PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
Curso de Psicologia

YASMIN PADOVAN SANTOS

“A RESPONSABILIDADE É MINHA, TUDO É COMIGO”: A Percepção de Mulheres Negras sobre os Direitos Reprodutivos

São Paulo
2021

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
Curso de Psicologia

YASMIN PADOVAN SANTOS

"A RESPONSABILIDADE É MINHA, TUDO É COMIGO": A Percepção de Mulheres Negras sobre os Direitos Reprodutivos

Trabalho de conclusão de curso como exigência parcial para a graduação no curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação da Profª Drª Flávia Arantes Hime

São Paulo
2021

À Dona Maria, você faz falta todos os dias, vó! Obrigada por tudo!

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que passaram pela minha vida e possibilitaram que um dia eu chegasse à universidade. O apoio que eu recebi foi imprescindível para que eu pudesse chegar até aqui, sou muito grata.

Primeiramente, à minha família que me aguentou nesses cinco anos e me apoiou em todos os momentos, obrigada Barão, Isabella (mas só nos momentos de cordialidade). Obrigada Bernardo e todas as crianças da família pelo amor, calor e alegria. Agradeço à minha mãe que esteve sempre ao meu lado, obrigada pelas comidas quentinhas, pela paciência e por me ensinar a ser persistente, nada disso seria possível sem você.

Sou grata especialmente à minha avó, a quem dedico esse trabalho, ela não está mais com a gente nesse plano mas está em nossos corações. Ela nos deu inúmeros presentes, entre eles os mais estimados foram o amor, o cuidado e o carinho. Obrigada pelo imenso apoio, esse é pra você!

Às minhas queridas amigas e colegas, Alice, Drica, Gabi, Letícia, Gisele, Sayuri, obrigada pela companhia, é muito bom compartilhar todas as felicidades, tristezas, angústias, esperanças e conquistas (e fofocas) com vocês; que solitária seria essa experiência sem essas mulheres tão acolhedoras e maravilhosas. Muitas saudades de vocês, nos vemos em breve!

Às minhas amigas e amigos, desvinculados dessa minha persona universitária, obrigada por todo o apoio, as palavras de incentivo e principalmente todos os momentos de descontração tão importantes para eu tirar a cabeça dos estudos e renovar minhas energias, vocês são demais, muitas saudades!

À minha orientadora neste trabalho, Flávia, obrigada por ter me guiado com tanto carinho, por ter acompanhado tudo de perto e com tanto interesse, sua orientação foi exatamente o que eu precisava para realizar essa pesquisa de forma saudável.

Às mulheres que aceitaram participar desse trabalho compartilhando suas histórias, muito obrigada pela abertura e disponibilidade.

Por fim, e não menos importante, agradeço a mim mesma, pela coragem, força, interesse, paciência e persistência; esses anos não foram fáceis, mas eu consegui, com muito orgulho, cumprir mais essa etapa.

“A RESPONSABILIDADE É MINHA, TUDO É COMIGO”: A percepção de mulheres negras sobre os direitos reprodutivos

7.07.05.00-3 - Psicologia Social
Orientanda: Yasmin Padovan Santos
Orientadora: Profª Drª Flávia Arantes Hime

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo investigar a percepção de mulheres negras sobre os direitos reprodutivos. Estes se constituem a partir da garantia de uma autonomia reprodutiva desde o acesso à informação, liberdade de escolha, saúde reprodutiva e sexual, estando atravessadas pelas questões referentes à desigualdade de gênero e racial. Para isso foram realizadas duas entrevistas semiestruturadas com mulheres autodeclaradas negras e mães. Essas entrevistas foram analisadas a partir do referencial teórico-metodológico da psicologia sócio-histórica; houve a organização da fala das entrevistadas em núcleos de significação que auxiliam na apropriação dos discursos e na identificação de questões mobilizadoras relacionadas ao objetivo da pesquisa. Essas etapas permitiram a compreensão das vivências das entrevistadas em relação aos processos reprodutivos: elas relataram a existência de um tabu no tocante à sexualidade feminina; apresentaram uma responsabilização das mulheres pela anticoncepção, que é atingida através da medicalização, assim como pelo cuidado dos filhos, o que apareceu de forma naturalizada e reflete os efeitos da desigualdade de gênero. Além disso, em relação às questões raciais, houve uma dificuldade das participantes de identificarem esse aspecto em suas experiências. Com base nos resultados foi possível compreender como essas mulheres vivenciam as questões relacionadas aos direitos reprodutivos, no tocante à sexualidade, à anticoncepção e à maternidade.

Palavras chaves: direitos reprodutivos; desigualdade de gênero, psicologia sócio-histórica.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO ……..……..6

2. OBJETIVOS ……..……..……..……8

2.1. Geral ……..……..……..……..……8

2.2. Objetivos específicos……..……..……..……..……. 8

3. JUSTIFICATIVA ……..……..……..……..……9

4. CAPÍTULO 1: Desigualdade de Gênero……..……..……..…… 10

4.1. Conceito de gênero……..……..……..……..…… 10

4.2. Gênero e interseccionalidade……..……..……..……..…… 12

5. CAPÍTULO 2: Desigualdade Racial……..……..……..…… 14

5.1. A Questão Racial e o Racismo no Brasil ……..……..……..……16

6. CAPÍTULO 3: Medicina e Medicalização do Corpo Feminino……..……..…… 20

6.1. Surgimento da medicina como ciência……..……..……..…… 20

6.2. A mulher na medicina……..……..……..…… 21

6.3. Medicina no Brasil e Relação com a Mulher ……..……..……..……24

6.4. Medicalização do corpo feminino…..……..……..……..……25

7. CAPÍTULO 4: Direitos Reprodutivos ……..……..……..……29

7.1. Direitos Reprodutivos no Brasil ……..……..……..……..……30

7.2. Mulheres negras e direitos reprodutivos ……..……..……..……32

8. MÉTODO……..……..……..……..…… 35

8.1. Perspectiva e pesquisa em psicologia sócio-histórica ……..……..……..……35

8.2. Instrumento de coleta ……..……..……..……..……38

8.3. Procedimentos de obtenção da amostra e dos dados ……..……..……..……40

9. RESULTADOS……..……..……..……..…… 42

9.1. Entrevista 1……..……..……..……..……42

9.2. Entrevista 2……..……..……..……..……46

10. DISCUSSÃO……..……..……..……..…… 53

10.1. Bárbara……..……..……..……..……53

10.2. Rosa ……..……..……..……..……..……69

10.3. Bárbara e Rosa: algumas intersecções……..……..……..……..……83

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS……..……..……..……..…… 86

12. REFERÊNCIAS……..……..……..……..…… 90

13. ANEXOS……..……..……..……..……..…… 94

1. INTRODUÇÃO

A desigualdade de gênero é um assunto amplamente debatido na atualidade, seja no dia a dia dos indivíduos seja na ciência com pesquisas e reflexões advindas de todas as áreas das ciências humanas. Essa desigualdade tem origem, principalmente, na cultura ocidental-europeia que se difundiu pelo mundo nos últimos 500 anos e, além de demarcar uma superioridade ilusória dos seres humanos do sexo masculino sobre aqueles do sexo feminino é também atravessada por inúmeras outras questões que aprofundam esse problema (SOUZA, 2009). Uma dessas questões se refere à desigualdade racial, que também pode ser considerada como um construto mental que foi naturalizado e que implementou que os indivíduos considerados brancos (descendentes de europeus) são superiores aos considerados não-brancos (descendentes de africanos, indígenas, asiáticos, etc.) (QUIJANO, 2005). Ao entrecruzar essas duas problemáticas, do sexismo e do racismo, tem-se que as mulheres pretas estão submetidas a pelo menos duas opressões, elas são consideradas inferiores por serem mulheres e por serem pretas (SOUZA, 2009).

Na América Latina em geral e notadamente no Brasil essas questões se colocam desde o princípio das sociedades e permanecem até os dias de hoje. O racismo e o sexismo estão postos em todos os âmbitos da sociedade, no universo da educação, do trabalho, e no âmbito que será destacado aqui, o da saúde. Desde seu advento a medicina foi responsável por naturalizar as desigualdades mencionadas, colocando no corpo das mulheres, sobretudo das mulheres negras, sua inferioridade e utilizando de sua influência e poder para manter tais desigualdades e controle sobre esses corpos.

Ao considerar as mulheres nota-se que a questão reprodutiva é estruturante desse controle, no sentido de que no desenvolvimento da ciência médica a função e o valor da mulher eram reduzidos à sua capacidade de reproduzir e cumprir o papel materno. Com o passar dos séculos e o desenvolvimento da sociedade essa questão foi sendo percebida, questionada e discutida, as mulheres conquistaram espaços que colocavam em questão sua predeterminação à maternidade, elas

adentraram ao mercado de trabalho e a construção de conhecimento, e assim surgem os métodos contraceptivos e a discussão sobre os direitos reprodutivos; porém, apesar de um evidente progresso, a desigualdade de gênero e de raça ainda são estruturantes das relações sociais. As questões reprodutivas ainda são cruciais na experiência feminina, e se apresentam de diferentes maneiras às mulheres brancas e pretas, elas possuem diferentes experiências dos direitos reprodutivos, sendo essas atravessadas por questões eugênicas e de biopolítica que são importantes de serem investigadas, no âmbito da psicologia, em suas compreensões subjetivas (COSTA et al., 2006).

A partir destas considerações iniciais, o problema de pesquisa a ser focalizado neste estudo é: investigar qual é a percepção das mulheres negras, que estão expostas tanto às desigualdades de gênero quanto às desigualdades raciais, a respeito dos direitos reprodutivos.

Esse estudo está dividido em quatro capítulos que abordam os seguintes temas respectivamente: desigualdade de gênero, desigualdade racial, medicina e medicalização do corpo feminino e direitos reprodutivos. Em seguida, está posto o método no qual é abordado os princípios da psicologia sócio-histórica assim como a apresentação dos procedimentos utilizados para a realização das entrevistas e de suas análises. Posteriormente é exposto os resultados, com uma síntese das entrevistas realizadas e os núcleos de significação organizados a partir delas. Após há a discussão em que é debatido os núcleos de significação a partir dos conteúdos trazidos nas entrevistas e dos capítulos temáticos iniciais. Para terminar, são apresentadas as considerações finais.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Compreender a percepção de mulheres negras perante os direitos reprodutivos.

2.2. Objetivos específicos

Compreender a situação sócio-histórica das mulheres negras a partir dos conceitos de gênero e raça.

Explorar a construção da ciência médica sobre a saúde das mulheres.

Investigar os fundamentos dos direitos reprodutivos no Brasil.

Investigar como e se os direitos reprodutivos são garantidos para mulheres brancas e negras.

Compreender a inserção dos direitos reprodutivos na legislação brasileira e como isso se traduz em políticas públicas.

Analisar o discurso de mulheres negras sobre seus conhecimentos e experiências quanto aos direitos reprodutivos.

3. JUSTIFICATIVA

A realização dessa pesquisa se justifica a partir de sua relevância em diferentes sentidos. Primeiramente, temos a tarefa da psicologia ser uma ciência crítica e transformadora que pretende pensar nas articulações dos sujeitos com as construções sociais; na nossa prática, ao perceber tais vinculações, podemos agir em dois caminhos diferentes: o que reproduz as desigualdades e as construções mentais que as perpetuam ou o que contribui para transformá-las ao refletir, construir conhecimento e agir sobre essas questões. Nesse sentido, pensando em um compromisso social da psicologia, é importante abordar as questões sociais e se propor pensar sobre os diversos aspectos da sociedade que produzem desigualdades e sofrimento nos sujeitos. O que também exprime a importância social de investigar essas questões, dando visibilidade a elas ao abordar a articulação entre a desigualdade racial, de gênero e social, questões que definem a realidade de muitos indivíduos.

Além disso, é interessante do ponto de vista acadêmico realizar levantamentos e articulações de informações que possam contribuir com o corpo de pesquisas existentes sobre a interlocução das questões abordadas, que é escasso.

Da perspectiva pessoal essa pesquisa é de extrema importância para a minha formação como psicóloga, já que ampliará meus conhecimentos acerca da psicologia social, das desigualdades raciais, de gênero e de raça e a interseccionalidade presente nesse âmbito, proporcionando a oportunidade de refletir sobre esses assuntos e incorporá-los ao meu repertório e a minha futura prática profissional.

4. CAPÍTULO 1: Desigualdade de Gênero

4.1. Conceito de gênero

O termo gênero foi formulado no fim da década de 1960 para delinear as construções sociais em torno das concepções biológicas de sexo. Nesse sentido, esse termo surge se diferenciando do conceito de sexo: nessas compreensões iniciais sexo denominaria as características morfológicas e anatômicas do corpo humano, principalmente ligadas à reprodução, enquanto gênero denominaria as formulações sociais, culturais e históricas associadas a cada sexo. Existem diversas compreensões sobre esses aspectos, alguns autores consideram essa dicotomia entre sexo e gênero, enquanto outros buscam superá-la ao considerar gênero como uma categoria de análise que pode incorporar o sexo. Apesar disso, essas formulações explicitam o caráter social e político das relações entre os sexos e sua análise evidencia as relações de poder e desigualdade aí inseridas (MACIEL JR, no prelo)[1].

Nas concepções de gênero há uma divisão entre homens e mulheres, sendo que a cada parte são conferidas características específicas, às quais são atribuídas de valores. Dessa forma, os traços considerados pertencentes aos homens são classificados como superiores e os pertencentes às mulheres, inferiores. Como o gênero tradicionalmente, numa visão cis heteronormativa, está vinculado à noção de sexo, ou seja, o conceito de mulher se relaciona à posse do útero e características relacionadas, enquanto o de homem diz respeito a posse do pênis, essas formulações naturalizam as relações sociais que estratificam e hierarquizam a humanidade (SCOTT, 2012).

É complexo estabelecer o advento dessas formulações, no entanto a historiadora Gerda Lerner (1986) aponta que se consolidaram antes do advento da propriedade privada e da sociedade de classes; durante a história

[1] Maciel Jr., Plínio Almeida. **Os estudos críticos das masculinidades e seus reflexos no fazer psicológico**. No prelo.

ocidental-europeia essa categorização da diferença foi instaurada por meio de instituições que a promovem como a família, a religião e o Estado. Com isso, é essencial realçar que o gênero é antes de tudo uma construção social e não se caracteriza como uma experiência universal, mas é particular da sociedade ocidental-europeia: desse modo a concepção de gênero é difundida para o continente americano com a colonização e se articula com outras categorias da diferença como a raça, etnia, classe social, entre outras (OYĚWÙMI, 2004).

Tendo em mente esse contexto, Oyěwùmi (2004) ao refletir sobre o advento das teorias feministas a partir do século XIX, considera que seus conceitos estão enraizados na instituição da família nuclear e por conta disso tem dificuldades de ir além desse ambiente e considerar outras realidades. A família nuclear é aquela centrada em uma unidade conjugal e todas as categorias que lhe pertencem são designadas pelo gênero. Nessa unidade há uma mulher subordinada, também esposa, associada ao doméstico e ao cuidado, e um homem patriarca associado ao papel de provedor; há também os filhos que são ensinados a reproduzir essa organização ao serem sujeitados a assumirem esses papéis de gênero.

Nesse sentido, o conceito de feminilidade surge nesse contexto a partir da vivência de esposa de mulheres brancas, vinculando a ideia de mulher com a de esposa. Sendo importante apontar que, ao ter mulher como sinônimo de esposa, esse lugar é altamente sexualizado, já que a mulher/esposa se encontra sexualmente ligada a um marido; assim ocorre também com o papel de mãe, havendo uma sexualização da maternidade: nesse sentido, surge o conceito paradoxal de mãe solteira. O conceito de maternidade passa, então, a ter em si, de maneira inerente, laços sexuais com um pai, se baseando mais nessa relação do que na relação de descendência entre uma mãe e um filho (OYĚWÙMI, 2004).

Ainda, ao analisar esse ambiente, constata-se que a família nuclear não é normalmente composta por diferentes “raças” e, portanto, as teorias feministas que nascem a partir daí são limitadas, o que dificulta a consideração das questões de classe e de raça: é necessário, então, ir além desse lugar para pensar a amplitude das experiências de gênero (OYĚWÙMI, 2004).

4.2. Gênero e interseccionalidade

É imprescindível considerar a interseccionalidade presente na questão de gênero. Ou seja, a problemática do gênero é também atravessada por outras, como a de raça e de classe social e, portanto, não pode ser pensada sem as considerar (LUGONES, 2008).

A interseccionalidade está amplamente relacionada com a colonialidade e seus produtos. O período colonial introduz diversas relações de poder nos territórios colonizados, como a América Latina, em que se tem o homem europeu branco nobre como um modelo, sendo que este se coloca como superior; assim, todos aqueles que diferem dele são inferiores, ou seja, os não-brancos e os não-homens; essas relações de poder se desenvolvem durante o período colonial e se mantém pelas culturas coloniais eurocêntricas e pela estrutura capitalista moderno/colonial (LUGONES, 2008). Quijano (2009) define isso como colonialidade do poder, exprimindo assim que as relações de poder formadas no período colonial não acabaram com seu fim e se mantêm nas relações econômicas e políticas da modernidade. A colonialidade do poder, portanto, está presente atualmente nas relações de poder do capitalismo e subjuga diversos âmbitos da vida humana: entre eles está o gênero e a sexualidade; com isso, Lugones (2008) coloca que “toda forma de controle do sexo, da subjetividade, da autoridade e do trabalho existe em conexão com a colonialidade” (p.53) e também caracteriza o sistema de gênero atual como colonial/moderno.

As mulheres não-brancas só são vistas ao considerar gênero e raça como indissolúveis; quando essas categorias são separadas, implicando o que Lugones (2008) chama de pensamento categorial, as mulheres não-brancas são invisibilizadas. Isso se dá, pois as categorias pressupõem uma normalidade e homogeneidade, ou seja, a categoria “mulher” tem como norma as mulheres cis, burguesas, brancas e heterossexuais e a categoria “negro” tem como norma os homens cis, heterossexuais negros: nessa categorização a mulher negra não é considerada, já que não é incluída nem em “mulher” nem em “negro”.

Além disso, o imaginário histórico sobre a mulher branca se opõe ao da mulher negra. As mulheres brancas são vistas como sexualmente passivas e física e intelectualmente frágeis, enquanto as mulheres negras, inicialmente escravizadas, foram consideradas sexualmente agressivas e capazes de aguentar qualquer trabalho (LUGONES, 2008).

Na superfície, o gênero é construído levando em consideração as mulheres e os homens burgueses, heterossexuais e brancos e esse sistema organiza suas vidas, situando a mulher branca sob o estereótipo de pura e passiva e lhe concedendo o papel de reprodutora da classe e posição racial dos homens brancos (DAVIS, 1981). No entanto, essas mulheres são excluídas da autoridade coletiva, da produção do conhecimento e da possibilidade de controle dos meios de produção; com base no mito da fraqueza de seus corpos elas são retiradas da participação de diversos âmbitos da vida humana. Com a mulher negra isso ocorre com a sua animalização, hipersexualização e vinculação com o trabalho desumano e alienado (LUGONES, 2008).

Dessa forma se torna evidente a violência do sistema de gênero, que retira esses corpos da produção da vida humana e os reduz; o sistema de gênero moderno/colonial não controla somente o sexo, seus recursos e produtos, mas também o trabalho que é racializado e atribuído a partir do gênero e toda construção e organização da sociedade moderna/capitalista; esse sistema está presente na construção da autoridade coletiva, na relação entre capital e trabalho e na construção do conhecimento (LUGONES, 2008).

5. CAPÍTULO 2: Desigualdade Racial

Quijano (2005) traz a questão racial a partir da ideia de raça como uma construção mental que expressa a dominação colonial. Segundo ele, essa categoria é estabelecida com a conquista da América como um instrumento de classificação social básica da população, de modo a diferenciar "biologicamente" os conquistadores dos conquistados. Ao ter essa separação de classes marcada em características físicas há uma naturalização dessa segregação, como ocorrido com as relações de gênero: assim, os indivíduos pertencentes ao grupo dos conquistados, ou seja, indígenas e africanos, passaram a ser considerados naturalmente inferiores, bem como suas culturas, costumes e conhecimentos. Dessa forma, a ideia de raça se manifesta como um instrumento de controle, que foi essencial para a modernidade e o desenvolvimento dos países dominantes, e que se mantém até a atualidade (QUIJANO, 2005).

A colonização transformou os modos de produção mundial, permitindo o advento e expansão do capitalismo mundial; neste contexto existiam mutuamente a escravidão, a servidão, a pequena produção mercantil e o salário. Sendo assim, é imposta uma divisão racial do trabalho, na qual o trabalho assalariado e a produção industrial capitalista concentravam-se na Europa, enquanto o trabalho não pago era associado às raças dominadas, consideradas inferiores no esquema de segregação racial (QUIJANO, 2005).

> A classificação racial da população e a velha associação das novas identidades raciais dos colonizados com as formas de controle não pago, não assalariado, do trabalho, desenvolveu entre os europeus ou brancos a específica percepção de que o trabalho pago era privilégio dos brancos. A inferioridade racial dos colonizados implicava que não eram dignos do pagamento de salário. Estavam naturalmente obrigados a trabalhar em benefício de seus amos. Não é muito difícil encontrar, ainda hoje, essa mesma atitude entre os terratenentes brancos de qualquer lugar do mundo. E o menor salário das raças inferiores pelo mesmo trabalho dos brancos, nos atuais centros capitalistas, não poderia ser, tampouco, explicado sem recorrer-se à classificação social racista da população do mundo. Em

> outras palavras, separadamente da colonialidade do poder capitalista mundial (QUIJANO, 2005, p. 120).

No processo de colonização a Europa impôs seu domínio sobre todas as regiões e populações do mundo, implicando um processo de reidentificação histórica que atribui a essas regiões uma nova identidade, em geral baseada na superioridade europeia e inferioridade dos outros povos nativos americanos, africanos, asiáticos e aborígenes. Para a manutenção dessa hegemonia mundial a Europa também impôs um controle da subjetividade, da cultura, do conhecimento e da produção de conhecimento. Com isso, a Europa constrói um imaginário em que representa a civilização, a racionalidade e a modernidade, enquanto o resto do mundo é primitivo, irracional e tradicional (QUIJANO, 2005).

