** EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.808.201

#### Apresentação do Projeto:

Será realizado um estudo de cunho qualitativo com o objetivo de analisar as experiências narradas por mulheres acima de 18 anos, que tem o diagnóstico de gestação de alto risco e estão hospitalizadas por um período maior que cinco dias na maternidade do HUCAM durante a pandemia de Covid-19. Para obtenção das narrativas, a coleta dos dados será realizada com as participantes e será dividida em dois momentos, sendo o primeiro referente à identificação sociodemográfica e caracterização da participante, e em seguida a conversa será orientada a partir de questões disparadoras. O número de participantes do estudo será determinado pelo ponto de saturação, que se refere quando os novos entrevistados repetem os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, de maneira a não acrescentar novas informações relevantes ao estudo.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Analisar as experiências narradas de mulheres com diagnóstico de gestação de alto risco que se encontram internadas em uma Maternidade da cidade de Vitória (ES) no contexto da pandemia de Covid-19

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1388  
 Bairro: Santos Dumont CEP: 29.043-900  
 UF: ES Município: VITÓRIA  
 Telefone: (27)3335-7002 E-mail: cep@hucam.edu.br

UFES - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO CASSIANO  
ANTÔNIO DE MORAES DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESPIRITO SANTO -  
HUCAMUFES



Continuação do Parecer: 4.008.201

**Objetivo Secundário:**

1. Identificar o perfil sociodemográfico das mulheres integrantes do estudo, considerando os aspectos de gênero, raça/cor e classe;
2. Compreender os sentidos e significados construídos pelas mulheres acerca da assistência ao parto e ao nascimento na gestação de alto risco no contexto de uma pandemia;
3. Analisar a produção de projetos, resistências e protagonismos das mulheres frente os "riscos" atribuídos ao exercício da maternidade;
4. Problematizar o papel social da mulher enquanto mãe/cuidadora e seus desdobramentos na gestação de risco no contexto da pandemia;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Essa pesquisa será desenvolvida de forma a preservar o anonimato dos seus participantes, de modo que a análise do conteúdo das conversas será organizada e enumerada a fim de garantir a privacidade e segurança dos participantes do estudo. A participação nessa pesquisa pode apresentar o risco de que determinados tópicos da entrevista despertem consequências psicológicas aos seus participantes, como ansiedade aumentada, constrangimento, lembranças de experiências negativas ou traumáticas. A pesquisadora propõe-se a avaliar os casos de constrangimento, deixando claro os objetivos da pesquisa, seus procedimentos e a possibilidade de desistência da participação da pesquisa a qualquer momento, bem como a oferta de um espaço para acolhimento e escuta caso seja necessário. Além do espaço de acolhimento, o pesquisador se propõe a fornecer os encaminhamentos necessários para acompanhamento psicológico na rede de saúde mental, caso necessário, a partir de consequências despertadas em função da entrevista.

**Benefícios:**

Os profissionais de saúde, usuários dos serviços de saúde e comunidade acadêmica será beneficiada com o estudo, o que irá impactar positivamente nas atitudes e práticas dos profissionais de saúde que atuam na linha de frente do cuidado de gestantes de alto risco por meio da apresentação dos resultados da pesquisa e promoção de espaços de educação permanente com estes profissionais. Este estudo beneficiará os participantes da pesquisa e seus

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1366  
Bairro: Santos Dumont CEP: 29.043-900  
UF: ES Município: VITORIA E-mail: cep@hucam.edu.br  
Telefone: (27)3335-7002

UFES - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO CASSIANO  
ANTÔNIO DE MORAES DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESPIRITO SANTO -  
HUCAM/UFES



Continuação do Parecer: 4.008.201

familiares pois irá auxiliar no manejo de dificuldades, potencialidades e possibilidades que perpassam a gestão de risco no contexto de pandemia contribuindo para a ampliação de espaços de educação popular em saúde e protagonismo dos usuários e usuárias do Sistema Único de Saúde. Para isso propõe-se a realização de espaços de discussão coletivos, tais como rodas de conversas com a participação de profissionais de saúde e usuários dos serviços. No que tange à comunidade acadêmica, o estudo auxiliará no arcabouço teórico e no aprimoramento de estudos e formulação de políticas públicas

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto tem relevância para ser realizado. A eclosão da pandemia do novo coronavírus no início do ano de 2020 trouxe desafios para assistência prestada as mulheres no período gravídico puerperal, uma vez que além do risco de contaminação decorrente da exposição a ambientes hospitalares, há restrição da entrada de familiares para visitas

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de rosto: apresentada e adequada
- Termos de anuências da instituição onde a pesquisa será realizada (HUCAM): apresentado e adequado
- Orçamento: apresentado e adequado
- Biorrepositório – dispensado
- Termo de Sigilo e Confidencialidade: dispensado
- Folha de rosto: apresentada e adequada
- Termos de anuências da instituição onde a pesquisa será realizada (HUCAM): apresentado e adequado
- Orçamento: apresentado e adequado
- Biorrepositório – dispensado
- Termo de Sigilo e Confidencialidade: dispensado
- Riscos e benefícios apresentados e CORRIGIDO
- Projeto detalhado: apresentado com metodologia e cronograma CORRIGIDO
- TCLE: apresentado e CORRIGIDO

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1399  
Bairro: Santos Dumont CEP: 29.043-900  
UF: ES Município: VITÓRIA  
Telefone: (27)3325-7002 E-mail: cep@hucam.ufes.br



UFES - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO CASSIANO  
ANTÔNIO DE MORAES DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESPIRITO SANTO -  
HUCAM/UFES



Continuação do Parecer: 4.806.201

**Recomendações:**

Como foi feita as correções no projeto e TCLE deverá ser aprovado

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1655026.pdf	04/05/2021 09:26:23		Acelto
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	04/05/2021 09:25:55	Mayara Cicilotti da Silva	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Agência	TCLE_ATUALIZADO.docx	04/05/2021 09:24:33	Mayara Cicilotti da Silva	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mayara_Cicilotti_ATUALIZADO_04_05_21.docx	04/05/2021 09:23:27	Mayara Cicilotti da Silva	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mayara_Cicilotti_CEP.docx	22/10/2020 11:54:47	Mayara Cicilotti da Silva	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Agência	TCLECEP.docx	22/10/2020 11:53:41	Mayara Cicilotti da Silva	Acelto
Outros	AutorizacaoHucam.pdf	22/10/2020 11:32:29	Mayara Cicilotti da Silva	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Neecessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1395  
Bairro: Santos Dumont CEP: 29.043-900  
UF: ES Município: VITORIA  
Telefones: (27)3335-7092 E-mail: cep@hucam.edu.br

UFES - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO CASSIANO  
ANTÔNIO DE MORAES DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESPIRITO SANTO -  
HUCAM/UFES



Continuação do Processo: 4.808.201

VITÓRIA, 25 de Junho de 2021

---

Assinado por:  
Claudio Pirac  
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1358  
Bairro: Santa Dumont CEP: 29.043-900  
UF: ES Município: VITÓRIA  
Telefone: (27)3335-7082 E-mail: oep@hucam.ufes.br

Página 05 de 05