

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

HELOÍSA HELENA DA SILVA DUARTE

**A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA “SAÚDE REPRODUTIVA” NO BRASIL.
UM OLHAR NA PERSPECTIVA DA INTERSECCIONALIDADE DE GÊNERO E
RAÇA.**

SÃO LEOPOLDO, RS

2012

HELOÍSA HELENA DA SILVA DUARTE

**A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA “SAÚDE REPRODUTIVA” NO BRASIL.
UM OLHAR NA PERSPECTIVA DA INTERSECCIONALIDADE DE GÊNERO E
RAÇA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Laura Cecília López

São Leopoldo, RS

2012

D812c Duarte, Heloísa Helena da Silva
A construção social da “saúde reprodutiva” no Brasil: um
olhar na perspectiva da interseccionalidade de gênero e raça./
Heloísa Helena da Silva Duarte. -- 2012.
78 f. ; 30cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade do Vale do Rio
dos Sinos. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
São Leopoldo, RS, 2012.
Orientadora: Profa. Dra. Laura Cecília López.

1. Saúde reprodutiva. 2. Gravidez - Adolescente -
Assistência pré-natal. I. Título. II. López, Laura Cecília.
CDU 612.6

Catálogo na Publicação:
Bibliotecário Eliete Mari Doncato Brasil - CRB 10/1184

HELOÍSA HELENA DA SILVA DUARTE

**A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA “SAÚDE REPRODUTIVA” NO BRASIL.
UM OLHAR NA PERSPECTIVA DA INTERSECCIONALIDADE DE GÊNERO E
RAÇA.**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Profa. Dra. Laura Cecília López
Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS
(Orientadora)

Profa. Dra. Miriam Steffen Vieira
Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Prof. Dr. Walmir Pereira
Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

São Leopoldo, RS
Julho de 2012

AGRADECIMENTOS

Á Simone Cruz pelo apoio e insistência para que eu realizasse, novamente, a seleção de mestrado.

Ás integrantes da Associação Cultural de Mulheres Negras, pelas experiências e aprendizados.

A Prof^a Dra^a Laura López, por ter acreditado em mim, pela paciência e dedicação.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Aos colegas de mestrado, especialmente a Sheila Rangel e Anderson Garcez.

Aos meus familiares pela compreensão nas horas de ausência.

“Procure o que há de bom em tudo e em todos. Não faça dos defeitos uma distância, e sim, uma aproximação. Aceite a vida, as pessoas; faça delas a sua razão de viver. Entenda! Entenda as pessoas que pensam diferente de você. Não as reprove!”

Charles Spencer Chaplin

Heloisa Helena da Silva Duarte

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS NA PERSPECTIVA DAS
ADOLESCENTES NEGRAS GESTANTES E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Projeto de Pesquisa qualificado como
requisito parcial para a obtenção do título
de Mestre em Saúde Coletiva, pelo
Programa de Pós Graduação em Saúde
Coletiva da Universidade do Vale do Rio
dos Sinos – UNISINOS

Orientadora: Prof^a Dr^a Laura Cecilia López

São Leopoldo

2011

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	9
2 OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GERAL	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL	10
3.1 GRAVIDEZ NA ADOLÊSCENCIA	10
3.2 MEDICALIZAÇÃO, ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E VULNERABILIDADES ENTRE AS ADOLESCENTES GESTANTES	16
3.3 MAIORIDADE SANITÁRIA E POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO A SAÚDE DOS ADOLESCENTES	20
4 METODOLOGIA.....	22
4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	27
5. CRONOGRAMA.....	29
6. ORÇAMENTO	30
REFERÊNCIAS.....	31
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	36
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	38
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	40
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA ADOLESCENTE	42
APÊNDICE E- ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAL DA SAÚDE	43
ANEXO - ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	44
RELATÓRIO DE CAMPO.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ARTIGO.....	51
Discursos em torno da “saúde reprodutiva”: o caso das críticas à Estratégia Rede Cegonha numa perspectiva interseccional de gênero e raça.....	52
RESUMO	52
A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA “SAÚDE REPRODUTIVA”	53
INTERSECCIONALIDADE DE GÊNERO E RAÇA PARA PENSAR A SAÚDE REPRODUTIVA.....	57
MEDICALIZAÇÃO, BIOPODER E INTERSECCIONALIDADE	61

A REDE CEGONHA E AS CRÍTICAS DA SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA.....	65
A MORTALIDADE MATERNA EM QUESTÃO	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS	74

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa foca a relação das adolescentes negras grávidas com o sistema de saúde na realização do pré-natal, tanto na perspectiva delas quanto dos profissionais que as atendem.

Ao falarmos de “gravidez na adolescência” precisamos desconstruir o que ela significa como “problema social” (Lenoir, 1996) contemporâneo, considerando os discursos produzidos em torno a determinado fenômeno, o momento histórico, os agentes envolvidos, os interesses em jogo nessa construção.

No Brasil, alguns autores referem que este fenômeno é um problema de saúde pública. A queda da fecundidade vem sendo registrada desde a década de 1970, entretanto, na faixa etária de 15 a 19 anos a incidência de gravidez tem aumentado (DADOORIAN, 2003; SOUSA-MATA et al., 2009; YAZLLE et al., 2002). A Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) de 2010 traz que as adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos e com menos de sete anos de estudo concentram 20,3% da fertilidade. Marcelo Paixão et al (2010), no relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil 2009-2010, destacam que a taxa específica de fecundidade (TEF), nas faixas quinquenais, diminuiu entre as brancas e negras. Entretanto, na faixa de 15 a 19 anos, a redução foi de 3,4% entre as negras e 24,5% nas brancas. Estes mesmos autores complementam que no ano de 2008 a taxa de fecundidade total (TFT) de adolescentes negras de 15 a 19 anos foi de 17,2% e entre as brancas foi de 13,7%, afirmam que as mães adolescentes apresentam maior peso relativo no total de nascimentos de filhos vivos entre as mulheres negras em relação as mulheres brancas.

Porém, estes indicadores não são suficientes para pensar as representações contemporâneas e a visibilidade do fenômeno. Uma dimensão importante a ser considerada refere ao discurso biomédico, assim como à ideia de “riscos sociais”.

No Brasil há leis e políticas públicas que protegem os direitos das/os adolescentes, desde o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) até protocolos do Ministério da Saúde que orientam o atendimento destinado aos adolescentes. Além disso, o país é signatário de convenções e tratados internacionais que asseguram os direitos da criança e adolescente. Os três princípios que devem ser respeitados pelos profissionais de saúde no atendimento das/dos adolescentes são:

ética, privacidade e confidencialidades das informações (BRASIL, 2005a). Esta perspectiva de direitos pressupõe vulnerabilidades desse segmento da população, garantindo a cidadania desses sujeitos.

Uma aproximação ao tema que parta da perspectiva da produção de vulnerabilidades (e não da ideia de risco) pode nos ajudar a analisar a complexidade do fenômeno da gravidez na adolescência sem cair em noções homogeneizantes.

Além disso, a busca da complexidade nos leva a considerar disparidades de gênero, classe e raça, marcadores importantes para refletir sobre a saúde das populações no Brasil, no caso, sobre a relação das adolescentes grávidas com o sistema de saúde na realização do pré-natal.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Parte-se do pressuposto de que existem concepções amplamente divulgadas dos “riscos”, particularmente sociais, da gravidez na adolescência. As associações entre ideias de pobreza, marginalidade social e o alto número de gestações entre os setores populares, juntam-se ainda a outras noções de risco para configurar como são percebidas as gestantes adolescentes e os cuidados a elas dispensados no SUS.

Cabe-nos indagar como essas percepções de “risco” permeiam as práticas da assistência ao pré-natal dispensada às adolescentes na realidade local escolhida para a presente pesquisa, ainda considerando que a Unidade de Saúde da Família escolhida esta localizada em uma região da cidade de Porto Alegre com um perfil sócio-econômico de classes populares, com um alto percentual de população negra.

Nesse sentido, as questões de pesquisa que me instigam são:

- Como as adolescentes negras percebem os atendimentos do pré-natal na Estratégia de Saúde da Família?
- Como elas entendem a sua gravidez no contexto das suas famílias?
- Como os profissionais de saúde que as atendem percebem a gravidez das adolescentes negras e expressam essas representações nas suas práticas?
- Existem desigualdades na assistência oferecida no SUS a adolescentes, durante a gestação, segundo raça/cor?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar concepções e práticas em torno da assistência pré-natal, da perspectiva das adolescentes gestantes negras e dos profissionais de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as características do atendimento pré-natal na visão das adolescentes negras gestantes;
- Compreender as concepções de gravidez na adolescência e as práticas dos profissionais de saúde que prestam assistência pré-natal às adolescentes;
- Conhecer, a partir dos relatos das adolescentes negras gestantes, como elas estão vivenciando esta fase e como a gestação se insere na dinâmica familiar;
- Contextualizar essas concepções e práticas na construção do “problema social” da gravidez na adolescência atualmente no Brasil, pensando na interseccionalidade de gênero, raça e classe social.

3 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

3.1 GRAVIDEZ NA ADOLÊSCENCIA

Para falar sobre gravidez na adolescência é preciso refletir sobre os diferentes sentidos que ela adquire para esta faixa etária, considerando-a de maneira complexa a partir de marcadores de classe, raciais e de gênero. As informações se dissipam de maneira diferente pelas camadas sociais, fazendo com que a maneira de vivenciar a juventude seja particular para cada grupo (VILLELA e DORETO, 2006).

Embora não se configure como um fenômeno novo no Brasil (DADOOURIAN, 2003; PANTOJA, 2003), este tema tem assumido o estatuto de *problema social*, suscitando a atenção de governantes, de organismos internacionais e da sociedade civil (HEILBORN et al., 2002).

Consultando a literatura existente, Dadoorian (2003) comenta que o aumento da incidência da gravidez na adolescência pode estar relacionado às mudanças sociais

ocorridas na arena da sexualidade, que culminou em uma maior liberação sexual, sem que as devidas informações de prevenção fossem repassadas de forma adequada aos jovens. No entendimento de Sabroza et al., 2004, os possíveis fatores contribuintes deste aumento são advindos da iniciação sexual precoce, da falta de informação sobre métodos contraceptivos e ineficiência de programas voltados à população adolescente.

Estudos apontam que as/os adolescentes possuem conhecimento sobre os métodos contraceptivos e preventivos de doenças sexualmente transmissíveis, porém, isto não significa que elas/eles façam o uso consistente e regular (ALMEIDA et al., 2003; PINHO et al., 2002). Estudo encontrou uma prevalência de uso de método contraceptivo de 75,3%, porém, constatou que o conhecimento sobre eles, sobre o ciclo menstrual e o período fértil era deficiente (PANIZ, FASSA e SILVA, 2005).

Pesquisa realizada em três capitais brasileiras, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, com jovens constatou que 60% das meninas e 63% dos meninos referiram uso de preservativo na primeira relação sexual. Em contrapartida, na última relação, este número cai para 38,8% e 56%, para meninos e meninas, respectivamente (TEIXEIRA et al., 2006). Essa diminuição no uso de método contraceptivo da primeira relação para a última, também, foi constatada em outras pesquisas (ALVES e LOPES, 2008; BORGES et al., 2010).

Segundo Villela e Doreto (2006), a gravidez na adolescência é mais incidente entre as adolescentes pobres e de menor escolaridade, sugerindo dificuldades de acesso a informações sobre contracepção e aos métodos contraceptivos. Entretanto, é ressaltado que o conhecimento, apenas, não garante seu uso.

Outra pesquisa mostra que quando as adolescentes sentem-se saudáveis e confiam no parceiro dispensam o uso de preservativo, aumentando sua vulnerabilidade frente às doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada. Outra questão é a falta de negociação com o parceiro e o domínio das relações sexuais em termos de fidelidade mútua e utilização do preservativo pelo menino (TAQUETTE et al., 2005).

Além das estatísticas divulgadas pelos serviços de saúde, a mídia tem sua contribuição em uma maior visibilidade social da gravidez na adolescência (PANTOJA, 2003). As novelas são um importante difusor de “normalidade” da gravidez na adolescência, apresentada em diversos capítulos como uma imagem de

família feliz pela notícia da chegada de um bebê, o parceiro apoiando à adolescente, registrando seu filho e casando-se com ela. Porém, essa situação dos folhetins nem sempre é o retrato da realidade das jovens brasileiras (MELHADO et al., 2008).

Segundo o Ministério da Saúde, na sociedade contemporânea, as ideias sobre a adolescência são vinculadas à noção de crise, desordem, irresponsabilidade, ou seja, um problema social a ser resolvido. Gravidez de risco, risco de contrair o HIV, risco de uso de drogas e risco de morte frente à violência são expressões associadas negativamente à fase da adolescência (BRASIL, 2005b).

Segundo Heilborn et al (2002), a faixa etária considerada para caracterizar a gravidez na adolescência na atualidade, nem sempre foi vista como precoce. Entre gerações anteriores, esta mesma faixa etária era identificada como ideal para a mulher ter filhos. Embora tenha aumentado a proporção de mulheres dando à luz antes dos 20 anos; esse fato não é o único indicativo da maior visibilidade do fenômeno. Segundo as autoras, outras dimensões devem ser levadas em consideração para isso.

Uma dimensão pode estar relacionada ao cenário de mudanças operadas na concepção social das idades e do gênero que redefinem as expectativas sociais depositadas nos jovens nos dias atuais, sobretudo nas mulheres adolescentes. As expectativas em torno das oportunidades de estudar, ascender profissionalmente, exercer sua sexualidade desvinculada da reprodução, fazem com que a idade “ideal” para engravidar fique cada vez mais longe do período da adolescência e da faixa considerada precoce. Assim, engravidar *precocemente* é visto como um desperdício das oportunidades dispensadas aos adolescentes (HEILBORN et al., 2002).

Esta ideia é compartilhada por Villela e Doreto (2006), acrescentando que se uma jovem inicia sua vida reprodutiva, nos dias de hoje, como suas avós e bisavós, há a sensação que está deixando escapar as oportunidades, principalmente as escolares e profissionais. Há que se ressaltar que essas oportunidades não estão disponíveis a todos os jovens das diferentes classes sociais ou ainda subestima o projeto de vida das adolescentes que desejam serem mães nesta etapa da vida (HEILBORN et al., 2002).

Em outras épocas a gravidez na adolescência era resolvida com um casamento forçado e as pressas ou ainda a adolescente era obrigada a viajar para casa de parentes distantes até nascer o bebê. Hoje, a interpretação é de que a gravidez

prejudicará o futuro dessa jovem, considerando os riscos físicos, biológicos, emocionais e sociais. Por isso é traduzida como um problema social, associada aos riscos de uma prática sexual desprotegida, elevando as probabilidades de adquirir uma doença sexualmente transmissível (MOREIRA et al., 2008).

As representações contemporâneas e a visibilidade do fenômeno incluem também discursos e especialistas de diferentes áreas, que vem produzindo versões homogeneizantes da gravidez na adolescência em torno à categoria de *risco*. Podemos referir ao discurso biomédico dos “perigos advindos de uma gravidez precoce para a saúde materno-infantil”, e o seu derivado, a partir dos anos de 1970, o discurso psicológico que refere aos “riscos psicossociais” dados pela “imaturidade psicológica” das adolescentes. Soma-se, a partir dos anos 80, a ideia dos “riscos sociais” da marginalidade social e econômica gerada pela gravidez na adolescência (incremento de famílias monoparentais chefiadas por mulheres, agravamento da pobreza das unidades domésticas, aumento da criminalidade, abandono escolar e inserção precária no mercado de trabalho da mãe adolescente), estabelecendo uma visão simplificadora de “mães adolescentes pobres e solteiras”, que passam a ser a população-alvo de uma ação profilática (HEILBORN et al., 2002, p. 18-19).

Outro aspecto a ressaltar da construção problemática do fenômeno gira em torno da categoria *idade*. Pantoja (2003) comenta que ao se levar em consideração, somente, a idade da mãe como fator isolado para analisar os indicadores materno-infantis o fenômeno da gravidez na adolescência torna-se pequeno diante do que poderia ser se analisado o contexto como um todo. A mesma autora afirma que, privilegiando a idade como variável fundamental de análises, os estudos não consideram as diferenças sociais e as mudanças produzidas pela gestação na trajetória de vida dessas adolescentes e em sua família.

