



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

MONIQUE EVELYN SANTOS CALDAS

**ENTRE OS RIOS E O BISTURI: ROTAS DE ACESSO, VIOLAÇÃO DE
DIREITOS REPRODUTIVOS E VULNERABILIDADES DE MULHERES
RIBEIRINHAS ESTERILIZADAS EM NOVA OLINDA DO NORTE,
AMAZONAS**

**MANAUS – AM
2024**

MONIQUE EVELYN SANTOS CALDAS

ENTRE OS RIOS E O BISTURI: ROTAS DE ACESSO, VIOLAÇÃO DE DIREITOS REPRODUTIVOS E VULNERABILIDADES DE MULHERES RIBEIRINHAS ESTERILIZADAS EM NOVA OLINDA DO NORTE, AMAZONAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia, da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Processos Psicológicos e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira.

Coorientadora: Profa. Dra. Adria de Lima Sousa.

**MANAUS – AM
2024**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

C145e Caldas, Monique Evelyn Santos
Entre os rios e o bisturi: rotas de acesso, violação de direitos reprodutivos e vulnerabilidades de mulheres ribeirinhas esterilizadas em Nova Olinda do Norte, Amazonas / Monique Evelyn Santos Caldas . 2024
95 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: Breno de Oliveira Ferreira
Coorientadora: Adria de Lima Sousa
Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicológicos e Saúde) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Esterilização Reprodutiva. 2. Mulheres ribeirinhas. 3. Saúde Reprodutiva. 4. Vulnerabilidades. 5. Autonomia reprodutiva. I. Ferreira, Breno de Oliveira. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

CALDAS, MES. "**Entre os rios e o bisturi: rotas de acesso, violação de direitos reprodutivos e vulnerabilidades de mulheres ribeirinhas esterilizadas em nova Olinda do Norte, Amazonas**". n° de folhas 95. Dissertação. Universidade Federal do Amazonas. Orientador: Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira. Coorientadora: Profa. Dra. Adria de Lima Sousa. Manaus – Amazonas.

Aprovado em 08/10/2024

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira
Universidade Federal do Amazonas

Profa. Dra. Adria de Lima Sousa
Universidade Federal do Amazonas

Profa. Dra. Dayse da Silva Albuquerque
Universidade Federal do Amazonas

Profa. Dra. Munique Therense Costa de Morais Pontes
Universidade Estadual do Amazonas

DEDICATÓRIA

À minha mãe, farol que ilumina meu caminho mesmo em meio às tempestades da vida, dedico esta dissertação. Sua resiliência e determinação, mesmo diante de adversidades, foram fundamentais para a minha formação. A trajetória desde São Luís do Maranhão até Manaus foi marcada por sua presença constante e por seu incentivo a buscar o conhecimento. A menina que um dia se encantou com as águas cor de “Coca-Cola” do Rio Negro encontra, neste feito, a realização de um sonho cultivado desde a infância, graças ao seu exemplo e apoio. Foi nas terras banhadas por essas águas que realizei o nosso sonho. Com o coração cheio de gratidão, dedico-lhe esta conquista.

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar esta jornada acadêmica, expresso minha gratidão a todos aqueles que foram fundamentais para a realização deste trabalho. Em primeiro lugar, um agradecimento especial à minha família, especialmente à minha mãe. A sua dedicação e amor incondicional foram os pilares que sustentaram a minha trajetória. Desde cedo, você me ensinou a importância dos estudos e esteve sempre ao meu lado, fornecendo apoio e encorajamento nos momentos mais difíceis. A sua confiança em mim e o seu exemplo de resiliência foram fundamentais para a conclusão deste mestrado.

Aos meus amigos, que se tornaram uma parte essencial nesta caminhada, meu sincero agradecimento. Sua presença constante, suas palavras de incentivo e o seu entusiasmo pelas minhas conquistas e progressos foram fundamentais para que eu pudesse seguir em frente com determinação e coragem.

Um agradecimento especial às amigas do mestrado: Ellen Nobre, Erica Hounsel e Thalyta Gomes. Vocês foram verdadeiras parceiras nesta jornada, compartilhando risadas, desafios e, acima de tudo, oferecendo um apoio mútuo que foi essencial para o nosso sucesso. A amizade e a colaboração que vivenciamos juntas foram inestimáveis e enriqueceram profundamente esta experiência.

Agradeço ao meu orientador, o Dr. Breno de Oliveira Ferreira. Sua orientação sábia e o seu comprometimento com a pesquisa foram fundamentais para o progresso deste trabalho. Seu conhecimento, leveza e rigor científico foram inspiradores e enriquecedores para minha formação. Agradeço a confiança depositada e a orientação prestada com dedicação.

Agradeço à minha Co-orientadora, Dra. Adria de Lima Sousa, pela gentileza e consideração com que sempre me tratou. Sua paciência e orientação foram fundamentais para o progresso deste projeto. Você é um exemplo de profissionalismo e dedicação, e tenho grande admiração pelo seu trabalho e pela sua contribuição para minha formação.

Agradeço, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, que proporcionou a estrutura e o ambiente acadêmico necessários para a realização deste mestrado. O suporte institucional e os recursos disponibilizados foram indispensáveis para a realização deste trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação

de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) pelo apoio ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (PPGPSI-UFAM).

A todos, meu mais sincero obrigado. Cada um de vocês desempenhou um papel singular e indispensável nesta jornada, e sou imensamente grata pelo apoio, amizade e orientação que recebi.

“O que tem de ser tem muita força, tem
uma força enorme” Guimarães Rosa

CALDAS, MES. "**Entre os rios e o bisturi: rotas de acesso, violação de direitos reprodutivos e vulnerabilidades de mulheres ribeirinhas esterilizadas em nova Olinda do Norte, Amazonas**". n° de folhas 95. Dissertação. Universidade Federal do Amazonas. Orientador: Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira. Coorientadora: Profa. Dra. Adria de Lima Sousa. Manaus – Amazonas.

RESUMO

A esterilização cirúrgica, método contraceptivo com raízes em políticas eugenistas, continua gerando intensos debates sobre saúde sexual e reprodutiva, especialmente em contextos vulneráveis como a Amazônia brasileira. Nessa região, marcada por desigualdades socioeconômicas e geográficas, a prática revela contornos particularmente complexos. Historicamente marginalizadas, as mulheres ribeirinhas foram alvo de políticas de controle natalidade, sendo suas escolhas reprodutivas frequentemente limitadas pela interseção de gênero, raça e classe social. Essa interseccionalidade as impede de acessar informações e serviços de saúde de qualidade, comprometendo significativamente sua autonomia. A partir das narrativas de mulheres ribeirinhas, esta pesquisa teve como objetivo compreender suas perspectivas sobre o processo de esterilização realizado na rede pública de saúde no município de Nova Olinda do Norte, localizado no interior do Amazonas. De forma mais específica, buscou-se: a) Descrever o processo de esterilização cirúrgica na perspectiva de mulheres ribeirinhas usuárias da rede pública de saúde do interior do Amazonas, considerando suas experiências dentro e fora dos serviços de saúde e, b) Analisar as vulnerabilidades individuais, sociais e institucionais do processo de esterilização cirúrgica na perspectiva de mulheres ribeirinhas. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas narrativas com onze mulheres ribeirinhas, residentes tanto na área urbana quanto rural. As narrativas foram analisadas identificando padrões, semelhanças e diferenças nas experiências das participantes, sendo assim, esta dissertação está organizada em dois Estudos: 1) O Processo de Esterilização de Mulheres Amazônicas Ribeirinhas: Rotas de Acesso, Influências e Incertezas; 2) Esterilização de Mulheres Ribeirinhas no Interior do Amazonas: (Des)caminhos da Vulnerabilidade. A pesquisa evidencia que o acesso à esterilização cirúrgica por parte das mulheres ribeirinhas é permeado por uma série de desafios complexos, que englobam aspectos territoriais, sociais e institucionais. Tais desafios comprometem significativamente a autonomia reprodutiva dessas mulheres, uma vez que as expõe a situações de vulnerabilidade, como a falta de informação adequada, a pressão familiar e a discriminação de gênero. As narrativas apresentam relatos recorrentes de mulheres submetidas ao procedimento sem o consentimento e informações prévias, configurando uma violação de seus direitos sexuais e reprodutivos. Diante desse cenário, a pesquisa enfatiza a necessidade de políticas públicas que promovam a saúde sexual e reprodutiva das mulheres ribeirinhas, garantindo o acesso equânime a serviços de qualidade e o exercício pleno de sua autonomia. Os resultados obtidos contribuem para o aprofundamento do debate sobre a justiça reprodutiva e a importância de valorizar as experiências e as vozes das mulheres em contextos de vulnerabilidade social.

Palavras-chave: Esterilização Reprodutiva; Mulheres ribeirinhas; Saúde Reprodutiva; Desigualdade Social; Vulnerabilidade; Autonomia reprodutiva.

CALDAS, MES. "**Between the rivers and the scalpel: access routes, violation of reproductive rights and vulnerabilities of sterilized riverside women in Nova Olinda do Norte, Amazonas**". in the 95 sheets. Dissertation. Federal University of Amazonas. Advisor: Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira. Co-advisor: Profa. Dr. Adria de Lima Sousa. Manaus – Amazonas.

ABSTRACT

Surgical sterilization, a contraceptive method with roots in eugenicist policies, continues to generate intense debates about sexual and reproductive health, especially in vulnerable contexts such as the Brazilian Amazon. In this region marked by socioeconomic and geographical inequalities, the practice reveals particularly complex contours. Historically marginalized, riverside women have been targeted by birth control policies, with their reproductive choices often limited by the intersection of gender, race, and social class. This intersectionality prevents them from accessing quality health information and services, significantly compromising their autonomy. Based on the narratives of riverside women, this research aimed to understand their perspectives on the sterilization process carried out in the public health network in the municipality of Nova Olinda do Norte, located in the interior of Amazonas. More specifically, we sought to: a) Describe the process of surgical sterilization from the perspective of riverside women users of the public health network in the interior of Amazonas, considering their experiences inside and outside the health services; b) To analyze the individual, social and institutional vulnerabilities of the surgical sterilization process from the perspective of riverside women. Data collection was carried out through narrative interviews with eleven riverside women, living in both urban and rural areas. The narratives were analyzed identifying patterns, similarities and differences in the experiences of the participants, thus, this dissertation is organized in two Studies: 1) The Sterilization Process of Amazonian Riverside Women: Access Routes, Influences and Uncertainties; 2) Sterilization of Riverside Women in the Interior of Amazonas: (Dis)paths of Vulnerability. The research shows that access to surgical sterilization by riverside women is permeated by a series of complex challenges, which encompass territorial, social and institutional aspects. Such challenges significantly compromise the reproductive autonomy of these women, since they expose them to situations of vulnerability, such as lack of adequate information, family pressure, and gender discrimination. The narratives present recurrent reports of women undergoing the procedure without prior consent and information, constituting a violation of their sexual and reproductive rights. Given this scenario, the research emphasizes the need for public policies that promote the sexual and reproductive health of riverside women, ensuring equitable access to quality services and the full exercise of their autonomy. The results obtained contribute to the deepening of the debate on reproductive justice and the importance of valuing the experiences and voices of women in contexts of social vulnerability.

Keywords: Reproductive Sterilization; Riverside women; Reproductive health; Social inequality; Vulnerability; Reproductive autonomy.

CALDAS, MES. "**Entre los ríos y el bisturí: vías de acceso, violación de los derechos reproductivos y vulnerabilidades de las mujeres ribereñas esterilizadas en Nova Olinda do Norte, Amazonas**". en las 95 hojas. Disertación. Universidad Federal de Amazonas. Asesor: Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira. Co-asesor: Profa. Dra. Adria de Lima Sousa. Manaus – Amazonas.

RESUMEN

La esterilización quirúrgica, un método anticonceptivo con raíces en las políticas eugenistas, sigue generando intensos debates sobre la salud sexual y reproductiva, especialmente en contextos vulnerables como la Amazonía brasileña. En esta región marcada por las desigualdades socioeconómicas y geográficas, la práctica revela contornos particularmente complejos. Históricamente marginadas, las mujeres ribereñas han sido blanco de las políticas de control de la natalidad, y sus opciones reproductivas a menudo están limitadas por la intersección de género, raza y clase social. Esta interseccionalidad les impide acceder a información y servicios de salud de calidad, comprometiendo significativamente su autonomía. A partir de las narrativas de las mujeres ribereñas, esta investigación tuvo como objetivo comprender sus perspectivas sobre el proceso de esterilización llevado a cabo en la red pública de salud del municipio de Nova Olinda do Norte, ubicado en el interior de Amazonas. Más específicamente, buscamos: a) Describir el proceso de esterilización quirúrgica desde la perspectiva de las mujeres ribereñas usuarias de la red pública de salud en el interior de Amazonas, considerando sus experiencias dentro y fuera de los servicios de salud; b) Analizar las vulnerabilidades individuales, sociales e institucionales del proceso de esterilización quirúrgica desde la perspectiva de las mujeres ribereñas. La recolección de datos se llevó a cabo a través de entrevistas narrativas con once mujeres ribereñas, residentes tanto en zonas urbanas como rurales. Las narrativas fueron analizadas identificando patrones, similitudes y diferencias en las experiencias de las participantes, así, esta disertación se organiza en dos Estudios: 1) El Proceso de Esterilización de las Mujeres Ribereñas Amazónicas: Rutas de Acceso, Influencias e Incertidumbres; 2) Esterilización de mujeres ribereñas en el interior de Amazonas: (des)camino de vulnerabilidad. La investigación muestra que el acceso a la esterilización quirúrgica por parte de las mujeres ribereñas está permeado por una serie de desafíos complejos, que abarcan aspectos territoriales, sociales e institucionales. Dichos desafíos comprometen significativamente la autonomía reproductiva de estas mujeres, ya que las exponen a situaciones de vulnerabilidad, como la falta de información adecuada, la presión familiar y la discriminación de género. Las narrativas presentan relatos recurrentes de mujeres sometidas al procedimiento sin consentimiento previo ni información, constituyendo una violación a sus derechos sexuales y reproductivos. Ante este panorama, la investigación enfatiza la necesidad de políticas públicas que promuevan la salud sexual y reproductiva de las mujeres ribereñas, garantizando el acceso equitativo a servicios de calidad y el ejercicio pleno de su autonomía. Los resultados obtenidos contribuyen a la profundización del debate sobre la justicia reproductiva y la importancia de valorar las experiencias y voces de las mujeres en contextos de vulnerabilidad social.