Assim, cria-se um mito europeu no qual a racionalidade e civilidade pelos europeus representados, retrata o progresso e a posição em que a humanidade deve chegar, enquanto os outros povos representam uma primitividade que deve progredir e percorrer o único caminho possível, o da civilidade e racionalidade europeus. Com isso, Quijano (2005) destaca a concepção de um novo dualismo em que os povos/raças que não são considerados racionais são considerados inferiores, aprofundando as relações de poder em torno da questão racial e também as relações sexuais de dominação.

A partir disso tem-se que o conceito de raça é uma construção social, sem embasamento científico, que surge como uma forma de exercício de controle de um grupo sobre outro, de modo a naturalizar as diferenças socialmente impostas, desumanizar grupos e legitimar segregações e genocídios (ALMEIDA, 2019). Ainda segundo Almeida (2019), a raça opera a partir de dois registros básicos que se entrecruzam e se complementam:

> *1. como característica biológica,* em que a identidade racial será atribuída por algum traço físico, como a cor de pele, por exemplo;
>
> 2. *como característica étnico-cultural,* em que a identidade será associada à origem geográfica, à religião, à língua ou outros costumes, “a uma certa forma de existir” [...] (ALMEIDA, 2019, p.22).

É importante também destacar que, apesar da discriminação racial como conhecemos hoje ter tido origem na colonização europeia, sua existência na atualidade não se dá somente por conta de resquícios desse sistema que perdurou, mas por conta do sistema capitalista que atualiza essa forma de controle de acordo com seus interesses. Dessa forma, escravidão e modernidade não se opõem, mas constituem um mesmo processo de advento e manutenção do capitalismo (ALMEIDA, 2019).

Ainda, o racismo se perpetua na medida em que há um processo de constituição de subjetividades racistas e, para isso, segundo Almeida (2019) há a produção de um sistema de ideias que fornece uma explicação "racional" para a desigualdade racial e há a constituição de sujeitos cujos sentimentos não são abalados diante da discriminação e violência racial, sendo considerado normal e natural que no mundo haja brancos e não brancos.

5.1. A Questão Racial e o Racismo no Brasil

A escravidão, no Brasil, é abolida no final do século XIX, ou seja, por mais de três séculos as pessoas negras escravizadas foram consideradas uma mercadoria, sendo este mercado de pessoas a principal força motriz do sistema econômico. Com a abolição os negros deixam de ser escravos e se tornam trabalhadores livres e assim, para participar dessa nova organização social, eles deveriam vender sua força de trabalho e, para isso, se mostraram presentes diversos obstáculos (PINTO e FERREIRA, 2014).

Durante o século XIX houve uma significativa importação de teorias científicas racistas da Europa para o Brasil e no final desse século foi iniciada a construção de teorias brasileiras que buscavam justificar a inferioridade no negro e impedir a abolição da escravidão. Desse modo, em uma tentativa de embranquecer a população e substituir os negros dos espaços de produção houve um incentivo à imigração europeia (DAVID, 2018). Assim, com a mão de obra europeia já presente no território brasileiro e a inexistência de qualquer tipo de política pública ou auxílio

aos ex-escravos, estes são abandonados à própria sorte sem perspectivas de trabalho, de educação e de inclusão social (PINTO E FERREIRA, 2014).

Essas teorias racistas traziam consigo uma aversão à miscigenação, considerando que a mistura de raças ocasionaria a perda da superioridade branca e produziria "seres inférteis e incapazes, os denominados sem raça, e, por consequência comprometeria, nesse modo de pensar, o caráter civilizatório do povo brasileiro" (PINTO e FERREIRA, 2014, p. 259). Porém, o processo de miscigenação já estava bastante avançado e, no esforço de construção de uma identidade nacional, surge a necessidade de dar um sentido positivo à miscigenação, assim esta passa a ser considerada como um início de um embranquecimento: com o passar do tempo a população brasileira se tornaria cada vez mais branca (PINTO E FERREIRA, 2014).

Isso também deu fundamento para a concepção do mito da democracia racial, um artifício ideológico criado pela elite brasileira que postula a ideia de que no Brasil não haveria discriminação racial, já que as raças se misturavam e, portanto, havia igualdade de oportunidades para todas as raças e etnias (PINTO E FERREIRA, 2014). Esse mito mascara o aspecto racial da desigualdade social e evita um conflito racial:

> O mito da democracia racial [...] tem uma penetração muito profunda na sociedade brasileira: exalta a ideia de convivência harmoniosa entre os indivíduos de todas as camadas sociais e grupos étnicos, permitindo às elites dominantes dissimularem as desigualdades e impedindo os membros das comunidades não brancas de se conscientizarem acerca de suas características culturais, o que teria contribuído para a construção e expressão de uma identidade própria. Essas características são "expropriadas", "dominadas" e convertidas em símbolos nacionais pelas elites dirigentes (PINTO E FERREIRA, 2014, p. 260)

Com o mito da democracia racial e a inexistência de leis segregacionistas como as que foram aplicadas nos Estados Unidos e na África do Sul, é propagada a crença da convivência harmoniosa entre as raças. Assim, a desigualdade e discriminação racial no Brasil se torna velada, sendo que expressões racistas são muitas vezes consideradas como questões pontuais e individuais e a discussão

dessas questões é muitas vezes tida como sem sentido e grosseira (PINTO E FERREIRA, 2014). Essa expressão considerada individual do racismo é chamada por Almeida (2019) de concepção individual: nesta o racismo é classificado como um fenômeno individual anormal, relacionado à ética e ao caráter dos indivíduos, sem relações com construções sociais profundas: por isso seria combatido somente a partir de punições individuais por comportamentos racistas.

Almeida (2019) também coloca outras duas concepções do racismo, a institucional e a estrutural. A concepção institucional considera o racismo como produto do funcionamento das instituições sociais, sendo as instituições modos de organização e orientação da ação social que estabelece normas e padrões que orientam a ação dos indivíduos; os conflitos e antagonismos produzidos na sociedade são por elas absorvidos e mantidos em controle por meios institucionais. Desse modo, tem-se que os conflitos raciais são parte das instituições e essas são hegemonizadas e dominadas por determinados grupos raciais que impõem seus interesses políticos e econômicos através de um controle e manutenção desse controle a partir da imposição de regras, padrões de condutas e modos de racionalidade que naturalizam esse domínio. Nessa concepção as instituições, portanto, se modificam e se atualizam em relação aos conflitos existentes na sociedade de modo a manter seu poder. Almeida (2019) coloca:

> No caso do racismo institucional, o domínio se dá com o estabelecimento de parâmetros discriminatórios baseados na raça, que servem para manter a hegemonia do grupo racial no poder. Isso faz com que a cultura, os padrões estéticos e as práticas de poder de um determinado grupo tornem-se o horizonte civilizatório do conjunto da sociedade. Assim, o domínio de homens brancos em instituições públicas – o legislativo, o judiciário, o ministério público, reitorias de universidades etc. – e instituições privadas – por exemplo, diretoria de empresas – depende, em primeiro lugar, da existência de regras e padrões que direta ou indiretamente dificultem a ascensão de negros e/ou mulheres, e, em segundo lugar, da inexistência de espaços em que se discuta a desigualdade racial e de gênero, naturalizando, assim, o domínio do grupo formado por homens brancos (ALMEIDA, 2019, p. 28).

A concepção estrutural, por sua vez, parte do princípio de que as instituições reproduzem a ordem social e, portanto, são racistas porque a estrutura da sociedade é racista, carregando um processo político e histórico. Sendo esta uma característica da sociedade que é refletida nos âmbitos institucionais e individuais, o combate do racismo deve ter em mente uma transformação da estrutura da sociedade, o que não se concretiza com punições individuais, mas com a adoção de práticas e posturas antirracistas em todos os âmbitos da sociedade (ALMEIDA, 2019).

6. CAPÍTULO 3: Medicina e Medicalização do Corpo Feminino

6.1. Surgimento da medicina como ciência

Entre os séculos XVIII e XIX havia uma tendência da ciência positivista de considerar que as hierarquias que existiam na sociedade eram reflexos da natureza e portanto irreversíveis e não uma criação do homem: dessa forma a superioridade do homem branco sobre mulheres e indivíduos de outras raças era considerado como natural nessa perspectiva. Os cientistas tinham a noção de que somente interpretavam a natureza e que a sociedade seguia necessariamente suas regras (COSTA et al., 2006).

Essas ideias positivistas se vinculam à medicina com Descartes e com a Revolução Industrial. Descartes, no século XVII, estabelece uma dicotomia entre a mente, que seria uma estrutura inalcançável pela ciência, e o corpo, que seria um organismo imperfeito, semelhante a uma máquina: assim é instituída uma visão mecanicista do corpo humano, que é adotada também pela ciência médica. Porém, segundo Queiroz (1986) a construção do conhecimento não faz sentido se não forem considerados os contextos sociais em que é concebido, já que o conhecimento varia conforme esse contexto. O autor coloca:

> [O] conhecimento varia conforme o contexto social e só tem sentido dentro dele. Os aparelhos de apreensão da realidade são socialmente modelados, exigindo um processo de aprendizagem. Aprende-se a sentir, a ver, a ouvir, a classificar e a discernir sobre o mundo que nos circunda. Isso nos leva à conclusão de que o conhecimento é inevitavelmente parcial, uma vez que a realidade é infinita e os aparelhos de apreensão da realidade do ser humano são limitados pela biologia (objetivamente) e pela cultura (subjetivamente) (QUEIROZ, 1986, p.310).

Nesse sentido, ao pensar o corpo humano como objeto de investigação científica, é possível dividi-lo em duas partes, uma objetiva e outra subjetiva. A primeira seria correspondente ao corpo biológico, que é composto por órgãos, células, componentes químicos, etc. E a parte subjetiva abrange a construção

histórica e cultural, as construções religiosas, de classe, dos grupos familiares, etc. que significam o corpo para além de suas funções prioritariamente orgânicas. Porém, essa divisão só é possível de ser feita teoricamente, pois na prática e na vida cotidiana não é possível diferenciar o objetivo do subjetivo: esses dois componentes se relacionam dialeticamente, no sentido de que se determinam mutuamente e um não existe sem o outro (AGUIAR, 2009). Portanto, o considerado corpo biológico é atravessado pelas questões sociais, havendo uma apropriação social do corpo que produz uma maneira específica de pensar os corpos e lidar com eles, resultado de uma construção histórica e social. Nesse sentido as noções que envolvem o corpo humano cumprem uma função ideológica, já que refletem um contexto social, histórico e cultural (FERNANDES, 2009).

Tendo isso em vista, a construção de uma ciência médica, ou seja, de saberes sobre o corpo humano e o que diz respeito a sua saúde e doença, também reflete seu contexto social e consequentemente manifesta as desigualdades sociais vigentes, incluindo ou excluindo grupos de indivíduos a partir de seus corpos. Destacam-se as questões que dizem respeito à desigualdade de gênero.

6.2. A mulher na medicina

Na história da ciência médica sempre existiu uma diferenciação entre homens e mulheres, sendo que os homens eram considerados superiores e as mulheres inferiores. Até o século XVIII havia uma visão de sexo único nas ciências médicas, ou seja, o corpo masculino era considerado o padrão e o corpo feminino era sua versão invertida e, portanto, inferior.

> O homem era portador do calor vital que o fazia evoluir para a forma superior de macho com a exteriorização de seus órgãos genitais e, na mulher, a ausência desse calor impossibilitava tal exteriorização, determinando a posição de inferioridade. Haveria, então, um só corpo, uma só carne, na qual se aplicavam distintas marcas sociais ou inscrições culturais, conforme seu nível de perfeição (FERNANDES, 2009, p.1053).

Essa concepção de sexo único se modifica no final do século XVIII, sendo então incorporada uma visão de bissexualidade: nesse momento os corpos masculino e feminino são mais profundamente separados e o corpo feminino recebe

atribuições negativas e patológicas; por exemplo, o esqueleto feminino e o sistema nervoso que na percepção anterior eram comuns, nesse momento são diferenciados e as características femininas são postas como inferiores, pois ao serem comparadas diretamente com às dos homens as mulheres possuem crânios menores e pélvis maiores, o que caracterizaria uma inferioridade intelectual e uma disposição natural à maternidade. Nesse sentido existe uma naturalização das diferenças socialmente impostas entre os gêneros, o homem é considerado mais competente do ponto de vista intelectual e físico, sendo mais capaz de produzir conhecimentos, realizar escolhas políticas e efetivamente comandar a sociedade, sendo que essas características estariam naturalmente refletidas em seu corpo. Enquanto a mulher é predisposta à maternidade e à vida doméstica, não sendo competente intelectualmente, estando isso determinado também em seu corpo (FERNANDES, 2009).

Considerando o papel da medicina de justificar e manter essas desigualdades, esta ciência ganha um papel crucial na sociedade que passa a depender dela. A medicina cria regras morais ligadas ao trabalho e aos hábitos cotidianos e princípios de higiene que compreendem uma normalização social da medicina, sendo isto um dos mecanismos de controle institucional da população, Illich (1975) denomina esse processo de medicalização social referente a uma “crescente dependência da população para com as drogas, comportamentos e medidas prescritas pela medicina, que dissemina uma atitude passiva e dependente da autoridade médica” (p.365).

A partir disso considera-se que essa medicalização atinja principalmente as mulheres, no sentido que toda a sua existência é pensada com base em seus órgãos reprodutivos e sua capacidade de reprodução. Ademais, a questão da enfermidade também é tratada de maneira diferente ao depender do sexo; de acordo com Fernandes (2009) a existência comum da mulher já é patologizada, já que a menstruação e a gravidez, eventos que fazem parte da vida da mulher, eram (e muitas vezes ainda são) considerados desvios periódicos. Além disso, segundo a mesma autora, o tratamento de enfermidades em mulheres era dado de maneira diferente: a análise médica da mulher estava centrada no útero, havendo

pressupostos que consideravam que patologias no útero poderiam provocar reações patológicas em outras partes do corpo ou ainda propagar doenças, e por isso a questão da cura de doenças em mulheres também muito se vinculava ao seu sistema reprodutivo.

Inclusive a mulher era também associada à uma predisposição para doenças mentais, o que também estaria marcado em seu corpo, já que seu tamanho de crânio menor que o dos homens as indicaria como seres predominantemente emocionais e, portanto, mais sujeitos a se render completamente a essas emoções. Aliás, psiquiatras consideravam a maternidade como um dos principais remédios de prevenção e cura de distúrbios mentais: portanto, mulheres sem filhos eram consideradas incapazes física e psiquicamente e possuíam maior predisposição a desenvolver transtornos mentais (FERNANDES, 2009).

Segundo Costa et. al (2006), no fim do século XIX era comum patologizar mulheres que fugissem dos padrões considerados femininos; por exemplo, os diagnósticos de ninfomania e a histeria classificavam como doença a tentativa de mulheres se emanciparem e reivindicarem seus direitos.

Há então, a emergência de uma ciência médica construída a partir de uma configuração social muito pautada nas desigualdades entre os sexos masculino e feminino, portanto para além de refletir essa realidade, a naturalização dessas questões a partir da construção dessa ciência também tem como papel a manutenção dessa situação social, perpetuando o domínio masculino e efetuando um controle da mulher a partir de seu corpo. Ou seja, há a utilização do corpo para um controle social, compreendendo estratégia biopolítica (COSTA et al., 2006).

Foucault (1977) coloca uma definição de medicalização semelhante a de Illich (1975) mencionada anteriormente, em que a medicalização é uma incorporação da conduta, do comportamento e do corpo humano nas diferentes práticas médicas que se desenvolvem a partir do século XVII e, com isso, a medicina moderna, ao contrário ao que muitos autores apontam, não é uma medicina individual, mas sim social, no sentido que apropria o corpo a partir de uma perspectiva social. Com o advento do capitalismo, por exemplo, há a socialização do corpo como em função de uma força produtiva, segundo ele:

> O controle da sociedade sobre os indivíduos não é operado simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas é exercido no corpo, com o corpo. Para a sociedade capitalista, o importante era o biológico, o somático, o corporal em primeiro lugar. O corpo é uma realidade biopolítica, a medicina é uma estratégia biopolítica. (FOUCAULT, 1997 ,p.5)

6.3. Medicina no Brasil e Relação com a Mulher

No final do século XIX e início do século XX, no Brasil havia um incentivo para o crescimento da população e por isso era considerado imoral e antipatriota qualquer tipo de controle de natalidade. Porém, com a crescente urbanização e aumento do número de mulheres trabalhadoras houve uma popularização de contraceptivos e do aborto; os movimentos de contracultura que marcaram as décadas de 60 e 70 do século XX foram marcos importantes no sentido da emancipação feminina, ocorrida tanto pela independência conquistada pela entrada das mulheres em massa para o mercado de trabalho quanto pelas mudanças favorecidas pelo advento da pílula anticoncepcional, que possibilitou a separação entre a reprodução e o exercício da sexualidade apenas como busca de prazer (Hime, 2004). Entretanto, com isso surgiram campanhas contra a contracepção e o aborto por parte de ginecologistas, como modo de frear a liberdade sexual feminina: desse modo, a ginecologia ganhou prestígio como uma nova especialidade da medicina que coloca a saúde da mulher como um problema médico, havendo então uma medicalização do corpo feminino (COSTA et al., 2006).

Esse contexto de incentivo à reprodução e à maternidade é atravessado pela questão racial. A medicina cria diferentes naturezas femininas, aquela que diferencia as mulheres, em geral, dos homens, e aquela que está de acordo com sua condição social de raça. Enquanto a diferenciação de sexo coloca que as mulheres são naturalmente mais aptas à reprodução e por isso são relegadas a essa função, a diferenciação racial estipula o valor de ser humano: quem não é branco é inferior, de tal forma que carrega em seus genes características de menor valor e, de acordo com ideias eugênicas, não deveriam se reproduzir. A eugenia, que pode ser definida como “o estudo dos agentes sob o controle social que podem

melhorar ou empobrecer as qualidades raciais das futuras gerações – física ou mentalmente" e por isso considera que os não brancos, que possuem características inferiores, não deveriam se reproduzir. E essa questão da eugenia também está muito presente na relação entre medicina e poder público em diversos contextos no Brasil (COSTA et al., 2006).

No final do século XX o contexto brasileiro muda: por conta de um grande aumento da população há uma promoção de controle populacional sendo este também relacionado a uma forma de diminuição da pobreza. Nesse momento evidencia-se um aumento do uso de anticoncepcionais, da prática do aborto e da esterilização: o risco de esterilização era maior de 44% em mulheres pardas, enquanto mulheres pretas apresentavam grandes obstáculos no acesso a qualquer tipo de contracepção, ao passo que as mulheres brancas apresentavam o maior percentual de pílulas contraceptivas e outros métodos mais modernos. A crescente prática da esterilização foi alvo de atenção de pesquisadores sociais e ativistas, sendo que o movimento negro denunciava uma suposta motivação racista e eugênica refletida na maciça esterilização de mulheres pobres e não-brancas. Portanto, segundo Costa et al. (2006) "a vivência de questões relativas à saúde reprodutiva e o tipo e a qualidade dos direitos a essa saúde sofre forte influência da raça, classe social e/ou origem étnica" (p. 373).

6.4. Medicalização do corpo feminino

Isto posto, as relações de gênero se atualizaram com o passar do tempo, mas em sua maior parte se mantêm. Nas relações de gênero nas classes trabalhadoras urbanas o espaço doméstico, as tarefas de cuidar e de reprodução são responsabilidades femininas, enquanto ao homem cabe o social, o público e as tarefas de prover. Segundo Paim (1998, p. 35) "ser mulher nos grupos populares, inclui a maternidade como condição inerente e necessária para sua completa realização como sujeito." Nesse sentido, a maternidade confere um papel social superior às mulheres, o que se relaciona à alta taxa de gravidez precoce nas camadas populares, que confere um lugar no mundo a essas mulheres em situação de maior vulnerabilidade. Por outro lado, nas classes mais altas é comum que as

mulheres tenham filhos em idades mais avançadas. Isto demonstra desigualdade na saúde reprodutiva na realidade brasileira; a procura por novas tecnologias reprodutivas de um lado, dão às mulheres o direito de escolherem quando querem ter filhos e de outro reforça a questão do processo medicalização feminina em função da reprodução, já que a ausência de filhos é considerada patológica (COSTA et al., 2006).

A estruturação da medicalização do corpo feminino inicia-se na monopolização da ciência médica sobre o parto. Na Europa do século XVI a assistência ao parto era feita por parteiras mulheres, porém a partir desse período essas atividades passam a ser regulamentadas por governos e pela Igreja católica como modo de assegurar seus interesses nesse âmbito, entre eles a garantia da não realização de abortos e o batismo de recém nascidos. Com a monopolização dessas instâncias e a legitimação do saber médico a partir das universidades criadas no período do Renascimento, essas mulheres passam a ser perseguidas e excluídas da construção e prática desses saberes, que então se concentram na mão dos universitários homens, já que à época as mulheres não poderiam adentrar as universidades (VIEIRA, 1999).

Já no Brasil, a atividade das parteiras se sustenta até o final do século XIX, pois eram precárias as formações em obstetrícia, nas quais haviam poucos treinos práticos e porque as mulheres evitavam a utilização de hospitais que eram associados a abrigos de pobres; também evitavam o olhar masculino nas práticas ginecológicas e obstétricas por questões morais e além disso havia uma resistência a essas práticas pouco seguras na época. Outro conflito que dificultou a instituição da obstetrícia como disciplina médica foi a desvalorização dessa área na prática médica geral, em toda sociedade ocidental, ao ser associada a um trabalho feminino anteriormente vinculado às parteiras. Apesar dessas resistências, com o avanço das tecnologias o parto se tornou um ato médico no Brasil no final do século XIX (VIEIRA, 1999).