Além disso, a variável idade analisada isoladamente na definição da adolescência tende a subestimar as desigualdades nas relações de gênero e a decisão, das adolescentes de diferentes estratos sociais, de engravidar nesta faixa etária (PANTOJA, 2003). Para Heilborn et al (2002), a classificação etária para gravidez precoce, estabelecida pela Organização Mundial da Saúde, entre os 10 e 19 anos, também oculta realidades distintas do contexto de vida das meninas e meninos que tem filhos na fase dita precoce. Inclusive, essa definição médica inclui situações muito diversas em função de própria idade: os riscos para a saúde

materno-infantil não são equivalentes em gestações aos 10 anos e naquela que ocorre aos 19.

Quanto ao planejamento e desejo de engravidar, assim como à mudança de relação com os pais, estudos mostram uma diversidade de experiências. Pesquisa com oito adolescentes residentes em Passo Fundo no Rio Grande do Sul, com idades entre 14 e 19 anos, mostrou que duas haviam planejado a gravidez, portanto rechaçando o preconceito com a idade e incluindo em seu projeto de vida a maternidade, deixando-as felizes pelo cumprimento do papel social de mãe. Entretanto, a grande maioria estava incluída no grupo de adolescentes com gravidez indesejada, onde este episódio representou um “erro”, sendo “pago” com arrependimento e medo (FOLLE e GEIB, 2004).

Entre as adolescentes com gravidez indesejada, a concepção de “problema” estava vinculada a aspectos negativos como evasão escolar, dificuldade de colocação profissional e baixo peso ao nascer dos filhos (FOLLE e GEIB, 2004). Outro estudo realizado em Jucás-Ceará, município de Fortaleza, com adolescentes grávidas cadastradas na unidade de saúde verificou que estas viam a gravidez como um problema indesejado e tinham medo de compartilhar com a família e companheiro (MOREIRA et al., 2008).

Estudo realizado com familiares de adolescentes grávidas residentes em um município do interior paulista apontou que para eles a gravidez na adolescência é um problema, uma reprodução, muitas vezes, da experiência de suas mães, irmãs e avós (SILVA e TONETE, 2006).

Dias e Gomes (1999) definem a gravidez na adolescência como um momento de crise, onde a adolescente terá de rever seu projeto de vida e os pais vivenciam diferentes sentimentos que vão desde surpresa a sentimento de culpa. A gestação neste período da vida transforma rapidamente a menina em mulher, fazendo com que viva uma fase de transição conflituosa (MOREIRA et al., 2008).

Outros estudos mostram que a gestação nem sempre é planejada, entretanto, é desejada pelas adolescentes. Quando os fatores psicossociais estão associados ao ciclo de pobreza e à falta de perspectiva, a gravidez é vislumbrada como uma possibilidade de mudança de vida (MELHADO et al., 2008).

A maternidade é vista como um prolongamento da transição da adolescência para autonomia das jovens em relação aos pais. Assim, a adolescente sente-se com

autoridade e poder, principalmente se ela sente que é desrespeitada por seus pais (FOLLE e GEIB, 2004).

Estudo realizado com adolescentes de classes populares do Rio de Janeiro, de 14 a 17 anos de idade, mostrou que a gravidez na adolescência não estava, exclusivamente, associada à falta de informações, mas sim ao desejo de ser mãe para a menina testar sua feminilidade pela constatação de sua capacidade reprodutiva ou pelo desejo de ter um filho concretizando o rito de passagem de menina para mulher (DADOORIAN, 2003).

Em relação aos resultados da pesquisa Gravidez na adolescência: Estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil, realizada nas cidades de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador em 2002, Heilborn et al. (2002; 2006) destacam a articulação entre classe social e gênero, considerando que esses marcadores modelam as trajetórias juvenis e/ou as formas de passagem à vida adulta. Entre as jovens de classe média observaram-se alterações na condução de projetos e trajetórias escolares, que, até esse momento, se processavam de maneira linear. Porém, entre as jovens das classes populares, as irregularidades das carreiras escolares não dependem da maternidade, de modo geral, já tinham abandonado a escola antes de ocorrer a gravidez. Já entre os jovens homens não há mudanças significativas: os de classe média continuam seus percursos educacionais e os de setores populares ingressam precocemente no mercado de trabalho, não significando uma consequência direta da paternidade.

Prestar atenção à complexidade em torno da gravidez na adolescência no intuito de afastar visões homogeneizadora que o fenômeno possa ganhar leva-nos, então, a considerar as disparidades econômicas e culturais entre classes sociais no Brasil e a forte segregação de papéis femininos e masculinos no nosso contexto cultural. Tal como apontam Heilborn et al. (2002, p. 16):

As repercussões de uma gravidez na adolescência, nas biografias dos sujeitos, bem como os fatores que a estimulam ou, ao contrário, a previnem, devem ser avaliados com base nas considerações de gênero e das condições materiais e simbólicas de existência onde ela ocorre.

Mais ainda, a consideração da desigualdade racial introduz mais um marcador importante para pensar qualquer fenômeno que diga a respeito à saúde das populações no Brasil.

Nesse sentido, destaca-se a importância dos marcadores de gênero, classe e raça para formular nossa problemática de pesquisa, no caso, a relação das adolescentes grávidas com o sistema de saúde na realização do pré-natal.

3.2 MEDICALIZAÇÃO, ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E VULNERABILIDADES ENTRE AS ADOLESCENTES GESTANTES

Para pensar a relação entre gestantes e profissionais de saúde na assistência pré-natal considera-se relevante prestar atenção a discussão das ciências sociais em saúde referente aos processos de medicalização. Conforme Gabe e Calnan (apud HELMAN, 2003, p. 153), a medicalização é definida através de “como a jurisdição da medicina moderna vem-se expandindo nos últimos anos, abrangendo, atualmente, muitos problemas que inicialmente não eram definidos como entidades médicas”. A medicina interfere no cotidiano das pessoas por meio de normas de condutas, representações sobre corpo, adoecimento e cura, padrões que atingem os comportamentos individuais.

A medicalização do corpo feminino tem por base o controle da reprodução, adquirindo forma de controle social. Neste sentido, Costa et al. (2006) afirmam que o controle populacional associado à reprodução teve a mulher como foco, e o problema demográfico dos países viraram problemas ginecológicos e obstétricos, dando poderes aos médicos na decisão sobre os corpos femininos.

Pode-se destacar que a intersecção das desigualdades de classes e raça/etnia mantém e perpetua as iniquidades de gênero. Estas desigualdades interferem nas decisões em relação à maternidade: nas classes populares, muitas mulheres e principalmente as adolescentes tem a maternidade como projeto de vida, o que não é tão recorrente nas classes mais favorecidas que escolhem outros momentos da vida que acreditam serem mais propícios de engravidar e dispor de toda tecnologia (COSTA et al., 2006).

Giffin (2002) afirma que a partir dos anos 1960 agências internacionais difundem a ideia de controle populacional como forma de combater a pobreza em países periféricos. O processo de controle da fecundidade é caracterizado por Giffin (1992 apud GIFFIN 2002, p. 106) como “modernidade perversa”, onde “as escolhas reprodutivas são altamente condicionadas pela pobreza e falta de cidadania. Nessa

situação, as condições de controle da fecundidade assim como as condições do parto, são perversas”.

Pesquisadores e ativistas sociais, a partir dos anos 1980, investigaram as causas da crescente esterilização de mulheres, em especial as de baixa renda onde se encontrava a maioria das mulheres negras. Focalizaram nos processos de medicalização da sociedade brasileira e na falta de opções de métodos contraceptivos para essa população, que contribuíram para dotar os médicos de poderes de decisão sobre os corpos das mulheres, particularmente na opção pela esterilização. Fenômeno este fortalecido pela ausência de políticas públicas em saúde reprodutiva, deixando espaço para agências internacionais difundirem o procedimento cirúrgico de ligação das trompas entre as mulheres de baixa renda, especialmente as negras (CAETANO, 2004).

Se olharmos para as desigualdades raciais, embora tenham mudado as condições de vida, trabalho, saúde, educação, moradia da população negra, grande parcela desta população ainda encontra-se à margem de seus direitos. Em relação às desigualdades em saúde que atingem a população negra, o racismo aparece como fator preponderante aumentando essas disparidades (OMS, 2001). A população negra sofre com o racismo nos serviços de saúde quando busca atendimento (KALCKMANN et al., 2007).

Conforme dados do Ministério da Saúde, as mulheres negras têm menos acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, assistência ao pré-natal, parto e puerpério (Brasil, 2010). Esta afirmação fica evidente no estudo de Leal, Gama e Cunha (2005) na cidade do Rio de Janeiro sobre as desigualdades raciais e sociodemográficas na assistência pré-natal e ao parto, que mostra que a grande maioria das puérperas adolescentes eram pretas e pardas (conforme categorias do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística - IBGE) e utilizavam menos os serviços de pré-natal. Este fato refletia na saúde do conceito, como por exemplo, baixo peso ao nascer. Em relação à assistência ao parto, as mulheres pretas e pardas tiveram dificuldades em acessar as maternidades na hora do atendimento e que estas, quando conseguiam acessar, recebiam menos anestesia que mulheres brancas. Situação semelhante é mostrada em estudo de Kalckmann et al (2007).

Estudos comprovaram que a baixa freqüência nas consultas pré-natais ou não realização da mesma refletem na saúde dos recém-nascidos e por vezes das mães, neste caso, as adolescentes. Goldenberg, Figueiredo e Silva Rde (2005) mostraram

que 40% das mulheres grávidas, com 20 anos ou mais, tinham acima de seis consultas pré-natais enquanto que adolescentes entre 15 e 19 anos tinham 29%. Chama a atenção a parcela de adolescentes com pré-natal inadequado que neste estudo refletiu em números elevados de recém-nascidos prematuros e baixo peso ao nascer.

Ventura (2008) afirma que em nosso país a incidência de mortalidade materna por causas evitáveis ainda são altas. O Estado deveria proteger à vida, liberdade e saúde das mulheres. Entretanto, os dados de mortalidade materna fazem submergir as deficiências dos governos, principalmente, nos países onde a qualidade dos serviços de saúde é precária e dificulta o acesso da população a assistência. A mesma autora sublinha que a mortalidade materna revela, também, as desigualdades entre gêneros.

A análise de relatórios de comitês de morte materna evidenciou que as mulheres mais atingidas são as de baixa renda, menor escolaridade e as negras devido à maior discriminação no acesso aos serviços de saúde e pela vulnerabilidade às violências (MARTINS, 2006). De acordo com Giffin (2002) a incidência de mortalidade materna reduziria caso essas mulheres tivessem realizado pré-natal de qualidade.

Dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) apontam que a proporção de óbitos maternos por aborto no Brasil, no período de 2000 a 2008, entre as adolescentes e adultas, de 10 a 29 anos, representou quase o dobro para as mulheres negras em comparação com as brancas, 12,1% e 6,9% respectivamente (BRASIL, 2011).

Gestores da saúde entendem que a intersecção entre a desvalorização da mulher na sociedade, pobreza e baixa escolaridade são co-fatores que determinam a morbidade e mortalidade feminina (VENTURA, 2008).

Outro estudo avaliando a gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro encontrou uma diferença significativa entre as grávidas da faixa etária de 15-19 e 20-24 anos. No mesmo estudo, 13% das adolescentes não tinham realizado acompanhamento pré-natal e quando o haviam feito tiveram menos consultas que as da faixa etária de 20-24 anos (GAMA et al., 2001).

Em Porto Alegre, entre 2001 e 2009 os dados do Boletim Epidemiológico de Saúde da População Negra mostram discreta queda na declaração de nascidos

vivos de crianças brancas e aumento entre as negras, em 2001 foram declarados 80,8% brancos e 19,5% negros, no ano de 2009 esses percentual cai para 78% e aumenta para 21,9% respectivamente (PORTO ALEGRE, 2010).

Diante desse cenário, privilegia-se uma perspectiva da produção de vulnerabilidades (e não da ideia de risco), no sentido de que possa nos ajudar a analisar a complexidade do fenômeno sem cair em noções homogeneizantes.

Segundo Villela e Doreto (2006) a vulnerabilidade pode ser entendida como o resultado da interação entre os aspectos individuais do sujeito e fatores sociais de desigualdades em que ele está inserido, podendo, neste caso, a adolescente aumentar ou diminuir sua vulnerabilidade de acordo com sua capacidade de reinterpretar criticamente as mensagens que a colocam em situações de desvantagem.

A vulnerabilidade segundo Ayres et al., 2003; Ayres, 1996 apresenta três dimensões analíticas que se relacionam entre si. A primeira diz respeito ao plano individual, onde a capacidade dos indivíduos em transformarem informações em práticas seguras depende de sua consciência de possíveis danos que são decorrentes de suas práticas. A segunda dimensão versa sobre a influência de aspectos tais como acesso a informações, aspectos sociais e culturais de segmentos específicos como, por exemplo, o das adolescentes, entre outros, que produzirão maior vulnerabilidade quanto menor for o poder de decisão desses sujeitos e, por fim, a dimensão programática, que se referem às ações institucionais, planejamentos e compromissos de autoridades locais com o enfrentamento do problema. Esta última dimensão, que refere às instituições, pode ajudar a compreender a relação das adolescentes negras e os profissionais do pré-natal na produção de saúde.

Os adolescentes, no Brasil, podem ser considerados um grupo social de elevada vulnerabilidade devido à estrutura social do país e às ineficientes ou inexistentes ações por parte do Estado específicas para eles (AYRES, 1996). O autor elenca alguns aspectos particularmente associados a essa vulnerabilidade aumentada, dentre esses destacamos a: *onipotência, dificuldade de informação adequada, barreiras impostas por preconceitos, necessidade de experimentar, dificuldade de administrar o tempo* e, somado a isso, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e despreparo dos profissionais de saúde no atendimento dos adolescentes.

De acordo com Taquette (2010), frequentemente o atendimento de saúde é negado aos adolescentes quando o procuram porque estão desacompanhados de seus responsáveis, estabelecendo-se uma barreira entre os adolescentes e as ações de prevenção as doenças sexualmente transmissíveis e gravidez.

As mulheres negras estão inseridas em contextos sociais em que a intersecção de fatores como a violência de gênero, a discriminação racial, a pobreza e baixa escolaridade potencializam a vulnerabilidade delas às doenças sexualmente transmissíveis e mais severamente nas adolescentes.

A intersecção é entendida aqui como a interação entre as formas de desigualdade (raça, classe, gênero e idade) que se entrecruzam e se potencializam opressões (CRENSHAW, 2002). Na década de 90, a interseccionalidade surge como uma categoria analítica evidenciando uma multiplicidade de diferenciações (LÓPEZ, 2011).

A intersecção entre raça, classe, gênero e idade permite-nos compreender como as desigualdades confluem e produzem vulnerabilidades entre as adolescentes frente à gravidez nesta etapa da vida.

3.3 MAIORIDADE SANITÁRIA E POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO A SAÚDE DOS ADOLESCENTES

A saúde dos adolescentes é um tópico que forma parte de pactos internacionais e nacionais para a garantia de direitos e o delineamento de questões éticas que envolvem a maioridade sanitária.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1994 no Cairo, do qual o Brasil é signatário, traz no parágrafo E do Capítulo VII que versa sobre os Direitos Reprodutivos e Saúde Reprodutiva, que: *“Os países devem garantir o acesso dos adolescentes aos serviços e informações de que necessitam. Esses serviços devem salvaguardar o direito dos adolescentes à privacidade, confidencialidade, consentimento expresso e respeito às crenças religiosas, bem como direitos, deveres e responsabilidades dos pais* (BRASIL, 2006).

O Art. 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) versa sobre a proteção da criança e do/da adolescente e isenta os profissionais de saúde de

solicitarem a presença de um responsável no momento da consulta ou atendimento médico: *a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (ECA, 1989)*. Saito e Leal (2007), corroboram com esta informação quando asseveram que o acesso do adolescente aos serviços de saúde não está condicionado à presença dos pais ou responsáveis, garantindo-lhes o direito à assistência sexual e reprodutiva.

Entretanto, se o profissional da saúde entender que o/a adolescente não tem condições de decidir sobre algum procedimento, deve realizar as intervenções urgentes e após solicitar que o mesmo indique um responsável que o assista, preservando o exercício de direito à saúde (BRASIL, 2006), conforme o Art.17 do ECA: *o direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais*.