Palabras clave: Esterilización Reproductiva; Mujeres ribereñas; Salud reproductiva; Desigualdad social; Vulnerabilidad; Autonomía reproductiva.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ESTUDO 1

- Figura 1.** Imagem do Município de Nova Olinda do Norte.....32
- Figura 2.** Mapa descritivo da Vila do Abacaxis - área rural.....32
- Figura 3** Imagem comparativa da distância entre as duas localidades Nova Olinda do Norte e Vila do Abacaxis.....33

ESTUDO 2

- Figura 1.** Interseccionalidade das vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres ribeirinhas.....74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização das participantes.....	43
--	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA	17
2.2 TERRITORIALIZAÇÃO DO SUS E OS DESAFIOS DO CUIDADO DE SAÚDE DE MULHERES RIBEIRINHAS.....	22
3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	36
3.1 Estudo 1 - O PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO DE MULHERES AMAZÔNIDAS RIBEIRINHAS: ROTAS DE ACESSO, INFLUÊNCIAS E INCERTEZAS	37
Introdução	37
Método	40
Resultados e Discussões	43
1- As Rotas de Acesso à Esterilização	45
2 - O papel das redes na tomada de decisão	48
Considerações Finais.....	54
Referências.....	55
3.2 - Estudo 2 - ESTERILIZAÇÃO DE MULHERES RIBEIRINHAS NO INTERIOR DO AMAZONAS: (DES)CAMINHOS DA VULNERABILIDADE	57
Introdução	57
Resultados e Discussões	61
1. Vulnerabilidades Individuais	63
2. Vulnerabilidade Social.....	67
3. Vulnerabilidade Institucional	69
Considerações finais	74
Referências.....	75
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA NARRATIVA.....	83
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	85
ANEXO A – PARECER CEP.....	89
ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA DE SUPORTE PSICOLÓGICO.....	95

1. INTRODUÇÃO

Pelas águas turvadas do rio Madeira e do rio Urariá, as mulheres ribeirinhas de Nova Olinda do Norte navegam em um verdadeiro banzeiro de desigualdades. Entre os rios e o bisturi, a experiência de esterilização cirúrgica dessas mulheres revela um complexo entrelaçamento de fatores geográficos, sociais e de gênero, que moldam suas vidas e escolhas. Os rios, além de fonte de vida, delimitam territórios e impõem desafios à acessibilidade, isolando comunidades e limitando o acesso a serviços de saúde. Já o bisturi, símbolo da medicina, representa um corte mais profundo, que não apenas altera o corpo feminino, mas também interdita a autonomia dessas mulheres. Entre os rios e o bisturi, as mulheres ribeirinhas encontram-se em uma encruzilhada marcada pelas interseccionalidades de gênero, raça, classe social e localização geográfica. Essas múltiplas dimensões de opressão as tornam particularmente vulneráveis a práticas como a esterilização, que muitas vezes são realizadas sem informações precisas e acompanhamento médico.

A esterilização cirúrgica, como método contraceptivo, tem sido um tema recorrente nas discussões sobre saúde sexual e reprodutiva de mulheres, especialmente em contextos de vulnerabilidade (Marques; Cardoso; Neves, 2022). No Brasil, e particularmente na Amazônia, onde as desigualdades sociais e geográficas são acentuadas, esse procedimento adquire contornos ainda mais complexos. A prática da esterilização, historicamente marcada por políticas eugenistas e controversas, deixou marcas profundas, principalmente entre as mulheres mais pobres e marginalizadas (Alves, 2017).

As mulheres ribeirinhas, que vivem em áreas remotas com baixa densidade demográfica na região amazônica, enfrentam diversas barreiras para o acesso a serviços de saúde de qualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva (Bôas; Oliveira, 2016). Frequentemente, são privadas de sua autonomia e do direito de decidir sobre o próprio corpo (Cabral; Cella; Freitas, 2021; Parmejani et al., 2021). A esterilização, muitas vezes apresentada como uma opção de planejamento familiar, pode ser influenciada por diversos fatores sociais, culturais e econômicos que limitam a autonomia feminina. Pesquisas indicam (Cabral; Cella; Freitas, 2021; Silva; Silva, 2009) que, entre as mulheres ribeirinhas, o conhecimento científico sobre saúde sexual e reprodutiva é muitas

vezes superado por saberes do senso comum, limitando a compreensão sobre o próprio corpo, direitos e liberdade sexual.

Diante desse cenário, este estudo se justifica pela necessidade de amplificar as vozes das mulheres ribeirinhas e de compreender as complexidades que envolvem o processo de esterilização nesse contexto. As narrativas dessas mulheres revelam as desigualdades de gênero, as relações de poder e as formas como os serviços de saúde são ouvidos e vivenciados pelas populações ribeirinhas. Os resultados desta pesquisa podem contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas mais equitativas, melhorando a qualidade dos serviços de saúde e promovendo a autonomia e o exercício pleno dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres ribeirinhas.

A relevância acadêmica deste estudo reside na ampliação do conhecimento sobre a saúde reprodutiva de mulheres ribeirinhas, um campo ainda pouco explorado na literatura científica, sobretudo no contexto amazônico. Ao amplificar as vozes das mulheres ribeirinhas e revelar as complexidades do processo de esterilização, esta pesquisa pode contribuir para a construção de um cenário mais justo e equitativo para essas mulheres. Socialmente, contribui para o fortalecimento de políticas públicas de saúde que respeitem os direitos reprodutivos das mulheres e promovam a equidade de gênero, especialmente em regiões isoladas e de difícil acesso. Cientificamente, fornece subsídios para futuras investigações sobre as intersecções entre saúde, gênero e direitos humanos em contextos vulneráveis, destacando a importância de se ouvir e valorizar as vozes das mulheres em processos de tomada de decisão que impactam diretamente suas vidas.

Sob essa perspectiva, o objetivo desta investigação é compreender as narrativas de mulheres ribeirinhas sobre o processo de esterilização cirúrgica realizado na rede pública de saúde em um município do interior do Amazonas. Essa pesquisa visa responder ao seguinte problema: *Como mulheres ribeirinhas e residentes de um município no interior do Amazonas experienciam o processo de esterilização cirúrgica dentro e fora dos serviços de saúde?* Para tanto, acionou-se a categoria de narrativas, a fim de responder a esta questão, e foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: a) Descrever o processo de esterilização cirúrgica na perspectiva de mulheres ribeirinhas usuárias da rede pública de saúde do interior do Amazonas e, b) Analisar as vulnerabilidades individuais, sociais e institucionais do processo de esterilização cirúrgica na perspectiva de mulheres ribeirinhas.

A aproximação e interesse em abordar sobre essa temática deu-se durante as vivências do processo de trabalho em uma equipe multidisciplinar, em que a pesquisadora participou de atividades de planejamento reprodutivo em Unidades Básicas de Saúde (UBS), no município de Nova Olinda do Norte, distante cerca de 132 km da capital Manaus. A partir dessa realidade, notou-se uma baixa adesão de mulheres aos métodos contraceptivos reversíveis disponibilizados pela rede da Atenção Primária de Saúde (APS). Essa possível baixa adesão poderia ser reflexo das desigualdades territoriais da região amazônica, resultando em serviços de saúde ineficientes e insuficientes. Para atender à demanda especializada reprimida, o município organizava, constantemente, mutirões cirúrgicos, em que mulheres, especialmente aquelas com muitos filhos, eram selecionadas para procedimentos como a laqueadura.

A partir dessas observações, buscou-se refletir sobre as especificidades territoriais, sociais e culturais que influenciam o cuidado na saúde das mulheres ribeirinhas. Espera-se que este estudo contribua para o planejamento de estratégias mais eficazes e direcionadas às necessidades em saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres. Embora existam estudos sobre a saúde reprodutiva de mulheres em outras regiões do Brasil, há uma lacuna significativa na literatura em relação às mulheres ribeirinhas do Amazonas.

Para tanto, o presente trabalho está estruturado em dois *Estudos* que atendem às colocações aqui postas:

O *Estudo 01* resultou no artigo intitulado “O processo de esterilização de mulheres amazônicas ribeirinhas: rotas de acesso, influências e incertezas”, submetido à Revista Fragmentos de Cultura - Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas, avaliada no Qualis-Capes em vigor como A2.

Já o *Estudo 02* resultou no artigo “Esterilização de mulheres ribeirinhas no interior do Amazonas: (Des)caminhos da vulnerabilidade”, que será submetido à Civitas: Revista de Ciências Sociais, avaliada no Qualis-Capes em vigor como A1. Devido às especificidades da revista e às normas exigidas para submissão, este último artigo foi formatado conforme as diretrizes da Chicago.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA

Historicamente construídos como privilégio masculino, os direitos humanos foram desafiados pelas mulheres que, ao longo da luta por igualdade, reivindicaram o direito de decidir sobre seus corpos e suas vidas. Essa luta resultou na formulação de pautas a respeito dos direitos reprodutivos, que compreendem o direito de decidir de forma livre e responsável se desejam ou não ter filhos/as, independentemente da quantidade e do momento da vida. Isso inclui também o direito de ter acesso a informações, métodos e estratégias para planejar a fecundidade, bem como o direito de exercer sua sexualidade e a reprodução sem discriminação, imposição ou violência (Brasil, 2005).

Atualmente, as formulações dos direitos sexuais e reprodutivos são reflexo da longa e complexa movimentação política e conceitual em torno de temas como corpo, sexualidade e reprodução. Consoante a perspectiva feminista, abordar esses temas implica romper com um destino atribuído às mulheres e enfrentar desafios impostos pelas mudanças socioculturais que ocorrem no mundo (Corrêa; Petchesky, 1996; Teixeira, 2021).

As mulheres são reconhecidas como as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), e foi a partir de um debate feminista – colocando em questão os limites público-privado, cultural-natural, produção-reprodução – que suas demandas começaram a ser debatidas no século XX e logo foram incorporadas às políticas públicas de saúde no Brasil. No início dos anos 70, a atenção dedicada à saúde sexual e reprodutiva era direcionada ao ciclo gravídico-puerperal, apresentando uma visão limitada, fragmentada e reducionista. Dessa forma, o movimento feminista iniciou uma série de reivindicações para incluir nas políticas de saúde da mulher outras questões, como gênero, trabalho, desigualdade, sexualidade, anticoncepção e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (Freitas et al., 2009; Guibu, 2017).

A partir da necessidade de diretrizes e princípios direcionados para as mulheres, o Ministério da Saúde, elaborou em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), sendo reconhecida como uma política do Estado e acrescentada ao SUS (Castro et al., 2015). A PNAISM, baseada em avaliações políticas anteriores, possibilitou preencher lacunas relacionadas a questões como: infertilidade;

climatério/menopausa; queixas ginecológicas; saúde da mulher na adolescência; saúde ocupacional; doenças crônicas degenerativas; saúde mental; doenças infectocontagiosas, assim como, a atenção às mulheres rurais/ribeirinhas, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas (Freitas et al., 2009).

A PNAISM aprimora a discussão sobre a saúde da mulher, incluindo dimensões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva (SSR) para além da saúde materno-infantil, incorporando gênero, integralidade e promoção da saúde como eixos orientadores e contextualizados, visando garantir a redução de agravos por causas evitáveis, priorizando também cuidados obstétricos, planejamento familiar, cuidados para o aborto inseguro e o enfrentamento da violência doméstica e sexual (Brasil, 2004; Rodrigues; Carneiro, 2022).

Na literatura, há diversos conceitos sobre a saúde da mulher. Existem concepções limitadas que se concentram apenas em aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino e outras mais amplas que se relacionam com a dimensão dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania. Nessas perspectivas mais restritas, a mulher é considerada apenas na sua função reprodutiva, e a maternidade é o seu principal atributo, limitando-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Nesses casos, excluem-se os direitos sexuais e as questões de gênero (Brasil, 2004).

Atualmente, a própria noção de processo saúde-doença, não está exclusivamente ligada a uma patologia física, que compromete o organismo vivo, mas amplia-se para a dimensão psíquica, ao âmbito de bem-estar-individual e alarga-se como um direito em construção (Araujo; Sá, 2023). E por tratar-se de um direito fundamental, também contempla as especificidades de gênero.

Em 1994, durante a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, a saúde reprodutiva foi compreendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as áreas relacionadas ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas a ausência de doença. Não obstante, a saúde reprodutiva implica na premissa de que qualquer mulher pode ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de escolher quando e quantas vezes devem fazê-lo (Brasil, 2004).