Segundo Freitas (2008), a ginecologia junto com a obstetrícia surge com o objetivo de resolver problemas relacionados especificamente à saúde da mulher, legitimando ainda mais a diferença entre os gêneros e atrelando a mulher à função reprodutora. Inclusive a constituição da ginecologia mais especificamente, segundo

a autora, está vinculada ao incremento de cirurgias abdominais femininas de extração dos ovários e do útero. Além disso, a legitimidade e construção desse campo de conhecimento vai além da possibilidade de controlar os fenômenos da gravidez, do parto, do puerpério e de doenças femininas, segundo a autora:

> Os estudos de gênero têm demonstrado que o corpo feminino, estudado em suas minúcias, tem servido como justificativa para a delimitação de papéis sociais. As mulheres esquadrinhadas pela medicina do século XIX não foram apenas “avaliadas” em função da sua biologia reprodutiva. Elas também foram rotuladas como: “impressionáveis”, “instáveis”, superficialmente sexuais, exibicionistas, dramáticas; além de serem consideradas dependentes, devido ao seu ego fraco (FREITAS, 2008, p. 181)

A assistência médica também se expande a partir do século XX, com ações do Estado a partir de um reconhecimento de uma demanda social por assistência médica. Assim, surge uma medicina pública que se implementa de várias maneiras como na criação de serviços, em práticas sanitárias e programas específicos de assistência médica. Com essa ação do Estado a medicina se amplia e se normaliza junto à população em geral (VIEIRA, 1999).

Até a década de 1960 a atenção médica da mulher era focada no período da gravidez e do puerpério, e somente a partir dessa década, por conta do vertiginoso crescimento populacional que se dava principalmente nos países mais pobres, começa mais intensamente o desenvolvimento de pesquisas sobre métodos anticoncepcionais, práticas que anteriormente eram consideradas imorais. No Brasil, mais especificamente, o foco no período da gravidez e do puerpério se mantém, porém também surgem entidades que passam a desenvolver ações de planejamento familiar, visando principalmente a anticoncepção (VIEIRA, 1999).

A ampliação da demanda de criação de tecnologias de anticoncepção foi responsável pela expansão da medicalização no controle reprodutivo. As ideias e práticas daí advindas seguem a lógica de toda a ciência médica no tocante às relações de gênero, ou seja, as mulheres são responsabilizadas por sua capacidade reprodutiva e a prática contraceptiva também torna-se sua responsabilidade e se concretiza a partir de ações em seu corpo. Assim, nas últimas décadas no século

XX aumenta o índice de cirurgias de cesárea e de esterilizações no Brasil; por exemplo, o índice de 29% das mulheres esterilizadas no Brasil em 1986 sobe para 40% em 1996, o que contrariamente causa uma maior taxa de mortalidade materna devido a infecções e outras complicações advindas dessas cirurgias (VIEIRA, 1999).

Vieira (1999) destaca essa contradição da medicina que, por seu excesso de medicalização, que a princípio tem por objetivo preservar a vida, acaba por aumentar a mortalidade das mulheres no pós-parto. Além do que essas tecnologias são prioridade em nossa sociedade, havendo uma noção de que elas sempre são a melhor solução. A medicalização do planejamento familiar é focalizada na mulher e as tecnologias são privilegiadas ao invés de informações, possibilidade de escolha e humanização e, com base nas contradições que se apresentam, não estabelecem prioridade na garantia de saúde, direitos humanos e acesso universal a cuidados médicos.

7. CAPÍTULO 4: Direitos Reprodutivos

Os direitos reprodutivos se constituem a partir da garantia da efetivação da autonomia reprodutiva desde o acesso à informação, liberdade de escolha, saúde sexual e reprodutiva a todos os indivíduos, livre de discriminação, coerção ou violência (ZADROSKI, 2019). Não se limitando à reprodução, mas também abarcando proteção social aos processos antes, durante e depois de sua ocorrência (MATTAR, 2013).

A reprodução vem sendo controlada há séculos por ditames religiosos, morais, médicos e de pessoas no poder, sujeitos em sua maioria homens; tais ditames recaíam, e de diversos modos ainda recaem, sobre as mulheres. A reprodução era considerada uma forma de perpetuação da ordem social baseada na família nuclear, na qual as mulheres eram responsáveis pelo cuidado da casa e dos filhos, estando restritas ao ambiente doméstico, enquanto os homens eram responsáveis por prover, participando da esfera pública, efetivando uma divisão sexual do trabalho. Desse modo, a reivindicação pelos direitos reprodutivos surgiu como uma pauta das mulheres a partir do desejo principal de obterem controle sobre seus corpos, desconstruindo a percepção da maternidade como um dever e reinvindicando, primeiramente, o acesso a métodos contraceptivos e ao aborto (MATTAR, 2013).

O termo “direitos reprodutivos” surge primeiramente em Amsterdã, na Holanda, em 1984 no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, recebendo reconhecimento jurídico no âmbito do Direito Internacional dos Direitos Humanos, após esforços e negociações de movimentos feministas, na Conferência Internacional de População de Desenvolvimento ocorrida no Cairo, Egito em 1994. Foi reafirmado na IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim, China em 1995. Ambas as declarações e plataformas de ação produzidas nas conferências de Cairo e Pequim foram assinadas pelo Brasil, o que não torna uma obrigação a implementação desses princípios, mas representa o compromisso dos Estados signatários de respeitar, proteger e implementar tais direitos. Além disso, o Brasil

também é signatário, desde 1981, da Convenção para Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, adotada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (MATTAR, 2013).

Ademais, é importante pensar na definição dos direitos reprodutivos de modo ampliado, levando em consideração todo o processo reprodutivo, englobando os momentos antes, durante e depois a reprodução ou ciclo reprodutivo. Assim, os direitos reprodutivos também devem abranger a questão do exercício da maternidade, da divisão sexual do trabalho, cuidado e criação das crianças, já que, com esses aspectos sendo considerados responsabilidades das mulheres, se configuram como pontos essenciais da desigualdade de gênero (MATTAR, 2013). Portanto, é também indispensável que haja uma transformação da inserção dos homens na esfera reprodutiva, ou seja, é importante que haja uma sociabilidade que considere a responsabilidade do homem na vida reprodutiva, tanto em relação à contracepção e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis quanto no cuidado e criação das crianças (ÁVILA, 2003).

7.1. Direitos Reprodutivos no Brasil

Mattar (2013) aborda três dimensões da esfera reprodutiva: antes da reprodução, durante a reprodução e pós-reprodução, contextualizando com a legislação brasileira relacionada à saúde reprodutiva. Primeiramente, tem-se que os direitos reprodutivos estão intimamente relacionados à questão da saúde, já que têm grande impacto na saúde e vida das mulheres, e também se vinculam a outros direitos sociais, como à educação e assistência social. Todos esses direitos estão prescritos na constituição brasileira como sendo direitos universais que devem ser garantidos pelo Estado a partir de políticas sociais e econômicas.

Antes da reprodução, os indivíduos devem ter o direito à liberdade de escolha, ou seja, devem ter a possibilidade de decidir se querem ou não ter filhos, quando os ter, a quantidade e o espaçamento entre eles. Para que isso seja garantido é necessário que haja acesso à educação sexual e aos métodos contraceptivos. Na lei brasileira esse direito encontra-se presente na constituição

federal e é regulamentada com a lei do Planejamento Familiar (Lei 9.263/96) que prevê o acesso à informação e a atenção integral à saúde nos momentos de contracepção, concepção, durante a gestação e após a gestação (MATTAR, 2013).

Ainda que prevista em lei e inserida nas agendas de políticas públicas de saúde, o acesso a serviços de saúde reprodutiva de qualidade ainda é precária, havendo, por exemplo, uma desigualdade socioeconômica no tocante ao acesso à contracepção. É importante também citar a questão do aborto, configurado como um problema da saúde pública, já que, apesar de criminalizado (exceto quando a gravidez é de uma violência sexual, quando o feto apresente anencefalia ou risco à vida da gestante) é amplamente realizado de formas inseguras e se configura como uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil.

> [...] o aborto é emblemático das resistências sociais enfrentadas para se implementar os direitos reprodutivos das mulheres, garantindo-lhes controle sobre seus corpos e a não-reprodução, se assim desejarem. O aborto não é um método contraceptivo, senão uma medida de último recurso a ser oferecida às mulheres e/ou casais dentro de uma política mais ampla de planejamento familiar. Ao criminalizar o aborto a sociedade valoriza mais a vida potencial do feto do que o direito da mulher de decidir sobre o que se passa em seu corpo, em uma nítida violação à sua integridade corporal, bem como ao seu direito à autonomia e à privacidade (MATTAR, 2013 p. 14).

Durante a reprodução é necessária uma atenção integral à saúde da mulher e do feto. Como já mencionado, a legislação brasileira garante o atendimento pré-natal, assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato. Dessa forma, foi criado o Programa de Humanização do Pré-natal, Parto e Nascimento (PHPN) que estabelece uma série de medidas a serem adotadas pelos serviços de saúde de modo a acompanhar adequadamente os períodos da gestação, do parto e do puerpério. Esse documento defende o tratamento digno da mulher, de seus familiares e do recém-nascido nos serviços de saúde, assim como a adoção de

procedimentos cientificamente comprovados e benéficos e a esquiva de práticas intervencionistas desnecessárias como a cesárea e a episiotomia[2] (MATTAR, 2013).

Além disso é necessário que haja uma ampliação dos direitos reprodutivos para que abarque também o momento posterior ao nascimento, oferecendo um suporte à parentalidade na criação e socialização da criança, incluindo o direito à moradia, ao trabalho, à creche e à educação infantil. Tais direitos estão previstos na constituição, porém são garantidos de maneira precária a população, de maneira que muitas famílias se encontram em condições de vulnerabilidade na criação de seus filhos. É importante mencionar ainda que as mulheres são as principais responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação das crianças, sendo que cada vez mais ocupam a posição de chefe de família e sem a garantia pela parte do Estado desses direitos se situam ainda longe da garantia de uma autonomia reprodutiva, perpetuando a desigualdade de gênero (MATTAR, 2013).

7.2. Mulheres negras e direitos reprodutivos

No âmbito da luta por direitos reprodutivos é inserido um debate racial quando surge a denúncia sobre os elevados índices de esterilizações, nos quais havia uma grande taxa de mulheres negras, nos anos de 1980 e 1990. Considerando o racismo estrutural da sociedade brasileira, com sua forte presença nas instituições apoiada por estratégias eugênicas e de embranquecimento surge tal denúncia que expunha a esterilização como uma ferramenta de controle de natalidade da população negra. Com esses dados é criada uma campanha nacional contra a esterilização das mulheres negras que resultou na criação de um projeto de lei para a regulamentação da prática da esterilização que serviu de base para a Lei do Planejamento Familiar (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012).

Com isso, Zadroski (2019) realiza uma análise a respeito das violações dos direitos reprodutivos das mulheres negras, começando pela questão da alta taxa de esterilização dessa população nas últimas décadas do século XX e levando em

[2] Episiotomia é um corte feito no períneo durante o parto vaginal com o objetivo de facilitar a passagem do bebê. Porém, não há evidências científicas da eficácia desse procedimento e atualmente não é indicada sua realização, já que pode causar danos à saúde (FEBRASGO, 2018).

consideração os marcos legais na legislação brasileira. Nos anos de 1980 e 1990 a esterilização das mulheres era amplamente realizada, sendo que em 1986 44% das mulheres brasileiras em idade reprodutiva estavam esterilizadas, sendo a maioria delas negras. Um dos motivos para isso é a existência de uma forte política internacional que visava a diminuição populacional de países em desenvolvimento, que são compostos, em sua maioria, por pessoas não-brancas. Inclusive havia a atuação, no território brasileiro, de agências estrangeiras que promoviam serviços controle da natalidade às camadas mais pobres da população, e entre esses serviços estava a esterilização (VENTURA, 2009).

Combinado a isso, havia um financiamento indireto do Estado para o procedimento de esterilização, que era amplamente realizado durante os partos cesáreos (BRASIL, 1993). Desse modo, tem-se combinado uma falta de políticas relacionadas aos direitos reprodutivos que promovessem informações sobre os métodos contraceptivos e regulamentassem o acesso a esses métodos, principalmente a esterilização, que é um procedimento cirúrgico irreversível (ZADROSKI, 2019).

Outro aspecto que se caracteriza como uma forma de violar os direitos reprodutivos das mulheres é a violência obstétrica: esta pode ser definida como a prática de agressões verbais, físicas ou psicológicas a uma pessoa no momento da gravidez, do parto ou do pós-parto, de modo a desumanizar, medicalizar excessivamente, patologizar o processo e assim humilhando, coagindo e retirando a autonomia reprodutiva. A partir dos dados da Pesquisa Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento (2012) observa-se que as mulheres negras, comparadas às brancas, apresentam maiores riscos de “um pré-natal inadequado, menor número de consultas e exames, menores informações referentes à gestação e trabalho de parto” (ZADROSKI, 2019, p. 57). A pesquisa também aponta que, em geral, as mulheres negras são submetidas aos procedimentos envolvendo o parto vaginal com menos anestesia do que as mulheres brancas (LEAL, 2017). A comparação entre o acesso a serviços de saúde entre mulheres brancas e negras demonstram uma desigualdade importante que evidencia um racismo institucional, havendo, então uma maior dificuldade das mulheres negras de acessarem os direitos reprodutivos.

Desde o momento da colonização, em que as mulheres negras se encontraram na condição de escravidão, os poderes vigentes se impuseram no controle de sua reprodução. Mesmo com o fim da escravidão, essas mulheres continuaram submetidas ao racismo e ao sexismo, e sua reprodução continua sendo controlada a partir de ideias eugênicas e políticas de embranquecimento da população que procuravam diminuir a população negra no país (WERNECK, 2010). Isso se mantém quando uma mulher negra tem menor probabilidade de ter seus direitos reprodutivos garantidos nos serviços de saúde que reproduzem o racismo estrutural atuante nas instituições de saúde. Assim, destaca-se o papel da saúde no gerenciamento das condições de vida da população, ou seja, o Estado, por meio da saúde, confere ou não o cuidado com a vida e organiza a população através da saúde, o que compreende, como já discutido anteriormente, uma estratégia biopolítica (ZADROSKI, 2019).

8. MÉTODO

8.1. Perspectiva e pesquisa em psicologia sócio-histórica

Como meio de compreender as experiências dos sujeitos que participaram dessa pesquisa, adota-se o enfoque teórico da psicologia sócio-histórica. Para essa perspectiva teórica o ser humano é visto como ativo, social e histórico, ou seja, os sujeitos atuam sobre uma realidade material e a modificam, ao mesmo tempo que são modificados por ela, essa ação é efetivada em determinada sociedade e em determinado momento histórico que determinam, por sua vez, tal realidade material que tem efeitos sobre os sujeitos. Em suma, tem-se que os seres humanos são determinados por suas realidades sócio-históricas ao mesmo tempo que as modificam através de sua ação, em uma relação dialética, e tal realidade pode ser representada pelos sujeitos a partir de ideias. Assim, a psicologia sócio-histórica compreende que os fenômenos psicológicos se desenvolvem com o tempo, refletindo a condição social, econômica e cultural dos sujeitos, não sendo preexistentes ou naturais à humanidade (BOCK, 2007).

Desse modo, destaca-se o método materialista histórico e dialético como uma maneira de compreender os seres humanos em sua totalidade concreta que está em relação a todo momento com as condições da realidade material. Esse método se caracteriza por: uma concepção materialista que considera a existência de uma realidade material independente às ideias e à razão; uma concepção dialética que considera a contradição como característica fundamental de todas as coisas, sendo que tal contradição e sua superação são a base do movimento de transformação constante da realidade; e uma concepção histórica que considera que a sociedade e a história só podem ser compreendidas a partir das concepções material e dialética, assim tem-se que a história é regida por um movimento de transformação constante baseado na contradição, não sendo universais ou naturais, mas construídas historicamente a partir desses movimentos e não são alheias aos homens já que resultam de sua ação sobre a realidade, com isso é concebido que a objetividade da realidade e das leis que a regem são produzidas pela subjetividade

dos sujeitos que são, ao mesmo tempo, constituídos social e historicamente (BOCK, 2007).

As ideias produzidas pelos indivíduos representam e refletem, então, sua realidade, a base material da sociedade, que é experienciada pelos seres humanos a partir de todas as atividades realizadas socialmente que produzem sua existência, essas ideias podem ser: valores, crenças e conhecimentos em geral. As ideias também são produzidas a partir de um processo contínuo e dialético de relação com a realidade, de forma que ao mesmo tempo que a refletem, também orientam, modificam e desenvolvem a ação dos seres humanos, que modifica a realidade, e assim são modificadas (GONÇALVES, 2007).

Em geral, a psicologia sócio-histórica apresenta uma crítica às dicotomias, ao compreender que as questões subjetivas e objetivas não existem independentemente, mas somente em relação entre si, e quando tais aspectos são separados e há uma tentativa de compreendê-los separadamente há uma naturalização desses aspectos que dessa forma aparentam independer um do outro. Dessa forma, a objetividade e a subjetividade são concebidas, pela psicologia sócio-histórica, como uma unidade de contrários que estão em movimento de transformação mútua e constante (GONÇALVES, 2007). Assim, considera-se a subjetividade como sendo constituída através de mediações sociais, sendo que nas relações mediadas, homem e mundo estão contidos um no outro e não existem de forma isolada, estando sempre em uma relação constitutiva (AGUIAR, 2009). Gonçalves (2007) destaca, entre as mediações, a linguagem:

> Dentre essas mediações, a linguagem é a que melhor representa a síntese entre objetividade e subjetividade. Isso porque o signo é, ao mesmo tempo, produto social que designa a realidade objetiva; construção subjetiva compartilhada por diferentes indivíduos através da atribuição de significados; e construção subjetiva individual, que se dá através do processo de apropriação do significado social e da atribuição de sentidos pessoais. (GONÇALVES, 2007, p. 50)

Aguiar (2013) aponta a linguagem como mediadora de uma relação dialética entre o aspecto objetivo e externos aos sujeitos e o aspecto subjetivo e interno, sendo esta, segundo Aguiar e Ozella (2009) um instrumento essencial na

construção do homem que permite que este se relacione com o externo e crie relações sociais e se relacione consigo mesmo, com a própria consciência. Outra categoria importante é a dos significados, que são compreendidos como produções históricas e sociais, relativamente estáveis e compartilhados entre os sujeitos submetidos às mesmas condições, permitindo a comunicação, sendo assim fundamentais para a constituição dos sujeitos. Tanto a linguagem como os significados permitem a representação da realidade nos pensamentos e a compreensão da atividade no campo da consciência. Com isso, destaca-se a categoria sentido, que se relaciona com a categoria significado ao representar a apropriação e internalização, a partir da realidade objetiva e na vivência afetiva e cognitiva de cada sujeito, por cada indivíduo, ou seja, os significados passam por um processo subjetivo que os transformam em sentidos (AGUIAR, 2009).

É a partir da compreensão da relação entre significados e sentidos que é possível entender o movimento do pensamento, sendo que este é constituído pela memória, pela cognição e pelo afeto e se realiza e se constrói através da fala, se colocando também em uma relação de mediação com a linguagem (AGUIAR, 2013). Aguiar e Ozella (2009) destacam que o pensamento é sempre emocionado, carregado de afeto, sendo também complexo e não-linear, muitas vezes não conseguindo se realizar através da fala, dessa forma, buscando a compreensão dos significados e sentidos, do dito e do não-dito na fala de um sujeito, pode-se empreender o entendimento do pensamento.

Assim, levando em consideração a realização de pesquisas a partir da perspectiva sócio-histórica, tem-se o sujeito como sendo síntese de múltiplas determinações, e na realização de uma pesquisa busca-se apreender esse sujeito em movimento, no seu processo de constituição. Aguiar (2007) faz a seguinte colocação ao refletir sobre como apreender os sentidos, significados e movimentos do pensamento ao entrar em contato com a fala de um sujeito:

> [...] a fala, construída na relação com a história e a cultura, e expressa pelo sujeito, corresponde à maneira como este é capaz de expressar/codificar, nesse momento específico, as vivências que se processam em sua subjetividade; cabe ao pesquisador o esforço analítico de ultrapassar essa aparência (essas formas de significação) e ir em busca

> das determinações (históricas e sociais), que se configuram no plano do sujeito como motivações, necessidades, interesses (que são, portanto, individuais e históricos), para chegar ao sentido atribuído/constituído pelo sujeito (AGUIAR, 2007, p. 131).

Tendo em vista as ponderações teóricas anteriores, para realizar uma análise dos discursos postos por sujeitos, Aguiar (2007) propõe a organização de “núcleos de significação do discurso” que são definidos a partir de conteúdos e questões centrais apresentados pelo sujeito, não por aparecerem com frequência no discurso mas por gerarem emoções e envolvimento, ou por um entendimento de que tal questão deva ser destacada como constituinte de um aspecto fundamental para a compreensão da questão a ser pesquisada. O processo de organização dos núcleos já constitui um movimento de análise do pesquisador, já que há uma busca na fala dos sujeitos, por questões mobilizadoras. Esses conteúdos dos núcleos devem ser pensados e discutidos a partir do processo históricos que os constituíram, “com a base material sócio-histórica constitutiva da subjetividade, para aí sim explicitar como o sujeito transformou o social em psicológico e assim constitui seus sentidos” (AGUIAR, 2007, p. 137)

Além disso, os núcleos não podem ser analisados separadamente. A criação dos núcleos tem como objetivo organizar os dados, preparar a análise e apropriar-se do discurso do sujeito, sem fragmentá-lo e sem ignorar a articulação das falas, sendo indispensável considerar esse movimento total para apreender o sujeito e sua fala de maneira mais profunda e completa (AGUIAR, 2007). É a partir da perspectiva teórica da psicologia sócio-histórica e da sua metodologia que foi realizada essa pesquisa; a análise dos discursos dos sujeitos foi feita a partir do método dos núcleos de significação.

8.2. Instrumento de coleta

Levando em consideração os objetivos da pesquisa e a perspectiva teórica que a embasa foram realizadas entrevistas a partir da técnica de entrevista semiestruturada.