Sigman e O'Connor (1991) colocam que em muitos estados dos Estados Unidos, adolescentes em busca de atendimento para doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, abuso de álcool ou droga e que possuem capacidade de decisão são atendidos nos serviços de saúde sem a presença dos pais. No entendimento de English (1995), quando a solicitação do consentimento informado para pais ou responsável significar impedimento de participação ou colocar o adolescente em risco frente a eles este não deve ser exigido. A mesma autora complementa que o consentimento dos pais ou responsáveis deverá ser solicitado quando o adolescente não tiver maturidade suficiente para decidir, ideia corroborada por (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1995; STRASBURGER, 1998).

No Brasil, o Ministério da Saúde sustenta que três princípios fundamentais na atenção aos adolescentes devem ser considerados no atendimento destes, tais como ética privacidade e confidencialidade e sigilo. O primeiro estabelece que a relação entre profissional e adolescente deva ser regida pelo respeito, autonomia e liberdade; o segundo permite ao adolescente optar pelo atendimento sem seus pais ou responsável; o último princípio garante ao adolescente a confidencialidade e o sigilo das informações ditas, durante seu atendimento, aos profissionais de saúde e

que estas não sejam repassadas aos seus pais ou responsáveis sem seu consentimento (BRASIL, 2005a; 2010). A quebra do sigilo é permitida, ao profissional de saúde, quando houver risco de morte ou outros riscos relevantes para a própria pessoa ou para terceiros; a maioria dos códigos de ética profissional e o código civil brasileiro defendem o sigilo profissional, independente da idade da pessoa que esta sendo atendida (BRASIL, 2005a; 2010).

Assim, o Ministério da Saúde ratifica que:

Esses princípios reconhecem adolescentes e jovens como sujeitos capazes de tomarem decisões de forma responsável. O atendimento, portanto, deve fortalecer sua autonomia, oferecendo apoio sem emitir juízo de valor. A viabilização desses princípios contribui para uma melhor relação cliente-profissional, favorecendo a descrição das condições de vida, dos problemas e das dúvidas. Esses mesmos princípios também ampliam a capacidade do profissional no encaminhamento das ações necessárias e favorecem o vínculo dessa clientela aos serviços (BRASIL, 2005a) p. 7.

Guariglia, Bento e Hardy, (2006) realizaram um estudo onde avaliaram a opinião de pesquisadoras e jovens sobre a participação de adolescentes em pesquisas e a tomada de decisão deles em participarem; na opinião das participantes os adolescentes têm capacidade para decidirem sobre sua participação em pesquisas.

A World Health Organization orienta que quando os adolescentes já são sexualmente ativos e as pesquisas são sobre sua saúde sexual e reprodutiva estes podem consentir sua participação sem pedir permissão dos pais. Para Guariglia, Bento e Hardy (2006), a justificativa para essa permissão é de evitar problemas aos adolescentes que não desejam informar aos pais ou responsáveis que já iniciaram suas atividades sexuais, fato levantado pelas pesquisadoras entrevistadas no estudo que a obrigatoriedade de solicitar o consentimento informado aos pais ou responsáveis pode ser um empecilho à participação dos adolescentes.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem etnográfica. A pesquisa qualitativa possibilita melhor compreensão de questões particulares, pois trabalha com o universo de significados, dos motivos e valores dos sujeitos (MINAYO, 2010a). As autoras Victora, Knauth e Hassen (2000) ressaltam que a pesquisa qualitativa trabalha com um grupo reduzido de pessoas, entretanto com um número elevado de questões buscando fornecer uma visão de dentro do grupo estudado.

A abordagem etnográfica leva em consideração os contextos sociais em que os sujeitos estão inseridos, nesse sentido, as autoras supracitadas afirmam que:

[...] a abordagem etnográfica se constrói tomando como base a idéia de que os comportamentos humanos só podem ser compreendidos e explicados se tomarmos como referencial o contexto social onde eles atuam. Para, tanto torna-se fundamental entendermos o *ponto de vista do nativo*, procurando o significado das práticas pesquisadas para os praticantes. Partindo do principio de que as regras que norteiam os comportamentos humanos não estão explícitas (ao contrario, muitas vezes encontram-se veladas), o trabalho do pesquisador deve ser o de examinar minuciosamente os diversos aspectos da vida dos diferentes grupos sociais (VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000, P. 53).

Essa afirmação é compartilhada por Flick (2009), enunciando que a pesquisa etnográfica preocupa-se em compreender os processos sociais de construção de fenômenos pela ótica interna aos processos, por meio da participação durante seu desenvolvimento.

Esta abordagem nos auxiliará a compreender as percepções de adolescentes e profissionais de saúde em relação ao pré-natal ofertado na unidade de saúde.

A rede de saúde de Porto Alegre esta dividida em oito Gerências Distritais de Saúde/Regiões. O estudo será realizado na Unidade de Saúde Família (USF) Esmeralda, pertencente à Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro, que esta é composta por nove Estratégias de saúde da Família e seis unidades Básicas de Saúde. Os serviços oferecidos são credenciados ao SUS, na cidade de Porto Alegre/RS.

Segundo dados do Boletim Epidemiológico de Saúde da População Negra da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a região que tem maior concentração de população negra é a Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro, motivo pelo qual esta foi escolhida para o estudo (PORTO ALEGRE, 2010).

A USF Esmeralda foi inaugurada em 2002, localizada no bairro Agronomia zona leste da capital. O bairro possui 12.222 moradores, 2893 domicílios e rendimento médio mensal dos responsáveis pelo domicílio de 3,98 salários mínimos (PORTO ALEGRE, 2011).

A equipe da USF é composta por duas enfermeiras, um médico, quatro técnicas de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde.

O universo de pesquisa será composto por adolescentes negras em acompanhamento pré-natal na USF, assim como por profissionais de saúde que prestam atendimento nessa unidade.

Pretende-se acompanhar a rotina de pré-natal da unidade a fim de familiarizarmos com os sujeitos da pesquisa, entendendo que isto facilitará a aproximação entre pesquisadora, adolescentes e profissionais de saúde.

Para a seleção das adolescentes será realizada uma conversa informal com elas, na sala de espera do atendimento, para mapear quais delas entram nos seguintes critérios:

- a) Adolescente entre 15 e 19 anos – escolhemos esta faixa etária devido aos dados epidemiológicos aumentados nesta faixa etária.
- b) Que se auto-declarem negras. Para identificar as gestantes negras utilizar-se-á a auto-identificação racial, conforme as categorias do IBGE: preto, pardo, branco, amarelo, indígena. Agruparei as gestantes pretas e pardas na categoria negras.
- c) Ter realizado no mínimo quatro consultas ou que estejam no último trimestre de gestação – o Ministério da Saúde preconiza no mínimo seis consultas pré-natais, distribuídas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre de gestação, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. Entendemos que com quatro consultas a adolescente já terá experiência suficiente para avaliar o atendimento recebido. Caso a adolescente tenha iniciado o pré-natal tardiamente, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, no último trimestre, a frequência de consultas é maior visando à prevenção de intercorrências neste período (Brasil, 2006).

Dessas adolescentes, serão entrevistadas as que aceitarem participar da pesquisa, prevendo um número de 10 pessoas.

Profissionais:

Todos os profissionais de saúde (médicos/as, enfermeiros/as, técnicos/as de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que trabalhem com atendimento pré-natal que aceitem participar da pesquisa, prevendo um número de aproximadamente sete pessoas.

Após a identificação das adolescentes e dos profissionais a serem entrevistados serão explicados, detalhadamente, os procedimentos da pesquisa e agendados, a critério dos participantes da pesquisa, hora e local para a realização da entrevista.

Os profissionais serão entrevistados na unidade, em horário que não prejudique a rotina do serviço. No caso das adolescentes, de preferência, serão entrevistadas nas suas residências, para poder observar o contexto familiar e ainda facilitar a assinatura do TCLE pelos adultos responsáveis. As entrevistas na USF serão realizadas na sala de grupos da unidade cedida pela coordenação para os fins da pesquisa. O tempo estimado para cada entrevista será de uma hora.

Todos assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A e C). As gestantes que forem menores de 18 anos e solteiras, um responsável assinará o consentimento livre esclarecido (APÊNDICE B) juntamente com a adolescente.

As técnicas a serem utilizadas serão observação participante e entrevistas etnográficas. A observação participante consiste no distanciamento e proximidade do pesquisador em relação ao objeto observado (VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000). Assim, ao mesmo tempo em que o pesquisador está inserido no contexto do grupo e interagindo com os observados, ele precisa de certo distanciamento para não influenciar nas ações e atitudes dos envolvidos na observação.

Nesse sentido, Angrosino (2009) salienta a importância da observação participante no desenvolvimento da pesquisa etnográfica, afirmando que após aceitação, pelo grupo ou comunidade observada, os pesquisadores são capazes de coletar dados utilizando diversas técnicas para descrever as pessoas, suas relações e os contextos.

Os conteúdos das observações participantes serão registrados no diário de campo que segundo Minayo (2010b) e Victora, Knauth e Hassen, (2000) é o instrumento de trabalho das observações onde as informações alheias as entrevistas são detalhadamente registradas para dar subsídios na análise dos dados. Seguiremos o roteiro proposto por Victora, Knauth e Hassen, (2000) (ANEXO).

A entrevista tem o objetivo de coletar informações pertinentes para um objeto de estudo e nada mais é do que uma conversa entre o pesquisador e o entrevistado ou mais de um (MINAYO, 2010b). Para Beaud e Weber, 2007 p.118 as “entrevistas etnográficas são denominadas dessa forma porque não são ‘isoladas’, nem independentes da situação de pesquisa”. As observações e as entrevistas serão relacionadas para descrever os fenômenos.

As observações participantes serão realizadas na sala de espera com as adolescentes gestantes bem como em atividades, ligadas à temática estudada, promovidas pela Unidade pesquisada. A sala de espera é realizada sempre às sextas-feiras à tarde antes das consultas agendadas com a médica ou enfermeira, a cada encontro são repassadas informações importantes sobre a gravidez, parto, puerpério e sobre o recém-nascido, além disso, é um momento para a troca de experiência entre as gestantes e oportunizado espaço para sanar dúvidas. Para Minayo (2010b) o trabalho de campo aproxima o pesquisador do sujeito pesquisado e de sua realidade permitindo a construindo um conhecimento empírico importante.

As entrevistas de cunho etnográfico serão individual com roteiro semi-estruturado composto de perguntas abertas, que servirão de guia, dando liberdade para pesquisador e pesquisado expressarem suas idéias sobre o objeto de estudo. Serão elaborados roteiros diferenciados para as adolescentes (APÊNDICE D) e os profissionais (APÊNDICE E).

As entrevistas serão gravadas para posterior transcrição na íntegra. Será utilizado, também, diário de campo para registro das observações e onde poderemos anotar detalhadamente o contexto das entrevistas.

O processo de pesquisa de campo terá uma duração de dois meses.

No final do trabalho de campo teremos muitos materiais fruto das observações participantes e das entrevistas etnográficas, os conteúdos dialogam entre si. No primeiro momento, comparam-se os materiais para posterior categorização (BEAUD e WEBER, 2007). Neste sentido, a análise dos dados se dará conforme perspectiva etnográfica, de categorização e conformação de eixos analíticos a partir dos excertos do trabalho de campo. Será realizado um diálogo entre categorias teóricas e os elementos concretos coletados no trabalho de campo a fim de confrontá-los entre si e com a literatura.

O cruzamento dos dados, segundo Beaud e Weber (2007, p. 177), parte, no primeiro momento, de um recorte das informações onde o pesquisador deve esforçar-se para confrontar os conteúdos das entrevistas com os das observações e com informações de terceiros sobre o assunto ou ainda sobre o pesquisado; após comparar os dados com a literatura específica sobre o objeto de estudo.

4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Serão levados em consideração procedimentos éticos, fruto do diálogo com os sujeitos pesquisados, no sentido de não ferir parâmetros éticos e visando resguardar o respeito aos sujeitos participantes da pesquisa.

O presente projeto será apresentado para a coordenadora da USF para conhecimento das etapas da pesquisa, avaliação e autorização. Após submetermos ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre para parecer de aprovação.

Os participantes da pesquisa assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, garantindo-lhes o anonimato, assim como a integridade das informações coletadas e ainda, garantindo sua desistência em qualquer etapa da pesquisa, conforme preconizado pela Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

O TCLE foi redigido numa linguagem coloquial para ser compreendido de maneira mais fácil por diferentes interlocutores, assim como para provocar uma aproximação às adolescentes.

Será respeitada a disponibilidade e disposição dos sujeitos em participar da pesquisa. As adolescentes poderão escolher se querem ser entrevistadas em sua residência ou na sala de grupo da USF no mesmo dia de sua consulta ou em outro dia e horário oportuno para si.

Caso as adolescentes tenham a necessidade de consulta especializada devido ao desconforto que a pesquisa possa causar esta será encaminhada para a unidade de referência competente seguindo o fluxo da USF e do disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Os profissionais de saúde serão entrevistados na unidade e estes indicarão o melhor horário para a realização da entrevista sem que prejudique a rotina do serviço e com autorização prévia da coordenação da unidade.

Os resultados da pesquisa serão apresentados a Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro, equipe da unidade de saúde e as adolescentes, se assim desejarem.

Todo material coletado será utilizado, exclusivamente, para fins acadêmicos. O artigo científico elaborado para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva

será, ainda, enviado à revista científica para publicação dos resultados, e, poderá ser apresentado em congressos e seminários da área de saúde.

Para atendermos as questões éticas usaremos pseudônimos, quando nos referirmos aos entrevistados.

5. CRONOGRAMA

ATIVIDADES	2011												2012						
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Revisão Bibliográfica	♪	♪	♪	♪	♪	♪	♪	♪	♪	♪	♪	♪	♪	♪	♪				
Elaboração de projeto	♪	♪	♪	♪	♪	♪	♪	♪	♪										
Qualificação do projeto										♪									
Envio do projeto e análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa													♪	♪	♪				
Pesquisa de campo*															♪	♪	♪		
Análise dos dados																♪	♪	♪	
Redação artigo																		♪	♪
Defesa dissertação																			♪

*A pesquisa de campo só será realizada após a aprovação do projeto pelo CEP.

6. ORÇAMENTO

Discriminação	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Papel A4 com 500 folhas	03 pacotes	12,00	36,00
Cartucho impressora jato de tinta	03 unidades	150,00	150,00
Canetas	05 unidades	4,00	20,00
Gravador Digital	01 unidade	350,00	350,00
Caderno para diário de campo	02 unidades	5,00	10,00
Cópias	100 cópias	0,20	20,00
Pen Drive	01 unidade	40,00	40,00
Encadernações	05 unidades	3,00	15,00
Vale transporte	400 unidades	2,70	1080,00
Revisor de texto	01	250,00	250,00
Valor Total		816,90	1971,00

Os custos do projeto serão de responsabilidade do autor da pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA Maria da Conceição Chagas de. et al. Contraceptive use among adolescents at public schools in Brazil. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 566-75, Oct 2003.

ALVES, Aline Salheb; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 2, p. 170-177, 2008.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, Committee on Bioethics. **Pediatrics**, v. 95, n. 2, p. 314-7, Feb 1995.

ANGROSINO, Michael. Etnografia e observação participante. In: ANGROSINO, M. (Ed.). **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

AYRES, José Carlos de Carvalho Mesquita et al. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface Comunic Saúde, Educ**, v. 7, n. 12, p. 123-138, 2003.

AYRES, José Carlos de Carvalho Mesquita. O Jovem Que Buscamos e o Encontro Que Queremos Ser: A Vulnerabilidade Como Eixo de Avaliação de Ações Preventivas do Abuso de Drogas, DST e AIDS Entre Crianças e Adolescentes. In: TOZZI, D.; SANTOS, N. L., et al (Ed.). **Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST e AIDS**. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, v.Série Ideias, 29, 1996. p.15-24.

BEAUD, Stéphane; WEBER, Florence. Interpretar e redigir. In: BEAUD, S. e WEBER, F. (Ed.). **Guia para a Pesquisa de Campo**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2007.

BORGES, Ana Luiza Vilela et al. Práticas contraceptivas entre jovens universitários: o uso da anticoncepção de emergência. **Cad Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 816-826, 2010.

BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Brasília, Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br> >. Acesso em: 17 de jun de 2011.

_____. Resolução 196/96 Diretrizes e Normas e regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm >. Acesso em: 15 maio 2011.