Essas definições têm como base o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), incluindo aspectos da sexualidade e da reprodução humana numa perspectiva de direitos. Logo, podemos compreender que a saúde sexual e reprodutiva são demandas contínuas da vida humana e se constituem como um campo plural,

dinâmico e diversificado contemplando serviços que oferecem assistências às mais variadas demandas em todos os níveis de complexidade de atenção à saúde.

As políticas públicas de saúde que estão relacionadas aos direitos à saúde sexual e reprodutiva consistem em um conjunto de ações e estratégias que visam garantir o direito à saúde das mulheres, bem como a sua autonomia e proteção. Isso inclui o acesso a métodos contraceptivos, prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, acompanhamento gestacional, assistência ao parto e puerpério, entre outras (Brasil, 2005; Miskolci; Pereira, 2022).

Os direitos sexuais e reprodutivos são aqueles que dizem respeito ao acesso à educação sexual, ao planejamento familiar, à assistência médica, aos procedimentos de saúde, à prevenção do câncer de mama e de neoplasia em outros órgãos reprodutores. Dessa forma, a garantia desses direitos assegura que todas as pessoas tenham o controle da sua sexualidade e da reprodução, sem qualquer tipo de coerção ou de qualquer tipo de discriminação. No que diz respeito ao planejamento familiar, isto significa ter acesso à informação e poder decidir se e quando ter filhos (Brasil, 2013).

De acordo com Fernandes et al. (2020), o conceito de autonomia reprodutiva faz referência a capacidade de tomar decisões informadas e livres sobre a saúde sexual e reprodutiva, incluindo o direito de escolher como planejar a prole, os métodos contraceptivos mais adequados e seguros, bem como receber um tratamento adequado e respeitoso durante o parto e outras experiências relacionadas à reprodução. Dentre as diversas questões que influenciam a autonomia reprodutiva, é iminente o entendimento da estrutura social em que essas mulheres estão inseridas. A estrutura social brasileira, que é marcada pelo patriarcado, compromete e ainda prejudica a autonomia das mulheres em diversos aspectos de suas vidas. Em termos de escolhas sobre a reprodução, fatores como a situação de vida e as normas sociais influenciam a sua conduta e levam muitas mulheres a experimentarem o planejamento reprodutivo de forma irrefletida ou imprudente (Fernandes et al., 2020). É importante salientar que, até recentemente, a legislação permitia que as mulheres tomassem a decisão de não mais engravidar e realizar processos de esterilização, desde que tivessem o consentimento de um homem.

A Constituição Federal do Brasil, no seu artigo 226, explícita acerca do planejamento reprodutivo, considerando-o como livre decisão de cada casal. Em 1996, a Lei n. 9.263 estabeleceu um conjunto de medidas para a regulação da fecundidade que garantem a igualdade de direitos em relação ao número de filhos, assegurando a

autonomia de homens, mulheres e casais em suas decisões reprodutivas, como destacam Rodrigues e Carneiro (2022).

Atualmente, essa possibilidade está prevista pela Lei n. 14.443/2022, que alterou a legislação anterior de 1996 (Lei 9.263) referente ao planejamento reprodutivo no Brasil. A partir de agora, mulheres e homens com idade mínima de 21 anos ou que possuam, pelo menos, dois filhos vivos podem realizar vasectomia ou laqueadura tubária sem a necessidade de consentimento do cônjuge (Alves et al., 2022; Souza et al., 2023). A revogação do consentimento masculino para a laqueadura e a redução da idade mínima representam um avanço significativo para os direitos reprodutivos das mulheres, conferindo-lhes maior autonomia nas decisões sobre a maternidade. No entanto, na prática, muitas mulheres continuam assumindo sozinhas essa responsabilidade, evidenciando a necessidade de um debate mais aprofundado sobre a participação masculina nas decisões reprodutivas e as desigualdades de gênero que persistem em torno dessa temática.

De acordo com a presente Lei, o Ministério da Saúde regulamenta como de responsabilidade dos profissionais de saúde prestar assistência à concepção e à contracepção de indivíduos, orientando-os quanto às opções de métodos contraceptivos autorizados pelo sistema público de saúde e disponíveis no Brasil. Em termos de nível de atenção prestado à maioria desses cuidados, podemos citar a atenção primária de saúde, considerada a porta de entrada para a maioria das demandas de saúde da população (Brasil, 2002; Guibu, 2017).

A assistência ao planejamento familiar e reprodutivo é uma das sete áreas prioritárias de intervenção na atenção primária, e no Brasil, são ofertadas através da Estratégia Saúde da Família (ESF), que se tornou uma referência para as demandas de saúde sexual e reprodutiva das mulheres no Brasil. Dentre as suas prioridades, está o planejamento reprodutivo, visando favorecer a autonomia reprodutiva da mulher. As equipes do programa saúde da família trabalham em conjunto, conectando os profissionais de saúde à comunidade no desenvolvimento e efetivação de políticas. Essas equipes são compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (Rodrigues; Carneiro 2022).

Vários métodos contraceptivos estão autorizados no país e os mais utilizados, de acordo com Brasil (2004) são: 1) métodos comportamentais (muco cervical, tabela, temperatura basal, sintotérmico, coito interrompido); 2) métodos de barreira (camisinha masculina ou feminina, diafragma, espermicidas); 3) dispositivo intra-uterino (DIU); 4)

métodos hormonais (pílulas e injeções); 5) método da lactação e amenorreia (LAM) e 6) métodos cirúrgicos (laqueadura e vasectomia).

Embora haja uma grande variedade de métodos contraceptivos disponíveis, alguns obstáculos impedem o acesso adequado ao planejamento familiar por parte da população brasileira. Esses fatores não se limitam aos aspectos econômicos, à baixa disponibilidade de profissionais ou às diversas opções de métodos oferecidos pelo SUS. Segundo estudos (Coelho, 2012; Fernandes et al., 2020), nem todos têm acesso a esses métodos, uma vez que as estratégias de acesso à informação e métodos contraceptivos negligenciam o acolhimento e o vínculo com o serviço de saúde, comprometendo a autonomia para as escolhas reprodutivas livres.

De acordo com Silva-Filho et al. (2016), as mulheres apresentam atitudes e crenças que podem dificultar a aceitação e o uso de métodos contraceptivos, uma vez que elas não têm conhecimento suficiente sobre como usar métodos contraceptivos e têm ideias incorretas sobre os efeitos adversos e riscos, bem como os benefícios proporcionados por eles. Em exemplo, cabe destacar os métodos anticoncepcionais reversíveis, especialmente o DIU e o implante hormonal, os quais são extremamente eficazes (Micks et al., 2015) e, apesar de não atenderem às necessidades de todas as mulheres, poderiam ser uma opção a ser considerada por uma grande parcela da população.

Atualmente, a maioria das mulheres prefere métodos permanentes devido à conveniência, eficácia e economia em relação a outros métodos anticoncepcionais (Almeida et al., 2021; Micks et al., 2015). Tornando-se uma opção bastante difundida entre as mulheres e ofertada na saúde pública com o intuito de regular a concepção reprodutiva, compondo as opções disponíveis no planejamento familiar, o método cirúrgico irreversível, ocupa o segundo lugar de preferência, ficando atrás por poucos pontos do uso de pílulas (Mendes, 2019). Considerado um dos métodos de intervenção mais comuns na prática ginecológica, a ligadura tubária, ou como popularmente é conhecida pelo termo laqueadura, é um procedimento de esterilização que utiliza a obstrução mecânica ou a ressecção parcial das trompas de Falópio, para que, dessa forma, não ocorra a junção dos gametas, o que reduz as chances de fecundação (Almeida et al., 2021). Os primeiros procedimentos de esterilização foram realizados com incisões de laparotomia, muitas vezes associadas a uma cesariana. No final da década de 1950, foi reconhecida a possibilidade de se abordar as trompas através de uma incisão muito reduzida (Marques et al., 2017). E desde então, é o método contraceptivo mais utilizado

pelas mulheres que não desejam mais ter filhos ou optaram por limitar o tamanho da família (Sadatmahalleh et al., 2018).

A laqueadura é tema recorrente em diversos debates promovidos por especialistas e movimentos sociais ao longo da história. O tema está relacionado a diversos tópicos polêmicos, como religião, costumes, ética, política, questões demográficas e sociais (Toqueton et al., 2022). Embora haja orientação da OMS (2007) que a esterilização voluntária seja a última opção indicada dentre as medidas contraceptivas pelo seu caráter irreversível, este método tem sido a escolha de muitas mulheres no Brasil, por não ter efeitos colaterais, bem como por não precisarem mais utilizar outro tipo de contracepção, sem requerer posterior conduta que venha a manter a sua eficácia. As discussões em relação a esse assunto vêm se intensificando nos últimos tempos, e tornam-se necessárias, uma vez que ampliam a compreensão sobre a saúde da mulher, como uma questão também de cidadania e de responsabilidade coletiva, envolvendo mulheres, homens, família e o próprio Estado. Nessa perspectiva, entende-se que os arranjos sociais e políticos são fundamentais e estratégicos para debater a saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

É essencial considerar a diversidade e os contextos de cada grupo populacional, especialmente aqueles que estão mais desfavorecidos e vulneráveis, para a elaboração de estratégias que atendam às suas necessidades e garantam o acesso aos serviços de saúde, sobretudo para aqueles que vivem em áreas não urbanas, como o contexto ribeirinho. Fernandes et al., (2020), discorre que a escolaridade, a ocupação e a renda estão intimamente relacionadas e determinam o acesso a bens e oportunidades, favorecendo o sucesso de ações de saúde, como o planejamento reprodutivo.

Dessa forma, analisar questões relacionadas à saúde em determinados territórios requer considerar esse espaço também como um fator determinante na saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Apesar do progresso da lei em questão, das estratégias de oferta de métodos contraceptivos e da grande procura pela cirurgia esterilizadora nos dispositivos de saúde para mulheres ribeirinhas, as condições geográficas das comunidades são impeditivas para o acesso aos serviços de saúde.

2.2 TERRITORIALIZAÇÃO DO SUS E OS DESAFIOS DO CUIDADO DE SAÚDE DE MULHERES RIBEIRINHAS

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi introduzido na Constituição Federal de 1988 e é organizado em torno de um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas nos diferentes níveis da Federação (Brasil, 2000). Desde a sua implantação como um modelo promissor, e apesar dos avanços de políticas públicas de saúde até os dias atuais, o SUS mesmo com suas potencialidades, ainda possui lacunas que fragilizam os serviços e evidentemente, geram críticas.

Um dos princípios desse sistema é a universalidade, pois como diz a própria Constituição “saúde é um direito de todos” (Brasil, 1988). No entanto, sabe-se que até hoje esse princípio ainda não foi alcançado em sua totalidade, pois mesmo possuindo um caráter acessível para todos, existem pessoas que não possuem acesso ao sistema em determinados territórios. Com a necessidade de solucionar essas demandas, implementaram-se políticas de descentralização de saúde no Brasil, assim os Municípios ganham importância e seus territórios se tornam uma unidade geográfica única, com capacidade de execução de ações estratégicas destinadas como, por exemplo, à vigilância, promoção, proteção e recuperação de saúde (Paim, 2018).

De modo geral, a territorialização da saúde é um planejamento estratégico, e está diretamente ligada à forma como os serviços se organizam territorialmente. Destaca-se aqui os serviços de atenção primária à saúde, pois diferente dos serviços ligados aos outros níveis de especialidades, operam com base territorial bem definida (Faria, 2013).

A atenção primária é a porta de entrada para os serviços do SUS, pois é neste nível que são ofertados o conjunto de serviços que contemplam diferentes complexidades com o uso de baixa densidade tecnológica. É constituída por unidades básicas de saúde (UBS) e possui como estratégia prioritária a Saúde da Família, conforme determinações da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Brasil, 2012). Por se tratar de porta de entrada, é necessário ter o território de abrangência bem definido, para se apropriar do espaço geográfico que se tornará a área de responsabilidade de atuação daquele serviço de saúde, contribuindo para construir identidades; coletar informações; identificar problemas; fatores de proteção e de risco; necessidades potenciais; tomar decisões e definir estratégias de ação nas múltiplas dimensões do processo saúde-doença-cuidado.

Ainda no que tange a categoria das políticas de saúde, faz-se necessário mencionar o campo da Saúde Coletiva, que abarca em suas características atividades e conhecimentos voltados para apoiar, proteger e restaurar a saúde da população, respeitando sua diversidade - entendendo a saúde não apenas como a ausência de doença, mas como um processo que inclui questões epidemiológicas, socioeconômicas,

ambientais, demográficas e culturais (Yassui; Amarante, 2018). Essa compreensão é fundamental para subsidiar nossa discussão sobre as especificidades das populações ribeirinhas em relação à atenção à saúde em seus territórios.

Analisar questões relacionadas à saúde em determinados territórios, como os da região amazônica, requer considerar esse espaço também como um fator determinante na saúde das pessoas. Falar do território ribeirinho, caracterizado pelas suas especificidades nas relações pessoa-ambiente, marcadas pelo contato direto com a natureza e a grande influência das águas, evidenciam que as políticas públicas de saúde precisam acompanhar as dinâmicas da vida que contemplam diversas formas de existir (Yassui; Amarante, 2018).