Essa técnica propõe o aprofundamento em um determinado assunto a partir da realização de perguntas abertas sobre as quais os sujeitos podem discorrer livremente, sendo que a interferência do pesquisador/entrevistador tem por objetivo direcionar a conversa ou aprofundar em determinada questão. Objetiva-se também, que o diálogo entre entrevistador e entrevistado ocorra de forma descontraída, de forma a deixar o participante confortável com o ambiente para que ele possa falar sobre suas vivências. Desse modo, esse método permite que o entrevistado se coloque de modo mais espontâneo e assim é possível investigar de modo mais eficiente os aspectos afetivos e valorativos dos sujeitos que determinam os sentidos e pensamentos formados sobre a questão posta (BONI; QUARESMA, 2005). Souza, Branco e Oliveira (2008) apontam que a partir da entrevista semiestruturada é explorada a percepção e os sentidos dos participantes, sendo possível uma apreensão mais aprofundada das crenças, atitudes, valores e motivações dos participantes em determinado contexto.

Para a realização desse tipo de entrevista é realizado um roteiro com perguntas disparadoras, fundamentadas no tema central da pesquisa, que serve como um guia para a interação com o entrevistado, dessa forma outras perguntas surgem no decorrer da pesquisa a partir do conteúdo do diálogo e de acordo com o que o pesquisador considera essencial aprofundar no momento, tendo como base a pesquisa bibliográfica realizada e o roteiro de perguntas (MAZZINI, 2003).

Essa técnica de entrevista é adequada para a realização dessa pesquisa, pois permite o aprofundamento no tema por parte do entrevistado, permite que este se coloque de forma mais espontânea e dessa forma revele em seu discurso o modo como percebe e significa sua realidade (DUARTE, 2004). Esses pontos são essenciais para alcançar os objetivos dessa pesquisa que em geral se coloca na investigação de como as mulheres entrevistadas percebem, a partir de suas realidades, as questões relacionadas aos direitos reprodutivos e as interseccionalidades postas.

Na construção do roteiro houve a divisão das perguntas em três grandes grupos:

1. Momentos anteriores à gravidez: esse tópico teve como finalidade investigar a relação das participantes com a sexualidade e métodos anticoncepcionais,

assim como as vivências que ocasionaram a gestação ou gestações e os sentimentos envolvidos. Dessa forma, algumas perguntas disparadoras foram: “Você sempre quis ter filhos?”; “Você fazia uso de algum método anticoncepcional? Como era sua relação com esses métodos?”; “Durante toda sua vida como era visto e experienciado a questão da sexualidade?”; “Como chegou para você, desde sua infância, informações sobre sexualidade e a prevenção de gravidez e infecções sexualmente transmissíveis?".

2. Momentos durante a gravidez: esse tópico teve como objetivo investigar como foi para a participante sua experiência com sua gravidez, desde o momento em que descobriu que estava grávida até o momento do parto. As perguntas disparadoras incluíram: “Como foi descobrir que estava grávida?”; “Quais eram suas expectativas em relação ao parto e à maternidade?”; “Como foi o pré-natal?”; “Como foi o parto?”.
3. Momentos posteriores à gravidez: esse tópico teve como finalidade investigar as vivências e sentimentos das participantes em relação aos primeiros momentos com seus filhos, com a experiência da maternidade e da atual vivência com a contracepção. As perguntas disparadoras incluíram: “Como foi para você o pós-parto?”; “Na sua constituição familiar existe alguém que é mais ou menos responsável pelo cuidado dos filhos?”; “Qual é sua relação atual com a contracepção?”.

Além disso, foram feitas outras perguntas no sentido de compreender como as participantes percebiam a questão racial em suas vivências, assim como suas experiências com as instituições de saúde, de educação ou outras que pudessem ter-se relacionado.

8.3. Procedimentos de obtenção da amostra e dos dados

Foram entrevistadas duas mulheres que se autodeclaram como pardas ou pretas com idades entre 20 e 40 anos que já tiveram pelo menos um filho. A aproximação dessas mulheres foi feita a partir de indicações de pessoas conhecidas da pesquisadora.

Devido à pandemia de coronavírus, atual à realização dessa pesquisa, as entrevistas foram realizadas de modo online, a partir da plataforma Google Meets e tiveram a duração aproximada de uma hora cada.

Anterior à realização das perguntas principais foi lido em conjunto com as participantes o termo de consentimento (ANEXO A) que esclarece o objetivo da pesquisa e as características das participações, sendo destacado o caráter voluntário, a preocupação com o sigilo e a privacidade das informações relatadas, assim como a realização da gravação para posterior transcrição e a aprovação da realização da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo[3]. Esse documento foi enviado às participantes e assinado por elas.

Após a realização da entrevista a partir das perguntas disparadoras apresentadas, foi realizada uma transcrição das falas das participantes e a organização dos conteúdos a partir de núcleos de significação, que serão apresentados a seguir.

[3] Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP, via Plataforma Brasil, e foi aprovado com parecer nº: 4.653.430.

9. RESULTADOS

9.1. Entrevista 1

A primeira entrevistada foi Bárbara[4], mulher de 23 anos, autodeclarada parda, tem um filho de 2 anos, trabalha como auxiliar administrativa, está atualmente cursando o ensino superior, é solteira e mora na cidade de Taboão da Serra. Ela mora junto com seu filho, seus pais e seu irmão.

Durante a entrevista, Bárbara contou sobre suas vivências relacionadas às questões reprodutivas. Segundo ela, começou a utilizar a pílula anticoncepcional, por escolha própria, assim que começou a ter relações sexuais e adentrou um relacionamento com o pai de seu filho. Ela destaca a comunicação aberta que teve com a mãe e que por conta disso não tinha a sexualidade como tabu, diferente das amigas delas, dessa forma ela teve acesso à diversas informações a respeito da sexualidade através de sua mãe e teve acesso à um ginecologista. Diferente dela, suas amigas não tiveram a possibilidade de ter um diálogo sobre a sexualidade com seus familiares, já que havia uma visão negativa sobre a mesma, de forma que a expressão da sexualidade por essas amigas acarretaria punição por parte de suas famílias, e dessa forma elas não tiveram acesso ao ginecologista e informações sobre a sexualidade, em geral. Bárbara considera isso como negativo e considera positiva a relação que teve com a sua mãe. E, em relação à educação sexual, ela considera que a escola não forneceu informações suficientes e completas.

Bárbara engravidou quando tinha 21 anos. Nesse período o anticoncepcional de que ela fazia uso passou a afetar sua saúde significativamente, assim teve que interromper seu uso e realizar visitas médicas para receber a prescrição de outro remédio; nesse intervalo ocorreu a gravidez. Ela expressou que sempre teve o desejo de ser mãe, mas não planejava engravidar naquele momento. Ao descobrir a gravidez, Bárbara ficou muito assustada, com medo da reação de seus familiares e das mudanças que viriam com a situação. Seus familiares ficaram assustados com

[4] A fim de preservar a privacidade das entrevistadas, os nomes aqui colocados são fictícios e escolhidos por elas.

a notícia, mas a acolheram e a apoiaram; o pai da criança também teve um papel de acolhimento nesse primeiro momento.

Apesar disso, Bárbara passou por momentos conturbados durante sua gravidez, estando estes relacionados a seu relacionamento com o pai de seu filho, houve um grande conflito na relação que resultou no rompimento quando Bárbara estava grávida de 8 meses. Esse acontecimento a afetou muito, pois significou a perda de uma pessoa importante em sua vida. Porém, ela destaca a presença de outras pessoas que continuaram a apoiá-la e que foram significativas durante esse período, aí destacam-se os pais e os amigos. Mesmo com esses momentos de conturbação, Bárbara realça que aproveitou o período da gravidez e que gostou da experiência.

O acompanhamento médico no pré-natal foi realizado nos equipamentos do SUS; nesse momento ela considera que foi bem tratada pelos profissionais de saúde, principalmente por sua médica, e relata que teve todas as consultas previstas e que recebeu todas as informações necessárias.

Essa experiência se modifica durante o parto. Bárbara ficou aproximadamente 20 horas em trabalho de parto, porém, desse tempo, passou 7 horas no hospital. Ela relata que sentiu muita dor, muito medo e solidão, já que nas horas que estava no hospital em trabalho de parto Bárbara não teve acompanhamento. Ela queria ter um parto normal, porém não houve a dilatação necessária e assim foi realizada uma cesárea, e mesmo durante esse momento ela não teve um acompanhante; seu ex-companheiro foi chamado a sala de parto momentos após o nascimento de seu filho. Ainda depois do parto Bárbara continuou sozinha junto ao bebê, sendo que teve ajuda e orientação de um médico e uma enfermeira em relação à amamentação e banho do recém-nascido. Após esses momentos, ela foi transferida para outra sala onde começou a receber visitas.

Bárbara relata que se sentiu bem tratada pelo médico, mas não pelas enfermeira presentes: segundo ela houve uma falta de empatia e ela e as outras mulheres ficaram “jogadas” e sozinhas nas macas durante esse momento de dor. Inclusive ela conta que uma mulher que estava próxima a ela estava sentindo muita dor, pedindo por ajuda e quase teve seu bebê sem assistência. Dessa forma, foi um

alívio sair do hospital e chegar em casa e poder estar junto de sua família e poder receber visita dos seus amigos.

No momento do pós-parto ela relata bastante apoio de sua família, principalmente de sua mãe que nos primeiros meses, segundo ela, cuidava dela para que ela pudesse cuidar do filho. Os primeiros momentos da maternidade aparecem com muita entrega pessoal e ela relata estar totalmente em função do bem estar do bebê, considera difícil o cuidado, por conta dessa entrega e por estar completamente responsável por essa criança. Apesar da entrega ela vê a maternidade de forma positiva: destaca que mudou muito para melhor e que amadureceu muito; para ela essa dedicação intensa da mãe para um filho cria um laço muito forte de amor e ela não mudaria nada na sua vida, pois tudo o que aconteceu com ela possibilitou que ela tivesse esse filho.

A questão da paternidade é também destacada. O pai de seu filho está presente e essa presença é muito importante para Bárbara, que acredita ser essencial não só a presença do pai na vida de uma criança, mas que essa presença não seja marcada por conflitos entre as figuras parentais que podem prejudicar o filho: assim, eles decidiram ter uma relação cordial para o bem da criança.

Porém, a divisão das responsabilidades parentais não é igualitária, estando bastante concentrada em Bárbara. Em seu discurso ela considera que toda a responsabilidade do filho está sobre ela, sendo que o pai da criança o vê somente duas vezes na semana e mesmo nesses momentos não tem que se preocupar com as coisas que ela tem, como escola, vacina, alimentação, etc. Nesse sentido ela percebe que a mulher é em geral mais responsabilizada pelos cuidados do filho.

Além disso, Bárbara reflete sobre como a sociedade vê as mães solteiras em relação aos pais a partir da questão da responsabilidade. Segundo ela, ser mãe solteira é um tabu, ela passou por algumas situações que as pessoas a viram negativamente por ser mãe e não estar em um relacionamento. Ela contrasta com a percepção que tem de seu ex-companheiro, segundo ela, esses questionamentos não são feitos a ele e a sociedade não vê negativamente um pai que não está em um relacionamento com a mãe de seu filho, ao mesmo tempo que não coloca sobre ele as responsabilidades das crianças.

Em relação ao acompanhamento de saúde no período do pós parto, Bárbara relata que somente retirou os pontos da cesárea a partir do SUS e então passou a realizar um acompanhamento particular. Com isso ela julga o sistema privado como sendo melhor do que o público, já que teve uma experiência mais positiva com o privado: ela relata que se sentiu mais bem cuidada, que é mais fácil de agendar consultas e que demora menos do que o sistema público.

Atualmente Bárbara se encontra em um novo relacionamento e utiliza pílulas anticoncepcionais como modo de não engravidar novamente. Ela expressa o desejo de ter outro filho no futuro, mas destaca a importância de haver um planejamento, já que para ela ter filhos causa uma mudança muito grande na vida e é importante estar pronta para isso.

Em relação às suas vivências raciais, Bárbara não considera que tenha passado por nenhum momento de discriminação nas circunstâncias relatadas. Ela expressa ser muito difícil se identificar racialmente, já que, por ser parda, é muitas vezes vista como branca na sociedade.

A partir desse relato foi realizado uma análise das falas que foram organizadas em indicadores e núcleos de significação, que serão discutidos a seguir, estes são:

INDICADORES	NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO
- Uso da pílula anticoncepcional como decisão e responsabilidade da mulher. - Medicalização do corpo da mulher. - Uso da pílula anticoncepcional como único método de proteção.	*“Quando eu comecei a ter relações sexuais fui ao ginecologista e comecei a tomar pílula para não engravidar”*
- Percepção da sexualidade feminina como algo negativo pela sociedade. - Preconceito da sociedade com ser mãe solo.	*“As mulheres são punidas pela sua sexualidade”*
- Não estar em um relacionamento em relação a criar um filho sozinha.	*“Tudo é comigo, ele só se preocupa dois dias da semana”*

- Paternidade e distanciamento do homem. - Responsabilidade do filho é da mulher. - Relação da mulher e o cuidado da criança.	
- Não planejamento da gravidez cria uma situação de crise. - Experiências conturbadas durante a gravidez. - Importância do planejamento. - Importância de uma rede de suporte.	*“Entrei em choque, fiquei com muito medo mas tive muito apoio”*
- Ser mãe é padecer no paraíso? A positividade da entrega total da mãe para o filho. - Ser mãe é transformar-se e mudar de vida	*“Tive que ser tudo pra ele e hoje sou uma outra pessoa”*
- Solidão no parto. - Sistema público e privado de saúde.	*“O público é ruim, fiquei muito sozinha e desamparada na hora do parto”*
- Não relaciona suas vivências com questões raciais - Questão da identificação racial: ser parda ou branca?	*“Me considero parda, mas muitas pessoas me veem como branca”*

9.2. Entrevista 2

A segunda entrevistada foi Rosa, mulher de 32 anos, autodeclarada negra, tem dois filhos: um menino de 14 anos e uma menina de 7, trabalha como encarregada em uma gráfica, possui ensino médio incompleto, é casada e mora na

zona norte da cidade de São Paulo junto com os filhos e seu marido.

Quando Rosa tinha 16 anos ela engravidou pela primeira vez, ela conta que em sua casa não havia um diálogo sobre relações sexuais e as informações que ela tinha nessa idade sobre sexualidade vieram de uma professora que dava aulas sobre os assuntos e tirava as dúvidas dos alunos sobre. Com essas aulas Rosa percebeu que era importante fazer um acompanhamento com um ginecologista mesmo se não fosse sexualmente ativa, com isso ela começou a realizar consultas e descobriu que tinha cistos nos ovários; como tratamento ela começou a tomar pílulas anticoncepcionais e o médico lhe informou que ela não poderia ter filhos. Rosa se sentiu triste, pois tinha o desejo de ter filhos no futuro, porém alguns meses depois do início da utilização da medicação, ela descobriu que estava grávida. Essa gravidez veio como um choque para ela, já que ela estava utilizando a pílula anticoncepcional e tinha sido informada pelo médico que não poderia engravidar. Porém, ela diz que entendeu que, por ter cistos nos ovários, o anticoncepcional não teria um efeito de contracepção, mas de tratamento, porém que por conta dos cistos ela não poderia engravidar. Essa gravidez aos 16 anos gerou uma crise e uma transformação na vida de Rosa que teve dificuldade de aceitar a situação por ser muito nova e ainda frequentar a escola; segundo ela as pessoas olhavam para ela na escola como se ela não tivesse família ou uma estrutura, mas que não se importava com os comentários já que para ela não condiziam com sua situação real.

Com a gravidez ela passou a morar sozinha, junto ao seu namorado da época, em um apartamento pequeno cedido pelo pai no mesmo quintal de sua casa; ela menciona que teve um grande apoio de sua mãe que a ajudava muito, principalmente após sua separação. Segundo ela, seu namorado da época sumiu quando seu filho tinha 6 meses e com isso ela ficou mais sozinha no cuidado do bebê, já que ela relata que tinha quase nenhuma ajuda do pai, em suas palavras: “o pai do meu filho, às vezes, era a mesma coisa de não ter ninguém em casa.”. Antes da separação ela se sentia muito desamparada e sozinha por não ter uma ajuda dentro de casa, e com isso ela conta que teve um início de depressão pós-parto que não evoluiu por conta da separação.

Mesmo com a ajuda da mãe e de outros familiares, Rosa não conseguiu retomar os estudos, já que segundo ela, seu filho tinha asma e precisava de seus

cuidados contínuos. Até a realização da entrevista ela não conseguiu concluir o ensino médio e espera fazer uma prova em breve para obter o diploma desse nível de educação.

Em relação ao pré-natal de seu primeiro filho, Rosa conta que teve uma gravidez complicada e que surgiram problemas no quinto mês de gestação quando começou a ter perda de líquido amniótico e assim passou a ter um acompanhamento médico maior e necessitou ficar em repouso até o parto, o que a impossibilitou de continuar seus estudos. No tocante ao parto, Rosa conta que queria ter um parto normal, o que se realizou, assim ela teve um parto normal sem anestesia e segundo ela, o sofrimento do parto é somente na hora das contrações e que as dores valem a pena para a chegada dos filhos. Além disso, foi realizada uma episiotomia durante esse parto: Rosa conta que foi informada pelo médico e consentiu para a realização do procedimento. E, com isso, ela se sentiu muito bem com a equipe do hospital, considerou muito importante que não houve a realização de nenhum procedimento nela ou em seu filho sem o seu consentimento, ademais teve ajuda e instruções de enfermeiras nos primeiros cuidados do recém-nascido. Ao falar sobre a episiotomia, Rosa relata que entendeu do médico que sendo feito um corte por ele haveria sutura e que se houvesse outro tipo de rasgo natural não poderia ser feito uma sutura. Além disso, sua mãe estava presente como acompanhante durante todo o parto.

Após essa gravidez, Rosa voltou a tomar uma pílula anticoncepcional como modo de prevenir uma nova gestação, até que quatro anos depois ela se casou com o seu atual marido e eles começaram a planejar ter outro filho. Para ter um segundo filho Rosa destaca a necessidade de ter uma estrutura, o que para ela significa não ter dívidas, ter uma condição financeira boa e ter um espaço, uma casa adequada para receber uma criança. Quando Rosa e seu marido consideraram que já tinham essa estrutura eles decidiram tentar ter outro filho e com isso Rosa parou de fazer uso da pílula anticoncepcional.

Após um ano e seis meses da interrupção do medicamento, Rosa engravidou pela segunda vez, porém, aos 5 meses de gestação ela sofreu um aborto. Segundo sua descrição esse foi um momento muito doloroso em sua vida, já que tanto ela quanto o marido desejavam muito esse bebê, o planejaram e já haviam começado a

se organizar para a sua chegada, portanto essa perda foi um momento muito difícil para ela, repleta de dor física e emocional. Por se encontrar no segundo trimestre de gravidez, Rosa passou por um procedimento de curetagem.

Com isso, ela conta que não queria engravidar novamente tão cedo, por conta da perda sofrida, porém não foi indicado pelo médico que ela retornasse ao uso da pílula anticoncepcional, sendo necessário esperar alguns meses após um aborto para retornar à utilização do medicamento. E, foi nesse momento que Rosa engravidou novamente, ela relata que ficou feliz, mas apreensiva, pois ela tinha medo de que novamente acontecesse um aborto. Por conta desse receio, tanto Rosa quanto seu marido tiveram dificuldades de aceitar totalmente a gravidez, isso só passou a acontecer quando a saúde do bebê foi assegurada pelo médico. Assim como em sua primeira gravidez, Rosa começou a ter complicações a partir do quinto mês, dessa vez ela começou a ter contrações e precisou ficar de repouso no restante da gestação. Rosa caracteriza esse parto como sendo mais tranquilo do que na primeira vez, já que ela já sabia o que esperar e já sabia como seria. Ela diz que se sentiu feliz no momento, relatando que a sua única preocupação era a saúde de seu bebê.

Assim como na primeira gravidez todo o acompanhamento e parto foi realizado pelo SUS e ela se sentiu bem atendida e cuidada pelos médicos e enfermeiros presentes, ademais destaca que o ginecologista que a acompanhou a preparou muito bem para o momento do parto. Dessa forma ela considera que houve um trabalho em equipe entre ela e os profissionais que fizeram parte desse processo. Ela coloca que poderia ter um convênio e realizar os procedimentos de saúde na rede privada, mas que ela prefere o SUS, pois ela conhece todos os trabalhadores da UBS de seu bairro e porque os equipamentos são perto de sua casa e quando não são ela recebe um auxílio para se deslocar.

No momento do pós-parto ela conta que teve muita ajuda de seu marido e de seu filho mais velho que estava com quase 8 anos e destaca que não houve nenhum conflito nesses momentos porque ela recebeu muito apoio, já que sua filha foi planejada e muito esperada.

Rosa se sente muito realizada na maternidade, antes de ser mãe ela esperava que os filhos fossem como companheiros, pessoas que ela ama e que a

amam de volta e para ela foi isso o que a maternidade lhe proporcionou, para ela ser mãe significa tudo e seus filhos são sua base. Ela se sente realizada, pois na sua perspectiva ela escolheu ser mãe, seus desejos foram realizados, já que ela tinha o sonho de ter dois filhos, um menino e uma menina, e ela também relata que conseguiu fazer tudo o que planejava com seus filhos e conseguiu dar todo o carinho que queria. Apesar disso, ela expressa que a maternidade tem altos e baixos e que há dias que ela não quer ser mãe.

Ademais, ela relata que a responsabilidade sobre os filhos é tanto dela quanto do marido, não havendo uma parte com maior responsabilidade do que outra. Contrariamente, o pai do seu primeiro filho não está presente em sua vida e não considera que tem nenhuma função além do pagamento da pensão, enquanto seu marido trata seu filho como se fosse dele. Seu marido é descrito como uma pessoa muito companheira, presente em todos os momentos e muito próxima dela, sendo que em um momento ela diz que seu marido sabe de tudo o que acontece com ela e ela sabe de tudo o que acontece com o marido. Com isso, ela não aponta nenhum conflito ou problema na sua relação e na divisão de papéis.

Assim, Rosa conta que eles não planejam ter mais filhos, e que ela voltou a tomar pílulas anticoncepcionais para evitar outra gravidez e para continuar o tratamento para cisto no ovário, porém Rosa destaca que tem o desejo de realizar uma laqueadura, assim como seu marido gostaria de realizar uma vasectomia e que eles estão somente esperando uma disponibilidade no hospital para realizar os procedimentos.