_____. **Saúde Integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde., 2005a.

_____, Ed. **Marco Legal: saúde do adolescente e do jovem**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005b.

_____. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. departamento de Ações Programáticas Estratégica. Área Técnica de Saúde da Mulher., 2006.

_____, Ed. **Saúde sexual e reprodutiva.** Brasília: Ministério da Saúde, v.26ed. 2010.

CAETANO, Andre Junqueira. A relação entre cor da pele/raça e esterilização no Brasil: análises dos dados da pesquisa nacional sobre demografica e saúde - 1996. In: MONTEIRO, S. e SANSONE, L. (Ed.). **Etnicidade na América latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p.229-247.

COSTA, Tonia et al. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface Comunic Saúde, Educ**, v. 10, n. 20, p. 363-380, jul/dez 2006.

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

DADOORIAN, Diana. Gravidez na adolescência:um novo olhar. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 21, n. 3, p. 84-91, 2003.

DIAS, Ana Cristina Garcia; GOMES, William B. Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais. **Estudos de Psicologia**, v. 4, n. 1, p. 79-106, 1999.

ENGLISH, ABIGAIL. Guidelines for adolescent health research: legal perspectives. **J Adolesc Health**, v. 17, n. 5, p. 277-86, 1995.

FLICK, Uwe. Pesquisa qualitativa: por que e como fazê-la. In: FLICK, U. (Ed.). **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3ª. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOLLE, E.; GEIB, L. T. Social representations of teenagers with their first-born child on maternal care to newborns. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 183-90, Mar-Apr 2004.

GAMA, S. G. et al. The pregnancy during adolescence as a risk factor for low birth weight, Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 35, n. 1, p. 74-80, Feb 2001.

GIFFIN, K. Poverty, inequality, and equity in health: considerations based on a transversal gender perspective. **Cad Saude Publica**, v. 18 Suppl, p. 103-12, 2002.

GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO MDO, C.; SILVA RDE, S. Adolescent pregnancy, prenatal care, and perinatal outcomes in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 4, p. 1077-86, Jul-Aug 2005.

GUARIGLIA, F.; BENTO, S. F.; HARDY, E. Adolescents as research subjects and free informed consent: knowledge and opinion of researchers and adolescents. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 1, p. 53-62, Jan 2006.

HEILBORN, Maria Luiza. **O aprendizado da sexualidade : reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz : Garamond, 2006. 534 p.

HELMAN, Cecil G. Gênero e reprodução. In: HELMAN, C. G. (Ed.). **Cultura, Saúde e Doença**. 4ª. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1991-2001. **Rev Saude Publica**, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

LENOIR, Remi. Objeto sociológico e problema social. In: CHAMPAGNE, P. e AL., E. (Ed.). **iniciação à prática sociológica**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1996.

LÓPEZ, L. C. Uma análise das políticas de enfrentamento ao HIV/AIDS na perspectiva da interseccionalidade de raça e gênero. **Saúde e soc. São Paulo**, v.20, n.3, p. 590-603, 2011.

MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006.

MELHADO, Amanda et al. Gravidez na adolescência: apoio integral à gestante e a mãe adolescente como fator de proteção da reicidência. **Adolescência & Saúde**, v. 5, n. 2, p. 45-51, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. D. S.; DESLANDES, S. F., et al (Ed.). **Pesquisa Social Teoria, método e criatividade**. 29. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2010a.

_____. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. D. S.; DESLANDES, S. F., et al (Ed.). **Pesquisa Social Teoria, método e criatividade**. 29ª. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2010b.

MOREIRA, T. M. et al. Conflicts experienced by female adolescents with the discovery of pregnancy. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 2, p. 312-20, Jun 2008.

OMS, Ed. **Salud y ausencia de discriminación**. Documento de la OMS para la Conferencia Mundial Contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia. Ginebra: Organización Mundial de La Salud, v. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos Documento de la OMS para la Conferencia Mundial Contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intoleranciaed. 2001.

PAIXÃO, M. et al (orgs). **Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil 2009-2010**. Rio de Janeiro: Laeser, 2010.

- PANIZ, V. M.; FASSA, A. G.; DA SILVA, M. C. Knowledge about contraceptives in a population 15 years or older in a southern Brazilian city. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 6, p. 1747-60, Nov-Dec 2005.
- PANTOJA, A. L. "Be someone in life": a socio-anthropological analysis of adolescent pregnancy and motherhood in Belem, Para State, Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 19 Suppl 2, p. 335-43, 2003.
- PINHO, M.D.G. et al. Juventudes, raça e vulnerabilidades. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 19, p. 277-294, 2002.
- PORTO ALEGRE; Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico - Edição Especial - Saúde da População Negra**. SAÚDE, C. G. D. V. E. Porto Alegre. Ano XII outubro 2010.
- PORTO ALEGRE; Disponível em:
http://www2.portoalegre.rs.gov.br/spm/default.php?p_secao=131. Acesso em: 28.02.2012
- SABROZA, A. R. et al. A socioeconomic and psychosocial profile of post-partum adolescents in the City of Rio de Janeiro, Brazil, 1999-2001. **Cad Saude Publica**, v. 20 Suppl 1, p. S112-20, 2004.
- SAITO, Maria Ignez; LEAL, Marta Miranda. Adolescência e contracepção de emergência: Fórum 2005. **Rev Paul Pediatría**, v. 25, n. 2, p. 180-186, 2007.
- SIGMAN, G. S.; O'CONNOR, C. Exploration for physicians of the mature minor doctrine. **J Pediatr**, v. 119, n. 4, p. 520-5, Oct 1991.
- SILVA, Lucía; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 199-206, 2006.
- SOUSA-MATA, Ádala Nayana de et al. Fatores de risco na repetição de gravidez na adolescência **Revista Colombiana de Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 167-175, 2009.
- STRASBURGER, VC. Parenteral permission in adolescent health research. **J Adolesc Health**, v. 22, n. 5, p. 362, 1998.
- TAQUETTE, S. R. et al. Comparative study between female adolescents with and without sexually transmitted diseases. **Rev Assoc Med Bras**, v. 51, n. 3, p. 148-52, May-Jun 2005.
- TAQUETTE, S.R. Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/aids. **Saúde e Soc. São Paulo**. v. 19, supl.2, p. 51-62, 2010.
- TEIXEIRA, Ana Maria Ferreira Borges et al. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 7, p. 1385-1396, 2006.

VELHO, Gilberto. **O desafio da proximidade**. In: VELHO, G.; KUSCHNIR, K. (org.) Pesquisas urbanas. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

VENTURA, Miriam. A mortalidade materna: a persistente violação do direito de proteção da vida e autonomia feminina. **Revista Bioética**, v. 16, n. 2, p. 217-228, 2008.

VICTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa Qualitativa em Saúde Uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136

VILLELA, W. V.; DORETO, D. T. Young people's sexual experience. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 11, p. 2467-72, Nov 2006.

VILLELA, W. V. Vulnerabilidade, sexualidade e subjetividade: sobre a face feminina da Aids. In: CARVALHO, M. E. G; CARVALHES, F.F. de; CORDEIRO, F. P. de. (Org.) **Cultura e subjetividade em tempo de aids**. Londrina, PR: Associação Londrinense Interdisciplinar de aids, 2005.

YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes et al. A adolescente grávida: alguns indicadores sociais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, n. 9, p. 609-614, 2002.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Assistência Pré-Natal: Concepções e práticas na perspectiva das adolescentes negras gestantes e dos profissionais de saúde.

Sou mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS e estou realizando a pesquisa acima nominada com adolescentes negras de 15 a 19 anos residentes no bairro Agronomia dentro da área de atendimento da Unidade de Saúde da Família Herdeiros.

O presente estudo tem como objetivo conhecer aspectos importantes sobre seu atendimento pré-natal e como esta sendo esta fase na sua vida.

Espera-se que a pesquisa contribua para o melhoramento do planejamento das ações e serviços de saúde e colabore com as investigações científicas na área da Saúde Coletiva.

Você está sendo convidada a participar dessa pesquisa. Será realizada uma entrevista, que terá duração de aproximadamente uma hora. Sinta-se totalmente livre em participar ou não. Você tem a garantia de receber todos os esclarecimentos necessários sobre a pesquisa. Os dados coletados serão utilizados somente para fins científicos. Você tem a total garantia da confidencialidade sobre as informações repassadas ao pesquisador e seu nome nunca vai aparecer quando os resultados forem publicados.

É importante ressaltar que não há riscos ou custos para os participantes.

Você poderá escolher o local da entrevista em sua residência ou na sala de grupos da USF no mesmo dia de sua consulta ou em outro dia e horário oportuno para si.

Caso tenha alguma dúvida sobre este estudo, você pode entrar em contato com Heloisa Helena da Silva Duarte no telefone (51) 99341516, Laura Cecilia López (51) 92218160 e Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (51) 32895517.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma com você e a outra com a pesquisadora.

Consentimento Pós-Informação – Adolescente

Eu, _____ fui **completamente** esclarecida sobre a pesquisa para analisar concepções e práticas em torno da assistência pré-natal, da perspectiva das adolescentes gestantes e dos profissionais de saúde ano de 2011 e concordo que os dados fornecidos sejam utilizados na realização da mesma.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2011.

Nome _____ do _____ participante:

Assinatura _____ do _____ participante:

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Assistência Pré-Natal: Concepções e práticas na perspectiva das adolescentes negras gestantes e dos profissionais de saúde.

Sou mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS e estou realizando a pesquisa acima nominada com adolescentes negras de 15 a 19 anos residentes no bairro Agronomia dentro da área de atendimento da Unidade de Saúde da Família Herdeiros.

O presente estudo tem como objetivo conhecer aspectos importantes sobre o atendimento pré-natal e como esta sendo esta fase na vida da sua filha.

Espera-se que a pesquisa contribua para o melhoramento do planejamento das ações e serviços de saúde e colabore com as investigações científicas na área da Saúde Coletiva.

Sua filha esta sendo convidada a participar dessa pesquisa. Será realizada uma entrevista, que terá duração de aproximadamente uma hora. Sinta-se totalmente livre para autorizar ou não a sua participação. Você tem a garantia de receber todos os esclarecimentos necessários sobre a pesquisa. Os dados coletados serão utilizados somente para fins científicos. Você tem a total garantia da confidencialidade sobre as informações repassadas ao pesquisador e seu nome nunca vai aparecer quando os resultados forem publicados.

É importante ressaltar que não há riscos ou custos para os participantes.

A adolescente poderá escolher o local da entrevista em sua residência ou na sala de grupos da USF no mesmo dia de sua consulta ou em outro dia e horário oportuno para si. O tempo estimado da entrevista será de uma hora.

Caso tenha alguma dúvida sobre este estudo, você pode entrar em contato com Heloisa Helena da Silva Duarte no telefone (51) 99341516, Laura Cecilia López (51) 92218160 e Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (51) 32895517.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma com você e a outra com a pesquisadora.

Consentimento Pós-Informação – Responsável pela adolescente

Eu, _____ fui **completamente** esclarecida sobre a pesquisa para analisar concepções e práticas em torno da assistência pré-

natal, da perspectiva das adolescentes gestantes e dos profissionais de saúde ano de 2011 e concordo que os dados fornecidos sejam utilizados na realização da mesma.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2011.

Assinatura

do

responsável:

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Assistência Pré-Natal: Concepções e práticas na perspectiva das adolescentes negras gestantes e dos profissionais de saúde.

Sou mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS e estou realizando a pesquisa acima nominada com adolescentes negras de 15 a 19 anos residentes no Partenon e Lomba do Pinheiro.

O presente estudo tem como objetivo conhecer aspectos importantes sobre sua prática profissional na assistência pré-natal à adolescentes de 15 a 19 anos.

Espera-se que a pesquisa contribua para o melhoramento do planejamento das ações e serviços de saúde e colabore com as investigações científicas na área da Saúde Coletiva.

Você está sendo convidado(a) a participar dessa pesquisa. Será realizada uma entrevista, que terá duração de aproximadamente uma hora. Sinta-se totalmente livre em participar ou não. Você tem a garantia de receber todos os esclarecimentos necessários sobre a pesquisa. Os dados coletados serão utilizados somente para fins científicos. Você tem a total garantia da confidencialidade sobre as informações repassadas ao pesquisador e seu nome nunca vai aparecer quando os resultados forem publicados em.

É importante ressaltar que não há riscos ou custos para os participantes.

O tempo estimado da entrevista será de uma hora. Você poderá indicar o horário para realização da entrevista sem que prejudique sua rotina de trabalho na unidade.

Caso tenha alguma dúvida sobre este estudo, você pode entrar em contato com Heloisa Helena da Silva Duarte no telefone (51) 99341516, Laura Cecilia López (51) 92218160 e Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (51) 32895517.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma com você e a outra com a pesquisadora.

Consentimento Pós-Informação – Profissional de Saúde

Eu, _____ fui **completamente** esclarecido sobre a pesquisa para analisar concepções e práticas em torno da assistência pré-natal, da perspectiva das adolescentes gestantes e dos profissionais de saúde ano

de 2011 e concordo que os dados fornecidos sejam utilizados na realização da mesma.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2011.

Nome _____ do _____ participante:

Assinatura _____ do _____ participante:

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA ADOLESCENTE

Dados de identificação

Nome:

Idade:

Escolaridade (anos)

() Solteira () Casada Mora com quem:

Ocupação/Profissão:

Raça/cor (autodeclarada): () Preta () Parda () Branca () Amarela ()

Indígena

Serão elaboradas questões atendendo os seguintes eixos:

- Trajetória do atendimento em saúde dela e da sua família
- Trajetória e percepções do atendimento pré-natal
- Acompanhamento pré-natal nessa Unidade
- Vivências de discriminação no sistema de saúde
- Vivências em torno da gestação
- Dinâmicas familiares em torno da gestação

APÊNDICE E- ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAL DA SAÚDE

Dados de identificação

Nome

Idade

Formação

Tempo de formado/a?

Quanto tempo trabalha na assistência pré-natal?

Concepções sobre gravidez e prática da assistência pré-natal

Como é o atendimento prestado as adolescentes grávidas?

Qual sua opinião sobre a gravidez na adolescência?

Como você vê a adolescente grávida?

Em sua opinião o atendimento da adolescente grávida é diferente/precisa ser diferenciado das gestantes em outra faixa etária?

Quais as ações disponibilizadas pelo posto para as adolescentes sobre gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, HIV?

O atendimento as adolescentes é realizado sem a presença dos pais?

ANEXO - ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A observação participante ocorrerá no acolhimento, grupo de gestantes e visitas domiciliares realizadas em conjunto com os profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde. Seguiremos o roteiro de observação proposto por Victora, Knauth e Hasses (2000):

1 O ambiente

- Relação das pessoas com o espaço;
- Distância e proximidade entre as adolescentes gestantes e profissionais da saúde;
- Distância com relação ao observador;
- Modificações na espacialidade durante a observação

2 O comportamento das pessoas no grupo

- Postura corporal;
- As normas de condutas explícitas e implícitas;
- Toques;
- Contato visual;

3 A linguagem

- Verbal e não verbal;
- Tom de voz;
- Vocabulário próprio;

4 O relacionamento

- As pessoas observadas entre si;
- As pessoas observadas com o observador;
- O comportamento/participação do próprio observador nos eventos observado;
- Como as ações dos informantes se relacionam com o que eles dizem que fazem;

5 O tempo em que decorrem os processos observados

- Seqüência dos eventos;
- Diferentes momentos do objeto investigado.

RELATÓRIO DE CAMPO

O tema proposto para a elaboração do projeto de pesquisa é um assunto que fez e faz parte de minha vida profissional, trabalhando como enfermeira, na Unidade de Saúde Herdeiros, tenho a oportunidade de fazer o primeiro atendimento de adolescentes que chegam à unidade para realizar um teste rápido de gravidez. Para algumas a revelação do resultado positivo é uma alegria, pois já desejavam o filho/a, para outras é uma surpresa nem sempre agradável.

Entretanto, o interesse em pesquisa-lo surgiu, inicialmente, na minha participação como voluntária e militante na Associação Cultural de Mulheres Negras – ACMUN. É uma organização não governamental, que trabalha com projetos sociais, e entre suas linhas de ações está a de saúde, que visa garantir direitos sexuais e reprodutivos para a população negra. Neste momento relembro de como passei a integrar a organização. Em 2008, participei do processo seletivo do mestrado em Saúde Coletiva deste PPG, conheci Simone Vieira da Cruz, após uma rápida conversa no trem e troca de email marquei uma visita na ACMUN. Fui apresentada à proposta da organização e suas linhas de atuação. Identifiquei-me de pronto! Desde então passei a frequentar e me apropriar das temáticas da associação.