Diante dessas especificidades e do princípio da equidade, que deve nortear as políticas de saúde, reconhecendo as demandas e necessidades específicas de determinados grupos populacionais, de modo a minimizar suas vulnerabilidades e minimizar os efeitos da determinação social da saúde, foram instituídas no SUS uma série de políticas de equidade em saúde, dentre elas, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e das Águas (PNSIPCF). A terminologia PCFA é um conceito atual dos movimentos sociais e populares brasileiros, e integra a luta contra a invisibilidade destas populações no campo da saúde. Esta terminologia enfatiza que as práticas culturais, o modo de vida e o cuidado popular e o SUS devem ser compreendidos diferenciadamente (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018).

A região amazônica apresenta características geográficas, sociais e culturais peculiares comparadas às outras regiões do Brasil, por se tratar de uma área vasta e diversificada, é composta por diferentes territorialidades. Ao pensar no território amazônico, é preciso levar em consideração a dinâmica desse lugar e os complexos processos nos quais a água afeta direta e indiretamente a vida dos seus habitantes, aqui denominados como ribeirinhos. A vida ribeirinha é caracterizada por uma forte ligação com o território, a floresta e as águas. Sua organização econômica, social e cultural está baseada nessa interação com a natureza. O termo ribeirinho não se limita à generalização de uma população que vive nas margens dos rios, mas sim a indivíduos que têm uma identidade com o lugar, o território e a sua própria produção de vida (Soares, et al. 2021). O termo “ribeirinho” guarda uma complexidade existencial que está vinculada a um sentimento de pertencimento ao lugar. Para Santos (2018), o ribeirinho não está preso ao determinismo geográfico, mas cria a sua identidade e os seus modos de vida com as

condições do lugar, sofrendo a influência do local e produzindo mudanças e transformações.

As mulheres ribeirinhas são aquelas que vivem às margens dos rios, geralmente em áreas remotas e com baixa densidade demográfica. Essa população apresenta características próprias, como o acesso limitado aos serviços de saúde e à informação devido às peculiaridades econômicas, sociais, territoriais e ambientais (Bôas; Oliveira, 2016). Além disso, muitas vezes são expostas a situações de vulnerabilidade, como a exploração sexual e a violência de gênero.

Quando pensamos nos aspectos geográficos da região amazônica e do modo de vida da população ribeirinha, denota-se a dificuldade de acesso destes, aos serviços de saúde, principalmente por necessidades específicas de transporte por via fluvial. Quando comparados com os serviços urbanos, percebe-se que o princípio de equidade do SUS, ainda não é uma realidade nesse contexto, demonstrando o enfraquecimento da adesão aos serviços de saúde, devido à realidade de essa população ser bastante complexa e desafiadora. Tal cenário exige a construção de estratégias específicas que considerem o contexto em que vivem. Dessa maneira, Bôas e Oliveira (2016) referem que isso impacta em uma cobertura de saúde inferior a 20% em relação a outras regiões do país.

Embora o acesso aos serviços de saúde seja mais facilitado em áreas urbanas, é importante reconhecer que as desigualdades socioeconômicas e geográficas impactam significativamente a saúde sexual e reprodutiva de mulheres em diversas localidades, incluindo as ribeirinhas. A vivência em regiões isoladas ou de difícil acesso agrava as vulnerabilidades já existentes, como a precocidade sexual, a alta fecundidade e os curtos intervalos entre as gestações. No entanto, é fundamental ressaltar que essas questões também são encontradas em contextos urbanos, especialmente em comunidades marginalizadas, onde o acesso a serviços de saúde de qualidade e informações precisas é limitado. A interseccionalidade entre gênero, raça, classe social e local de moradia molda as experiências de saúde dessas mulheres, exigindo políticas públicas que contemplem suas especificidades e promovam a equidade, especialmente no contexto amazônico (Ferreira et al., 2024).

Dessa forma, as mulheres ribeirinhas, devido todas as singularidades que permeiam seu acesso aos serviços de saúde, acabam encontrando outras barreiras diferentes das mulheres urbanas, pois muitas vezes são destituídas de sua autonomia e do direito de decidir inclusive sobre seu corpo, que aqui também pode ser referido como território próprio da mulher. Silva et al. (2018), descrevem que a desigualdade de gênero

influencia a saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres, como, por exemplo, as dificuldades em relação ao planejamento reprodutivo, o impedimento de cuidados em saúde vinculada a saúde sexual e reprodutiva, a repressão em relação à sexualidade e até mesmo a violência doméstica.

As especificidades geográficas, socioeconômicas e culturais das populações ribeirinhas da Amazônia impõem desafios complexos à implementação de políticas públicas de saúde, particularmente no que tange à saúde sexual e reprodutiva. A acessibilidade a serviços de saúde nesses contextos é frequentemente limitada por fatores como a distância geográfica dos centros urbanos e a dificuldade de locomoção em regiões de difícil acesso. A dinâmica fluvial, característica da região, impacta diretamente a vida dessas comunidades, exigindo a adaptação dos serviços de saúde às suas necessidades e realidades locais. A fim de acessar os serviços de saúde concentrados nas regiões municipais, os ribeirinhos frequentemente se submetem a longas jornadas, que podem durar dias, devido à complexidade dos territórios líquidos da região Norte (Schweickardt et al., 2016). Essa realidade impacta diretamente a saúde sexual e reprodutiva dessas populações, exigindo a implementação de estratégias inovadoras para garantir o acesso e a qualidade dos serviços.

Em decorrência da complexidade territorial, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), buscando a proteção social e universalização do cuidado, proporcionou uma mudança significativa no que se refere às ações da atenção primária. A criação de equipes de Saúde Ribeirinha e Saúde Fluvial ajustadas e direcionadas para as populações que vivem na Amazônia, viabilizou um modelo tecnicoassistencial capaz de dialogar com o território e suas populações. Apesar desses avanços nos equipamentos de saúde que permitiram acesso à uma população floresta que era historicamente marginalizada do processo de cuidado, as equipes de saúde fluvial e ribeirinhas, declaradas pelos municípios da região norte do país, ainda são insuficientes para a cobertura efetiva desse território, demonstrando a necessidade de se pensar em estratégias participativas que envolvam as questões culturais, ambientais, étnicas e territoriais (Lima et al., 2021).

Ainda no que tange os aspectos territoriais, podemos destacar que o ambiente atípico, com densa floresta tropical, imensos rios e chuvas torrenciais, restringindo acessos e serviços, tornam-se barreiras também para a produção de estudos científicos qualificados, principalmente em relação às mulheres ribeirinhas e suas especificidades de saúde. Logo, torna-se imprescindível considerar tais nuances para elaborar, ou mesmo

melhorar as estratégias de saúde, para contemplar o perfil dessas mulheres ribeirinhas, pois é fundamental garantir a equidade na promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva.

Considerando o exposto, os fatores sociais, culturais, econômicos, educacionais, bem como as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, privam muitas mulheres, sobretudo as menos favorecidas, de seus direitos sexuais e reprodutivos (Fernandes et al., 2020). De acordo com Bôas e Oliveira (2016), a saúde da população ribeirinha é afetada pela falta de oferta e uso dos serviços de saúde, em seus diferentes níveis de complexidade. Sendo assim, viver às margens dos rios impõe adversidades e limitações que podem afetar a saúde sexual e reprodutiva das mulheres que vivem nesse contexto.

Segundo Parmejiani et al. (2021), a saúde sexual e reprodutiva em comunidades ribeirinhas é caracterizada pela alta taxa de natalidade e gestações não planejadas/pretensas. Os autores apresentam evidências científicas que indicam o desejo dessas populações de regular sua fecundidade a fim de construir famílias menos numerosas, uma vez que isso pode acarretar diversas dificuldades e sofrimentos para seus membros. Apesar das estratégias de oferta de métodos contraceptivos e da grande procura pela cirurgia esterilizadora nos dispositivos de saúde, as condições geográficas das comunidades são impeditivas para o acesso aos serviços. As dificuldades territoriais de locomoção, aliadas à baixa escolaridade e às condições de vida desfavoráveis, limitam o conhecimento sobre métodos contraceptivos e sua disponibilidade, prejudicando a independência reprodutiva (Fernandes et al., 2020).

Esses aspectos evidenciam a importância de uma abordagem interseccional que favoreça ações efetivas e representativas de mulheres afetadas por diversos fatores sociais que impactam cotidianamente em condições de igualdade em relação à proteção dos direitos sexuais e reprodutivos.

A busca pela saúde completa das mulheres latino-americanas, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade, como as ribeirinhas, requer uma análise minuciosa das intersecções que afetam suas vidas. Segundo Gonzalez (2020), compreendemos que as opressões de gênero, raça, classe e território se relacionam de maneira complexa, resultando em vivências singulares de desigualdade e sofrimento. A abordagem interseccional, ao nos convidar a olhar para além das categorias isoladas, nos permite reconhecer que as experiências de vida dessas mulheres são marcadas por múltiplas formas de opressão que se intensificam em contextos de marginalização social e econômica (Akotirene, 2019).

Nesse sentido, refletir sobre os dilemas morais e éticos envolvidos nas decisões sobre a saúde e o corpo é fundamental para garantir que os direitos das mulheres sejam respeitados e que elas tenham autonomia para decidir sobre seus próprios corpos. Aprofundar como as desigualdades sociais, territoriais e de gênero se manifestam no corpo das mulheres, impactando sua saúde e bem-estar é possível diante de uma perspectiva interseccional.

A interseccionalidade, entendida como uma articulação teórico-prática, nos convida a compreender as diferentes opressões estruturantes sem negar ou hierarquizar diferenças em graus de sofrimento (Akotirene, 2019). Mediante a noção de interseccionalidade, podemos construir uma análise mais completa e crítica das desigualdades em saúde, buscando soluções que promovam a justiça social e a equidade.

Esse cenário de cuidado em saúde de populações negligenciadas, remete eixos interdependentes de compreensão dos aspectos de vida de pessoas, comunidades e até mesmo nações, revelando diferentes tipos de vulnerabilidades. Ayres et al. (2006) sintetiza que o conhecimento e a intervenção sobre as dimensões sociais dos processos saúde-doença são feitos por um conjunto de preocupações e proposições que são sistematizados em três dimensões da vulnerabilidades: 1) Individual - tomam como ponto de partida aspectos do modo de vida das pessoas; 2) Social - este componente analítico tem como foco principal os fatores contextuais que determinam e constroem a vulnerabilidade individual, como, por exemplo, o acesso à informação, o conteúdo e a qualidade dessa informação, os significados que elas adquirem em relação aos valores e interesses das pessoas e as possibilidades efetivas de colocá-las em prática. Tudo isso está relacionado a aspectos materiais, culturais, políticos e morais que dizem respeito à vida em sociedade, e 3) Programática ou Institucional - tem como objetivo analisar se as instituições de saúde, educação, bem-estar social e cultura atuam como elementos que reproduzem e/ou aprofundam as condições sociais de vulnerabilidade. Disparando questões sobre: o quanto os serviços de saúde, educação e cultura permitem que esses contextos desfavoráveis sejam percebidos e superados por indivíduos e grupos sociais? Como eles permitem que esses sujeitos mudem suas relações, valores e interesses para emancipar-se dessas situações de vulnerabilidade?

Dessa forma, a identificação das diferentes dimensões da vulnerabilidade permite uma ampliação do olhar na busca pela compreensão de como indivíduos e grupos de indivíduos estão expostos a um agravo à saúde, particularmente em relação à saúde sexual e reprodutiva de mulheres ribeirinhas, resultado de um conjunto de fragilidades

individuais e precariedades sociais que atingem um indivíduo cujas condições de vida e saúde são influenciadas ou determinadas pelo contexto social e histórico.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo geral

Compreender as narrativas de mulheres ribeirinhas sobre o processo de esterilização cirúrgica realizado na rede pública de saúde em um município do interior do Amazonas.

1.2. Objetivos específicos

a) Descrever o processo de esterilização cirúrgica na perspectiva de mulheres ribeirinhas usuárias da rede pública de saúde do interior do Amazonas, considerando suas experiências dentro e fora dos serviços de saúde.

b) Analisar as vulnerabilidades individuais, sociais e institucionais do processo de esterilização cirúrgica na perspectiva de mulheres ribeirinhas.

2. MÉTODO

4.1 Natureza da pesquisa

Para atingir os objetivos propostos, desenvolvemos uma pesquisa qualitativa. Essa opção é justificada porque a pesquisa qualitativa permite apreender e compreender a realidade vivida, as crenças e valores de cada indivíduo, revelando o que está oculto em suas experiências (Minayo, 2013).

A pesquisa qualitativa caracteriza-se por trabalhar com o universo dos significados e buscar responder a questões específicas com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Os estudos qualitativos são essenciais na construção do conhecimento, visto que permite o início de uma teoria, sua reformulação ou clarificação de uma abordagem já consolidada. A pesquisa qualitativa requer atitudes e abordagens flexíveis por parte do pesquisador, bem como a capacidade de observar e interagir com o grupo de pesquisadores e os atores sociais envolvidos. Os instrumentos podem ser readaptados durante o processo de trabalho conforme o objetivo da investigação sem romper com o esforço teórico de fundamentação, necessário em todas as etapas do processo de conhecimento. Ao nível de pesquisa qualitativa, ferramentas comuns de

trabalho de campo são roteiros de entrevista, critérios de observação participante e itens de discussão de grupos (Minayo, 2017).