Ela também menciona que tem ajuda de sua mãe e de outros familiares que moram no mesmo terreno que ela: no presente essa ajuda se dá principalmente no cuidado das crianças enquanto ela e o marido estão trabalhando. Atualmente, ambos os filhos frequentam escolas públicas do bairro em que moram e Rosa relata que teve facilidade em encontrar as vagas.

Em relação às suas experiências no tocante às questões raciais, Rosa se autodeclara primeiramente como negra e em seguida coloca que se considera parda por não ter uma cor muito escura. Após isso ela menciona esse tópico quando relata sua experiência na escola como uma adolescente grávida, nesse momento ela coloca que as pessoas olhavam para ela de uma forma negativa mas

não por ela ser negra, e sim por ela estar grávida aos 16 anos. Nessa mesma fala ela expressa que não se importa se alguém falar algo ruim sobre sua cor ou sobre seu cabelo crespo, pois ela ama sua cor, da mesma forma como ela não se importava quando as pessoas falavam de sua gravidez. Porém, ela não considera ter algo em suas vivências relatadas que se relacionassem com a sua identificação racial, e ao falar disso ela destaca que isso se deu porque ela conhece todos os trabalhadores da UBS de seu bairro.

A partir desse relato foi realizada uma análise das falas que foram organizadas em indicadores e núcleos de significação, que serão discutidos a seguir, estes são:

INDICADORES	NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO
- Anticoncepcional como tratamento e único método de proteção - Medicalização do corpo feminino - Desejo de realizar cirurgia para não engravidar	*“Uso pílula desde a adolescência como tratamento e para não engravidar, agora eu queria fazer uma cirurgia.”*
- Sexualidade como tabu. - Educação sexual advinda da escola e do médico - Percepção que atualmente as meninas são mais sexualizadas	*“Antes era diferente, minha mãe nunca falou comigo sobre sexo, aprendi na escola e com o médico.”*
- "Não queria mas aceitamos"; “Foi difícil de aceitar” - Não planejamento e crise - Gravidez na adolescência - Planejamento e sua relação com uma estrutura	*“É difícil quando não é planejado, para ter filhos é necessário ter uma estrutura.”*
- Família, principalmente a mãe, como principal apoiadora na primeira gravidez	*“Com meu primeiro filho me sentia muito sozinha, hoje meu*

- Solidão - Paternidade: duas experiências diferentes - Mudança na rede de apoio	*marido e meus filhos são meus companheiros.”*
- Naturalização e aceitação - "Para mim ser mãe significa tudo" - Se sente feliz e realizada no papel de mãe - Considera que escolheu ser mãe - "Tem dia que a gente não quer ser mãe"	*“Tem dia que a gente não quer ser mãe, mas ser mãe pra mim é tudo, meus filhos são minha base.”*
- Sistema público e privado de saúde - Experiência positiva com os dispositivos do SUS - Experiência positiva com políticas públicas de educação	*“O público foi maravilhoso, me senti acolhida, cuidada e respeitada.”*
- Ser negra ou parda? Identificação baseada no tom de pele - Ser negra e estar grávida na adolescência - Não relaciona diretamente suas vivências com questões raciais	*“Se alguém falar da minha cor eu não ligo, eu amo a minha cor.”*

10. DISCUSSÃO

Os núcleos de significação foram formados a partir da tentativa de apreender através das falas das participantes os sentidos e significados que as compõem. Como já posto anteriormente, a linguagem é entendida como mediação da subjetividade assim como instrumento produzido social e historicamente: dessa forma, através da linguagem é possível compreender como se dá a produção da subjetividade, que é constituída pela base material da realidade e seu processo sócio-histórico. Dessa maneira, nessa etapa da pesquisa o objetivo é compreender como se dá na construção da subjetividade das participantes a percepção dos direitos reprodutivos, articulando com as determinações históricas e sociais que constituem a realidade, apontadas nos capítulos anteriores.

Como destacado previamente, a divisão em núcleos de significação se dá a partir de um primeiro momento de análise do discurso dos sujeitos, no qual há o destaque das questões centrais apresentadas, que se relacionam com o objetivo da pesquisa. É de suma importância considerar que os núcleos estão postos de maneira separada, em negrito e em itálico, como modo de organizar a análise e discussão, mas os conteúdos por eles trazidos se relacionam intimamente.

10.1. Bárbara

"Quando eu comecei a ter relações sexuais fui ao ginecologista e comecei a tomar pílula para não engravidar."

Esse primeiro núcleo foi formado a partir dos seguintes indicadores: "uso da pílula anticoncepcional como decisão e responsabilidade da mulher", "medicalização do corpo da mulher" e "uso da pílula anticoncepcional como único método de proteção". Tais indicadores foram verificados a partir da resposta de Bárbara para questões referentes à uso de contracepção.

O primeiro indicador se refere ao relato da experiência da Bárbara no uso da pílula anticoncepcional: a decisão desse uso está completamente centrada nela, ela é a pessoa que decide e se responsabiliza por ele, enquanto seus parceiros, que são homens, aparentam não ter nenhum papel no âmbito da contracepção e

proteção. Isso está ligado ao segundo indicador que se refere ao fenômeno da medicalização da mulher de forma que, junto à responsabilização pela questão reprodutiva há a realização de ações em seu corpo para atingir a contracepção: na experiência de Bárbara isso se dá a partir da utilização de um medicamento.

Ou seja, no tocante à anticoncepção o corpo da mulher é responsabilizado, de forma que ela fica encarregada de não engravidar, o que acontece a partir de intervenção médica em seu corpo. A mulher é a responsável por se preocupar com essa questão, por visitar um médico, realizar exames e fazer o uso de uma medicação (VIEIRA, 1999).

Em relação aos direitos reprodutivos, as tecnologias que surgem e possibilitam que os indivíduos possam escolher quando e se querem ter filhos são essenciais, porém essas tecnologias estão muito voltadas para ações realizadas nos corpos das mulheres, o que reforça a questão do processo de medicalização feminina (COSTA et al, 2006).

Além disso, na experiência de Bárbara o medicamento tomado causou efeitos negativos na sua saúde, o que a fez interromper o uso, com a intenção de encontrar outra pílula que pudesse substituir a anterior. Nesse momento acontece sua gravidez, considerada como resultado de não estar utilizando a pílula anticoncepcional: essa situação reforça a responsabilização da mulher, não é considerado o papel que o homem poderia ter nesse momento e os modos pelos quais ele poderia se responsabilizar e construir conjuntamente meios de prevenção a uma gravidez.

Aí se insere o terceiro indicador, que diz respeito ao uso da pílula anticoncepcional como o único instrumento contraceptivo. Na fala de Bárbara não há a menção de outro método além da pílula, o que se relaciona com os pontos trazidos, de responsabilização e medicalização da mulher, mas também surge outra questão importante que é a proteção contra infecções sexualmente transmitidas (ISTs), já que na sua fala esse aspecto não é mencionado. Isso pode ter se dado pelo foco da entrevista estar relacionado às questões reprodutivas e da contracepção; porém, é importante ser destacado, levando em consideração que o principal método de prevenção a ISTs é a utilização de camisinhas, estas associadas ao corpo do homem, e que também tem o papel de contracepção não

medicamentosa. Dessa forma é possível refletir sobre a não-responsabilização do homem nessa contracepção que foi a todo momento ignorado.

Em geral, pode-se colocar que há uma vivência da desigualdade de gênero nesse aspecto, onde as atribuições da mulher são diferentes das do homem, de modo que ela está submetida à responsabilidade das questões reprodutivas. Ou seja, as experiências individuais trazidas por Bárbara se relacionam com um processo social e histórico em que as mulheres são diferenciadas dos homens a partir da atribuição de papéis diferentes, estando evidente nesse momento a responsabilização da mulher pela reprodução e seus cuidados (SCOTT, 2012).

"As mulheres são punidas pela sua sexualidade."

Esse núcleo foi estruturado a partir do relato de Bárbara sobre vivências relacionadas à sexualidade feminina, condensadas nos indicadores: "percepção da sexualidade feminina como algo negativo pela sociedade" e "preconceito com ser mãe solo na sociedade".

Primeiramente Bárbara contrapõe suas experiências individuais com as que outras mulheres ao seu redor tiveram. Ela percebe sua experiência como diferente porque ela teve um diálogo aberto sobre sexualidade com sua mãe, que possibilitou que ela tivesse informações desse âmbito, que tivesse alguém, segundo ela mais experiente, para conversar e que visitasse o ginecologista, já as suas amigas foram impossibilitadas de ter um diálogo parecido, sendo que a expressão de uma sexualidade por elas ocasionaria punição; essa falta de comunicação, para Bárbara, fez com que a sexualidade feminina se configurasse como um tabu para suas amigas, o que impossibilitou o acesso delas ao ginecologista.

Nesse discurso percebe-se que a sexualidade feminina é vista de forma negativa pela sociedade: manifestam-se, também, os diferentes movimentos dialéticos e contraditórios dos sujeitos que, por um lado, acatam a percepção negativa da sexualidade feminina, o que se relaciona às questões relativas à desigualdade de gênero; e por outro lado, aponta a possibilidade do sujeito de transformar a realidade, expressa nesse momento pela mãe de Bárbara que tem uma abordagem diferente dessa sexualidade. Gonçalves (2007) destaca a categoria da contradição como possibilitadora da constante transformação da realidade, o que

evidencia o movimento dos indivíduos que ao mesmo tempo em que é determinado pela realidade social e histórica também a determina através de sua ação, modificando-a e possibilitando diferentes ideias.

Essa vivência de Bárbara exprime vários aspectos que se relacionam ao controle da sexualidade existente que Lugones (2008) associa à colonialidade do poder, que se configura como diferentes formas de controle impostas inicialmente com a colonização e atualizada com as relações de poder do capitalismo, destacando-se a subjugação do gênero e da sexualidade.

Em relação ao tópico da medicalização, Bárbara ressalta a figura do ginecologista como sendo importante na apropriação da sexualidade. Essa figura médica aparece como responsável pela saúde e pela transmissão de informações sobre a sexualidade, de forma que Bárbara considera bastante negativo o fato de suas amigas não terem tido a oportunidade de se consultar com um ginecologista. Essa ideia ilustra a concepção de medicalização social proposta por Illich (1975) e Foucault (1977) que indicam uma incorporação do comportamento e do corpo humano nas práticas médicas, assim como uma dependência em relação às drogas, comportamentos e medidas prescritas pela medicina. Dessa forma, no desenvolvimento da medicina, esta se estabelece como uma autoridade social importante, sendo, como percebido na fala de Bárbara, essencial para um sentimento de bem-estar e de apropriação das questões referentes ao corpo.

A medicina, como área do conhecimento fundamental da sociedade atual, é bastante complexa e contraditória. De um lado é possível pensar nos pontos negativos da medicalização e sua relação com o controle do corpo humano, principalmente no que diz respeito à manutenção das desigualdades presentes na realidade. Porém, do outro lado, é relevante atentar que a medicina está relacionada ao acesso a informações, saúde e cuidado, este se conectando à garantia aos direitos reprodutivos, muito pautados na obtenção de informações e acesso à saúde sexual e reprodutiva. Dessa forma, na invisibilização da sexualidade feminina apontada por Bárbara, está posto um obstáculo a essa figura médica que oferta as informações e o cuidado, indicando uma precariedade na garantia dos direitos reprodutivos nesse âmbito.

Essa discussão se sintetiza em sua seguinte fala: “eu acho muito difícil quando você é nova e você acaba se relacionando com alguém e você não tem liberdade pra contar pra uma pessoa um pouco mais experiente sobre a situação que você viveu; eu tive essa oportunidade porque minha mãe sempre foi aberta comigo, então quando aconteceu [primeira relação sexual] eu contei pra ela, eu contei, a gente conversou e ela me levou no ginecologista, coisa que muitas amigas minhas não tiveram, por medo, porque elas sabiam se elas fizessem isso elas iam tomar uma bronca, algumas delas iam apanhar e acabaram que nem no ginecologista nunca foram, muito grave isso.”

Percebe-se nessa fala uma explícita punição, inclusive física, atrelada ao exercício da sexualidade que Bárbara identifica na experiência de suas amigas. Isso dificulta a apropriação das informações, por parte delas, referente à sexualidade, na medida em que elas são impossibilitadas de uma expressão e responsabilização da sexualidade em ambientes que auxiliariam o acesso às informações e cuidados de saúde. Ao não terem apoio para isso, suas sexualidades se marginalizam, tornando-se o tabu trazido pela participante.

Ainda em relação à obtenção de informações, Bárbara considera que não teve uma educação sexual satisfatória na escola; ela diz que esse ensino foi insuficiente e incompleto porque era reduzido à orientação da utilização de camisinhas. Dessa forma, ela percebe uma falta na oferta e obtenção dessas informações, que indica, mais uma vez, uma precariedade na garantia dos direitos reprodutivos.

Essas questões também estão presentes no segundo indicador, “preconceito da sociedade com ser mãe solo”. Bárbara destaca vivências em que foi discriminada por ser mãe solo, ela diz: “eu acho que ainda é um tabu muito grande em relação às mães que são solteiras, muitas pessoas têm preconceitos, muitas pessoas veem como “ah, meu deus do céu, fez um filho vai querer arrumar um homem pra querer criar o filho dela”, sabe? Isso eu acho uma questão muito delicada. [...] É um preconceito, é um preconceito que já existe há muitos, muitos anos e que ainda existe hoje, eu já passei por algumas situações um pouco desagradáveis [...] da forma como dizem, você já percebe: “ah, você é uma garota muito legal, você trabalha, você estuda, mas você tem um filho”, entende? O filho sempre é um tabu

na vida de uma mulher que é solteira, é diferente, ao contrário de um homem, sabe?"

A partir dessa fala é, primeiramente, essencial pensar na concepção de mãe solteira, que se diferencia da concepção de mãe por não estar inserida em uma relação conjugal: dessa forma percebe-se a associação da maternidade e da ideia de mãe com a inserção em um relacionamento de caráter sexual com um homem. Oyěwùmi (2004) percebe a partir disso que existe uma sexualização da maternidade e por isso há a existência do termo “mãe solteira”. Bárbara, em suas vivências, exprime que foi vista negativamente por estar nessa posição de mãe solteira; ela percebe que por trás dessas experiências está um preconceito que existe há muito tempo na sociedade, e em sua fala aparece a associação entre a criação de um filho, ou seja, a maternidade, e a necessidade de estar em um relacionamento com um homem, assim como um menosprezo dirigido a ela por estar solteira e ser mãe.

Ela percebe também a desigualdade existente entre a experiência da mãe solteira e do pai solteiro, ela percebe que a mulher se encontra mais inferiorizada nessa posição do que o homem. A sexualidade da mulher, associada à maternidade, é negativa e desmoralizada se não está ligada ao homem: esta questão se associa com esse núcleo que evidencia a punição a que a mulher está sujeita ao ter sua sexualidade manifesta a partir dessa sexualização da maternidade.

Essa sexualidade se encontra subjugada de muitas formas, o que se associa aos aspectos da desigualdade de gênero e na atribuição de valores e papéis a partir dessa categoria. Bárbara percebe e reflete sobre isso, ela não está em um relacionamento com o pai do seu filho, mas percebe que ele, nessa posição de pai solteiro, não é visto da mesma maneira que ela: ele não é questionado sobre seu estado civil ou é inferiorizado por ter um filho e estar solteiro.

“Tudo é comigo, ele só se preocupa dois dias da semana”

Nesse núcleo foram agrupados indicadores que se relacionavam com a questão da responsabilidade pelo filho e as diferenças entre a maternidade e a paternidade. Primeiramente há o indicador “não estar em um relacionamento em

relação a criar um filho sozinha", este se conecta com o último indicador do núcleo anterior, no sentido que traz o tema da sexualização da maternidade.

Bárbara, ao contar os problemas que passou no final do seu relacionamento com o pai de seu filho, expressa uma aproximação entre a separação e a concepção de criar o filho sozinha; ela diz: "quando eu me separei eu tava grávida de 8 meses, foi uma decisão minha por algumas coisas que aconteceram e eu mesma tomei essa decisão de criar meu filho sozinha; porque com as coisas que aconteceram eu não ia continuar com o relacionamento e criar meu filho, porque realmente foi muito complicado.". Nessa fala, a paternidade parece estar ancorada na existência de um relacionamento com a mãe, sendo que no momento em que essa relação é rompida a entrevistada se vê sozinha na criação do seu filho: a separação retira ou minimiza a responsabilidade paterna e tais funções são transferidas para ela na maternidade.

No decorrer da entrevista Bárbara vai colocando mais detalhadamente o lugar que o pai de seu filho ocupa: assim, ela revela que ele está presente, principalmente desde os 6 meses de idade do filho, momento no qual ele começa a passar progressivamente mais tempo com o pai. Tais questões se relacionam com o segundo indicador, "paternidade e distanciamento do homem", no sentido que revela a percepção de Bárbara no tocante ao lugar da paternidade. O aspecto da presença é essencial a esse entendimento: ao falar sobre a divisão de responsabilidades na criação de seu filho há o destaque dessa presença e seu significado. Bárbara vê como fundamental a presença do pai na vida do filho, tanto que ela realiza um esforço para resolver o conflito existente entre os dois para que fosse possível uma cooperação no cuidado da criança. E, a princípio, ela considera que a dinâmica que eles têm atualmente de divisão dos cuidados do filho seja uma criação em conjunto, sendo que essa criança está com o pai por dois dias na semana.

Posteriormente ela reflete sobre essa questão e coloca que, apesar da presença do pai, ela é a maior responsável pelo cuidado e criação do filho, o que está posto com o terceiro indicador: "responsabilidade do filho é da mulher." Nas palavras de Bárbara: "Não tem como. Tudo é comigo, por mais que ele pegue o I. [filho de Bárbara] ele não tem obrigação de se preocupar com vacina, se preocupar com toda a alimentação regradinha que ele tem; ele já tá com dois anos e daqui a

algum tempo eu vou colocar ele na escolinha, quem vai ter que correr atrás de escolinha vai ser eu, porque quem fica com ele durante toda a semana sou eu, se ele pega é um dia só [...] Ele não tem nenhum tipo de preocupação, a única preocupação que ele tem é o dia que vai pegar o I., aí no dia ele dá comida e toma conta de tudo mas o resto das coisas é literalmente comigo".

A partir disso é possível compreender como são exercidas a paternidade e a maternidade nessa dinâmica. Bárbara se sente a maior responsável pelo cuidado de seu filho, pois ela está encarregada de se preocupar com seus cuidados de saúde, de educação, de alimentação, além de estar com ele na maior parte dos dias. Novamente ela é a maior responsável: ela foi responsabilizada pelos cuidados reprodutivos e também é responsável por esse cuidado parental. A presença e participação do pai é quase lúdica, sendo encarregado somente em passar tempo com o filho e realizar os cuidados necessários dentro desse intervalo de um ou dois dias. Na fala exposta, ela coloca que ele não tem a obrigação de realizar esses cuidados, ao contrário dela, que se sente obrigada a eles, estando aí expresso, outra vez, a desigualdade de gênero que impõe essas funções sobre a mulher.

Ainda, é importante considerar a dupla atribuição presente nesse caso. As divisões de tarefas não estão somente fundamentadas na ideia de que a mulher fica encarregada das tarefas domésticas e do cuidado da criança enquanto o pai se apropria do prover. Atualmente as mulheres estão inseridas no mercado de trabalho e muitas vezes realizam ambas as funções, a de prover, tradicionalmente relacionada à figura paterna, e a do cuidado doméstico e dos filhos. A partir da fala de Bárbara, entende-se que o pai de I. também auxilia, de alguma forma, com as questões financeiras e as necessidades materiais do filho, mas essa função é também de Bárbara, que em seu dia a dia tem esse duplo papel sendo, portanto, duplamente responsabilizada pelo cuidado de seu filho.

Dessa forma, estão postas as divisões de tarefas existentes entre o homem e a mulher no desempenho da paternidade e da maternidade. A responsabilidade da mulher pela criação e cuidado das crianças é sustentada na estrutura da sociedade que normaliza a responsabilidade da mulher nas questões reprodutivas em geral. É a partir disso que Mattar (2013) coloca que os direitos reprodutivos devem ser pensados de forma ampliada, considerando-se também os momentos posteriores à

reprodução, ou seja, deve abranger a questão do exercício da maternidade, da divisão sexual do trabalho, cuidado e criação das crianças, aspectos que são considerados como responsabilidade da mulher. Dessa maneira, nessa ampliação da discussão dos direitos reprodutivos é indispensável pensar na inserção do homem nessa esfera, o que inclui tanto as questões contraceptivas e de prevenção a ISTs como também o cuidado e criação das crianças. No caso de Bárbara é explícita essa desigualdade em todos os âmbitos reprodutivos.

Ainda mais, há também uma centralidade da mulher no que tange ao cuidado da criança, em geral. Na sua fala Bárbara cita principalmente mulheres como pessoas que a auxiliaram no cuidado do seu filho e na sua instrução do exercício da maternidade, questão inserida no último indicador: “relação da mulher e o cuidado da criança”. Segundo ela, foi a partir das mulheres de sua família que ela aprendeu a cuidar de seu filho, tendo sua mãe, principalmente, um papel muito importante em toda sua vivência, o que pode indicar uma transmissão geracional da ideia sexista de que a mulher é a única responsável pelo cuidado, já que as mulheres de sua família se encontram nessa posição. Além disso, só há a menção da presença de sua família na participação dos cuidados a ela e ao seu filho; a família do pai de I. não se apresenta nessa fala, o que pode indicar um distanciamento que vai além da função paterna, se colocando também na sua família, que não é presente.

“Entrei em choque, fiquei com muito medo mas tive muito apoio.”

Esse núcleo é composto pelos seguintes indicadores: “não planejamento da gravidez cria uma situação de crise”, “experiências conturbadas durante a gravidez”, “importância do planejamento” e “importância de uma rede de suporte”. Esses indicadores foram formulados a partir do relato da Bárbara sobre suas vivências e sentimentos referentes à gravidez.