A ACMUN oportunizou-me conhecer pessoas, lugares, participar de eventos sobre a temática, congressos, integrar comissões nos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde, grupos de trabalho da Secretaria Municipal e Estadual de Saúde.

Em 2009 fui selecionada para cursar a Especialização em Saúde da Família realizada pelo Instituto de Educação e Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento, numa parceria do hospital com o Ministério da Saúde para a construção do Hospital da Restinga (localizado no bairro homônimo). Durante a especialização foi realizada pesquisa no bairro da Restinga e Extremo Sul intitulado “Diagnóstico de Saúde das Comunidades Restinga e Extremo Sul”, do qual foram extraídos os dados para análise e construção do artigo “Utilização de métodos contraceptivos por adolescentes do sexo feminino da Comunidade Restinga e Extremo Sul” entregue para obtenção do título de especialista e publicado, em 2011, na Revista Paulista de Pediatria.

A convivência com as adolescentes participantes do projeto social “Prevenção em Ação” realizado pela ACMUN e financiado pela Secretaria de Saúde do Estado no ano de 2011-2012, deu-me mais certeza da escolha do tema de pesquisa. Este projeto, entre outros objetivos tinha o de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência e uso de drogas junto a meninas de 13 a 17 anos.

Elas contavam entre muitas conversas semanais que tínhamos as experiências vividas por elas, por amigos/as e familiares. Muitas diziam que seus conhecidos desejavam a gravidez e que no atendimento pré-natal ouviam alguma frase que “estavam perdendo a juventude”... “que era muito cedo”... “esta repetindo a vida da mãe”.

Na maioria das vezes essas adolescentes eram negras e aliado à idade estava uma frase que fazia referência a sua cor de pele. Hoje inúmeras pesquisas evidenciam que as mulheres negras e aí incluídas as adolescentes estão mais vulneráveis a violência institucional, ao preconceito dos profissionais de saúde.

Uma das integrantes da ACMUN, que é agente comunitária de saúde de uma unidade da zona sul, comentou que as adolescentes com exame positivo para gravidez eram, sempre, independente de terem algum risco ou agravo de saúde, encaminhadas para o nível secundário (ao qual são encaminhadas as mulheres com gravidez de risco) para realização do pré-natal, que no caso de Porto Alegre, em atendimento a gestante adolescente é o Hospital Materno- Infantil Presidente Vargas.

Surgiram alguns questionamentos: como as adolescentes percebem o atendimento pré-natal? E como os profissionais as atendiam?

Para responder estes questionamentos optamos por pesquisa qualitativa com abordagem etnográfica. Minayo (2010) afirma que a pesquisa qualitativa permite compreender questões particulares uma vez que trabalha com significados, motivos e valores dos pesquisados.

A abordagem etnográfica considera os contextos sociais em que os sujeitos estão inseridos. Assim esta abordagem nos auxiliaria na compreensão da percepção das adolescentes e profissionais de saúde em relação ao pré-natal ofertado numa unidade de saúde.

Escolhi pesquisar na unidade em que trabalho uma vez que no período de desenvolvimento do campo tínhamos mais de dez adolescentes em acompanhamento pré-natal. Eu não faço atendimento direto de pré-natal, mas em outros momentos atendia essas adolescentes.

Após término do projeto, o mesmo foi apresentado à coordenadora da unidade. Esta concordou e assinou o termo de ciência.

O projeto foi qualificado em novembro de 2011 e submetido, em dezembro de 2011, ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Prefeitura Municipal de Porto Alegre para ciência e autorização do início da pesquisa, já que a unidade pertence à Secretaria Municipal de Saúde da referida prefeitura.

Em janeiro deste ano o CEP respondeu a nossa solicitação com algumas ponderações, entre elas a de a pesquisadora trabalhar na mesma unidade da pesquisa. Devolvemos ao CEP com as soluções e mudança de local do campo da pesquisa.

Esta última devolutiva do CEP veio em maio de 2012, o que impossibilitou de realizarmos a pesquisa em tempo hábil para coletar, observar, analisar e escrever o artigo.

Optamos por fazer um artigo de discussão teórica e análise de discursos em torno da Rede Cegonha, estratégia recém-implantada no governo da Presidenta Dilma Rousseff e que mobilizou as feministas e ativistas dos direitos sexuais e reprodutivos a se posicionarem criticamente. É um assunto muito atual e que não foge do tema uma vez que trata sobre o atendimento pré-natal, parto e puerpério das mulheres.

A partir de então passamos a pesquisar no Google palavras-chaves: Rede Cegonha x Feministas e Medida Provisória 557. Vieram muitas matérias veiculadas em sites e blogs. Matérias onde nomes importantes do movimento feminista e de

ativistas dos direitos sexuais e reprodutivos se posicionavam, argumentavam e justificavam o porquê de estarem contra a implantação da Rede Cegonha e aprovação da Medida Provisória 557 (MP). Esta Medida, publicada em 26 de dezembro de 2011 no Diário Oficial da União, com força de lei, institui o Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para prevenção da Mortalidade Materna, autoriza a União a conceder benefício financeiro e altera as Lei 8080/90 e 9782/99. O artigo 2º desta MP diz que o Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para prevenção da Mortalidade Materna é constituído pelo cadastramento universal das gestantes e puérperas, de forma a permitir a identificação de gestantes e puérperas de risco, a avaliação e o acompanhamento da atenção à saúde por elas recebida durante o pré-natal, parto e puerpério. Em relação ao benefício financeiro o art. 10 autoriza a União a pagar R\$50,00 para as gestantes cadastradas no Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para Prevenção da Mortalidade Materna, esse benefício tem por objetivo auxiliar no deslocamento e acesso da gestante aos serviços de saúde.

Uma das argumentações das feministas refere-se ao aborto inseguro que não está contemplado na Rede Cegonha tampouco na MP 557. Para as feministas a redução da mortalidade materna perpassa ações para reduzir o aborto.

Realizamos alguns questionamentos para pessoas que consideramos importantes nesse processo. Pelo adiantado do tempo e pela agenda apertada das entrevistadas optamos por entrevistá-las via internet utilizando programas de mensagem instantâneas, porém elas preferiram que fosse enviado via email os questionamentos.

Das cinco pessoas enviadas, uma respondeu o questionário por completo, e outra somente as três primeiras perguntas, e as outras não enviaram as respostas.

Escolhemos três revistas de publicação online: Viomundo, Envolverde e Fórum. Os textos analisados foram publicados entre 2011 e 2012. Essas revistas são mídias alternativas onde os textos publicados são de reflexões de feministas e ativistas do movimento de mulheres e dos direitos sexuais e reprodutivos, assim como de outros movimentos sociais.

A metodologia utilizada foi à análise crítica de discurso. O discurso é entendido como prática social, com determinado contexto de produção. Nessa perspectiva, os discursos são considerados situados socialmente, atribuindo-lhes um papel na (re)construção e reprodução das estruturas e da organização social (IÑIGUEZ, 2007).

Contextualizamos nossa discussão na construção social da “saúde reprodutiva” no Brasil, para entender as críticas realizadas à Rede Cegonha. Para isso, realizamos uma discussão teórica da literatura sobre processos de construção tanto discursiva quanto em termos de garantia de direitos e de ações do poder público.

Ficou evidente na pesquisa que as feministas e ativistas dos direitos sexuais e reprodutivos tiveram uma longa luta para garantir direitos sexuais e reprodutivos para nós mulheres. E a implantação da Rede Cegonha parece ter desvalorizado essa luta quando retoma o conceito materno-infantil, “prioriza” um evento da saúde

da mulher e contempla as mulheres que desejam ter filhos, desconsiderando as que não desejam ter e resolvem fazer um aborto, para estas não está assegurado atendimento de qualidade nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

Foi relevante também observar como aparecia a dimensão racial nessas críticas. A interseccionalidade das perspectivas de gênero e racial ajudou-nos a interpretar algumas diferenças nas críticas do feminismo (com representatividade de mulheres brancas) e do movimento de mulheres negras.

Após os pareceres dos membros da banca, caso seja aprovado, o artigo será submetido para publicação em revista da área da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IGNÁCIO, V.T.G.; NARDI, H.C. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Psicologia e Sociedade**, v. 19 n.3, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. D. S.; DESLANDES, S. F., *et al* (Ed.). **Pesquisa Social Teoria, método e criatividade**. 29. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2010a.

ARTIGO

Discursos em torno da “saúde reprodutiva”: o caso das críticas à Estratégia Rede Cegonha numa perspectiva interseccional de gênero e raça

Heloísa Helena da Silva Duarte¹

Laura Cecilia López²

RESUMO

O objetivo do artigo é analisar a produção contemporânea de discursos sociais sobre a “saúde reprodutiva” no Brasil, com foco nas tensões discursivas ocasionadas em torno da Estratégia Rede Cegonha do Ministério da Saúde. Adotou-se a perspectiva teórico-metodológica da análise crítica de discurso. Nas próprias críticas das feministas à Estratégia observamos, a partir de um olhar interseccional, uma ênfase maior na autonomia feminina na crítica das feministas brancas, e um olhar mais atento a outras dimensões por parte das feministas negras, tentando alargar a perspectiva da Estratégia às questões raciais.

Palavras-chaves: saúde reprodutiva, interseccionalidade, pré-natal

ABSTRACT

The aim of this paper is to analyze the production of contemporary social discourse around the "reproductive health" in Brazil, with a focus on discursive tensions arising around the Stork Network Strategy of the Ministry of Health adopted was the theoretical-methodological analysis of the critical speech. In her own feminist critiques of the Strategy Network Stork observe greater emphasis on female autonomy in the critique of white feminists, and a closer look at other dimensions by the black feminists, trying to broaden the perspective of strategy to racial issues.

Keywords: reproductive health, intersectionality, prenatal

O objetivo do artigo é analisar a produção contemporânea de discursos sociais em torno da “saúde reprodutiva” no Brasil. Focaremos as tensões discursivas

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

² Professora do PPG em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

ocasionadas em torno da Estratégia Rede Cegonha do Ministério da Saúde em processo de implementação em estados e municípios, para ampliar o olhar à discussão sobre mortalidade materna. Examinaremos como o movimento de mulheres negras vêm delineando esta discussão, visto que existe a reivindicação de que as mulheres negras são as que estão morrendo mais por causas diretas³ relacionadas a gestação/parto/puerpério, demandando-se ações do Estado.

Para focar a “saúde reprodutiva” como “problema social” (LENOIR, 1996) contemporâneo, precisamos desconstruir o que ela significa, considerando os discursos produzidos em torno ao fenômeno, o momento histórico, os agentes envolvidos, os interesses em jogo nessa construção.

Nesse sentido, adota-se a perspectiva teórico-metodológica da análise crítica de discurso. Entende-se o discurso como prática social, com determinado contexto de produção. Nessa perspectiva, os discursos são considerados situados socialmente, atribuindo-lhes um papel na (re) construção e reprodução das estruturas e da organização social. Focaliza-se como o poder, a dominação e a desigualdade social são estabelecidos e reproduzidos através do discurso (IÑIGUEZ, 2005).

Para tal análise, selecionamos discursos relevantes e relacionados com conflitos sociais. Neste caso, trata-se de discursos em torno da “saúde reprodutiva” que vem circulando publicamente (particularmente na mídia *online*) e referem a uma disputa por ações do Estado, para suscitar uma reflexão sobre as possíveis implicações sociais desse processo de construção discursiva.

Focaremos as discussões em diálogo com o referencial teórico da interseccionalidade de gênero e raça, biopolítica e medicalização do corpo da mulher.

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA “SAÚDE REPRODUTIVA”

A expressão “saúde reprodutiva” surge internacionalmente no final da década de 1980, a partir da definição adotada pela Organização Mundial da Saúde em 1988, em resposta à crítica aos enfoques exclusivamente biomédicos e tecnológicos

³ Causas indiretas são as consideradas doenças preexistentes, ou seja, quando a mulher já tem uma patologia que pode ser exacerbada durante a gravidez. Causas diretas são causas decorrentes da gravidez atual.

voltados para reprodução humana que caracterizavam os programas da instituição. Visava-se incorporar as dimensões sociais da reprodução e desenhar políticas que não estivessem restritas ao planejamento familiar, mas pudessem responder a outras necessidades como o pré-natal, parto, puerpério, aborto, doenças ginecológicas e câncer cervical.

O conceito foi ampliado e ratificado pelos países participantes (entre eles, o Brasil) na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), em 1994, no Cairo, sendo definido como:

“Um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as questões relacionadas com o sistema reprodutivo, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, assim, que as pessoas são capazes de ter uma vida sexual segura e satisfatória e que possuem a capacidade de se reproduzir e a liberdade para decidir se, quando e com que frequência devem fazê-lo.” (NACIONES UNIDAS, 1995).

Esta definição foi ainda discutida internacionalmente na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na cidade de Pequim (Beijing) em 1995. Nesses cenários, organizações multilaterais, governamentais, não governamentais e a sociedade civil em geral mobilizaram-se para garantir o cumprimento e fiscalizar a implantação dos acordos (CORRÊA ET AL, 2006).

Como destacam Bilac e Rocha (1998, p. 12), “o discurso sobre a saúde reprodutiva foi sendo apropriado por atores sociais distintos, legitimando a configuração de um campo de práticas variadas, porém eminentemente políticas, cujo movimento se reflete também na própria transformação desse discurso”. A própria declaração da Conferência do Cairo, como referem as autoras, foi expressão de uma “batalha” entre representantes de forças sociais distintas, que deram ênfases diferenciados a questões tais como a inclusão dos direitos sexuais junto aos reprodutivos e a ausência do aborto como temática associada à saúde reprodutiva.

Já a perspectiva dos direitos reprodutivos vem sendo elaborada pelo movimento feminista desde a década de 1960, e reflete criticamente sobre a participação desigual de homens e mulheres no processo reprodutivo, o direito das mulheres ao seu próprio corpo e a recusa em aceitar sua instrumentalização, “seja pela medicalização deste corpo em nome de políticas globais de controle populacional, seja pela sua naturalização em nome de políticas não-controlistas ou de preceitos religiosos” (BILAC; ROCHA, 1998, p. 13).

A Conferência de Cairo constitui-se num marco na politização da saúde reprodutiva vinculando a discussão à interface de desigualdades sociais e desconstruindo a ênfase tradicional de controle da natalidade. Um novo paradigma internacional foi introduzido no debate sobre população e desenvolvimento, contemplando a preocupação relacionada às violações dos direitos humanos no campo da reprodução, que, historicamente, tem se centrado no “controle” do corpo das mulheres, ao invés de reconhecer a liberdade de homens e mulheres para um planejamento democrático (BERQUÓ, 1998; VENTURA, 2005).

Como colocam Corrêa et al (2006), a plataforma do Cairo desloca o “problema populacional” da perspectiva puramente econômica e ideológica para situar as questões relativas à reprodução no marco da saúde e dos direitos humanos. Houve uma reorientação da ênfase nas políticas públicas voltadas para números agregados e metas de controle da natalidade, mas que não implicou o abandono de dimensões propriamente demográficas como a migração e o envelhecimento populacional. Também se faz breve menção à desigualdade racial, um tema que seria mais amplamente debatido na 3ª Conferência Mundial das Nações Unidas contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e as Formas Conexas de Intolerância realizada em Durban, África do Sul, no ano 2001. A Conferência de Durban iria expandir significativamente a pauta de combate à desigualdade racial anunciada no Programa de Ação do Cairo, adotando recomendações de políticas públicas em diversas áreas: educação, economia trabalho, saúde e especialmente direitos humanos (CORRÊA et al, 2006).

Se formos pensar no desenho de políticas públicas no Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em 1977, o Programa de Saúde Materno-Infantil, que contemplava a prevenção da gestação de alto risco. Mas somente o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, concebia a questão da saúde da mulher de forma integral, não se detendo exclusivamente nas questões de concepção e contracepção (CORRÊA et al, 2006, p. 42).

Embora o PAISM não utilizasse na sua formulação o termo “saúde reprodutiva”, a adoção do Programa representou um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão se disseminasse pelos diversos foros internacionais de militância (OSIS, 1998).