4.2 Percorso Metodológico da Pesquisadora

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP-UFAM), iniciou-se a pesquisa de campo, composta por duas etapas:

Primeira etapa: coleta de dados em áreas urbanas e rurais. A pesquisadora viajou para Nova Olinda do Norte, onde, através de uma informante-chave da localidade, entrou em contato com as primeiras participantes, iniciando as entrevistas nas áreas urbanas, totalizando cinco mulheres que foram indicando umas às outras. Os encontros ocorreram em seus domicílios, com duração média de 40 minutos.

Segunda etapa: realizada na comunidade Vila do Abacaxis, localizada na zona rural do município. Um segundo informante-chave organizou um encontro com seis mulheres de comunidades próximas. A viagem de ida e volta das participantes ao local da entrevista teve uma duração média de duas horas e o deslocamento da pesquisadora teve duração média de três horas considerando o trajeto terrestre e fluvial.

Antes das entrevistas individuais, realizou-se uma apresentação coletiva para as participantes com o objetivo de explicar a pesquisa, esclarecer os procedimentos e estabelecer um vínculo de confiança com a pesquisadora. As participantes da área rural foram previamente selecionadas e todas as entrevistas ocorreram no mesmo dia. Enquanto elas aguardavam para receber atendimento médico e odontológico no posto de saúde da comunidade, as entrevistas foram realizadas em uma sala reservada para oferecer maior conforto e privacidade.

Após a realização das entrevistas, um momento de encerramento foi promovido, com o objetivo de agradecer a participação das mulheres e de proporcionar um espaço mais informal para conversas. Em seguida, as participantes retornaram às suas comunidades. As participantes demonstraram confiança e segurança durante os momentos, e se sentiram à vontade para compartilhar suas experiências com uma profissional de psicologia. Essa abertura demonstra o potencial da pesquisa para gerar novos dados sobre a realidade dessas mulheres.

A coleta de dados foi encerrada, mas a pesquisadora permaneceu na comunidade por mais um dia devido às condições climáticas desfavoráveis e ao tamanho reduzido da embarcação disponível para o transporte de volta à área urbana. A pesquisadora teve a

oportunidade de ajudar a comunidade em um caso de emergência, devido a um acidente ofídico. Esse evento, apesar de inesperado, contribuiu para um maior envolvimento com a comunidade e para uma compreensão mais ampla da realidade local, evidenciando as vulnerabilidades da região e a importância do trabalho em equipe no que diz respeito ao manejo e transporte emergenciais para o serviço de saúde na área urbana do município. Dessa forma, o campo terminou com este episódio e a despedida ocorreu na área urbana, quando foram para o atendimento especializado e a pesquisadora iniciou o seu trajeto de 12 horas para Manaus.

É importante ressaltar que, em todas as entrevistas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado e lido para as participantes, garantindo que elas tivessem acesso aos objetivos da pesquisa e aos riscos e benefícios do estudo. Uma via do TCLE foi entregue a cada participante e outra ficou em posse da pesquisadora.

4.3 Contexto do Estudo

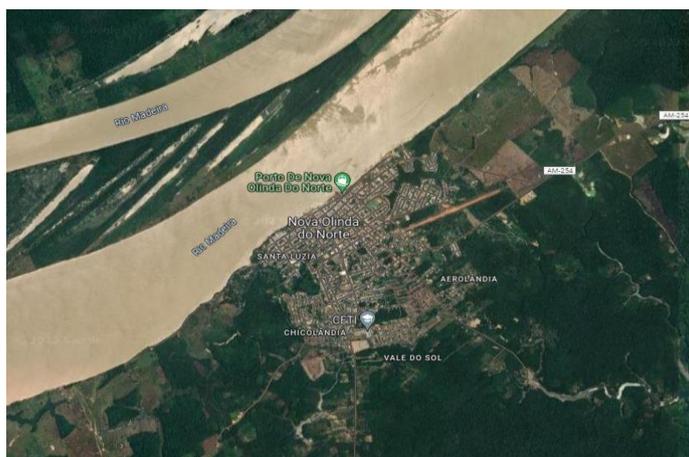
O estudo foi desenvolvido em caráter exploratório em Nova Olinda do Norte, um município brasileiro localizado no interior do estado do Amazonas, na Região Norte do país. A área, que faz parte da Mesorregião do Centro Amazonense e Microrregião de Itacoatiara, está situada ao sul de Manaus, capital do estado, estando a cerca de 132 quilômetros de distância via acesso fluvial. A população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2022 foi de 27.062 habitantes.

A escolha do município se deu de forma estratégica, devido à experiência anterior da pesquisadora ao atuar na rede de saúde local, bem como a familiaridade com a região, que apresenta uma baixa densidade demográfica e à presença de famílias tradicionais ribeirinhas, nas quais as mulheres foram assistidas pela rede pública de saúde através ao serem submetidas a esterilização cirúrgica. A história do local permite notar que o nome Nova Olinda do Norte é derivado de Olinda, a propriedade de Fulgêncio Rodrigues Magno, um comerciante no Paraná do Urariá, e da expressão Norte, adicionada pelo Governador do Amazonas, Plínio Ramos Coelho, ao criar o município. Antigamente, viviam na região os indígenas das etnias: Turás, Muras, Mundurucus e outros (Biblioteca Virtual do Amazonas, 2008). A trajetória histórica de Nova Olinda do Norte está estreitamente ligada à exploração do petróleo no Amazonas, entretanto, o período de esperança e euforia teve pouca duração, já que a Petrobrás alegou que o hidrocarboneto da região não tinha valor comercial e determinou o fechamento dos poços. Em 19.12.1955, a cidade de Nova Olinda do Norte foi criada pela Lei Estadual nº 96,

desmembrada dos municípios de Maués e Itacoatiara, com sede na localidade de Nova Olinda do Norte, elevada à categoria de Cidade (Biblioteca Virtual do Amazonas, 2008).

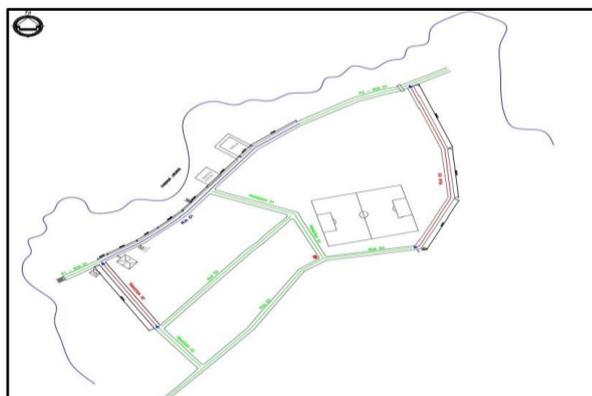
A configuração atual da rede de saúde pública do município é composta pelo Hospital Dr. Gallo Manuel Ibanês, que conta com serviços de Urgência e Emergência, Maternidade e Laboratório. O município também está assistido por 05 (cinco) Unidades Básicas de Saúde, sendo: UBS Irmã Monica Borsa Lima; UBS Etelvina Pinheiro; UBS Maria do Carmo Castro Couto; UBS Dr. Raad Mohamad Raad; UBS Raimundo do Rosário Melo. A zona rural também recebe atendimento de saúde, com as Unidades Básicas de Saúde dos Polos: UBS Augusto Castro - Curupira; UBS Alonso Pereira Varejão - Vila Flor; UBS Juracema Holanda - Centenário; UBS Antônio Ferreira - Abacaxi; UBS Vila Nova - Vila Nova. Em 2020 foi inaugurada a UBS Fluvial Dona Antônia (embarcação que funciona como posto de saúde), ancorada próximo ao porto do município, mas que pode ser deslocada conforme a necessidade (Nova Olinda do Norte, 2023).

Figura 1 Imagem do Município de Nova Olinda do Norte



Fonte: Imagem extraída do Software Google Maps Platform em 22 de Out. de 2023.

Figura 2 Mapa descritivo da Vila do Abacaxis - área rural



Fonte: Imagem fornecida por um comunitário.

Figura 3 Imagem comparativa da distância entre as duas localidades Nova Olinda do Norte e Vila do Abacaxis



Fonte: Imagem extraída do Software Google Maps Platform em 10 de Out. de 2024.

4.4 Instrumento de coleta

Para a coleta de dados utilizamos entrevistas narrativas por meio das quais, a partir de uma pergunta de estímulo, às interlocutoras contavam sobre eventos de sua vida e sobre sua perspectiva em relação ao processo de esterilização cirúrgica ao qual foram submetidas. A narrativa é uma experiência cultural que organiza as experiências vividas pelas pessoas e produz significados. Jovchelovitch e Bauer (2015) salientam que a narrativa privilegia a realidade do que é vivido por quem a narra.

As narrações são mais propensas a reproduzir estruturas que orientam as ações dos indivíduos que outros métodos que utilizam entrevistas. Dessa forma, as entrevistas narrativas não têm como objetivo apenas contar a história de vida do entrevistado, mas também compreender os contextos em que essas biografias foram construídas e os fatores que motivam as ações dos entrevistados (Jovchelovitch; Bauer, 2002). As narrativas são consideradas representações ou interpretações do mundo, não estão sujeitas à verificação, portanto, não podem ser consideradas verdadeiras ou falsas, pois expressam a verdade de um ponto de vista em um determinado tempo, espaço e contexto sócio-histórico.

Nesta pesquisa, a entrevista foi produzida a partir da fala inicial da pesquisadora: “Conte-me sua história de vida e como foi passar pelo processo de laqueadura?” deixando que cada interlocutora conduza sua narrativa livremente, sem interferência da pesquisadora, senão quando necessário o incentivo para que prosseguisse sua narração. Após a finalização, foram realizadas questões disparadoras para explorar conteúdos trazidos na narrativa central.

4.5 Participantes da pesquisa

Foram entrevistadas onze mulheres, acessadas por meio da técnica “bola de neve”, conforme descrito por Vinuto (2014). Em relação aos critérios de inclusão, foram convidadas a participar do estudo:

- a) mulheres cisgênero com idade reprodutiva de 21 a 50 anos;
- b) moradoras das áreas centrais ou rurais do município há pelo menos cinco anos;
- c) que tenham sido submetidas ao processo de esterilização cirúrgica por meio da ligadura tubária no âmbito da saúde pública como método de planejamento reprodutivo;

No que se refere aos critérios de exclusão, não participaram da pesquisa:

- a) mulheres sem filhos que tenham feito o processo de esterilização cirúrgica;
- b) mulheres impossibilitadas física ou emocionalmente de participar da entrevista (por observação da pesquisadora ou por declaração da própria entrevistada);
- c) mulheres diagnosticadas com transtorno mental que impossibilita a compreensão da entrevista;

4.6 Procedimentos para Análise de dados

As entrevistas narrativas realizadas foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas com o auxílio do software Atlas.ti versão 24, *software* se caracteriza como uma ferramenta organizadora dos dados e não substitui o olhar da pesquisadora para analisar os resultados. Em sequência, a análise também foi realizada por meio do método progressivo-regressivo. Trata-se de um método que permite descrever e analisar de forma contextualizada as narrativas, uma vez que se propõe a compreender uma biografia através dos dados de realidade e da experiência vivida (Sousa; Schneider, 2021). Ao explorarmos o movimento duplo que transita da singularidade para a universalidade, e que depois retorna a uma singularidade, sempre sob a ótica da perspectiva histórica – a

relação entre passado e futuro – podemos construir uma síntese horizontal, relacionada à temporalidade, e uma vertical, que se refere à singularidade dentro da multiplicidade de experiências. Para a sistematização e organização dos dados empregou-se a seguinte proposta: transcrição na íntegra das entrevistas e detalhamento das expressões verbais; divisão do texto em material indexado (individual) e não indexado (coletivo); agrupamento e identificação das experiências individuais e coletivas, bem como o estabelecimento de semelhanças e diferenças (Jovchelovitch; Bauer, 2002).

4.7 Aspectos éticos

A presente pesquisa seguiu os pressupostos contidos nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde 466/12 e 510/16, a identidade e privacidade das mulheres foi respeitada, assegurando que os dados obtidos foram utilizados exclusivamente para fins científicos.

Além disso, a realização das entrevistas foi somente efetivada a partir da aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). O projeto foi submetido no CAAE nº 76752023.5.0000.5020, obtendo o parecer 6.634.897, tendo sido aprovado conforme consta no Parecer do Comitê de Ética (Anexo A).

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Nessa seção traremos os resultados e a discussão dos dados em formato de *Estudos* para o melhor aproveitamento da pesquisa. Na sequência, apresentaremos o primeiro artigo sobre as rotas de acesso e o papel das redes de apoio na decisão pelo processo de esterilização cirúrgica nas perspectivas das mulheres ribeirinhas amazônicas de Nova Olinda do Norte.

3.1 Estudo 1 - O PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO DE MULHERES AMAZÔNIDAS RIBEIRINHAS: ROTAS DE ACESSO, INFLUÊNCIAS E INCERTEZAS

Resumo: Este estudo qualitativo abordou as rotas de acesso e o papel das redes de apoio na decisão pelo processo de esterilização cirúrgica entre mulheres ribeirinhas amazônidas. Foram ouvidas onze mulheres das áreas centrais e rurais de Nova Olinda do Norte, Amazonas, convocadas pela técnica “bola de neve”, cujas narrativas destacaram dificuldades logísticas, sociais e econômicas no acesso aos serviços de saúde. Para a análise dos dados, utilizou-se o *software* Atlas.ti, que auxiliou na organização e interpretação dos dados. Os resultados demonstram dificuldades significativas, como a distância dos centros de saúde e a fragilidade da autonomia reprodutiva, exacerbada pela agência dos representantes estatais. O estudo evidencia a relevância de políticas públicas inclusivas que aprimorem a infraestrutura de saúde, promovam a educação reprodutiva e fortaleçam as redes de apoio. A pesquisa enfatiza a necessidade de ações concretas para assegurar equidade no acesso à saúde reprodutiva, respeitando as especificidades socioculturais das comunidades ribeirinhas.