Primeiramente é evidente um momento de crise relacionado ao descobrimento de uma gravidez não planejada: são destacados sentimentos de angústia, medo e negação, referentes a esse acontecimento inesperado que simboliza grandes mudanças na vida de Bárbara. Ela diz: “Eu fiquei um mês em negação [...] não foi fácil, eu fiquei muito assustada, o coração acelerava, eu falei meu Deus o que eu vou fazer da minha vida, porque não é planejado, fiquei

desesperada”. Assim, entende-se que ela faz uma aproximação do susto associado ao descobrimento da gestação com o fato de não ser um acontecimento planejado, o que resulta em uma crise importante, já que o nascimento de um filho significa, como também é expressado por Bárbara, uma significativa transformação em sua vida.

A partir disso, Bárbara menciona a importância do planejamento para ter um filho, isso com base na ideia de que ter filhos configura uma mudança muito grande na vida, principalmente de uma mulher que se torna mãe, sendo necessário, em sua opinião, que a pessoa esteja disposta e tenha certeza de que quer ser mãe. Com isso, é possível enfatizar a importância, no âmbito dos direitos reprodutivos, da questão do planejamento que se associa ao acesso a informações sobre saúde reprodutiva e sexual. O planejamento, e a garantia dos direitos reprodutivos, em geral, possibilitam o preparo para essa transformação da vida, proporcionando a construção de condições psíquicas e materiais**,** o que pode minimizar as chances de haver uma situação de crise.

Ainda durante sua gravidez, Bárbara passa por momentos bastante conturbados no relacionamento que ela mantinha à época com o pai de seu filho, o que configura um segundo momento de crise nessa etapa de sua vida, de modo que ela estava lidando com duas transformações, além de estar no processo de se tornar mãe; uma pessoa que ocupava um lugar importante de sua vida, de companhia e confiança, passa a ocupar um lugar oposto. Dessa forma, Bárbara caracteriza essas vivências como determinantes de grandes mudanças pessoais, ela relata que mudou muito e que hoje se sente como outra pessoa: “Porque assim, ao mesmo tempo que foi o momento mais importante da minha vida porque sem dúvida alguma eu mudei demais depois dessa fase, eu mudei muito, assim para melhor, porque hoje eu sou uma outra pessoa, ao mesmo tempo foi o pior momento da minha vida, porque foi tudo ao mesmo tempo, ao mesmo tempo eu virei mãe e ao mesmo tempo a pessoa que eu convivia há 5 anos e que eu confiava acabou com tudo, entendeu?”.

Ela também entende que essas grandes dificuldades emocionais que ela passou nesse momento resultaram em mudanças positivas nela como sujeito, o lidar com essas questões a fez se sentir mais forte e mais capaz de cuidar de seu

filho. Ao pensar sobre suas vivências ela acredita que esses momentos difíceis pelos quais passou possibilitaram a constituição atual dela como sujeito, dessa forma validando suas escolhas e experiências. Ademais, é destacada a importância de uma rede de apoio que torna possível a superação dessas adversidades. Ela relata que sua família e amigos foram fundamentais em um acolhimento e amparo, estando eles presentes em todos os momentos e a ajudando no cuidado de seu filho. Isso demonstra a importância dessa rede, que auxilia o indivíduo que se encontra em crise no enfrentamento da situação: para Bárbara esses familiares e amigos foram fundamentais para que ela aceitasse a gravidez e lidasse com as questões presentes em seu relacionamento.

"Tive que ser tudo pra ele e hoje sou uma outra pessoa"

Nesse núcleo estão incluídos dois indicadores, eles são: "Ser mãe é padecer no paraíso? A positividade da entrega total da mãe para o filho" e "Se tornar mãe é transformar-se e mudar de vida". Esses pontos foram apreendidos a partir do relato das vivências de Bárbara com a maternidade.

Primeiramente, Bárbara coloca que nos primeiros momentos como mãe houve uma entrega total de suas energias para o cuidado do filho: ela coloca que estava ali somente por ele e também apresenta essa entrega como sendo característica do cuidado materno, principalmente no período da infância. Ao discorrer sobre o significado da maternidade ela expressa que a mãe tem que ser tudo para o filho e que isso resulta em um forte laço de amor advindo dessa dedicação intensa. Ela também considera esses aspectos como sendo positivos, ela diz amar ser mãe e a maternidade e declara que não modificaria nada na sua vida, pois tudo o que ela passou até hoje possibilitou que ela tivesse seu filho. Ela traz as dificuldades, os medos e as mudanças que surgem com a maternidade, porém todas essas questões se justificam na existência do filho, o que indica uma certa romantização e idealização dos sacrifícios ligados à maternidade.

Essa entrega à maternidade também se relaciona com a extrema responsabilização da mulher, que é naturalizada na sociedade. Além disso, essa idealização da entrega dá um sentido às situações por que ela passou, há uma aceitação desses momentos a partir dessas ideias de que tudo o que aconteceu fez

com o que ela chegasse até aqui e que apesar das dificuldades é maravilhoso ser mãe nessas condições: isso parece dar um sentido às suas experiências e as legitimam.

Além disso, é relevante destacar que a maternidade confere um papel social diferente para a mulher, principalmente dentro das concepções de gênero em que espera-se que a mulher se torne mãe e assuma a maior parte da responsabilidade sobre os filhos (PAIM, 1998). Isso é expresso por Bárbara, que destaca bastante as mudanças ocorridas em sua vida com a maternidade, muito relacionadas a essa entrega; ao ser indagada sobre o significado de ser mãe ela responde: “É muito bom ser mãe, por mais que todas as coisas ruins que aconteceram [...] se eu tivesse que passar por tudo isso de novo pra ter ele na minha vida como eu tenho hoje, eu passaria por tudo de novo, porque eu amadureci muito nessa fase, amadurece muito depois que você tem filho, que você tem uma pessoa ali que você tem que ser forte para aquela pessoa, você tem que fazer tudo por aquela pessoa, você amadurece muito [...] é muito complexo assim a gente explicar, porque a gente tem que ser tudo principalmente no período que ainda é criança, que ainda não entende muita coisa, que não sabe das coisas, a gente tem que literalmente ser tudo, a gente precisa alimentar, a gente precisa cuidar, a gente precisa dar amor, a gente precisa educar, então a gente tem que ser tudo da criança: é por isso que a gente acaba amando tanto porque a gente se dedica tanto que o amor só aumenta do tanto que a gente se dedica.”.

Com isso se torna visível uma naturalização dos sacrifícios feitos pelas mulheres na maternidade. Muitas vezes, como visto nessa fala anterior e em outras apresentadas, ela coloca que ela, como mãe, tem que fazer algo, precisa fazer algo ou se coloca na obrigação de fazer algo, enquanto o pai, como já discutido, não tem ou sente que tem as mesmas obrigações. Ou seja, ela sente que deve se entregar à criança, não por conta de uma crença dela, mas porque esse é o papel deliberado a ela em uma perspectiva social e histórica, que normaliza isso e permite que o pai se isente da maior parte desses cuidados.

“O público é ruim, fiquei muito sozinha e desamparada na hora do parto.”

Esse núcleo traz as vivências de Bárbara no tocante aos serviços de saúde que ela experimentou nos momentos relatados. Nesse sentido foram associados os seguintes indicadores: “solidão no parto” e “sistema público e privado de saúde".

O acompanhamento de saúde realizado por Bárbara durante sua gravidez se deu a partir de equipamentos do SUS na sua região. Em geral, sua experiência com o sistema público foi bastante complicada, principalmente no momento do parto. Em seu pré-natal passou por todas as consultas previstas, considerou que foi bem tratada por sua médica e recebeu as informações de que necessitava, porém a experiência do parto a marcou negativamente, sendo que os sentimentos destacados são o medo, a solidão, o desamparo e a dor. Aí, destaca-se a solidão e o desamparo, que estão ligadas ao hospital: Bárbara se sentiu sozinha, pois não pôde ter um acompanhante com ela durante o trabalho de parto, e se sentiu desamparada porque não teve assistência das enfermeiras do hospital, se sentindo abandonada; sobre isso ela descreve:

“Na época que eu tive o meu filho eu queria ter algum acompanhante, eu não tive, eu fiquei literalmente deitada na maca sozinha, não tinha ninguém do meu lado, no máximo a minha mãe vinha me ver ou então o meu ex na época [...] só que eles ficaram do lado de fora esperando, ele só foi duas vezes me ver, e a minha mãe também, só foi duas vezes, eu fiquei o restante das horas literalmente sozinha. Então assim, eles [profissionais do hospital] te tratam bem quando você tá lá. Quando eu cheguei eles me trataram bem, o médico estourou minha bolsa, me deu a roupa e eu deitei na maca, depois eles te jogam lá e você se vira, se vira [...] Mas eu acho que o momento em que ele mais judiam é na hora que a mãe tá lá em trabalho de parto, porque realmente assim eu fiquei sozinha, e tem mulheres que entram em trabalho de parto e conseguem ter o normal, o parto normal, que eles não levam nem pra outra sala, elas tem lá no meio de todo mundo porque elas tão gritando que o bebê vai nascer e eles não tão nem aí. Teve uma que teve o filho dela praticamente do meu lado porque ela tava falando: “tá doendo muito, tá doendo muito”, e eles largaram ela de mão até que a criança já tava saindo e aí eles foram, pegaram e levaram a maca pra longe.”.

Essa experiência de Bárbara é bastante marcante e manifesta o descumprimento da Lei Federal nº 11.108/2005 que postula o direito das gestantes a um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós parto imediato. Estar sozinha durante esses momentos, contra a sua vontade, se caracteriza como uma situação de violência e de violação dos direitos reprodutivos. Além da solidão do momento destacado na fala, Bárbara também estava sozinha na maior parte do parto e nas primeiras horas do pós-parto, o que agrava a situação da infração de seus direitos, assim como os sentimentos de solidão e desamparo por ela expressos. E, além de passar por essa grave situação, ela também testemunha um cenário desamparo vivido por outra mulher que foi ignorada, pelos profissionais do hospital, nas suas dores e pedidos de ajuda, até instantes antes de dar à luz.

É possível pensar nessa situação baseando-se no que trazem Costa et al. (2006) ao considerar que o acesso à saúde reprodutiva e a qualidade desse acesso sofre influência dos determinantes sociais, entre eles a questão racial e de classe social. Em contraposição a isso, Bárbara se sente melhor atendida ao utilizar dispositivos privados de saúde, destacando uma menor burocracia, acesso à informações e melhor cuidado.

“Me considero parda, mas muitas pessoas me veem como branca.”

Esse último núcleo foi estruturado a partir do relato de Bárbara sobre suas vivências relacionadas às questões raciais, condensadas nos indicadores: "não relaciona suas vivências com questões raciais" e "questão da identificação racial: ser parda ou branca?".

Ao responder sobre como se auto declarava no quesito raça/cor ela coloca: “Minha vida inteira sempre foi muito difícil em relação a isso porque, no meu registro eu sou parda, eu nunca sei explicar direito, mas ao ver da população, de todo mundo eu sou branca, então assim, é muito difícil explicar, porque minha mãe é negra e meu pai, ele é branco, então no meu registro eu tô como parda. Eu sou mais clara ,mas eu me declaro parda.”. Considerando o histórico da miscigenação do Brasil e o significado sócio-histórico que essa questão apresenta, como posto por Pinto e Ferreira (2014) tal processo passa a ser considerado como uma forma de embranquecimento da sociedade brasileira. Nessa perspectiva do

embranquecimento surge o conceito do colorismo, que diz respeito ao nível de discriminação que as pessoas não-brancas sofrem com base em suas características físicas: dessa forma tem-se que o mais distante que uma pessoa se encontre da branquitude maior a discriminação racial a que ela está submetida (Djokic, 2015). Nessa fala de Bárbara compreende-se que a partir da percepção de suas características físicas ela se verifica entre o ser branco e o ser pardo/negro, apresentando dificuldade de se identificar entre as categorias.

Com isso, ela não constatou nenhuma relação entre sua cor e as experiências relatadas a respeito das questões reprodutivas. É interessante pensar que o racismo, sendo estrutural, se coloca muitas vezes além da percepção, já que corresponde ao modo como a sociedade está organizada. Nesse sentido, é possível pensar nas experiências com as instituições de saúde que Bárbara têm, principalmente nas violações aos direitos concretizadas durante seu parto e indagar como esse momento se relaciona com a realidade material: nessa indagação procura-se destacar que por trás das experiências apresentadas por Bárbara se encontra um realidade sócio-histórica que está sustentada pelas desigualdades sublinhadas nesse trabalho, de gênero e racial, que se interseccionam com outras, como a de classe, que estão, portanto, na base dessas vivências. Assim, é possível perceber que essas situações se relacionam, ao menos, com a questão de classe.

10.2. Rosa

“Uso pílula desde a adolescência como tratamento e para não engravidar, agora eu queria fazer uma cirurgia.”

Esse primeiro núcleo foi organizado a partir do relato a respeito da utilização de métodos contraceptivos, sintetizados nos seguintes indicadores: “anticoncepcional como tratamento e único método de proteção”; “medicalização do corpo feminino”; desejo de realizar cirurgia para não engravidar”.

O primeiro indicador diz respeito à experiência de Rosa com a pílula anticoncepcional. Ela começa a utilizar esse medicamento na adolescência como uma forma de tratamento e, nesse primeiro momento, ela não tinha o entendimento de que o anticoncepcional teria algum efeito de prevenção de uma gravidez porque ela foi informada pelo médico que não poderia ter filhos. A pílula passa a ser pensada como método para não engravidar após o nascimento de seu primeiro filho e se configura como o recurso utilizado até o presente. Além da pílula anticoncepcional ela coloca a vontade dela e de seu marido de realizarem procedimentos cirúrgicos para prevenir uma gravidez. Além disso, Rosa não menciona a utilização de outros métodos contraceptivos ou de proteção contra ISTs, o discurso é centrado unicamente na contracepção.

Assim, é possível perceber como se dá uma medicalização do corpo feminino a partir das experiências compartilhadas. Em relação aos procedimentos contraceptivos há uma concentração de intervenções no corpo de Rosa que, com o objetivo de prevenir uma gravidez, se responsabiliza pelo uso de um medicamento. Isso evidencia as questões trazidas por Vieira (1999) e Costa et al. (2006) que enfatizam a tendência da sociedade de responsabilizar as mulheres pela reprodução e seus cuidados, e que o alcance da contracepção é principalmente feito a partir de intervenções médicas em seu corpo, o que demonstra a contradição das tecnologias de contracepção que, ao mesmo tempo que possibilitam que os indivíduos escolham quando e se querem ter filhos, elas estão muito voltadas ao corpo feminino, reforçando uma medicalização.

Apesar dessa centralização da contracepção em seu corpo, aparece no discurso de Rosa uma participação de seu marido na decisão de dar continuidade ao uso do anticoncepcional após o nascimento de sua filha; ela diz que: “a gente optou por eu continuar tomando o anticoncepcional para não arriscar uma gravidez”. Ele também expressa interesse pela realização de uma vasectomia, sendo dessa forma possível apreender um movimento de distanciamento da completa responsabilização e medicalização da mulher na contracepção, havendo um entendimento de que ele também tem uma responsabilidade na vida reprodutiva.

Ademais, quando Rosa começou a fazer o uso da pílula anticoncepcional, ela foi informada pelo médico de que ela não poderia engravidar e que o objetivo do uso daquele medicamento seria o de tratar o cisto que ela tinha no ovário. Essa informação causou um impacto emocional negativo nela que, na percepção da figura do médico como uma autoridade, passou a considerar, aos 16 anos, que nunca poderia se tornar mãe na sua vida, coisa que ela tinha vontade de ser no futuro. Isso revela a percepção da medicina como um campo do conhecimento de grande influência na sociedade que, ao considerar esses conhecimentos como de autoridade, acaba por manifestar uma atitude passiva e dependente dessa soberania médica. Essa determinação, inclusive, acaba por não se concretizar quando, alguns meses depois, Rosa engravida de seu primeiro filho, o que se configura como um grande choque ao contradizer as falas do médico.

“Antes era diferente, minha mãe nunca falou comigo sobre sexo, aprendi na escola e com o médico.”

Esse segundo núcleo foi estruturado a partir das formulações de Rosa a respeito de sua percepção de sexualidade e da educação sexual que obteve. Aí estão inclusos os seguintes indicadores: “sexualidade como tabu”, “educação sexual advinda da escola e do médico” e “percepção de que atualmente as meninas são mais sexualizadas”.

Rosa diz: “A minha mãe nunca falou com a gente sobre ter relação, como a gente deveria fazer pra se cuidar, minha mãe nunca falou dessas coisas assim [...] Eu aprendi na escola onde eu estudava [...] eles ensinavam como se prevenir e foi através dessas aulas que eu descobri que tinha que passar em um ginecologista

mesmo sem ter relação com ninguém, foi quando eu descobri que a dor que eu sentia era um cisto e então foi através da escola onde eu estudei que nessas aulas a professora conversava muito com a gente [...] e aí foi quando eu passei na minha primeira consulta com o ginecologista que eu fui tendo instruções de como não engravidar, mas assim, eu tive a primeira consulta, eu tive instruções que eu não poderia engravidar e engravidei, então foi muito rápido.”.

Nessa fala ela relata a importância do papel que a escola pode ter na educação sexual dos jovens, principalmente na sua experiência em que não havia um diálogo em casa. Então, a partir do diálogo existente com uma professora foi possível que houvesse uma apropriação de seus processos, o que viabilizou a procura de auxílio médico que descobriu um problema de saúde relacionado a uma dor que ela sentia; dessa forma, nota-se que o acesso à informação está muito relacionado ao acesso à saúde sexual e reprodutiva. Nesse contexto, há a transferência de um papel que ela inicialmente atribui a mãe, mas que não foi cumprido por ela, na figura dessa professora. A figura do ginecologista também teve um papel de instrução de Rosa a respeito do exercício da sexualidade e seus cuidados, apesar de que houve a orientação de que ela não poderia engravidar e após um mês da consulta com esse médico ocorreu a gravidez.

Em outro momento Rosa diz: “Antigamente, na minha época, as meninas que tinham relação não eram iguais as meninas de hoje em dia, tipo assim, eu to em um grupo de 10 meninas as meninas não falavam assim: eu tive relação com fulano e foi assim, assim, assim. Tinha vergonha e medo de falar, na minha época as meninas não ficavam grávidas na minha idade, que eu fiquei com 16 ou com 15, não, demoravam mais pra ficar grávida, demoravam mais pra perder a virgindade, e que hoje em dia é muito diferente, hoje em dia as meninas de 10, 12 anos ficam grávidas, meninas muito novas perdem a virgindade, na minha época a gente não tinha um diálogo entre amigas pra conversar sobre isso, só aquela amiga que era amiga mesmo que te contava assim, aconteceu isso e aquilo mas não, tipo assim, se gabando, mas porque não conseguia guardar pra si própria e às vezes até pra tirar uma dúvida como se a gente soubesse o que fazer”.

Nessa fala Rosa revela que quando era adolescente havia um sentimento de vergonha e de medo na abordagem da sexualidade, que era muito vivida de forma

isolada, somente entre amigas próximas havia a existência de algum diálogo. Esse tabu envolvendo a sexualidade impedia que elas trocassem experiências entre si e dialogassem sobre um aspecto relevante da vida; essa impossibilidade do diálogo, que está imerso em um sentimento de vergonha e medo perpetrado pela sociedade, pode dificultar o alcance às informações, o que impede a apropriação e responsabilização pela sexualidade. Além disso, Rosa traz um contraste de como ela percebe o exercício da sexualidade em relação à época em que era adolescente com a atualidade: para ela as meninas de hoje estão mais sexualizadas, no sentido em que garotas a partir de 10 anos estão se relacionando sexualmente e engravidando, enquanto em sua época isso não acontecia. Essa fala é interessante no sentido em que ela percebe uma sexualização infantil: segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.8.069, de 13 de julho de 1990), a infância se estende até os 12 anos de idade, dessa forma a ocorrência de relações sexuais nessa idade podem ser consideradas como abuso; porém a percepção que Rosa traz é de uma apropriação da sexualidade nessa idade de forma que parece haver uma culpabilização no caso de crianças de 10 a 12 anos submetidas a essas situações, nessa percepção de que essas meninas escolhem e se responsabilizam por essas relações, quando na realidade há uma sexualização precoce delas, que são expostas a abusos e culpabilizadas por eles, sendo, então, vítimas.

"É difícil quando não é planejado, para ter filhos é necessário ter uma estrutura."

Esse núcleo foi formulado a partir do relato de Rosa sobre suas vivências em suas gestações sintetizadas nos seguintes indicadores: "não queria, mas aceitamos", "foi difícil de aceitar", "não planejamento e crise", "gravidez na adolescência" e "planejamento e sua relação com uma estrutura".

A primeira gravidez de Rosa se dá aos seus 16 anos, ou seja, se configura como uma gravidez na adolescência. A descoberta dessa gestação traz principalmente um sentimento de choque, pois acontece após um diagnóstico médico de que ela não poderia ter filhos, junto a um uso de pílulas anticoncepcionais, o que gera uma situação bastante inesperada pela entrevistada: essa questão, junto à idade em que em ocorreu a gravidez, configuram um

momento de crise significativa em sua vida. O período da adolescência já é caracterizado por transformações e incertezas que acarretam uma crise característica, no caso de Rosa essa situação se agrava com a gravidez.

Com isso ela apresenta a dificuldade de aceitar essa gravidez por ter 16 anos e ainda estar na escola, sendo árduo para ela navegar nesse espaço durante esse processo: foi mais difícil para ela aceitar sua situação do que para os seus pais. Dessa forma, considerando a existência de uma crise nesse momento, é perceptível em sua fala uma tentativa de elaboração e de aceitação dessa gravidez que de uma certa maneira é aceita e associada a um momento feliz, embora de outro lado represente um momento conturbado e de difícil aceitação. Isso é apresentado na fala: “Não foi planejado, mas assim, depois que eu descobri a gente ficou muito feliz, ele nasceu super bem, não foi planejado mas não fui aquele tipo de pessoa que não queria e rejeitou, sabe? Eu não queria, mas veio e a gente aceitou de boa.”