Como mostra Osis (1998, p. 29), “o lançamento do PAISM teve um amplo significado social, constituindo-se em elemento catalizador de debates, bastante importantes naquele momento histórico de democratização da sociedade brasileira”. O Programa constitui-se em um evento socialmente relevante, um fato capaz de mobilizar muitos setores da sociedade para discuti-lo, com posições encontradas em relação aos seus conteúdos, particularmente os grupos que criticavam as intenções de controle de natalidade que o PAISM se propunha, no cenário em que o Brasil estava sofrendo pressões internacionais para adotar medidas para diminuir a natalidade da população; e os grupos que defendiam a sua implementação, que provinham principalmente do movimento feminista, considerando-o “uma resposta satisfatória, naquele momento, às suas crescentes e expressivas demandas por uma atenção à saúde das mulheres não centralizada no cuidado materno-infantil, especialmente desvinculada do controle da reprodução” (OSIS, 1998, p. 28).

Ao se definir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004, pressupõe-se que os direitos sexuais e reprodutivos sejam compreendidos como direitos humanos, tendo como relevância a diversidade e as necessidades específicas da população feminina. Nesse sentido, coloca-se a necessidade de atender desigualdades de maneira ampla em qualquer planejamento de ações de saúde da mulher, além do enfoque de gênero, sendo incorporadas também as questões relativas à raça/etnia, com o propósito de garantir a equidade em saúde (GOES, 2011).

No plano global, pode-se citar a contemporaneidade das discussões, focando o documento final da Conferência das Nações Unidas Sobre o Desenvolvimento Sustentável Rio+20, realizada no Rio de Janeiro entre os dias 20 e 22 de junho de 2012, em que reconhece-se a importância da saúde sexual e reprodutiva priorizando-as nas políticas públicas. O Diretor Executivo do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Babatunde Osotimehin, afirma que “não podemos promover o desenvolvimento sustentável sem promover a saúde – especialmente a saúde reprodutiva- e os direitos das mulheres, assim como dos jovens.” (UNFPA, 2012).

Compromissos assumidos no referido documento focalizam na redução da mortalidade materna e infantil e na qualificação da saúde da mulher, jovens e crianças. E, ainda, a ratificação de proteção dos direitos de homens e mulheres sobre sua autonomia para decidir sobre as questões de sua sexualidade, incluindo o

acesso à saúde reprodutiva e sexual, livre de coerção, discriminação e violência (UNFPA, 2012).

No cenário mundial do século XXI, como destacam Costa et al (2006, p. 364), “a propagação do tema da reprodução em jornais de grande circulação, com manchetes que destacam o aumento de fertilidade na favela, bem como a maior taxa de natalidade entre adolescentes nas camadas populares, ilustra a importância e atualidade deste assunto”. Os autores vinculam essa disseminação à perpetuação de uma hierarquia de gêneros e a manutenção da estratégia biopolítica (no sentido dado por Foucault, 1984; 1996).

Destaca-se que o movimento de mulheres negras vem alargando o conceito de saúde reprodutiva como base para políticas que influenciam diretamente as chances de vida e o bem-estar destas mulheres. As ativistas do movimento de mulheres negras empregam esforços para garantir as mulheres negras – as mais atingidas pelos programas eugênicos, de esterilização em massa, na América Latina-, respeito a sua autonomia e poder de decisão na escolha de métodos contraceptivos (CALDWELL, 2007).

No Brasil, o olhar a partir da interseccionalidade de gênero e raça frente às biopolíticas contemporâneas revela-nos algumas dimensões denunciadas pelas feministas negras: as mulheres negras teriam sido as mais afetadas, por exemplo, nas esterilizações em massa realizadas nos anos de 1980 e 1990, bem como seriam na atualidade as que morrem mais por causas relacionadas à gestação, ao parto e ao puerpério, fenômeno refletido nos dados nacionais de mortalidade materna.

INTERSECCIONALIDADE DE GÊNERO E RAÇA PARA PENSAR A SAÚDE REPRODUTIVA

Retoma-se a interseccionalidade como perspectiva analítica. Esta abordagem permite um entendimento dos problemas sociais capturando as consequências estruturais e dinâmicas das intersecções complexas entre dois ou mais eixos de opressão que se entrecruzam e potencializam. A proposta baseia-se na proposta de intelectuais feministas negras norte-americanas e brasileiras, destacando a atuação política das mulheres negras “nas margens” tanto do movimento negro quanto do feminismo como potencial das demandas de ambos os movimentos, colocando questões que desafiam os debates e as agendas políticas em torno de raça, ao

incorporar a perspectiva de gênero; e a discussão de gênero ao aliar a questão racial (CRENSHAW, 2002; CALDWELL, 2000).

Nesse sentido, a interseccionalidade emerge como categoria analítica na década de 1990, para evidenciar uma multiplicidade de diferenciações que, articulando-se a gênero, permeiam o social. Retoma as leituras críticas do conceito de gênero, que apontaram para desconstrução da universalidade da hierarquia e da subordinação feminina, no plano teórico, nos anos 1980, assim como para reivindicações políticas, internas ao movimento feminista, relativas à diferença, formuladas por mulheres negras do Terceiro Mundo e por feministas lésbicas (PISCITELLI, 2008).

Desde a década de 1980, as feministas negras brasileiras vêm problematizando o fato de que os legados da escravidão no país em termos de dominação racial e de gênero e as desigualdades da sociedade pós-abolição conduziram a experiências sociais diferentes para mulheres negras e brancas: problemas presumivelmente comuns, como sexualidade, saúde reprodutiva e trabalho remunerado passaram a ter significações diferentes para mulheres negras e brancas. Ao reconhecer essas diferenças, as mulheres negras no movimento feminista passaram a desafiar noções generalizadas de opressão das mulheres que não levaram em conta a relação entre ideologia sexista e racismo (CALDWELL, 2000).

Um exemplo dessas continuidades e tensões pode ser pensado em torno das lutas pela “saúde da mulher”. Em inícios dos anos 1980, no Brasil, as lutas feministas tinham como lema “nosso corpo nos pertence” (uma das principais bandeiras do movimento internacional de mulheres desde os anos 1960), que se constitui como eixo para refletir sobre questões relativas à integralidade do corpo das mulheres e à autonomia da sexualidade em relação à reprodução, orientando temas como o do aborto. Este lema foi, naquele momento, “expressão simultânea da base biológica da condição feminina e da almejada superação social deste mesmo fato” (GIFFIN, 1991, p. 190). Afirma-se a importância das questões de saúde e o seu amplo significado social dentro da pauta de reivindicações que levaram à ampliação do conceito de saúde, além de estabelecer como prioridade o direito à contracepção (GIFFIN, 1991).

Se formos pensar em continuidades nas agendas das feministas brancas e negras, podemos notar a confluência na “centralidade do corpo, que aparece na

crítica feminista desafiando mecanismos de saber/poder da biomedicina que regulam a reprodução individual/biológica e social que produz os cidadãos desejáveis da nação” (LÓPEZ, 2011, p. 596).

O olhar interseccional trazido pelas feministas negras aponta uma outra dimensão: a da biopolítica baseada nas desigualdades de raça e classe⁴.

Uma análise crítica das políticas contraceptivas contemporâneas mostra a continuidade de certos discursos que formavam parte de programas eugênicos da primeira metade do século XX: particularmente a ideia de que aos pobres é atribuído à perpetuação da pobreza e da marginalidade, por isso o controle reprodutivo dessa classe se dá pela restrição no número de gestações e de filhos, popularizando os métodos contraceptivos e o aborto, enquanto que a reprodução de indivíduos considerados talentosos e bem dotados é incentivada. Este foi o sustento ideológico das práticas de esterilização tubária em massa em mulheres de baixa renda, sobretudo de mulheres negras (COSTA et al, 2006).

Sueli Carneiro (doutora em filosofia e ativista do movimento de mulheres negras) analisa o discurso de Sergio Cabral, governador do Estado do Rio de Janeiro, que no ano 2007 manifestou-se a favor da legalização do aborto como “forma de prevenção e controle da violência”, alegando que as mulheres das favelas cariocas são “fábricas de produzir marginais” (CARNEIRO, 2011). Segundo esta autora:

“Uma reivindicação histórica dos movimentos de mulheres de efetivação dos direitos reprodutivos das mulheres e de reconhecimento do aborto como questão de saúde pública sobre a qual o Estado não pode se omitir é pervertida em proposta de política pública eivada de ideologia eugenista destinada à interrupção do nascimento de seres humanos considerados como potenciais marginais. No lugar do respeito ao direito das mulheres de decidir sobre a própria concepção, coloca-se como diferença radical de perspectiva a indução ao aborto, pelo Estado, como “linha auxiliar” no combate à violência.” (CARNEIRO, 2011, p. 131).

⁴ Focando nas inter-relações entre gênero, raça e saúde reprodutiva no processo de formação do feminismo negro (sendo esse o termo utilizado pelas próprias ativistas para nomear o movimento de mulheres negras no Brasil), entre as décadas de 1970 e 1990, Damasco et al (2012) mostram que, desde o início dos anos 1980, as feministas negras vinham denunciando planos e práticas controlistas sobre a população negra. Mas foi durante a década de 1990 que o ativismo das feministas negras se consolidou com base nas denúncias da prática da esterilização cirúrgica em massa entre as mulheres negras. Nesse sentido, a discussão sobre saúde reprodutiva propiciou um espaço social para a afirmação da identidade das ativistas negras.

Anterior a este fato, em São Paulo, durante o governo de Paulo Maluf, foi apresentado pelo Grupo de Assessoria e Participação do Governo do Estado (GAP), o documento “Sobre o Censo Demográfico de 1980 e suas curiosidades e preocupações” em relação à esterilização em massa de mulheres negras. Sugeriria-se uma justificativa para tal fenômeno com o argumento de que a população branca já tinha se conscientizado da necessidade de “controle da natalidade”, enquanto que entre a população negra os índices só aumentavam. E, ainda trazia uma previsão que, para o ano de 2000, se continuasse nesse ritmo de crescimento a população negra seria de 60%, portanto superior à branca, podendo disputar o poder na política brasileira (CARNEIRO, 2011).

Para Carneiro (2011), o documento chegou ao conhecimento público através da denúncia feita na Assembleia Legislativa de São Paulo pelo deputado Luis Carlos Santos (PMDB-SP) e denunciada internacionalmente, pelo Relator Especial sobre Racismo na ONU, como uma política de controle de natalidade que sustentava uma concepção racista. Foi considerado pela autora como um exemplo explícito de biopolítica, uma vez que a proposta surgia de governantes de Estado.

Podemos também citar o caso do ministro de saúde brasileiro, Agenor Álvares, no ano de 2006, que admitiu em discurso público que existe racismo no SUS: “esse racismo cria condições muito perversas que temos de combater. Queremos criar valores de solidariedade em relação à população negra”, segundo frase referida na matéria do jornal Estado de São Paulo de 27/10/2006, sobre a abertura de um seminário no Rio em que foram discutidas as bases para a Política Nacional de Saúde da População Negra⁵, reafirmando a existência de indicadores que mostram que o atendimento aos negros é diferente do atendimento aos não negros.

Na mesma matéria de 27/10/2006, são citadas as declarações de Fátima de Oliveira, médica e militante feminista negra, que fala do caso da morte de mulheres no parto por eclampsia (hipertensão arterial não tratada durante a gravidez). Segundo Oliveira, as mulheres negras têm uma probabilidade dez vezes maior de desenvolver o problema que as brancas. Mas essa peculiaridade, segundo a médica, normalmente não é levada em conta no pré-natal. Outra doença mais

⁵ Política pública que vem sendo construída desde os anos 2000, produto da discussão de ações afirmativas dada na Conferência de Durban. Foi oficializada no ano 2009 e encontra-se em processo de implementação em estados e municípios brasileiros.

frequente em mulheres negras são os miomas uterinos, que acontecem cinco vezes mais do que nas brancas. “A conduta geral para tratar as negras é histerectomia (retirada do útero), enquanto as brancas recebem medicamentos, como se o útero da mulher negra não valesse nada. É o que eu chamo de naturalização e banalização do racismo. É quase um eugenismo”, segundo frase de Oliveira referida na matéria. Vemos que o racismo é traduzido no corpo da mulher negra e seus efeitos na reprodução social: “como se o útero da mulher negra não valesse nada”, aponta Oliveira.

Nesse sentido, a interseccionalidade permite-nos analisar a produção de discursos sociais em torno da saúde reprodutiva como fenômeno social complexo que diz respeito às relações de poder e aos jogos de forças sociais em determinados contextos.

MEDICALIZAÇÃO, BIOPODER E INTERSECCIONALIDADE

Para entender o confronto discursivo em análise retomaremos a discussão vinculada aos conceitos de medicalização e de biopoder/biopólitica.

Conforme Gabe e Calnan (apud HELMAN, 2003, p. 153), a medicalização é definida através de “como a jurisdição da medicina moderna vem-se expandindo nos últimos anos, abrangendo, atualmente, muitos problemas que inicialmente não eram definidos como entidades médicas”. A medicina, interfere no cotidiano das pessoas por meio de normas de condutas, representações sobre corpo, adoecimento e cura, padrões que atingem os comportamentos individuais.

A medicalização do corpo feminino tem por base o controle da reprodução, adquirindo forma de controle social. Neste sentido, Costa et al (2006) afirmam que, do ponto de vista histórico, com o surgimento dos Estados-nação modernos na Europa e posteriormente nas Américas, o controle populacional associado à reprodução teve a mulher como foco, e o problema demográfico dos países virou um problema ginecológico e obstétrico, dando poderes aos médicos na decisão sobre os corpos femininos. A naturalização é à base da medicalização do corpo feminino. Sendo assim, o gênero feminino constrói-se “sancionado como verdade pela incontestabilidade da ciência, inexoravelmente natural, no espaço estreito de uma normalidade reprodutora” (VIEIRA, 2003, p.71).

Conforme Inácio e Nardi (2007), a medicalização do corpo se ajusta à biopolítica assumindo dupla função ao controlar os corpos individualmente e ao mesmo tempo controlar a população através de programas e políticas públicas implementadas pelos governos.

Retomamos o conceito de biopoder de Foucault, que refere às tecnologias de governo que tentam regular os processos vitais da população, tais como natalidade, fecundidade, longevidade, doença, mortalidade, e procura otimizar as condições de vida dos segmentos produtivos ao serviço do capital. A biopolítica exercida pelos Estados modernos constitui uma tecnologia de “fazer viver” a aqueles segmentos da população que formariam parte do padrão de normalidade e humanidade, “deixando morrer” aos segmentos de população que não entram nos parâmetros do desenvolvimento econômico e da modernização (FOUCAULT, 1984; 1996).

Desde a segunda metade do século XIX, a natalidade e a ‘higiene da raça’ perpetuada por ideais eugênicos caracterizou a relação entre medicina e poderes públicos em diversos contextos (ROHDEN, 2001). Pode-se ressaltar uma intrincada relação entre maternidade, contracepção e eugenia, sendo assim tratadas as questões relativas à reprodução e, em especial, ao controle da natalidade: “programas eugênicos incentivavam a reprodução de indivíduos considerados talentosos e bem dotados, desencorajando a reprodução dos indesejáveis” (COSTA et al, 2006, p. 370).

Giffin (2002) afirma que a partir dos anos 1960 agências internacionais difundem a ideia de controle populacional como forma de combater a pobreza em países periféricos. O processo de controle da fecundidade é caracterizado pela autora (p. 106) como “modernidade perversa”, onde “as escolhas reprodutivas são altamente condicionadas pela pobreza e falta de cidadania”, mostrando a face perversa. Ao mesmo tempo, os métodos contraceptivos e as taxas de uso são modernos. O uso de métodos contraceptivos reflete desigualdades sociais e sexuais entre distintos segmentos da população.

Pesquisadores e ativistas sociais, a partir dos anos 1980, investigaram as causas da crescente esterilização de mulheres, em especial as de baixa renda onde se encontrava a maioria das mulheres negras. Focalizaram nos processos de medicalização da sociedade brasileira e na falta de opções de métodos contraceptivos para essa população, que contribuíram para dotar os médicos de poderes de decisão sobre os corpos das mulheres, particularmente na opção pela

esterilização. Fenômeno este fortalecido pela ausência de políticas públicas em saúde reprodutiva, deixando espaço para agências internacionais difundirem o procedimento cirúrgico de ligação das trompas entre as mulheres de baixa renda, especialmente as negras (CAETANO, 2004).