Palavras-chave: Esterilização Reprodutiva; Mulheres ribeirinhas; Saúde Reprodutiva; Desigualdade Social.

THE STERILIZATION PROCESS OF AMAZONIAN RIVERSIDE WOMEN: ACCESS ROUTES, INFLUENCES AND UNCERTAINTIES

Abstract: This qualitative study addressed the access routes and the role of support networks in the decision for the surgical sterilization process among Amazonian riverside women. Eleven women from the central and rural areas of Nova Olinda do Norte, Amazonas, were heard, summoned by the "Snowball" technique, whose narratives highlighted logistical, social and economic difficulties in accessing health services. For data analysis, the Atlas.ti software was used, which helped in the organization and interpretation of the data. The results demonstrate significant difficulties, such as the distance from health centers and the lack of reproductive autonomy, exacerbated by sociocultural pressures. The study highlights the relevance of inclusive public policies that improve health infrastructure, promote reproductive education, and strengthen support networks. The research emphasizes the need for concrete actions to ensure equity in access to reproductive health, respecting the sociocultural specificities of riverside communities.

Keywords: Sterilization, Reproductive; Riverside women; Reproductive health; Social inequality.

Introdução

O direito sexual e reprodutivo no Brasil configura-se como um pilar essencial para a efetivação da dignidade humana, pois subsidia um cenário que possibilita a tomada de decisão consciente sobre a saúde reprodutiva e busca proteger as mulheres de coerções ou discriminações. A Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 9.263/1996, que institui o planejamento familiar, estabelecem marcos legais fundamentais que consolidam esses direitos, promovendo a igualdade de gênero e o acesso universal aos serviços de saúde

reprodutiva (Rodrigues; Carneiro, 2022). No entanto, apesar do aparato legal existente, obstáculos persistentes impedem a efetivação desses direitos, especialmente em regiões remotas e entre grupos populacionais vulneráveis. A literatura especializada demonstra que a desigualdade no acesso a esses direitos é uma realidade persistente, refletindo as diferenças socioeconômicas e regionais presentes no país (Fernandes et al., 2020).

A Lei nº 9.263/1996, marco legal do planejamento familiar no Brasil, sofreu recente e significativa alteração com a promulgação da Lei nº 14.443/2022. Essa nova legislação introduziu mudanças substanciais, ampliando o acesso a métodos contraceptivos e redefinindo os critérios para a esterilização cirúrgica feminina. Dentre as principais alterações, destacam-se a redução da idade mínima para 21 anos ou a comprovação de, pelo menos, dois filhos vivos, além da dispensa do consentimento conjugal (Alves et al., 2022). Essas modificações visam atender a demandas históricas por maior desburocratização e acesso aos serviços de planejamento reprodutivo, mas também suscitam debates acerca do potencial aumento nas taxas de esterilização (Rodriguez et al., 2024).

A esterilização cirúrgica feminina, comumente denominada laqueadura tubária, constitui-se como um método contraceptivo definitivo amplamente utilizado em âmbito global, sendo um dos procedimentos mais frequentes na prática ginecológica. Estudos demonstram que a escolha por métodos contraceptivos cirúrgicos, como a laqueadura, é influenciada por um conjunto complexo de fatores socioculturais e de gênero (Fernandes et al., 2020).

A falta de acesso a informações sobre planejamento familiar, a dificuldade em encontrar serviços de saúde reprodutiva de qualidade e as relações de poder desiguais nas dinâmicas afetivo-sexuais são frequentemente citados como obstáculos para o exercício da autonomia reprodutiva. Além disso, a pressão social para ter filhos e a falta de apoio social para métodos contraceptivos reversíveis podem levar mulheres a optarem por métodos cirúrgicos como forma de controlar sua fertilidade de forma mais definitiva. Os estudos também apontam que essa procura é maior entre mulheres de nível educacional inferior e pertencentes às classes sociais mais baixas.

A literatura aponta ainda que o procedimento da laqueadura não é compreendido exclusivamente como direito reprodutivo, antes, possui múltiplos significados para os agentes do Estado, tais como caridade, dever, mutilação, dentre outros (Ximenes, 2023). Isso implica na relativização da autonomia reprodutiva enquanto fator decisório para a realização do procedimento, sendo possível identificar que nas práticas assistenciais

cotidianas, o consentimento das mulheres é invalidado e outros dispositivos decisórios operam para a concretização ou negação do acesso à laqueadura tubária (Gonçalves Rodrigues et al., 2024).

O presente estudo se concentra nas histórias de mulheres ribeirinhas amazônidas, um grupo que é frequentemente negligenciado nas pesquisas sobre saúde reprodutiva. As mulheres ribeirinhas vivem em comunidades isoladas ao longo dos rios da Amazônia, onde as dificuldades logísticas e de infraestrutura limitam o acesso aos serviços de saúde. Essas áreas remotas, com baixa densidade demográfica, agravam as dificuldades enfrentadas por essas mulheres, que muitas vezes são privadas de sua autonomia e do direito de decidir sobre seus próprios corpos (Andrade et al., 2024). Essas comunidades têm uma relação estreita com o ambiente que as cerca, sendo o rio uma via essencial de transporte e subsistência. As condições de vida nessas regiões são adversas, com acesso limitado a recursos básicos e serviços públicos, incluindo a saúde reprodutiva. A literatura sobre a saúde dessas mulheres é escassa, destacando a urgência de estudos que abordem suas realidades específicas (Bôas; Oliveira, 2016; Fernandes et al., 2020).

Apesar da crescente preocupação acadêmica com as questões de saúde reprodutiva no Brasil, pesquisas com esse enfoque, ainda mais ao tratar de mulheres ribeirinhas amazônidas, ainda são incipientes. É fundamental ampliar as pesquisas sobre saúde reprodutiva para incluir as mulheres ribeirinhas da Amazônia e, dado as singularidades desses contextos, conhecer narrativas da história de vida dessas mulheres no que se refere ao processo de esterilização pode trazer contribuições significativas. A concentração de estudos em áreas urbanas resulta em uma visão incompleta da realidade dessas mulheres, que vivenciam condições únicas e complexas (Cabral; Cella; Freitas, 2021; Parmejiani et al., 2021). A escassez de dados sobre as rotas de acesso aos serviços de saúde e o papel das redes de apoio nessas comunidades reforça a necessidade de investigações aprofundadas. Esta pesquisa tem em vista contribuir com esse campo, fornecendo perspectivas valiosas sobre um grupo demograficamente relevante, mas cientificamente sub-representado.

Assim, o objetivo desta pesquisa é compreender as rotas de acesso e o papel das redes na decisão acerca do processo de esterilização cirúrgica na perspectiva de mulheres ribeirinhas. Ao investigar como essas mulheres lidam com os desafios impostos pela geografia e pela escassez de serviços, este estudo pretende revelar as estratégias usadas e as dinâmicas comunitárias que influenciam suas escolhas reprodutivas. Espera-se que os

dados ajudem na organização de políticas públicas mais inclusivas e efetivas, que respeitem às necessidades dessas populações.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e compreensivo-interpretativo, realizado a partir dos relatos de onze mulheres residentes do município de Nova Olinda do Norte. A cidade conta com uma população estimada em 27.062 habitantes em 2022, e representa a vida ribeirinha no Amazonas. O município, inserido na Mesorregião do Centro Amazonense e na Microrregião de Itacoatiara, guarda em suas raízes uma história rica e diversificada. Foi criado em 1955, após a separação dos municípios de Maués e Itacoatiara. A herança indígena está enraizada na região, com as etnias Turás, Muras e Mundurucus habitando essas terras ao longo dos séculos.

Em termos de rede de saúde, possui uma estrutura relativamente diversificada para atender às necessidades da população local. Há um hospital de pequeno porte oferecendo os serviços de urgência, emergência, maternidade e laboratório. Em relação aos cuidados primários, possui no polo do município cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), que oferecem serviços básicos de atendimento médico e odontológico. Na zona rural, a assistência de saúde é ofertada por outras cinco UBS distribuídas em polos territoriais para atender comunidades adjacentes. Apesar da distribuição de serviços de saúde, Nova Olinda do Norte enfrenta desafios significativos devido ao difícil acesso e às características próprias do território da região amazônica. As logísticas de transporte e comunicação restringem o acesso a especialidades médicas, obrigando muitos moradores a se deslocarem para cidades maiores para tratamentos complexos.

A compreensão dessa configuração de saúde pública é basilar para a investigação em questão, especialmente quando se considera a presença de famílias tradicionais ribeirinhas, onde há uma grande concentração de mulheres que passaram por esterilização cirúrgica. Vale reconhecer que essas mulheres dependem exclusivamente da rede pública de saúde para suas necessidades. A viagem para Nova Olinda do Norte, portanto, não é apenas uma viagem geográfica, mas também uma experiência em ambientes de vida que revelam as complexidades e os desafios enfrentados pelas comunidades ribeirinhas na Amazônia.

Participaram cinco mulheres que moram próximas à rede de saúde central, beneficiando-se de uma maior facilidade de acesso aos serviços médicos e de suporte

disponíveis como o hospital e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) urbanas. Em contraste, as outras seis entrevistadas moram em áreas rurais mais afastadas, onde o ciclo das águas e as longas distâncias dificultam significativamente o acesso a cuidados de saúde.

Para essas mulheres das regiões mais remotas, a jornada até os polos de apoio pode significar distâncias de uma até três horas de travessia fluvial, com o objetivo de alcançar as UBS rurais, que oferecem apenas os atendimentos mais básicos por meio de equipes compostas por um médico, um enfermeiro e um dentista. Em casos específicos ou de demandas especializadas, essas mulheres devem ser removidas para a base do município, um processo que, muitas vezes, é demorado e dificultado pela falta de infraestrutura.

Essa realidade ilustra as diversas formas de precariedade e os desafios logísticos enfrentados pelas mulheres de Nova Olinda do Norte. A escolha por entrevistar um número limitado de interlocutoras reflete tanto a complexidade logística da região quanto a profundidade dos relatos obtidos, oferecendo uma visão detalhada e relevante das experiências das comunidades ribeirinhas

As mulheres foram acessadas através da técnica "bola de neve", como descrito por Vinuto (2014), começando com uma informante que estava nas redes de relacionamentos da pesquisadora, que indicou potenciais participantes para a pesquisa. Por necessidade logística, primeiramente a informante inicial sugeriu participantes da área mais central do município. Em seguida, após um planejamento e contando com o apoio de outros informantes, a pesquisadora e a informante inicial realizaram uma viagem de lancha para uma comunidade mais afastada, uma vila de ponto de apoio da rede de saúde, para dar continuidade às entrevistas. Nesse percurso, a pesquisadora passou por um deslocamento fluvial de aproximadamente três horas. Para o encontro na base escolhida, as participantes relataram que seus deslocamentos variaram entre 40 minutos a uma hora, e os custos com combustível foram fornecidos pela pesquisadora, a fim de diminuir a barreira de acesso até as participantes. Essas nuances revelam os desafios de realizar pesquisa nesse contexto e a urgência de um olhar específico para mudar esse cenário. As entrevistas foram finalizadas quando se atingiu o grau de saturação teórica, ou seja, quando os conteúdos começaram a se repetir, o que foi identificado após a décima primeira.

Em relação aos critérios de elegibilidade para inclusão na pesquisa, participaram do estudo mulheres cisgênero com idade reprodutiva de 21 a 50 anos; moradoras das áreas

centrais ou rurais do município há pelo menos cinco anos; que haviam sido submetidas ao processo de esterilização cirúrgica por meio da ligadura tubária no âmbito da saúde pública como método de planejamento reprodutivo e que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa. No que se refere aos critérios de exclusão, não participaram da pesquisa mulheres sem filhos que tenham feito o processo de esterilização cirúrgica; mulheres impossibilitadas física ou emocionalmente de participar da entrevista (por observação da pesquisadora ou por declaração da própria entrevistada); mulheres diagnosticadas com transtorno mental que impossibilitasse a compreensão da entrevista; mulheres que discordaram ou declinaram por qualquer motivo da participação na pesquisa ou com algum elemento no histórico de vida que fosse entendido como impeditivo nos critérios de inclusão.

Foram realizadas entrevistas narrativas por meio das quais, a partir de uma pergunta de estímulo, as interlocutoras contavam sobre eventos de sua vida e sobre sua perspectiva em relação ao processo de esterilização cirúrgica ao qual foram submetidas. A narrativa é uma experiência cultural que organiza as experiências vividas pelas pessoas e produz significados. Jovchelovitch e Bauer (2015) salientam que a narrativa privilegia a realidade do que é vivido por quem a narra.

Nesta pesquisa, a entrevista foi produzida a partir da fala inicial da pesquisadora: “Conte-me sua história de vida e como foi passar pelo processo de laqueadura”, deixando que cada interlocutora conduzisse sua narrativa livremente, sem interferência da pesquisadora, senão quando necessário o incentivo para que prosseguisse sua narração. Após a finalização foram realizadas questões disparadoras para explorar conteúdos trazidos na narrativa central. Durante as entrevistas foi possível notar a emoção das entrevistadas e a satisfação em serem ouvidas por uma psicóloga, enfatizando que sabiam da importância de se abrirem e revisitarem suas dores e conquistas, que são tão importantes nas suas histórias.