Esse trecho contrasta com outro momento na entrevista em que é perguntado como foi para ela aceitar essa gravidez e ela responde que foi “muito difícil porque eu era muito nova, eu tava estudando, eu ia pra escola grávida”. Assim, se apresenta uma tentativa de validar e aceitar essas experiências a partir de uma atenuação do impacto desse momento, inclusive no que parece ser um movimento de aceitação desse filho que não foi planejado, sendo difícil, segundo ela, aceitar essa situação, mas foi, ao mesmo tempo, aceito tranquilamente. Essas contradições também destacam a dificuldade desse período e as diferentes emoções que surgem nesse processo de acomodação às transformações postas.

Nesse sentido, surge a questão do planejamento no relato de Rosa que está muito ligada a uma ideia de estrutura por ela apresentada, que se associa à existência de condições materiais necessárias para se ter um filho. Em alguns momentos na entrevista ela considera que tinha uma estrutura nos dois instantes de sua vida em que teve filhos, na primeira vez aos 16 anos e na segunda vez aos 24 anos, mas elas são caracterizadas de maneiras diferentes. Em relação à sua primeira gravidez ela coloca que a estrutura que tinha foi dada a ela por seus pais como uma forma de apoio, ou seja, os pais lhe deram um lugar para morar, a auxiliaram financeiramente e no cuidado de seu filho: nessa ocasião a estrutura é a da família, a de seus pais. No momento da segunda gravidez, em que houve um

planejamento para ter um segundo filho, essa estrutura aparece como algo que ela e seu marido construíram, se relacionando com a preparação de um ambiente adequado e ausência de dívidas, ou seja, uma condição financeira adequada.

Em outro momento, ao comparar as duas gestações, ela considera que em sua primeira gravidez ela não tinha uma estrutura: com essa contradição pode-se pensar que nessa ocasião a estrutura que ela tinha era muito diferente da que ela tem hoje em dia e, além das questões materiais que ela apresenta, é válido considerar essa estrutura também como sendo composta de um preparo psicológico que não estava plenamente constituído na situação em que não houve um planejamento. A condição psíquica e emocional do indivíduo são importantes para enfrentar as transformações que surgem ao se ter um filho; o planejamento se relaciona com a construção dessas condições, tanto materiais quanto emocionais, que contribuem para administrar as mudanças e a imprevisibilidade de um momento de gestação.

"Com meu primeiro filho me sentia muito sozinha, hoje meu marido e meus filhos são meus companheiros."

Esse núcleo foi organizado a partir das formulações de Rosa a respeito das pessoas que estavam ao seu redor durante e após suas gestações e o apoio que recebeu - ou não - delas. Essas ideias estão sintetizadas nos seguintes indicadores: "família, principalmente a mãe, como principal apoiador na primeira gravidez", "solidão", "paternidade: duas experiências diferentes" e "mudança da rede de apoio".

O primeiro indicador assinala o suporte que Rosa teve de sua família em sua primeira gravidez, seus pais lhe deram um lugar para morar junto com o seu filho, assim como a auxiliaram financeiramente e no cuidado do bebê nos primeiros momentos: essas questões foram bastante importantes para que ela pudesse se adaptar mais efetivamente a essa nova posição. Sua mãe, em especial, a auxiliou consideravelmente no cuidado do seu filho, principalmente após a separação dela e de seu companheiro na época e quando, após o nascimento do filho, começou a trabalhar, sendo uma figura assistente e apoiadora até os dias de hoje. Nesse sentido, é possível considerar o papel da mulher no cuidado e a existência de uma

transmissão geracional dessa perspectiva que coloca a mulher como principal nesse papel. Como já mencionado anteriormente, Rosa cita sua mãe ao mencionar que não obteve uma educação sexual em casa: mesmo tendo presente em sua vida a figura de ambos os pais, a concebeu nesse momento como a pessoa que seria responsável por essa instrução e cuidado. Também é importante levar em consideração que nessa primeira gestação Rosa era uma adolescente que estava sob a tutela dos pais e a mãe aparece em sua fala sendo mais presente no cuidado dela, como por exemplo ao estar junto nas consultas de pré-natal, durante o parto e no pós parto, ainda exercendo um papel materno dessa adolescente.

Com a gravidez, Rosa saiu das casas dos pais e passou a morar com seu namorado e pai de seu filho, o que se configura como outra mudança significativa em sua vida que aprofunda a crise que estava vivendo, já que além de ser uma adolescente e ter engravidado, ela também saiu da casa dos pais para morar com esse namorado, ou seja, neste momento de sua vida ela teve que lidar com muitas transformações ao mesmo tempo, o que foi muito difícil para ela. As transições da vida colocam o indivíduo em uma situação de vulnerabilidade, pois há uma quebra de uma estabilidade existente, dessa forma novos recursos para lidar com essas mudanças precisam ser ativados ou criados. Assim, pode-se supor que a superposição de crises resulta em uma alteração de uma dinâmica interna e dos relacionamentos, dessa forma a existência de uma rede social que apoie esse indivíduo são fundamentais para que esses processos sejam elaborados.

No entanto, apesar do auxílio que recebeu dos pais, após o parto, Rosa estava no papel de maior responsável por essa criança, mesmo com a presença do pai de seu filho nos primeiros meses, já que ele pouco ajudava no cuidado. Sobre a falta de apoio desse pai, Rosa fala: “Eu fiquei muito triste, a gente fica, a mulher já tá sensível com o parto, e aí eu ficava muito triste, eu tive começo de depressão pós parto, só não evolui, graças a Deus, pela separação, porque eu parei de sofrer e eu comecei ver a vida de outra forma: comecei a ver pelo meu filho, mas no começo eu sofri bastante, chorava bastante, eu amamentava ele à noite, eu chorava, porque eu me sentia só, era eu e ele e mais ninguém, a primeira vez.” Nesse trecho ela destaca um sentimento de solidão e tristeza relacionado a estar sozinha no cuidado do recém-nascido: a responsabilidade era completamente dela, ela estava em uma

situação inteiramente nova com essa maternidade, com o morar afastada dos pais e, sem nenhum apoio do seu companheiro ela se sentia muito triste, sendo que ela aponta um início de uma depressão pós-parto, que indica a proporção desses sentimentos. Como ela diz, esse estado emocional melhorou com a separação deles, sem a presença desse relacionamento conflituoso, ela passou a receber mais ajuda de sua mãe, o que tornou mais viável a sustentação desse cuidado.

Além disso, ela compara as diferentes atitudes dos pais de seus filhos, o que evidencia duas experiências contrastantes de paternidade. O pai de seu primeiro filho não exerceu nenhum cuidado, estando presente somente durante os primeiros seis meses e mesmo assim deixando Rosa sozinha nessa esfera; ela destaca que: “ele achava que não tinha que fazer nada” e que “a responsabilidade que ele acha que tem é só de pagar a pensão, cuidados ele nunca fez”. Essas falas explicitam uma divisão de papéis em que a mulher é responsável pelo cuidado e a criação do filho, enquanto o homem não se sente responsável por esse âmbito, participando somente de prover; é importante destacar que ele se responsabiliza apenas por uma parte desse prover, já que Rosa se encarrega, para além do cuidado, também do âmbito financeiro. Nesse sentido, essa é uma divisão imposta a Rosa por esse pai que não entende que tem que participar de outras maneiras, de forma a naturalizar e perpetuar a desigualdade de gênero.

Já com o seu marido e pai de sua filha a experiência é diferente: ela considera que há uma divisão no cuidado dos filhos e se sente muito apoiada por ele; Rosa diz: “Aqui em casa eu trabalho e ele trabalha, então a responsabilidade dos filhos é dos dois; quando ele me conheceu ele sabia que eu tinha um filho, a partir do momento que ele aceitou ficar comigo ele aceitou ter outro filho; então assim, responsabilidade de escola é os dois, responsabilidade de educação, os dois, eu não tiro a autoridade dele e ele não tira minha autoridade, então responsabilidade de tudo é 100% os dois”. Esse marido é descrito como uma pessoa muito próxima dela e bastante companheiro, no sentido de estar junto a ela na criação dos filhos; mesmo que o primeiro filho não seja biologicamente dele, está junto nas escolhas, na decisão da utilização de métodos contraceptivos, nos planejamentos, o que apresenta uma diferente possibilidade de posicionamento do

homem que, na superação da desigualdade de gênero, deve também se responsabilizar pelas questões reprodutivas.

Além disso, em geral, é perceptível o importante papel de uma rede no amparo da entrevistada nos momentos em que passou por mudanças em sua vida e também as transformações que essa rede pode passar. Primeiramente é muito importante a presença dos pais, principalmente da mãe, nesse suporte; posteriormente, a mãe ainda manteve importância na sua vida, mas seu marido e seus filhos estão em primeiro plano, o que torna os períodos de transformações e de crise mais sustentáveis e passíveis de elaboração.

“Tem dia que a gente não quer ser mãe, mas ser mãe pra mim é tudo, meus filhos são minha base.”

Esse núcleo retrata o tema da maternidade e as percepções de Rosa acerca dessa questão; essas ideias são sistematizadas nos seguintes indicadores: “Naturalização e aceitação”, "Para mim ser mãe significa tudo”, “Se sente feliz e realizada no papel de mãe”, “Considera que escolheu ser mãe”, e “Tem dia que a gente não quer ser mãe”.

As percepções de Rosa sobre suas experiências com a maternidade são, em geral, muito positivas, sendo possível pensar em uma certa idealização desse papel. Para ela, todas as coisas negativas pelas quais ela passou, seja em relação ao primeiro relacionamento conturbado que teve ou as dores do parto, se anulam ou são justificadas pela existência dos filhos em sua vida. Suas expectativas em relação à maternidade também são correspondidas nas suas vivências: ela esperava que seus filhos lhe fizessem companhia, correspondessem a seu amor, gostaria de uma oportunidade de transmitir a alguém seus valores e aprendizados, e é isso que ela considera que recebeu da maternidade. Isto é, ela avalia o papel de mãe como sendo gratificante; os seus filhos estão em uma posição muito importante para ela, sendo que ela os descreve como constituintes da base de sua vida.

A partir disso é importante considerar que Rosa está nessa posição de mãe desde que era uma adolescente; durante esse período grande parte, senão a maior, de sua vida, estava voltada para o cuidado de seu filho, tanto que ela não consegue retomar os estudos e tem como objetivo principal a criação desse filho e

posteriormente a construção de um ambiente familiar que possibilitasse a chegada de outra criança; ou seja, sua vida adulta até então foi bastante centrada nesses filhos e nessa família e todas essas vivências se fundamentam na importância desse aspecto da sua vida, em que seus filhos e seu marido são considerados base de sua vida, já que ela se dedicou muito à isso e julga que houve bons resultados, assim ela se sente realizada e feliz nesse papel. Contudo, verifica-se um movimento de idealização, que atenua as situações difíceis por que ela passou e também contribui para dar um significado a essas vivências. Essas questões se relacionam com a naturalização que há na sociedade da posição da mulher como mãe, que está sempre vinculada ao cuidado dos filhos, sendo que não há uma valorização deste lugar que é tido como inato; Davis (1981) aponta que o trabalho doméstico e de cuidado, essencial, atribuído à mulher, é um trabalho desvalorizado, este não é remunerado ou reconhecido pela sociedade; por outro lado a atribuição do homem como provedor da família é valorizada, o que é constatado na compensação material existente, sustentando o homem em uma posição hierárquica superior à da mulher.

Além disso, Rosa considera que escolheu ser mãe, com isso é interessante retomar os momentos em que ela teve seus filhos e como a noção de escolha se relaciona com isto. Com seu primeiro filho é evidente que não houve um planejamento ou uma intenção na gravidez que ocorreu na adolescência, gerando um momento de crise e uma difícil aceitação dessa condição, ou seja, aparentemente não houve uma escolha, mas houve uma elaboração com o passar do tempo e um processo de aceitação dessa maternidade. Com sua filha a ideia da escolha se diferencia um pouco, já que nesse período há um planejamento que resulta em uma gravidez; porém, Rosa sofre um aborto espontâneo que a abala emocionalmente e ao seu marido; poucos meses após essa perda Rosa engravida novamente, porém o casal ainda estava vivendo um momento de luto em que não desejavam engravidar tão cedo, tanto que eles tiveram dificuldade de aceitar totalmente a gravidez. Assim, apesar do desejo do casal de ter um filho, essa gravidez, após a situação impactante com o aborto, não foi planejada ou escolhida. Dessa forma, quando Rosa coloca que escolheu ser mãe pode supor-se configurar uma tentativa dela de se apropriar dessas situações imprevistas que ocorreram, já

que na sua concepção seus filhos fazem parte dela desde um desejo que ela tinha na adolescência de um dia se tornar mãe de um menino e de uma menina: isto revela também essa tentativa de expressar um consentimento e controle dessas situações.

Todavia, suas perspectivas não são completamente centradas em uma idealização da maternidade. Rosa também diz que “tem dia que a gente não quer ser mãe”; essa fala revela um entendimento de que, apesar de todas as coisas boas que a maternidade lhe traz, há momentos em que pode haver outros sentimentos, como frustração, cansaço, pode haver conflitos e ela aceita isso como componente da relação entre mãe e filhos.

“O público foi maravilhoso, me senti acolhida, cuidada e respeitada.”

Esse núcleo é composto pelos seguintes indicadores, que foram formulados a partir do relato de Rosa sobre suas vivências com os equipamentos de saúde que utilizou e outras política públicas: “sistema público e privado de saúde”, “experiência positiva com os dispositivos do SUS” e “experiência positiva com as políticas públicas de educação”.

Durante todo o processo reprodutivo, Rosa fez o uso do sistema público de saúde, sendo este sublinhado como uma opção dela na sua segunda e terceira gestações. Ela conta que ela tinha um convênio médico, mas preferiu utilizar os equipamentos do SUS por ter sido melhor atendida: no público ela sentiu que recebeu um maior apoio e também se sentiu mais confortável por conhecer todos os trabalhadores dos serviços de referência de seu bairro.

Nos momentos do pré-natal Rosa se sentiu bem cuidada e destaca que foi bem preparada para o momento do parto por um médico. Nos partos ela se sentiu bastante respeitada e considera que houve um trabalho em equipe entre ela e os profissionais do hospital, sendo que todos os procedimentos realizados lhe foram explicados e ela consentiu para a realização deles, o que a fez se sentir como apropriada daquele processo e não somente sujeita a ações médicas. Porém, destacam-se dois momentos em suas vivências em que aparentemente houve um problema de comunicação entre ela e o profissional de saúde: o primeiro ocorreu antes de sua primeira gravidez, quando ela consulta um ginecologista e ele lhe

prescreve pílulas anticoncepcionais como forma de tratamento para cistos no ovário; nesse momento Rosa compreende que, ao tratar a questão dos cistos, o efeito contraceptivo do anticoncepcional seria cortado, o que não é verídico. Também, durante seu primeiro parto foi realizado um procedimento de episiotomia: nessa ocasião ela compreendeu que o corte auxiliaria seu bebê a nascer, já que ele era muito grande, e que se o bebê causasse rasgos naturais estes não poderiam ser costurados, enquanto o corte feito pelo médico poderia.

A partir dessas duas situações não é possível afirmar que o médico passou informações erradas, mas sim que de alguma forma houve um problema de comunicação entre o médico e Rosa; estes causaram mal entendidos: dessa forma destaca-se a importância das informações para a possibilidade da apropriação das mulheres das questões reprodutivas, viabilizando a realização de escolhas adequadas; a ruptura nessa transmissão de informações prejudica esse processo, já que acabam por não informarem realmente. Assim, é relevante considerar as maneiras como a comunicação é estabelecida entre médicos e pacientes, sendo essencial não só que essas informações sejam difundidas, mas também que elas sejam compreendidas, de forma a garantir realmente a autonomia do indivíduo.

Rosa também menciona suas experiências com o acesso à creche e à escola: ela apresenta que atualmente seus dois filhos frequentam escolas públicas de seu bairro e que anteriormente sua filha frequentava uma creche pública; Rosa destaca que teve facilidade no acesso a esses serviços e na sua utilização, já que a escola está situada na rua de sua casa. Em relação aos direitos reprodutivos, Mattar (2013) destaca a importância de compreendê-los de maneira ampliada, sendo necessário abranger o período após o nascimento em um suporte à parentalidade incluindo, então, o direito à moradia, ao trabalho, à creche e à educação infantil.

A partir disso ressalta-se que Rosa possui um bom acesso às políticas públicas de saúde e de educação, assegurando as partes dos direitos reprodutivos que se relacionam a estes. Apesar das contradições apontadas, ela se sentiu acolhida, respeitada e cuidada de forma digna e humana nos equipamentos de saúde, se sentindo apropriada do processo, assim como tem acesso satisfatório à educação dos seus filhos, aspecto importante na concepção ampliada dos direitos reprodutivos.

“Se alguém falar da minha cor eu não ligo, eu amo a minha cor.”

Esse último núcleo foi estruturado a partir do relato de Rosa sobre suas vivências relacionadas às questões raciais, condensadas nos indicadores: “ser negra ou parda? Identificação baseada no tom de pele”, “ser negra e estar grávida na adolescência”, “não relaciona diretamente suas vivências com questões raciais”.

Ao responder sobre como se declarava no quesito raça/cor Rosa diz primeiramente que se considera como negra, porém, durante sua fala, ela reflete sobre a questão da cor e modifica essa primeira afirmação ao falar que, por sua cor não ser tão escura, ela se considera parda. Na sua concepção a palavra negro de alguma forma caracterizaria uma pessoa com uma cor de pele mais escura, enquanto pardo representaria uma cor de pele mais clara. A ênfase na questão do tom da pele se assemelha ao conceito de colorismo que ressalta os efeitos do racismo em indivíduos não-brancos que possuem diferentes tonalidades de pele: essa concepção propõe que quanto mais clara for a pele de uma pessoa negra, menor é a discriminação racial à qual ela está submetida (DJOKIC, 2015). Esse conceito e discussão se relaciona com a miscigenação característica da sociedade brasileira que aparece no processo histórico e social do Brasil como um incentivo ao embranquecimento do país (PINTO E FERREIRA, 2014).

Além disso, em outro momento de sua fala, Rosa menciona sua identidade racial com a experiência de estar grávida na adolescência e frequentar a escola, ao responder a pergunta sobre como foi para ela aceitar essa primeira gravidez; ela diz: “Muito difícil porque eu era muito nova, eu tava estudando, eu ia pra escola grávida, assim quando você vai pra escola grávida eu acho que não é pelo fato de eu ser negra, mas pelo fato de eu tá grávida aos 16 anos; você chega na escola e as pessoas ficam te olhando assim, eles te olham como se você não tivesse família [...] como se você não tivesse uma estrutura [...] Eu sou uma pessoa que se alguém falar da minha cor eu não me importo, eu amo a minha cor, se alguém falar do meu cabelo, que é crespo, eu também não me importo, as pessoas falavam da minha gravidez e eu também não me importava [...]”. Apesar dela negar nessa fala que essa experiência na escola tenha uma relação direta com o fato dela ser negra, é interessante o fato dela trazer essas duas questões juntas e realizar uma

comparação da maneira como ela lida com elas. Então, nesse momento, ela expressa tentar não se importar com o que as outras pessoas acham da sua cor, pois é uma característica dela que ela se sente confortável; porém, pode-se verificar que esse entendimento de uma possível discriminação se fundamenta em uma compreensão individual, atribuído a alguém, um indivíduo, e enfrentado por uma atitude dela, também individual.

Outro momento em que Rosa fala sobre a questão racial é ao responder sobre a relação desse aspecto com as suas vivências relatadas; a respeito disso ela coloca que não considera a existência de uma conexão entre esses pontos. Segundo ela: “Como eu disse no começo, eu já vi gente passar por isso, eu não passei, porque assim, o posto de saúde onde a gente mora é um posto maravilhoso. Eu conheço pessoas que trabalham no posto, as enfermeiras, o pessoal [...] e a gente tem uma estrutura total da prefeitura sobre isso, pelo fato da gente conhecer as pessoas. Os meus pré-natais, tudo assim, eu acho que não interferiu em nada, a minha cor, eu nunca sofri, pelo menos no posto de saúde com a minha gravidez eu nunca sofri racismo nenhum”. Nessa fala ela relata que já viu pessoas passarem por situações de racismo, de forma a reconhecer que esse tipo de discriminação existe; Rosa também atribui o fato dela não ter sofrido racismo nas situações relatadas por conhecer bem sua UBS de referência, assim como seus trabalhadores e destaca a boa estrutura do serviço como se relacionando a essa característica; nesse sentido, verifica-se um realce de características institucionais.

Almeida (2019) traz as concepções do racismo estrutural e como ele está presente nas instituições, já que estas se modificam e se atualizam a partir dos conflitos existentes na sociedade, se orientando a partir de sua estrutura. Ao trazer uma questão institucional, supõe-se que Rosa percebe um movimento da instituição que se direciona em um sentido divergente ao de um racismo que é estruturante. No entanto, apesar da existência desses marcos mais coletivos, referentes à instituição, em sua fala, não há uma reflexão mais aprofundada sobre o tema, sendo que este aparece em geral mais associado à esfera do indivíduo.

10.3. Bárbara e Rosa: algumas intersecções

Bárbara e Rosa são duas mulheres com vivências distintas, porém não completamente opostas. Bárbara tem 23 anos e um filho de 2 anos, enquanto Rosa tem 32 anos e é mãe de um filho de 14 anos e uma filha de 7 anos; elas habitam em locais distintos na grande São Paulo e possuem um cotidiano bastante diferente. Porém, a partir das entrevistas e da discussão posta é possível identificar que muitas de suas experiências se conectam.

Primeiramente, há a questão da medicalização. Ambas as entrevistadas fazem uso de pílulas anticoncepcionais, experienciando a centralização de intervenções que se dá no corpo da mulher para o alcance da anticoncepção, havendo também a responsabilização delas. É positivo que ambas tenham acesso a essa tecnologia contraceptiva, no entanto é essencial ressaltar a questão trazida por Costa et al. (2006) que aponta que essas tecnologias estão centradas em interferências médicas no corpo das mulheres, o que reforça as concepções relativas a desigualdade de gênero que responsabiliza as mulheres pelos cuidados reprodutivos e a medicalização de seus corpos.