Se olharmos para as desigualdades raciais, embora tenham mudado as condições de vida, trabalho, saúde, educação, moradia da população negra, grande parcela desta população ainda encontra-se à margem de seus direitos. Em relação às desigualdades em saúde que atingem a população negra, o racismo aparece como fator preponderante aumentando essas disparidades (OMS, 2001). A população negra sofre com o racismo nos serviços de saúde quando busca atendimento (KALCKMANN et al, 2007).

Ventura (2008) afirma que em nosso país a incidência de mortalidade materna por causas evitáveis ainda é alta. O Estado deveria proteger à vida, liberdade e saúde das mulheres. Entretanto, os dados de mortalidade materna fazem submergir as deficiências dos governos, principalmente, nos países onde a qualidade dos serviços de saúde é precária e dificulta o acesso da população a assistência. A mesma autora sublinha que a mortalidade materna revela, também, as desigualdades entre gêneros.

A análise de relatórios de comitês de morte materna evidenciou que as mulheres mais atingidas são as de baixa renda, menor escolaridade e as negras devido à maior discriminação no acesso aos serviços de saúde e pela vulnerabilidade às violências (MARTINS, 2006). De acordo com Giffin (2002) a incidência de mortalidade materna reduziria caso essas mulheres tivessem realizado pré-natal de qualidade.

Dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) apontam que a proporção de óbitos maternos por aborto no Brasil, no período de 2000 a 2008, entre as adolescentes e adultas, de 10 a 29 anos, representou quase o dobro para as mulheres negras em comparação com as brancas, 12,1% e 6,9% respectivamente (BRASIL, 2011).

Gestores da saúde entendem que a intersecção entre a desvalorização da mulher na sociedade, pobreza e baixa escolaridade são co-fatores que determinam a morbidade e mortalidade feminina (VENTURA, 2008).

Na atualidade, a maternidade já não é vista como uma condição natural feminina, tornando a reprodução biológica uma fonte de investimento tecnológico, o resultado

é a intensificação da biopolítica de gestão da reprodução do corpo social (NUNES, 2012). Há um investimento do Estado em políticas públicas para o controle da natalidade e da população.

A hipótese do estudo de Nunes (2012) considera que a gravidez na adolescência tornou-se problema de saúde pública ou problema social a partir do momento em que não estava em consonância com as políticas de produção e reprodução do corpo. Acrescenta que isto foi uma estratégia biopolítica voltada para a regulamentação e controle da natalidade.

Exemplo disso, pode se considerar o acontecido em 2006, no município de Porto Alegre, que foram disponibilizados implantes subcutâneos hormonais às adolescentes pobres, com idades entre 15 e 18 anos, através do Programa “Adolescência: um Projeto de Vida”. Esta ação correspondeu a uma parceria público-privada, que disponibilizou os implantes num bairro conhecido pelo grande contingente populacional, majoritariamente da classe menos favorecida e de elevado percentual de população negra. O Secretário Municipal de Saúde da época justificava a iniciativa da distribuição do contraceptivo como uma oportunidade para as adolescentes não “passarem grande parte de sua vida em gestação” (JARDIM; MEINERZ, 2008).

As autoras trazem o depoimento de um profissional de saúde que trabalha no bairro e corrobora com o discurso de outros governantes já citados: “para romper com o ciclo de pobreza e dar a estas adolescentes oportunidades de estudo e trabalho é preciso acabar com a gravidez na adolescência”. Assim, a gravidez na adolescência é relacionada diretamente com o aumento da pobreza e marginalidade na cidade.

O movimento feminista e ativista dos direitos sexuais e reprodutivos, assim como o próprio Conselho Municipal de Saúde (CMS), manifestou-se de forma contrária. O movimento feminista justificava que esse programa era muito semelhante à época em que ocorreram as esterilizações em massa e a oferta do implante Norplant. Outra crítica ao programa foi à violação dos direitos reprodutivos das mulheres jovens, pois o referido programa estava vinculado ao planejamento familiar, entretanto não dava autonomia as adolescentes para escolherem o método contraceptivo que desejassem pelo contrário era descrito como a tecnologia mais moderna mundialmente (JARDIM; MEINERZ, 2008; JARDIM, 2009).

O Conselho Municipal de Saúde questionou a implantação deste programa sem passar por apreciação da instância de controle social. Após discussão o CMS aprovou a utilização do método contraceptivo com uma ressalva que fosse disponibilizado a todas as mulheres em idade fértil e não para o público específico descrito no programa. Jardim (2009) descreve a ironia da Primeira Dama do município após decisão do CMS: *“de um programa tão ruim, passou a ser um programa tão bom que deveria ser aberto para todas as mulheres de Porto Alegre”* (p. 59).

Em estudo realizado, no ano de 2009, no mesmo bairro (Restinga), sobre a utilização de métodos contraceptivos as autoras encontraram um percentual de 13,6% de adolescentes que utilizavam implantes e relacionaram este alto percentual ao já referido programa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (DUARTE et al, 2011).

Notadamente a biopolítica e a medicalização do corpo feminino, neste caso, obteve aprovação das instâncias consultadas e com alguns ajustes foram referendadas como um programa *bom* a ser ofertado a todas as mulheres. O que parece ter ficado no caminho da discussão (e que foi ressaltado principalmente pelas feministas negras participantes da mobilização contrária ao Programa) foi que o programa era destinado a mulheres pobres e majoritariamente negras, tendo como pano de fundo a estratégia biopolítica de evitar que a cidade fosse habitada por pobres e marginais, e assim parar com o ciclo de pobreza e violência atribuído a essa parcela da população.

A REDE CEGONHA E AS CRÍTICAS DA SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA

A Rede Cegonha foi lançada em março de 2011 e instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011. É uma estratégia do Ministério da Saúde com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência pré-natal, parto e puerpério, resultando na diminuição da mortalidade materna e infantil. A estratégia prevê atendimento adequado às gestantes e às crianças até dois anos de idade. Esta ação foi apresentada publicamente como “uma

importante aliada da mulher, pois oferece cuidados integrais à saúde da mulher e da criança”, segundo palavras do ministro da saúde, Alexandre Padilha⁶.

Após o lançamento da Rede Cegonha, surgiu uma série de discussões e críticas sobre a estratégia. Feministas e ativistas dos direitos sexuais e reprodutivos manifestaram-se contrárias a tal estratégia. As críticas referem-se particularmente ao nome do programa, à retomada do termo “materno-infantil” criticado há 30 anos pelas feministas, à não convocação da sociedade civil para a discussão e formatação do programa, e à referência apenas à saúde materno–infantil sem mencionar o aborto seguro.

Serão analisados textos publicados nas revistas *online* Viomundo, Envolverde e Fórum entre 2011 e 2012, mídia alternativa na qual circulam reflexões de pessoas vinculadas a movimentos sociais com um olhar crítico às políticas públicas.

O questionamento do movimento feminista em relação à Rede Cegonha começa se perguntando por que o Ministério da Saúde não convidou o movimento feminista para a construção da Rede Cegonha? Na avaliação das ativistas, a Rede não estaria em consonância com os compromissos assumidos anteriormente e expressaram preocupação pela não convocação da sociedade civil que sempre participou do debate junto à área de saúde, tampouco o Conselho Nacional de Saúde, comitês e comissões (VIOMUNDO, 2011a) o que é corroborado por Semiramis e Avelar (REVISTA FORUM, 2012) quando afirmam que os movimentos de defesa dos direitos das mulheres (apoiadoras de Dilma Rousseff na campanha eleitoral) não foram convidados para a discussão.

A Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos⁷ recebeu o anúncio da Rede Cegonha como um “retrocesso”, pois retoma a concepção materno-infantil que há 30 anos as feministas criticam e tinham conseguido incidir na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher onde está prevista atenção à saúde reprodutiva de mulheres que desejam e as que não desejam ter filhos (VIOMUNDO, 2011b). Na Rede Cegonha a atenção é voltada para

⁶ <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5286/162/acoes-da-rede-cegonha-reduzem-mortalidade-materna-em-21.html> Acesso em 02/06/2012.

⁷ É uma articulação política nacional do movimento de mulheres, feminista e antirracismo; foi fundada em 1991, composta por organizações não governamentais, grupos feministas, pesquisadoras e grupos acadêmicos de pesquisas, conselhos e fóruns de direitos das mulheres, ativistas do movimento de mulheres e feminista, profissionais da saúde. A Rede tem o compromisso de defesa da saúde integral das mulheres e dos seus direitos sexuais e reprodutivos e do Sistema Único de Saúde público, universal e de qualidade acessível a todas as mulheres. <http://www.redesaude.org.br>

a mulher apenas em três momentos: gestação, parto, e puerpério, além de cuidado com a criança.

Quanto à crítica ao nome “REDE CEGONHA”, é trazida a discussão sobre a autonomia da mulher na reprodução. Para elas o nome “Cegonha” retoma a ideia de que a mulher “seria um simples meio de transporte, uma hospedeira de fetos” (REVISTA FORUM, 2012).

As feministas ironizam: o nome coloca mãe e filho dentro do mesmo “cestinho”, “a rede cegonha é no bojo da concepção de mulher-mala”, “as cegonhas vão parir... tudo está resolvido!”.

Telia Negrão, jornalista, cientista política e secretária executiva da Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, (VIOMUNDO, 2011b) faz uma alusão ao pássaro que não pertence à fauna brasileira e refere que o nome nega o período de gestação da mulher, parecendo que tudo vem pronto e a criança enrolada numa “fraldinha”. Além disso, o nome retira das mulheres a função de “trazedoras dos filhos ao mundo”, quem os trará será a Cegonha. Em outro trecho da entrevista:

“... o pássaro que carrega o bebê prontinho, comprometendo o próprio sentido da atenção humanizada no pré-natal, parto e puerpério. Uma subestimação dos avanços conceituais no campo dos direitos reprodutivos, como direitos humanos, infantilização do processo reprodutivo centrado no bebê. Portanto, uma desumanização simbólica da política de saúde da mulher”. (VIOMUNDO, 2011b)

A crítica vai além: o nome agrada aos conservadores que não aceitam o direito da mulher de decidir sobre seus direitos sexuais e reprodutivos, consideram a mulher como “hospedeiras de fetos”. Cita-se a Igreja católica como o setor mais conservador (VIOMUNDO, 2011b).

Segundo Télia Negrão, a Rede Cegonha não considera a saúde da mulher de forma integral. A Rede Cegonha não seria então uma política de direitos reprodutivos e sim uma boa política materno-infantil voltada para mulheres que desejam ter filhos, excluindo as que não desejam engravidar, as que engravidam sem planejamento ou, ainda, porque este falhou, ou as que engravidam contra sua vontade (VIOMUNDO, 2011b).

Pode-se relacionar estas críticas a um conceito caro ao feminismo, que é a ideia de *autonomia* nos diversos domínios da vida social, e particularmente nas decisões reprodutivas⁸.

No site Envolverde (2011) foi publicado também como contraponto o discurso do Ministério da Saúde. Para a coordenadora da área técnica de saúde da mulher do Ministério da Saúde, Ester Vilella, a mortalidade materna é elevada no Brasil e precisa ser diminuída. Para tanto, ela defende a Rede Cegonha como uma ação pontual e específica. Explica que a Rede não é um programa e sim uma estratégia do governo para reduzir as mortes maternas que são evitáveis melhorando o atendimento do pré-natal. Para ela, a Rede Cegonha amplia os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres assegurando dignidade e vida das mulheres e das crianças (ENVOLVERDE, 2011).

Em relação à mortalidade materna, Fátima Oliveira coloca que o “primeiro nó górdio” foi apresentar o combate à mortalidade materna e neonatal como algo novo e original, essa ação já está prevista no Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal de 2004 como uma ação específica. Télia Negrão completa que o Pacto de 2005 ampliava suas ações, entre elas a do aborto inseguro, que não está contemplada na Rede Cegonha.

A MORTALIDADE MATERNA EM QUESTÃO

Uma das críticas centrais à estratégia foi em relação ao que se propõe como “redução da mortalidade materna”, focada só na melhora do pré-natal, deixando de fora os casos de mortalidade materna decorrentes de abortos inseguros.

Abre-se a discussão para o debate sobre o aborto, bastante presente no Brasil com posições contrárias da Igreja e outros setores, tendo como exemplo a

⁸ Um exemplo dessa discussão pode ser referenciado na *bioética feminista*, expressão do diálogo entre o movimento feminista e a bioética, que traz a discussão e defesa da autonomia como conceito e princípio que se mistura na busca pela igualdade social, na crítica a todas as formas de opressão social ou mesmo na proteção de pessoas e grupos socialmente vulneráveis. Aponta-se para a necessidade de se demarcar a fronteira de situações em que a autonomia pode ser mascarada pela coerção da vontade, explicitando um dos aspectos fundamentais da perspectiva política do conceito de vulnerabilidade (DINIZ; GUILHEM, 2000).

discussão ocorrida em torno da criminalização do aborto de anencéfalos durante o ano de 2012⁹.

Contextualizando o tema internacionalmente, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) (WHO, 2012), no mundo, a cada dois minutos uma mulher morre em consequência de complicações da gravidez ou parto. Entre as causas: hipertensão durante a gravidez, hemorragia após o parto, infecções e aborto inseguro. No Brasil os índices vêm reduzindo, entretanto ainda registra mais de mil óbitos por ano.

A mortalidade materna é o 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da ONU, a meta é reduzir em 75% a taxa de mortalidade materna de 1999 até 2015¹⁰. O Brasil é signatário do ODM, porém não alcançou a meta, de 1990 a 2010 foi registrada uma queda de 51% na mortalidade materna, ou seja, de 120 para 56 a cada 100 mil nascimentos (WHO, 2012).

Em 2011, o Ministério da Saúde registrou queda de 21% na mortalidade materna, de 141 para 68 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos. A redução foi observada em todas as causas diretas de mortalidade materna: hipertensão (66,1%); hemorragia (69,2%); infecções pós-parto (60,3%); aborto (81,9%); e doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou pós-parto (42,7%) (BRASIL, 2012). Embora os registros apontem para uma redução significativa, os índices de mortalidade materna continuam elevados.

Esses dados são trazidos pela crítica feminista, referindo que no país duas mil grávidas morrem anualmente, dentre estas de 10 a 15%, ou seja, anualmente morrem de 200 a 250 mulheres em consequência de abortos realizados clandestinamente. Reafirma-se que se o Brasil quer realmente reduzir os índices de mortalidade materna é preciso levar em consideração os abortos feitos por ano e também os óbitos decorrentes desses, sendo que a Rede Cegonha sozinha, não tem condições de reduzir as causas da mortalidade materna, seria necessário à transversalidade entre as políticas (VIOMUNDO, 2011a).

⁹ No mês de abril deste ano ocorreu discussão no Supremo Tribunal Federal sobre o aborto em caso de anencefalia. Ao final de dois dias de discussão, com oito votos a favor e dois contra, os ministros do STF decidiram que o aborto, neste caso, não é crime. Site: <http://www.estadao.com.br/noticias/vidae.aborto-em-caso-de-anencefalia-deixa-de-ser-crime,860288,0.htm> Acesso em 10/07/2012.

¹⁰ Objetivos de Desenvolvimento do Milênio Disponível em: <http://www.pnud.org.br/ODM5.aspx> Acesso em: 20/07/2012.

Na mesma linha de pensamento, Fátima Oliveira, comenta que se o ponto central da Rede Cegonha é a mortalidade materna o abortamento inseguro deveria estar contido entre as ações da Rede e completa “a morte decorrente de um aborto inseguro é também conceitualmente considerada morte materna” (ENVOLVERDE, 2011). Em outro momento Fátima Oliveira afirma: “é hipocrisia querer combater a morte materna e não falar em aborto, que é uma causa importante de óbito” (REVISTA FÓRUM, 2012).

O resultado da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) coordenada por Débora Diniz e Marcelo Medeiros, em 2010, mostrou que o aborto é comum entre mulheres de todas as classes sociais, a prevalência aumenta com a idade, residentes em zona urbana, com mais de um filho e não brancas. Os autores revelaram em artigo inédito que as mulheres que fazem o primeiro aborto, no Brasil, têm até 19 anos de idade, da raça/cor negra e com filhos (DINIZ e MEDEIROS, 2012).