As entrevistas narrativas realizadas foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas com o auxílio do software Atlas.ti versão 24, *software* se caracteriza como uma ferramenta organizadora dos dados e não substitui o olhar da pesquisadora para analisar os resultados. Em sequência, a análise também foi realizada por meio do método progressivo-regressivo. Sousa e Schneider (2021) ressaltam que este método se propõe a compreender uma biografia através da experiência vivida. Ao explorarmos o movimento duplo que transita da singularidade para a universalidade, e que depois retorna a uma singularidade, sempre sob a ótica da perspectiva histórica – a relação entre passado e

futuro – pode construir uma síntese horizontal, relacionada à temporalidade, e uma vertical, que se refere à singularidade dentro da multiplicidade de experiências.

Quanto aos preceitos éticos, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob Parecer de nº 6.634.897. Para manter a identidade das interlocutoras e assegurar o sigilo ético, escolhemos nomes fictícios para refletir a cultura e identidade únicas que permeiam as margens dos rios e as comunidades indígenas. Esta decisão não apenas protege a privacidade das mulheres, mas também reconhece a profunda ligação dessas mulheres com o cenário amazônico.

Resultados e Discussões

Participaram deste estudo onze mulheres, conforme Quadro 1 abaixo:

Quadro 1 - Caracterização das participantes

NOME	IDADE	ESTADO CIVIL	COR/ETNIA	Nº DE FILHOS	TEMPO DE LAQ.	ACESSO
Araci	47	Vive com companheiro	parda	8	16 anos	Cirurgia Eletiva após o parto
Canumã	27	Solteira	branca	2	8 anos	Cirurgia Eletiva após o parto
Guaraci	31	Casada	parda	5	3 meses	Negociação
Iara	43	Casada	indigena munduruku	6	11 anos	Planejamento reprodutivo
Iracema	47	Divorciada	parda	9	13 anos	Negociação
Jaci	27	Vive com companheiro	branca	2	1 ano	Mutirão Cirurgias
Juma	30	Vive com companheiro	branca	2	11 anos	Cirurgia Eletiva após o parto
Moara	29	Vive com companheiro	parda	1	4 meses	Negociação
Olindina	27	Solteira	parda	3	4 meses	Negociação
Tupana	26	Vive com companheiro	parda	4	1 ano	Cirurgia Eletiva após o parto
Urariá	43	Vive com companheiro	parda	7	15 anos	Negociação

As entrevistas revelaram uma complexa dinâmica de autodeclaração racial entre as mulheres ribeirinhas, com a prevalência da categoria "parda" mesmo entre aquelas com fenótipo negro. Observou-se que essa autopercepção, que diverge da classificação fenotípica, pode ser compreendida à luz dos conceitos relacionados ao colorismo, que influenciam historicamente a construção da identidade racial no Brasil. De acordo com

os dados do Censo Demográfico (IBGE, 2022), a população parda constitui uma parcela significativa do país, sugerindo que essa categoria é utilizada como uma estratégia para lidar com as desigualdades raciais. Essa atitude de autodeclaração, portanto, não é apenas uma questão individual, mas um reflexo do racismo estrutural, onde assumir uma identidade parda, em vez de preta, é uma maneira de escapar do estigma associado à negritude mais evidente. Dessa forma, a autodeclaração dessas mulheres ribeirinhas não é apenas um dado estatístico, mas uma janela para compreender as complexas relações raciais e as estratégias de sobrevivência em um mundo ainda fortemente marcado pela desigualdade racial.

O contexto territorial do município de Nova Olinda do Norte desempenha um papel crucial na vida das mulheres ribeirinhas, influenciando suas experiências e oportunidades. A geografia da região, marcada pela presença de rios e florestas, dificulta o acesso a serviços essenciais, como saúde e educação, e contribui para a precarização das condições de vida. A dispersão geográfica das comunidades e as limitações do transporte fluvial agravam essa situação, expondo as mulheres ribeirinhas a maior vulnerabilidade social. As particularidades do território amazônico, portanto, moldam de forma significativa as experiências dessas mulheres.

As narrativas de Araci, Canumã, Iara, Iracema, Juma e Urariá, mulheres agricultoras residentes em comunidades ribeirinhas periféricas ao núcleo urbano, evidenciam as disparidades geográficas no acesso à saúde. A extensa distância até os serviços de saúde, percorrida por via fluvial, associada à limitada disponibilidade e irregularidade do transporte, impacta significativamente a regularidade dos cuidados. Essa situação compromete a saúde e o bem-estar dessas mulheres, que enfrentam obstáculos para realizar consultas, exames e tratamentos de forma adequada.

Em contraponto, mulheres como Guaraci, Jaci, Moara, Olindina e Tupana, residentes em comunidades mais próximas aos centros urbanos, vivenciam uma realidade distinta, embora não isenta de desafios. Apesar da proximidade geográfica aos serviços de saúde, essas mulheres encontram obstáculos relacionados a marcadores sociais, econômicos e culturais que influenciam a qualidade e a frequência dos cuidados. A intersecção desses fatores demonstra que a proximidade geográfica não garante o acesso equânime à saúde, revelando a complexidade das desigualdades sociais e a necessidade de abordagens multidimensionais para compreender a experiência dessas mulheres.

Nesse sentido, a análise das experiências foi realizada a partir de dois eixos temáticos: as rotas no acesso à esterilização e o papel das redes no processo decisório.

1- As Rotas de Acesso à Esterilização

Este primeiro eixo tem como objetivo apresentar a descrição do processo de esterilização a partir das narrativas dessas mulheres amazônidas ribeirinhas, destacando as rotas de acesso que elas percorreram para alcançar esse procedimento. Este percurso está inserido na história de vida dessas mulheres mediante concretização de um procedimento cirúrgico que se dá por diversos motivos e cenários, expressa desejos singulares de cada mulher, ocorridos mediante particularidades territoriais da região amazônica.

As rotas de acesso à esterilização para mulheres amazônidas ribeirinhas são variadas e refletem as particularidades e desafios do contexto regional demonstrando as complexidades e desafios enfrentados pelas mulheres ribeirinhas amazônidas, bem como as estratégias formais e informais utilizadas para assegurar a realização do procedimento em um contexto de escassos recursos e infraestrutura precária. Com base nas narrativas, foi possível identificar quatro maneiras de se chegar à cirurgia.

A primeira rota de acesso é o **processo de planejamento reprodutivo** realizado durante a gestação, que envolve acompanhamento contínuo das mulheres grávidas por profissionais de saúde. Este acompanhamento visa orientar sobre métodos contraceptivos, incluindo a laqueadura, e garantir que as decisões sejam tomadas com base em informações detalhadas e apoio médico durante as consultas de pré-natal (Miskolci; Pereira, 2022). As gestantes são informadas sobre a esterilização e podem optar pela laqueadura durante o parto, seja por cesariana ou parto normal, desde que respeitado o prazo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o parto, e se houver condições médicas (Alves et al., 2022).

Identificou-se que apenas uma interlocutora teve acesso por este modo, como podemos ver nas falas de Iara (43 anos, 6 filhos): *“Eu fui fiz pré-natal tudinho, conversei com assistência social, contei minha situação né que meus partos eram complicados”*. Iara já estava na sexta gestação e demonstrava medo, devido ao histórico dos partos anteriores serem complicados. Ela complementa seu relato falando acerca da documentação e necessidade de autorização do companheiro para realizar o procedimento cirúrgico: *“eles fizeram tudinho, fizeram o documento, e falaram pra chamar o meu esposo e colocaram se ele estava assim de acordo e se assinava”*.

Outra forma de acesso, e a mais significativa, foi por meio das chamadas **cirurgias eletivas**, que são procedimentos planejados e agendados com antecedência. Essas cirurgias, realizadas em ocasiões não emergenciais, têm como objetivo oferecer uma alternativa segura e organizada para a esterilização (Barbosa, 2018). Contudo, essa visão ideal encontra obstáculos em uma realidade marcada pela escassez de recursos e profissionais na região amazônica. Segundo Bôas e Oliveira (2016), considerando a diversidade territorial da região, é evidente que a falta de equidade torna os serviços mais ineficientes, resultando em uma cobertura de saúde inferior a 20% em comparação com outras regiões do país.

Em teoria, as cirurgias eletivas deveriam representar o padrão de cuidado. No entanto, os relatos das mulheres revelam uma falta de padronização e regulamentação. Algumas dessas mulheres, ao invés de terem um planejamento prévio, viram-se obrigadas a tomar decisões sobre a laqueadura em meio a situações emergenciais. O relato de Canumã (27 anos, 2 filhos) retrata um desses casos *“Aí o curumim era grande, gordinho. Aí não tinha condição. Aí me mandaram me operar”*, evidenciando que complicações no parto, somados com outros fatores, fazem com que a indicação para o parto cesárea seja associada à laqueadura.

Ao receberem a indicação de uma cesariana no momento do parto, devido ao histórico de complicações em gravidezes anteriores e ao grande número de filhos, o médico costuma avaliar e decidir pela laqueadura. Tupana (26 anos, 4 filhos) relata: *“Aí elas perguntaram de mim se eu queria realmente ser laqueada, eu disse que sim porque eu não aguentava passar pela cesariana.. Aí eles falaram então tá, a gente vai laquear”*. Dessa maneira, as mulheres, devido à falta de conhecimento e ao estado de vulnerabilidade e sofrimento, têm uma postura passiva de aceitação.

Notou-se que elas são submetidas à cirurgia sem o devido planejamento e a necessária preparação. Esta situação crítica evidencia as deficiências estruturais e as disparidades no acesso à saúde, o que torna a experiência de planejamento reprodutivo uma realidade distante para muitas mulheres da região amazônica.

A terceira forma de acesso, são os **mutirões de cirurgias**, uma prática comum nas regiões interiores da Amazônia. Esses mutirões são iniciativas periódicas cujos médicos especialistas são levados às comunidades ribeirinhas para realizar uma série de procedimentos cirúrgicos, incluindo a laqueadura, em um curto período de tempo, com o objetivo de minimizar as longas filas de espera e permitir o acesso a serviços de saúde

especializados que, de outra forma, seriam impossibilitados devido à escassez de profissionais e recursos (Bitencourt, 2023).

Jaci (27 anos, 2 filhos) relata que acessou a cirurgia desta maneira, em seu processo de planejamento reprodutivo: *“A médica disse bora correr que vai vir um mutirão”*. Sendo assim, ao saber dessa informação em uma consulta de rotina, optou pela laqueadura e decidiu ir em busca dos trâmites necessários para conseguir a cirurgia: *“Aí quando eu fui, primeiro eu passei com a assistente social, a assistente social falou que agora já tinha um dossiê e parece que com 21 anos, né? Já, já poderia operar e assim foi”*. Jaci relata que recebeu orientação multiprofissional sobre o procedimento, tendo sido informada das leis, regras e exames necessários. Dessa forma, teria tempo para se preparar até o dia do mutirão cirúrgico. A experiência de Jaci demonstra que os mutirões não se limitam à realização de cirurgias específicas, mas também à melhoria do acesso geral aos serviços de saúde especializados.

Por fim, foi possível perceber que a esterilização também pode ser obtida por meio da **negociação**, situação em que as mulheres têm acesso à cirurgia através da troca de favores ou de contatos próximos com profissionais de saúde. Esta forma de acesso destaca as desigualdades e a precariedade do sistema de saúde na região, onde a proximidade com médicos ou outros funcionários de saúde permite que algumas mulheres burlam as longas filas de espera, conseguindo o procedimento de maneira mais rápida e informal.

A maioria dessas mulheres apontaram um lugar de informalidade na relação com esses profissionais de saúde, visto que acessaram esse procedimento por meio de conversas: *“mana, eu vou falar com o doutor se ele autorizar, tu vem no outro dia para fazer uma avaliação com ele”* (Olindina, 27 anos, 3 filhos), manifestando assim sua intenção de escolha reprodutiva. Essa informalidade reflete no fácil acesso ao procedimento, sem enfrentar filas ou burocracias. Percebe-se também que esse processo é marcado por barganhas e trocas: *“tu conseguiu então se tu der um almoço para o médico, ele faz a tua laqueadura amanhã”* (Olindina, 27 anos, 3 filhos).

O relato de Olindina também corrobora com o de Moara: *“eu fiquei no pé da minha sogra e ela no pé do médico. Era tipo assim, ela era a minha ponte para conseguir a laqueadura”* (Moara, 29 anos, 1 filho). Após a análise das entrevistas, foi possível perceber que a história de Olindina e Moara estavam conectadas, pois fizeram a cirurgia na mesma ocasião, ambas beneficiadas pelo acesso informal ao serviço: *“E nesse embalo ele disse bem assim para ela Tu não queria que eu fizesse a da tua nora?, já faço a dela”*

e da outra no mesmo dia.” (Moara, 29 anos, 1 filho). Fazendo referência a decisão do médico de unir os dois procedimentos no mesmo dia para otimizar seu trabalho.

De uma forma geral, as narrativas apontam que existem “trechos de rota” de acesso que são frequentemente trilhados no território institucional. Nas falas destacadas observa-se espaços de diálogo sobre o procedimento cirúrgico, indagações/sondagens a respeito do desejo pela laqueadura, providências documentais (“dossiê”) consideradas necessárias para validar e legitimar a autonomia reprodutiva, dentre outros. Nesse sentido, retoma-se o que fora destacado por Ximenes (2023) a respeito da insuficiência da noção liberal de autonomia para compreensão do processo de tomada de decisão e da atitude de consentimento diante dos métodos contraceptivos. Na medida em que as rotas de acesso possuem trechos significativamente percorridos em territórios institucionais, identificam-se agências diferentes do exercício de autonomia individual da mulher.