Além disso, é ressaltada nas entrevistas uma percepção da sexualidade feminina que é negativa, fazendo com que meninas adolescentes sintam medo e vergonha de manifestar sua sexualidade. Bárbara traz uma vivência diferente, em que teve acesso a um diálogo aberto sobre sexualidade, mas observou nas vivências de suas amigas a existência de um tabu relacionado a esse tópico que gerou uma inexistência de diálogo e falta de acesso à saúde sexual e reprodutiva. Rosa tem uma experiência semelhante às amigas de Bárbara no sentido de que vivenciou esse tabu: não havia um diálogo em sua casa e o assunto da sexualidade era permeado pelo sentimento de medo e vergonha; porém, havia um diálogo em sua escola, possibilitando um acesso a informações e à saúde sexual e reprodutiva.

Outra questão é a referente à gravidez não planejada e à crise experienciada a partir desse evento inesperado, que causa transformações significativas. Esses momentos trouxeram sentimentos de medo, de desespero, de desestruturação que são vividos por elas de diferentes modos: contudo, sublinha-se nas duas

experiências a importância de uma rede de apoio que auxilia no enfrentamento dessas mudanças; assim como a importância do planejamento, que contribui para a construção de condições psíquicas e materiais necessárias para o enfrentamento das mudanças que advêm com a maternidade. Além disso, observa-se que a gravidez não planejada se configura como uma situação sem saída, que submete as mulheres a uma maternidade inevitável, principalmente no Brasil, em que a prática do aborto é criminalizada; dessa forma, caso a ideia da maternidade seja insuportável para a mulher, a realização de um procedimento abortivo pode se caracterizar como uma situação bastante perigosa, podendo resultar em criminalização ou até em morte, visto que o aborto se configura como uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil (MATTAR, 2013).

No tocante às experiências de paternidade, ambas entrevistadas vivenciam um distanciamento paterno: no caso de Bárbara, há a presença do pai de seu filho, porém esta não está relacionada a uma responsabilização pelo cuidado da criança, que está centrado em Bárbara. Na experiência de Rosa isso aparece em uma completa ausência do pai de seu primeiro filho que desde seu nascimento não se responsabiliza por nada referente ao cuidado que também se centraliza em Rosa. Essas experiências ilustram a expressão da desigualdade de gênero que estabelece diferentes atribuições para as mulheres e para os homens, de modo que as mulheres são responsabilizadas pelas questões reprodutivas e pelos cuidados dos filhos, sendo que essas diferenças são estruturais na sociedade e se originam a partir de um processo social e histórico. Também está presente a questão de uma idealização da maternidade: ambas as participantes justificam as situações conturbadas pelas quais passaram na existência dos filhos, idealizando e por vezes naturalizando essas experiências de entrega e sacrifício que têm raízes na questão da desigualdade de gênero.

Ademais, as duas participantes tiveram experiências com o sistema único de saúde, porém essas se caracterizam de maneiras diferentes: Bárbara teve, principalmente durante seu parto, uma vivência bastante negativa, na qual o direito de ter um acompanhante lhe foi negado, o que a fez se sentir sozinha e abandonada pelos profissionais; ela também observou o desamparo de outra mulher que estava em trabalho de parto, próxima a ela. Já Rosa teve uma

experiência bastante positiva: ela descreve que foi bem cuidada, acolhida e respeitada, relatando que houve um trabalho em equipe entre ela e os profissionais do hospital durante todos os momentos. Esse contraste expõe a existência de diferenças de condutas nos equipamentos de saúde públicos, o que indica uma desigualdade no acesso à saúde que pode estar sujeito a diversas variáveis como o território, notável nessa ocasião, visto que Rosa está situada na zona norte da cidade de São Paulo, enquanto Bárbara se situa no município de Taboão da Serra, apresentando, assim diferentes características no tocante às políticas públicas.

Em relação às questões raciais elas também apresentam vivências diferentes, mas que se conectam. Bárbara se autodeclara como parda, mas coloca dificuldades na definição desse aspecto, relatando que muitas vezes é vista como branca; já Rosa se autodeclara em um momento como negra e em outro como parda. A característica em que ambas se baseiam para pensar na diferenciação entre ser branca ou parda, no caso de Bárbara, ou negra ou parda, no caso de Rosa, é a tonalidade da pele, nesse sentido foi necessário trazer o conceito do colorismo, que expressa as diferenças da expressão da discriminação racial com base na tonalidade de pele e outras características atribuídas às pessoas negras (DJOKIC, 2015). Essa questão se associa ao processo de miscigenação da sociedade brasileira, que passa a ser exaltado ao ser relacionado a um embranquecimento da população: dessa forma, são valorizadas as características mais próximas da branquitude.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve como objetivo investigar a percepção de mulheres negras a respeito dos direitos reprodutivos; para o alcance deste foi realizado um levantamento teórico para o entendimento das questões históricas e sociais que se interseccionam na constituição dos sujeitos. A realidade em que estamos inseridos é estruturada a partir de desigualdades que são naturalizadas e respaldam o domínio de uma parte dos indivíduos sobre outra. Ao considerar essas desigualdades é essencial a percepção de que elas não se apresentam isoladamente, mas se cruzam, dessa forma ao considerar as mulheres negras é necessário se atentar para a intersecção entre a desigualdade racial e a desigualdade de gênero.

Assim, foram realizadas duas entrevistas com duas mulheres negras de forma a entender como elas percebem os direitos reprodutivos a partir de suas vivências, que são marcadas pelos determinantes sociais da desigualdade de gênero, de raça e a medicalização do corpo feminino. Verifica-se a partir de suas experiências que há uma acentuada responsabilização das mulheres pelos cuidados referentes à reprodução, ou seja, cabem às mulheres os cuidados para não engravidar e, ao ocorrer a gravidez, cabem a elas os cuidados com as crianças. No tocante à contracepção, além da responsabilização das mulheres, são realizadas intervenções médicas em seus corpos para que esse objetivo seja alcançado: dessa forma, as entrevistadas estão há anos submetidas à ingestão de um medicamento hormonal. Essa questão é percebida por elas de maneira natural, não havendo um questionamento sobre essa excessiva medicalização do corpo da mulher e a falta de responsabilidade dos homens nesse âmbito.

Em relação à medicalização verifica-se que há uma normalização do papel da medicina na sociedade; essa área do conhecimento está associada ao acesso à saúde e à informação, sendo essencial na vivência dessas mulheres a consulta com um ginecologista para que seja possível ser informada e a partir disso se apropriar das questões referentes à sexualidade e à reprodução. Dessa forma, tem-se que a medicina ocupa um papel de autoridade na sociedade, em que há uma dependência

em relação a esses conhecimentos e também uma atitude passiva frente a eles. A partir disso, é necessário destacar que a medicina tem um papel importante no desenvolvimento da humanidade e dos conhecimentos referentes aos cuidados com a saúde; porém, levando em consideração que todos os conhecimentos científicos refletem os processos sócio-históricos que constituem a sociedade, tem-se que há um reflexo do contexto social na maneira como a medicina se insere na sociedade, manifestando, então, as desigualdades sociais vigentes (FERNANDES, 2009). Assim, com base nas experiências das entrevistadas é essencial refletir sobre como as intervenções da medicina no tocante à anticoncepção são centradas em seus corpos, da mesma forma como se atribui às mulheres, a partir da desigualdade de gênero, uma responsabilização dos cuidados com a reprodução (VIEIRA, 1999).

Deste modo, é possível concluir que nas entrevistas aparece, de forma bastante normalizada, a percepção de que é uma atribuição das mulheres a utilização de métodos contraceptivos, sendo que os homens não têm um papel nesse âmbito ou assumem um papel secundário. Além disso, o cuidado com as crianças também é bastante centrado na figura da mulher, havendo somente uma experiência destacada que verifica a presença mais ativa do homem nesse cuidado.

Essas considerações se concebem a partir das ideias apresentadas pelas entrevistadas. Tem-se que as ideias produzidas pelos indivíduos refletem a realidade sócio-histórica, sendo que esta é significada pelos sujeitos e expressa através da linguagem. Com isso, as falas também manifestam as contradições que compõem a realidade e permitem que ela seja transformada com a ação dos sujeitos sobre ela. Essas contradições são observadas nas falas das participantes que estão em relação dialética com a realidade e se encontram em processo de se constituir e serem constituídos por ela; dessa forma, as ideias apresentadas pelas participantes retratam-nas nesse processo em um momento determinado.

A realização de uma pesquisa em que há a participação de indivíduos envolve diversos momentos. Primeiro está posto o encontro entre a pesquisadora-aluna e a participante, que cede seu tempo e suas vivências para a construção desse estudo. A partir da circunstância em que estamos inseridos o encontro foi efetuado virtualmente, sendo que essa ferramenta ao mesmo tempo que possibilita a realização de um encontro, coloca uma certa distância entre as

partes. Em ambas as entrevistas ocorreram problemas de conexão que precarizaram a relação; em alguns momentos tivemos dificuldades de nos ver, em outros de nos ouvir, mas mesmo assim foi construído um vínculo e um diálogo que possibilitou a realização das discussões feitas.

Esses encontros e as conversas realizadas estão para além de uma entrevista em que há somente perguntas e respostas. Foram abordados assuntos pessoais e sensíveis para as participantes, que necessitam de uma preparação e um cuidado que leve isso consideração; para que um indivíduo possa abrir suas experiências é essencial que haja uma vinculação com o outro. Nas entrevistas esse vínculo se deu em um curto período de tempo, no qual foi estabelecida uma comunicação horizontal com as participantes, com o objetivo de criar um espaço confortável, em que elas pudessem se colocar; dessa forma, além de estar focada no objetivo da pesquisa, é necessário estar presente na relação e atenta aos sentimentos expressos, de forma a respeitar as participantes e suas vivências: de forma que também é realizada uma escuta e um acolhimento das questões trazidas e da maneira como são compartilhadas.

A elaboração de uma pesquisa qualitativa se dá ao longo de um processo em que a pesquisadora estabelece um diálogo entre os teóricos utilizados, as entrevistadas e a orientadora, de modo que não se configura como uma produção linear, mas um conjunto em que há a possibilidade da realização de alterações, substituições e acréscimos ao longo da construção desse diálogo.

Além disso, a construção de uma pesquisa é limitada e dessa forma não é possível esgotar os temas abordados. Assim, nesse processo percebe-se diversas lacunas que indicam a possibilidade de ampliar o entendimento dessas questões. Dessa forma, seria interessante a realização de uma pesquisa semelhante com uma amostra maior de participantes, podendo, também, ser interessante levar mais em consideração a questão do colorismo e como este pode influenciar a vivência das mulheres. Ademais, a partir das entrevistas verifica-se uma questão geracional, em que parece haver uma transmissão geracional da relação entre mulher e cuidado das crianças, podendo ser interessante investigar como se dá essa transmissão e as transformações dessas ideias nas diferentes gerações de uma família. Também, havendo a discussão de gênero como essencial no entendimento dessas questões,

seria interessante investigar a percepção dos homens em relação aos direitos reprodutivos.

Por fim, considero importante ressaltar as questões que me motivaram a realizar uma pesquisa sobre esse tema que embarca em variadas questões. Acredito em um compromisso social da psicologia com a transformação da sociedade no tocante à superação das desigualdades sociais que criam grupos de sujeitos que se consideram superiores, em detrimento de outros grupos que são oprimidos e explorados. Dessa forma, é papel da psicologia abordar as questões sociais e se propor a pensar sobre os diversos aspectos da sociedade, que produzem desigualdades e sofrimento nos sujeitos; é essencial destacar que esses aspectos não são naturais, mas construídos pela humanidade, em um processo sócio-histórico e, portanto, passíveis de transformação. Destarte, a realização dessa pesquisa teve também como objetivo dar visibilidade a essas questões, buscando me inserir nessas discussões e possivelmente ampliá-las. Como coloca Martín-Baró:

> [...] trata-se de colocar o saber psicológico a serviço da construção de uma sociedade em que o bem estar dos menos não se faça sobre o mal estar dos mais, em que a realização de alguns não requeira a negação dos outros, em que o interesse de poucos não exija a desumanização de todos (MARTÍN-BARÓ, 1997).

12. REFERÊNCIAS

AGUIAR, Wanda. M.J. et al. Reflexões sobre sentido e significado. In: BOCK, A.M.B; GONÇALVES, M.G.M. (orgs.) **A dimensão subjetiva da realidade**. São Paulo: Cortez, 2009, pp. 54-72.

AGUIAR, Wanda M.J.; OZELLA, Sérgio. Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v.94, n. 236, jan./abr. 2013, p. 299-322

ALMEIDA, Silvio. **Racismo Estrutural.** 1. ed. São Paulo: Pólen, 2019.

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, 2003.

BOCK, A; GONÇALVES, M; FURTADO, O (orgs). **Psicologia Sócio-Histórica: Uma Perspectiva Crítica em Psicologia**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BONI, V; Quaresma, S. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, V. 2, N. 1. P. 68-80, 2005.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 1996. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>. Acesso em: 2 fev. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 2 jun. 2021.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm>. Acesso em: 6 jun. 2021

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

DAMASCO, M. **Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1996)**. 2009. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009

DAVID, E. **Saúde mental e racismo:** a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil. 2018 Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2018.

DJOKIC, A. Colorismo: o que é, como funciona. **Portal Geledés**, 2015. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/colorismo-o-que-e-como-funciona/>. Acesso em: 2. jun. 2021.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, n. 24, p. 213-225,

2004.

FERNANDES, M. DAS G. M. O corpo e a construção das desigualdades de gênero pela ciência. **Physis,** v. 19, n. 4, p. 1051–1065, 2009.

FEBRASGO. **Recomendações Febrasgo parte II - Episiotomia.** Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/715-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-episiotomia>. Acesso em: 4 mar. 2021

FREITAS, P.. “A mulher é seu útero”. A criação da moderna medicina feminina no Brasil. **Antíteses**, v. 1, n. 1, p. 174–187, 2008.

FOUCAULT, M. Historia de la medicalización. **Educación medica y salud**, v. 11, n. 1, p. 3–25, 1977.

GALHARDO, J.; EMILENE BERWIG, S. DIREITOS REPRODUTIVOS FEMININOS:LIMITES E AMPLIAÇÕES NO EXERCÍCIO. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão,** v. 11, n. 1, 14 fev. 2020.

GELEDÉS. **Instituto da Mulher Negra. “Esterilização: impunidade ou regulamentação?”**. Cadernos Geledés 2. Geledés, 1991.

HIME, F. A. **A biografia feminina e a história das relações amorosas:** o vôo da fênix**.** Tese de Doutorado em Psicologia Clínica, PUC/SP, 2004

HOLLANDA, H. (orgs.) **Pensamento Feminista Brasileiro: Formação e Contexto.** 1. ed. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

LEAL, M et al. **Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

LEAL, M. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, 2017.

LERNER, G. Introdução. In: LERNER, G. A **Criação do Patriarcado: História da Opressão das Mulheres pelos Homens.** 1. ed. São Paulo: Cultrix, 2019.

LUGONES, M. Colonialidade e gênero. In: HOLLANDA, H. (orgs.) **Pensamento Feminista Hoje: Perspectivas Decoloniais.** 1. ed. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.

MANZINI, E. **Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada**. In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (orgs.) Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial. Londrina: Eduel, 2003. p.11-25.

MARTÍN-BARÓ, I. O papel do psicólogo. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 2, n. 1, p. 7-17, Jun 1997.

MATTAR, L. D. **Os direitos reprodutivos das mulheres**. In FERRAZ, C. V. (Coord). Manual dos direitos da mulher. São Paulo: Saraiva, 2013.

OYĚWÙMI, O. Conceituando o gênero: os fundamentos eurocêntricos dos conceitos feministas e o desafio das epistemologias africanas. In: HOLLANDA, H. (orgs.) **Pensamento Feminista Hoje: Perspectivas Decoloniais.** 1. ed. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.

PAIM, H. H. S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

PINTO, M. e FERREIRA, R. Relações raciais no Brasil e a construção da identidade da pessoa negra. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 9, n. 2, p. 257–266, 2014.

QUIJANO, A. Colonialidade do Poder, Eurocentrismo e América Latina. A colonialidade do saber. Eurocentrismo e ciências sociais. **Perspectivas latino-americanas,** p. 227–278, 2005.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder e classificação social In: SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula (orgs). **Epistemologias do Sul**, p. 73-118. 2009

SANSONE, L. **Raça, etnicidade e saúde reprodutiva: o caso afro-latino-americano.** In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Orgs.). Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p.57-93.

SCOTT, J. W. Os usos e abusos do gênero. **Projeto História**, São Paulo, n.45, p.327- 351, dez. 2012.

SOUZA, J. A interação estrutural entre a desigualdade de raça e de gênero no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais,** v. 24, 2009.

SOUZA, T; BRANCO, A; OLIVEIRA, M. Pesquisa qualitativa e desenvolvimento humano: aspectos históricos e tendências atuais. **Fractal, Rev. Psicol.** [online], v. 20, n. 2, p. 357-376, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v20n2/04.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3. ed. Brasília: UNFPA, 2009.

VIEIRA, E. **Medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

WERNECK, Jurema. **Racismo institucional: uma abordagem conceitual.** São Paulo: GELEDÉS, 2013.

ZADROSKI, J. **Direitos reprodutivos e mulheres negras:** Retratos de exclusão e silenciamento no brasil. 2019. Monografia (Trabalho de Conclusão do Curso em Direito) - Curso de Direito, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2019.

13. ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO

Esclarecimento acerca da pesquisa

A Percepção das Mulheres Negras Sobre os Direitos Reprodutivos

Sou Yasmin Padovan Santos, aluna do 5º ano de graduação no curso de Psicologia da PUC-SP, e estou realizando uma pesquisa cujo objetivo é compreender a percepção acerca dos direitos reprodutivos especificamente das mulheres que se autodeclaram como negras, tendo direitos reprodutivos como a garantia da autonomia reprodutiva, o que se garante com o acesso à informação a respeito de todos os âmbitos da reprodução; acesso à liberdade de escolha; acesso à saúde sexual e reprodutiva e à proteção social. Essa pesquisa é qualitativa e envolve a realização de entrevistas presenciais e/ou por telefone (a depender da segurança da situação, em virtude da pandemia de COVID-19) com pessoas que se identificam como mulheres negras (pardas ou pretas) com idade entre 25 e 40 anos. A entrevista será realizada em local reservado, de acordo com sua escolha, para garantir sua privacidade e o sigilo das informações prestadas a mim. Ela terá duração média de uma hora e será gravada, desde que você concorde. Sua concordância quanto à gravação da entrevista será validada após a leitura e assinatura deste termo de consentimento, tal gravação só será utilizada para fins da pesquisa, será armazenada de forma garantir sigilo e não será divulgada. Ressalto ainda que minha pesquisa não envolve nenhuma ajuda de custo às/aos participantes.

Minha pesquisa está sendo realizada sob a orientação da Profa. Dra. Flavia Arantes Hime, docente do Departamento de Psicologia do Desenvolvimento Humano/Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Informo, ainda, que sua participação na pesquisa é voluntária e que eu e a Prof. Flávia garantimos o sigilo

das informações que você me fornecerá na entrevista, bem como o seu anonimato. É importante que você saiba que pode retirar o seu consentimento de participação em minha pesquisa a qualquer momento (mesmo depois de ter sido entrevistada/o) sem necessidade de explicações e sem que isso lhe cause nenhum prejuízo. Outros esclarecimentos também poderão ser solicitados com à Prof. Flávia sempre que você julgar necessário. As informações de contato dela estão indicadas no final deste termo.

Os resultados deste estudo poderão ser publicados, mas seu nome não aparecerá e será mantido o mais rigoroso sigilo das informações que possam identificá-la/o ou àquelas/es a quem você se referir. Quando a pesquisa estiver pronta, eu e a Prof. Flávia nos comprometemos a entrar em contato para conversarmos sobre os resultados, se isto for de seu interesse.

Esclareço que os prováveis riscos implicados na presente pesquisa estão relacionados à rememoração dos fatos de sua vida que serão abordados na entrevista, algo que poderá fomentar ansiedade e angústia relacionadas a estas lembranças. Por conta disso, eu me preparei e tomei todos os cuidados necessários visando proporcionar a você uma situação respeitosa e acolhedora na situação de entrevista. Ainda assim, eu e a Prof. Flávia nos colocamos à sua disposição para providenciar uma atenção psicológica, caso se faça necessária. Se houver necessidade de esclarecimentos de outras dúvidas decorrentes da entrevista, fique à vontade para entrar em contato com a Prof. Flávia ou com o Comitê de Ética da PUC-SP nos endereços e telefones apresentados no final deste documento.

Considero importante esclarecer que minha pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP, cuja função é analisar e rever os aspectos éticos das pesquisas feitas com a participação de seres humanos, com a finalidade de salvaguardar os direitos das/dos participantes destas pesquisas.

Este documento será firmado em 2 (duas) vias, sendo que uma delas ficará de posse da/o participante voluntária/o da pesquisa e a outra sob a guarda do pesquisador responsável, Profa. Dra. Flavia Arantes Hime.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:
Profa. Dra. Flavia Arantes Hime
Endereço: Rua Monte Alegre, 984, sala T52A, Perdizes, São Paulo-SP, CEP.: 05014-901
Tel: 36708320
E-mail: fahime@pucsp.br

COMITÊ DE ÉTICA DA PUC-SP:
Endereço: Rua Ministro Godói, 969, sala 63C, Perdizes, São Paulo-SP, CEP: 05015-001
Tel. (11) 3670-8466 / Fax: (11) 3670-8466
Horário de atendimento: de 2ª a 6ª feira, das 9:00 às 18:00hs.

CONCORDÂNCIA COM O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Li as informações acima sobre a pesquisa **A Percepção das Mulheres Negras Sobre os Direitos Reprodutivos**, que está sendo conduzida pela equipe composta por Yasmin Padovan Santos e Profa. Dra. Flavia Arantes Hime, e me considero esclarecida/o sobre seu conteúdo e seus objetivos. Em decorrência, declaro que aceito participar da mesma por meio da entrevista solicitada.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

_____ _____

Assinatura da/o participante

Profa. Dra. Flavia Arantes Hime
Responsável pela pesquisa

_____

Assinatura da aluna-pesquisadora