Amplia-se a crítica à Estratégia (mas também se valoriza a ação) quando considerada a dimensão racial. Para Alaerte Martins, doutora em Saúde Pública e fundadora/ativista da Rede de Mulheres Negras do Paraná¹¹, os altos índices de mortalidade materna se devem em grande parte à má qualidade no atendimento pré-natal e a falta de organização dos serviços de saúde (VIOMUNDO, 2012). Segundo ela, esses índices atingem mais as mulheres negras: “A mortalidade materna é maior entre as mulheres negras, sendo que metade dos óbitos devido a aborto é por aborto espontâneo”.

A mesma autora complementa que em geral as mulheres que buscam os serviços de saúde quando em situação de abortamento são discriminadas pelos profissionais de saúde e para as mulheres negras ocorre dupla discriminação por serem negras, recebendo o atendimento após as mulheres brancas, aumentando o risco de morte.

Ângela Nascimento, Secretária de Políticas Afirmativas, da Secretaria de Políticas de Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR), afirma no seminário “O enfrentamento da morte materna na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, que os dados demonstram que as mulheres negras são mais

¹¹ A Rede de Mulheres Negras PR é uma organização sem fins lucrativos, fundada em fevereiro de 2006, reúne mulheres negras de todas as regiões do estado do Paraná. Dentre os objetivos da organização estão à integração, formação e comprometimento das comunidades mais vulneráveis com as questões de gênero, raça/etnia e saúde. Disponível em: www.redemulheresnegraspr.org.br Acesso em 27/07/2012.

afetadas pela mortalidade materna, estando estas mortes associadas a fatores indiretos como hipertensão¹².

Interessante notar que, no Paraná, estado em que a Rede de Mulheres Negras do PR atua, a implementação da Rede Cegonha (renomeada como Rede Mãe Paranaense) considerou a dimensão racial ao incluir às mulheres negras na categoria de “risco intermediário”. Entre os objetivos da Rede Mãe Paranaense está a implantação da classificação de risco das gestantes para a vinculação do parto ao hospital mais adequado a sua condição. Esta classificação é composta de três categorias: risco habitual, risco intermediário e alto risco (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2012).

Referimos a categoria de risco intermediário, já que inclui mulheres que apresentem fatores de risco relacionados a características individuais e/ou sócio demográficas; gestantes com menos de 15 anos e mais de 40 anos; gestantes analfabetas ou com menos de três anos de estudo, e ainda as mulheres negras e indígenas (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2012).

Um exame importante foi incluído na rotina de solicitações de exames o de eletroforese da hemoglobina - exame que detecta os diferentes tipos de hemoglobinas no sangue- como, por exemplo, as hemoglobinas em forma de foice que levam ao diagnóstico de anemia falciforme, doença mais prevalente na população negra (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2012).

Em entrevista realizada para o propósito desse artigo¹³, Alaerte Martins comenta que os critérios para classificar as mulheres negras e indígenas na categoria de risco intermediário são provenientes da chamada “medicina baseada em evidências científicas”¹⁴, apontadas pelo Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, que cruzou os dados de mortalidade materna com os de raça/cor.

¹² Seminário realizado pela Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher do Conselho Nacional de Saúde, em Brasília nos dias 28 e 29 de maio de 2012. Disponível: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1529&CO_NOTICIA=13976 Acesso em: 02/06/2012.

¹³ Entrevista realizada em 13/06/2012.

¹⁴ A Medicina Baseada em Evidências visa à integração entre a experiência clínica e as melhores evidências disponíveis, subsidiando a tomada de decisão com segurança e ética. Disponível em: <http://www.centrocochranedobrasil.org.br/mbe.html> Acesso em 30/07/2012.

Apesar de a Rede Mãe Paranaense considerar a dimensão racial, deixa de fora questões sobre o aborto inseguro a exemplo do formato original da Rede Cegonha.

Embora se complementem, podem-se notar diferenças nas críticas e reivindicações dentro do feminismo. O movimento de mulheres negras traz questões relacionadas ao passado de políticas eugênicas que ainda refletem na biopolítica atual, como por exemplo, a questão da mortalidade materna ser maior entre mulheres negras e por causas diretas (na sua grande maioria evitáveis se for prestado um atendimento profissional adequado), como a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), hemorragia, infecção puerperal e aborto. Enquanto que as reivindicações do feminismo (com representatividade de um olhar de mulheres brancas) aparecem mais relacionadas à autonomia/liberdade feminina, em poder decidir sobre seu corpo. No caso da Rede Cegonha, as críticas explicitadas pelas feministas brancas estiveram mais centradas na definição de saúde materno-infantil que a estratégia traria e de contemplar o aborto como tema fundamental.

A mortalidade materna trazida como problema pelas feministas negras amplia esse olhar provocando críticas à Estratégia no plano da sua operacionalização, objetivando melhorar dimensões específicas do pré-natal que não estariam contemplando a saúde das mulheres negras. Nesse sentido, demandam-se ações concretas de inclusão da perspectiva racial no atendimento a gestantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do conceito de “saúde reprodutiva” (seja nos planos nacional e global) por parte de diversos atores configurou um campo de práticas variadas, porém eminentemente políticas.

Acordos firmados em Conferências das Nações Unidas com ampla participação dos movimentos de mulheres levaram à politização do tema na interface de desigualdades sociais e na desconstrução da ênfase tradicional de controle da natalidade por parte dos Estados nacionais e agências internacionais. Ainda, nos últimos anos, a ênfase para olhar questões raciais interferindo na saúde reprodutiva. As políticas públicas no Brasil formaram parte dessas transformações e impasses.

Em relação às continuidades e tensões nos discursos e agendas do movimento feminista (com representatividade de um olhar de mulheres brancas) e de mulheres negras, os temas da mortalidade materna e do aborto mostram-nos diferenças.

O lema “nosso corpo nos pertence” caro ao feminismo constitui-se como eixo para refletir sobre questões relativas à integralidade do corpo das mulheres e à autonomia da sexualidade em relação à reprodução, orientando temas como o do aborto ou o do acesso a tecnologias contraceptivas. Porém, ampliando o olhar, o movimento de mulheres negras alerta para a dimensão do biopoder em jogo: o aborto pode ser utilizado como biopolítica para parar a “fábrica de produzir marginal”, tal a fala do governador do Rio de Janeiro, ou o “controle de natalidade” pode ser aplicado em ações tais como os implantes em adolescentes de um bairro popular de maioria negra na cidade de Porto Alegre”.

Nas próprias críticas das feministas à Estratégia Rede Cegonha observamos uma ênfase maior na autonomia feminina na crítica das feministas brancas, e um olhar mais atento a outras dimensões por parte das feministas negras, tentando alargar a perspectiva da Estratégia às questões raciais.

Referindo à mortalidade materna, o movimento de mulheres negras traz questões relacionadas ao passado de políticas eugênicas que ainda refletem na biopolítica atual, como por exemplo, a questão da mortalidade materna ser maior entre mulheres negras. Enquanto que as reivindicações das feministas brancas aparecem mais relacionadas à autonomia/liberdade feminina, em poder decidir o que fazer com seu corpo.

Como foi considerada no artigo, a interseccionalidade permite-nos analisar a produção de discursos sociais em torno da saúde reprodutiva como fenômeno social complexo que diz respeito às relações de poder e aos jogos de forças sociais em determinados contextos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. Mulheres negras e pobres são mais vulneráveis ao aborto com risco, mostra dossiê. 24 de jun 2012. Disponível em: http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/images/stories/PDF/noticias2012/aborto/agenciabrasil24062012_mulheresnegrasesopobressaomaisvulneraveisaoabortocomrisco.pdf Acesso em 21/07/2012.

BERQUÓ, Elza. O Brasil e as recomendações do Plano de Ação do Cairo. In: BILAC, Elisabete Dória. ROCHA, Maria Isabel Baltar (orgs.) *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe*. Temas e Problemas (E. Bilac & M.I. Rocha, orgs.), São Paulo, Editora 34, 1998, pp. 23-38.

BILAC, Elisabete Dória. ROCHA, Maria Isabel Baltar (orgs.) *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe*. Temas e Problemas (E. Bilac & M.I. Rocha, orgs.), São Paulo, Editora 34, 1998, pp. 12.

BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Brasília, Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br> >. Acesso em: 17 de jun de 2011.

BRASIL. *Saúde sexual e reprodutiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5372/785/acoes-da-rede-cegonha-reduzem-mortalidade-materna-em-21.html> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: Acesso em: 21/07/2012.

CAETANO, Andre Junqueira. A relação entre cor da pele/raça e esterilização no Brasil: análises dos dados da pesquisa nacional sobre demografica e saúde - 1996. In: MONTEIRO, Simone. e SANSONE, Lívio (orgs.) *Etnicidade na América latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p.229-247.

CALDWELL, Kia. Fronteiras da diferença: raça e mulheres no Brasil. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, 2000, Vol. 8, n. 2, pp. 91-108

_____. Mulheres Negras, Militância Política e Justiça Social no Brasil. *Revista Gênero*, Niterói, 2007, Vol. 8, n. 1, pp. 53-69.

CARNEIRO, Sueli. Biopoder. In: CARNEIRO, Sueli. *Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil*. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CORRÊA, Sônia, ALVES, José Eustáquio D.; JANNUZZI, Paulo M. Direito e saúde sexual e reprodutiva: masco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, Suzana (org). *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro, ABEP, 2006, p. 27-62.

COSTA, Tonia et al. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface Comunic Saúde, Educ*, 2006, v. 10, n. 20, p. 363-380.

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

CURIEL, O. Crítica poscolonial desde las prácticas políticas del feminismo antirracista. *Revista Nómadas*. Univesidad Central de Colombia, Bogotá, 2007, n. 26, p. 92-101.

DAMASCO, Mariana Santos; MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 20, n. 1, Apr. 2012.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, July 2012.

DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. Feminismo, bioética e vulnerabilidade. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 2000, v.8, n.1, p. 237-44.

DUARTE, Heloisa Helena Silva et al . Utilização de métodos contraceptivos por adolescentes do sexo feminino da Comunidade Restinga e Extremo Sul. *Rev. Paul. Pediatr*, São Paulo, 2011, v. 29, n. 4.

ENVOLVERDE. Rede Cegonha: Saúde feminina se reduz à maternidade e ao aborto seguro? 06/05/2012. Disponível em: <http://envolverde.com.br/saude/politicas-publicas/rede-cegonha-saude-feminina-se-reduz-a-maternidade-e-ao-aborto-seguro/> Acesso em 03/06/2012.

FOUCAULT, Michael. *Genealogía del racismo*. La Plata: Editorial Altemira, 1996.

_____. *História da Sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

GIFFIN, Karen Mary. Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. *Cad Saude Publica*, 1991, v. 7, n. 2, pp. 190-200.

GIFFIN, Karen Mary. Poverty, inequality, and equity in health: considerations based on a transversal gender perspective. *Cad Saude Publica*, 2002 v. 18 Suppl, p. 103-12.

GOES, Emanuelle. Questões raciais e de gênero na produção científica de enfermagem no Brasil. *Rev Paraninfo Digital*, 2011, n. 12. Disponível em: <<http://www.index-f.com/para/n11-12/196d.php>>.

GOLDENBERG, Paulete; FIGUEIREDO Maria do Carmo Tolentino; SILVA Rebeca de Souza e Silva. Adolescent pregnancy, prenatal care, and perinatal outcomes in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. *Cad Saude Publica*, 2005, v. 21, n. 4, p. 1077-86.

HELMAN, Cecil G. Gênero e reprodução. In: HELMAN, Cecil. G. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IGNÁCIO, Vivian Tatiana Galvão; NARDI, Henrique Caetano. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. *Psicologia e Sociedade*, 2007, v. 19 n.3.

IÑIGUEZ, Lupicínio. A análise do discurso nas ciências sociais: variedades, tradições e práticas. In: IÑIGUEZ, L. (Coord.). *Manual de Análise do discurso em Ciências Sociais*. Petrópolis: Vozes, 2005.

JARDIM, Renata Teixeira. O controle da reprodução: estudo etnográfico da prática contraceptiva de implantes subcutâneos na cidade de Porto Alegre/RS. Dissertação de Mestrado, Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

JARDIM, Renata Teixeira; MEINERZ, Nádia. *O gênero como linguagem política considerações sobre a utilização de implantes contraceptivos como estratégia de planejamento familiar em Porto Alegre*. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Caxambu, 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

KALCKMANN, Suzana et al . Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde Soc.*, São Paulo, 2007, v. 16, n. 2, Aug.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1991-2001. *Rev Saude Publica*, 2005, v. 39, n. 1, p. 100-107.

LENOIR, REMI. Objeto sociológico e problema social. In: CHAMPAGNE, Patrick. et al . *Iniciação à prática sociológica*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1996.

LÓPEZ, Laura Cecilia. Uma análise das políticas de enfrentamento ao HIV/AIDS na perspectiva da interseccionalidade de raça e gênero. *Saúde e soc.* São Paulo, 2011, v.20, n.3, p. 590-603.

MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cad Saude Publica*, 2006, v. 22, n. 11, p. 2473-2479.

NACIONES UNIDAS. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: el Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas, 1995. Disponível em: http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/572_filename_final-report_icpd_spa.pdf Acesso em: 28 jun. 2012.

NUNES, Silvia Alexim. Esperando o futuro: a maternidade na adolescência. *Physis*, Rio de Janeiro, 2012, v. 22, n. 1.

OMS, Salud y ausencia de discriminación. Documento de la OMS para la Conferencia Mundial Contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia. Ginebra: Organización Mundial de La Salud, v.Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos Documento de la OMS para la Conferencia Mundial Contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intoleranciaed. 2001.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. 31 de maio de 2012. Disponível em: <http://www.onu.org.br/opasoms-no-brasil-realizam-evento-para-celebrar-o-dia-nacional-pela-reducao-da-mortalidade-materna/> Acesso em 20/07/2012.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1998, vol. 14, suppl. 1. pp. 25-32. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500011&lng=pt&nrm=iso Acesso em 30/07/2012.

PISCITELLI, Adriana. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. *Sociedade e Cultura*, Jul/Dez. 2008, v. 11, n.2. pp. 263 a 274.

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

REVISTA FÓRUM. Cadastro de gestantes e bolsa-chocadeira. 04/01/2012. Disponível em: <http://revistaforum.com.br/idelberavelar/2012/01/04/cadastro-de-gestantes-e-bolsa-chocadeira-por-cynthia-semiramis-e-idelber-avelar/> Acesso em 03/06/2012.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Capacitações Rede Mãe Paranaense. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/CAPACREDEMAEPARANAENSE/REDEMaEPRMAIO2012.pdf> Acesso em 27/07/2012.

UFPA, Fundo de Populações das Nações Unidas. Rio+20 Consolida o papel central da saúde reprodutiva para a sustentabilidade. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/novo/index.php?option=com_content&view=article&id=953:ri-o20-consolida-o-papel-central-da-saude-reprodutiva-para-a-sustentabilidade&catid=1:noticias&Itemid=4 Acesso em: 30 jun. 2012.

VENTURA, Miriam. A mortalidade materna: a persistente violação do direito de proteção da vida e autonomia feminina. *Revista Bioética*, 2008, v. 16, n. 2, p. 217-228.

VENTURA, Mirian. Possibilidades jurídicas para a afirmação e implementação dos direitos sexuais e reprodutivos. *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: em defesa de um Estado laico*. Serie: Argumentos Feministas Nº 3, 2005.

VIEIRA, E. M. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

VIOMUNDO. Telia Negrão: Compromissos assumidos pelo ministério da com a Rede Feminista de saúde não são cumpridos. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/entrevistas/telia-negrao-portaria-da-rede-cegonha-deixa-a-desejar.html> Acesso em: 07/07/2012.

_____. Rede Feminista de Saúde alerta: A Rede Cegonha é um retrocesso de 30 anos. 05/04/2011b. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/entrevistas/rede-feminista-de-saude-rede-cegonha-e->

[um-retrocesso-de-30-anos-nas-politicas-de-genero-saude-da-mulher-direitos-reprodutivos-e-sexuais.html](#) Acesso em: 03/06/2012.

_____. A morte materna invisível das mulheres negras. 23/02/2012. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/denuncias/alaerte-martins-a-morte-materna-invisivel-das-mulheres-negras.html> Acesso em 11/07/2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf Acesso em: 20/07/2012.