A natureza emergencial das situações de tomada de decisão a respeito da laqueadura, a dependência do tempo dos mutirões e a criação de estratégias para acessar as negociações com os profissionais - e não necessariamente acessar os procedimentos - apontam para o que autora supracitada destacou como o fazer ordinário do Estado. A frequência com que as cirurgias são acessadas a partir de situações em que o poder decisório é exercido por alguém que não a mulher, reflete menos uma situação de exceção provocada por contextos peculiares, e mais um fazer assistencial cotidiano em que os agentes estatais, que o representam, dão contornos próprios ao cumprimento dos dispositivos legais.

Deste modo, segundo Ximenes (2023), a decisão pela laqueadura é, sobretudo, uma permissão para laqueadura. São as mulheres que já possuem quantidade de filhos considerada suficiente, ou aquelas cujos úteros são avaliados como inaptos para reprodução saudável, dentre outras, que conseguem concretizar o procedimento, evidenciando que o trabalho reprodutivo possui um caráter biopolítico. O exercício reprodutivo tem uma função populacional, isto é, ele gera os filhos do Estado; logo, o exercício do direito a não reprodução não se resume à escolha. Sobre as mulheres incide uma governança reprodutiva que agencia destinos úteis aos seus corpos.

2 - O papel das redes na tomada de decisão

Este segundo eixo temático aborda a complexidade das redes que influenciam a decisão das mulheres ribeirinhas pela laqueadura. Foi explorado o entrelaçamento das

redes de mulheres, de saúde e de familiares, destacando a importância de cada uma dessas partes no processo decisório. O compartilhar dessas experiências em rede influencia a decisão pela laqueadura e desempenha um papel vital no entendimento e adesão ao procedimento.

O primeiro ponto desse entrelaçamento é a **rede de mulheres** fazendo referência ao impacto das trocas de vivências pessoais entre mulheres na decisão de realizar a laqueadura tubária. Sobre isso, o estudo de Gonçalves Rodrigues et al. (2024) apontou a centralidade da articulação do coletivo de mulheres tanto na difusão de informações a respeito do procedimento da laqueadura, como também no compartilhamento do repertório de estratégias para superação das barreiras na assistência à saúde.

A presença da rede de mulheres indica também a falta de padronização no acesso ao procedimento e as frequentes falhas na orientação médica prévia. Foi constatado isso ao questionar se as mulheres receberam alguma orientação médica prévia à cirurgia, mas não houve resposta positiva, apenas a indicação de que era um procedimento para evitar a gravidez. Estudos como os de Fernandes et al. (2020), apontam que é dever dos profissionais de saúde prestar informações precisas e seguras que as orientem quanto às suas decisões reprodutivas. A atuação dos profissionais de saúde deveria ser crucial nesse processo, pois sua orientação adequada e apoio contínuo são fundamentais para estabelecer um vínculo de confiança com as pacientes. A negligência na transmissão dessas informações prévias em relação ao procedimento cirúrgico compromete esse vínculo.

A falta de apoio médico e a variedade de informações fornecidas pelos profissionais de saúde resultam em lacunas relevantes para compreender o processo, desde a cirurgia até a recuperação. A participante Olindina (27 anos, 3 filhos) relata que buscou apoio de uma amiga técnica de enfermagem: *“pode ficar tranquila que não vai demorar, é uma cirurgia que é rápida, isso eu te garanto”*. Dessa forma, é possível notar que as mulheres das áreas centrais e rurais enfrentam dificuldades para receber informações mais aprofundadas sobre o procedimento.

Da mesma forma, Urariá (43 anos, 7 filhos) também relata esse apoio com base no diálogo que traz segurança em relação ao procedimento: *“você pode mandar o médico te operar. Não é nada de bicho de sete cabeças”*. Diante dessa realidade, as experiências compartilhadas entre mulheres tornam-se uma fonte essencial de conhecimento e segurança. Essas trocas ocorrem, sobretudo, em conversas informais, quando há uma insegurança em se submeter ao procedimento. As mulheres que já passaram pelo

procedimento relatam, de forma detalhada, como foi a cirurgia, os cuidados necessários no pós-operatório e as consequências a longo prazo. Elas trazem dicas práticas e cotidianas sobre possíveis complicações, preenchendo, dessa forma, o vazio assistencial deixado por essa falha de orientação médica formal.

Essas experiências compartilhadas exercem uma influência positiva na decisão pela laqueadura. As narrativas pessoais demonstram uma perspectiva prática e realista, que muitas vezes é mais acessível e confiável do que a informação técnica e impessoal das consultas médicas. Semelhante ao observado por Gonçalves Rodrigues et al. (2024), nesse contexto, as mulheres que ponderam fazer a laqueadura sentem-se mais seguras ou menos temerosas para tomar uma decisão informada quando podem se ancorar nas histórias e conselhos de outras mulheres que já passaram pelo mesmo processo. Além disso, essas trocas de experiências proporcionam um senso de comunidade e solidariedade, permitindo que as mulheres se sintam apoiadas em suas escolhas reprodutivas. Elas podem obter informações detalhadas sobre o procedimento, recuperação e impactos a longo prazo, de uma maneira que ressoa com suas próprias vivências e expectativas, e contribui para uma decisão mais consciente e alinhada com seus desejos e necessidades pessoais.

Portanto, é imprescindível reconhecer e valorizar o papel das experiências compartilhadas na formação da decisão pela laqueadura. Essa dinâmica revela não apenas a importância do apoio comunitário, mas também a necessidade de aprimorar a padronização e a qualidade da orientação médica prévia, garantindo que todas as mulheres tenham acesso a informações adequadas sobre os devidos procedimentos.

O segundo ponto de entrelaçamento é a **rede de saúde**. Neste aspecto, as narrativas revelaram um distanciamento entre a teoria que prevê e estipula os cuidados e obrigações dos serviços de saúde e a prática, revelando inadequações na prestação dos serviços. A rede de saúde deve atuar como uma instituição fundamental que fornece informações precisas sobre a laqueadura, além de garantir um suporte contínuo antes, durante e após o procedimento. As narrativas das mulheres ribeirinhas, tanto da área central urbana quanto das áreas rurais, revelaram a ausência dessa atuação como ponto de apoio.

No eixo anterior, foi destacada a ausência de informações prévias ao procedimento de laqueadura. A esse respeito, a criação de uma dinâmica de atendimento no planejamento reprodutivo que inclua educação em saúde e consultas clínicas pode ter um impacto significativo na adesão do método escolhido. Além disso, a atenção ao

planejamento reprodutivo deve ser prestada dentro da atenção à saúde, com o objetivo de assegurar autonomia na escolha dos métodos e no controle da fertilidade.

No contexto municipal, observa-se baixa adesão a métodos contraceptivos como o dispositivo intrauterino (DIU), por exemplo, evidenciando uma preferência marcada pela laqueadura tubária. A desconfiança em relação à eficácia de métodos alternativos e a necessidade de acompanhamento por ultrassonografia são frequentemente mencionadas pelas mulheres. Olindina (27 anos, 3 filhos) aponta: *“eu não vou ter todo mês para estar indo lá fazer isso aí, é melhor então fazer laqueadura”*. Essa percepção, caracterizada pela falta de informação e pelo receio de complicações, indica a necessidade de ações educativas mais intensas e contínuas, com o objetivo de fortalecer a autonomia das mulheres na tomada de decisões em relação à saúde reprodutiva.

Além das fragilidades identificadas antes da cirurgia, a rede de saúde também apresenta deficiências significativas durante a realização do procedimento cirúrgico de laqueadura. A ausência de um acompanhante para as mulheres que foram submetidas à cirurgia aumenta a ansiedade e a tensão durante a espera e o preparo para o procedimento. Essa situação é agravada pela falta de apoio emocional e físico, o que é crucial para diminuir o estresse e proporcionar um ambiente mais humanizado.

A participante Moara (29 anos, 1 filho) relatou a experiência angustiante ao sair do centro cirúrgico por ter sofrido com dores na coluna devido à má posição na maca durante a cirurgia: *“eu sofri nessa laqueadura pelo fato de ter ficado de mau jeito, fiquei com muita dor nas costas, fiquei bem ruim”*. Esse tipo de negligência pode ter consequências duradouras no bem-estar físico das pacientes, além de gerar uma avaliação negativa do procedimento.

Outro relato alarmante foi o de Tupana (26 anos, 4 filhos) que percebeu que a médica que realizou a cirurgia sofreu um mal-estar durante o procedimento cirúrgico: *“Aí lá aconteceu que a médica que estava me operando ficou com a pressão alta. Aí ela parecia muito nervosa”*. Tupana compartilha que teve medo, mas que não podia falar nada, percebia que a médica estava nervosa no procedimento - *“Cortou alguma coisa lá que ela ficou muito desesperada, entendeu?”* - e parecia não haver profissionais suficientes para lidar com a situação. A insuficiência de profissionais qualificados em momentos críticos pode aumentar os riscos de complicações e comprometer a segurança do procedimento.

Os relatos apresentados mostram a urgência de humanizar os processos de esterilização cirúrgica. A presença de acompanhantes e instalações adequadas durante o

procedimento são elementos cruciais para assegurar a qualidade e a humanização da assistência à saúde da mulher. Nessa perspectiva, a humanização é um direito fundamental e um elemento indispensável para assegurar a segurança e a dignidade da mulher submetida à laqueadura (Leal et al., 2021).

Durante a escuta e análise dessas narrativas, percebemos a falta de continuidade no cuidado. Olindina (27 anos, 3 filhos), em seu pós-cirúrgico, teve complicações, optou por buscar atendimento na UBS próxima de sua casa e foi recebida pelos profissionais com frases como: *“O que você está fazendo aqui, mulher? É para você estar na sua casa!”* A resposta de Olindina foi imediata: *“Mas se eu não vier aqui, nem o médico vai vir até mim, né?”*. Este episódio demonstra não apenas a falta de informação adequada, mas também a deficiência no acolhimento e no suporte contínuo, elementos essenciais para a segurança e bem-estar das mulheres submetidas à laqueadura.

A atenção primária de saúde, considerada a porta de entrada para a maioria das demandas de saúde da população (Brasil, 2017), deveria garantir um atendimento acolhedor e contínuo. A falha nesse aspecto compromete a confiança nas instituições de saúde e reforça a necessidade urgente de melhorias no atendimento e acompanhamento dessas mulheres.

As mulheres da zona rural que se submetem à laqueadura enfrentam desafios significativos ao retornar para suas comunidades apenas alguns dias após o parto e o procedimento cirúrgico. Canumã (27 anos, 2 filhos) comenta que após o parto e procedimento de laqueadura, passou 16 dias no hospital até sua alta pois não tinha suporte para ficar em outro lugar: *“eu não tinha parente lá, fiquei no hospital mesmo, os pontos que meu cunhado já tirou aqui na comunidade”*. As longas travessias de barco, necessárias para voltar para casa, são especialmente extenuantes e perigosas nas condições da natureza. Essas viagens podem agravar o estado de saúde das mulheres que ainda estão se recuperando, aumentando o risco de complicações pós-cirúrgicas e dificultando o acesso a cuidados médicos imediatos caso ocorra alguma emergência.

Além disso, a ausência de acompanhamento adequado no pós-operatório agrava essas dificuldades, deixando as mulheres vulneráveis a complicações que poderiam ser facilmente prevenidas ou tratadas com monitoramento contínuo. A falta de infraestrutura e serviços de saúde próximos de suas residências contribui para um cenário de negligência e falta de apoio, dificultando uma recuperação plena e segura.

Por fim, outro ponto essencial que compõem essas histórias de vida é a **rede familiar**, nesse aspecto pode-se perceber que a família, muitas vezes, tem uma influência

direta na decisão pela laqueadura. Este aspecto abordará a maneira como os membros da família, especialmente os homens, participam ou deixam de participar das escolhas relacionadas ao planejamento reprodutivo. Os relatos abrangem aspectos da dinâmica familiar e mitos relacionados à saúde sexual após a laqueadura, bem como a distribuição de responsabilidades reprodutivas dentro do núcleo familiar.

Durante os relatos, observou-se que oito das onze mulheres estão em um relacionamento estável, ou seja, possuem um parceiro. No entanto, a ausência de participação masculina foi expressiva, o que pode sobrecarregar as mulheres com a responsabilidade de tomar decisões reprodutivas relevantes, refletindo o clássico e exclusivo papel social atribuído à maternidade.

Um relato que chama atenção durante a pesquisa é o desejo do companheiro de Urariá (43 anos, 7 filhos) ter quantos filhos “*Deus mandar*”, ela comenta: “*meu marido falava assim, tu não pediu pra Deus dar um filho pra ti, então Deus tá dando*” - esse diálogo ocorreu ao compartilhar o desejo de não ter mais filhos. Apesar de viverem em condições econômicas precárias, a questão da religião apresentou-se como um fator de peso na decisão reprodutiva de Urariá: “*Senhor, se você que tá me dando esse filho, então assim, me perdoa*” e revela a vontade de “*buscar mais condições financeiras para cuidar dos filhos*”.

O caso de Urariá (43 anos, 7 filhos) corrobora os achados de Morais et al. (2014), que apontaram a falta de consenso entre os casais sobre o tamanho da família como um fator determinante para a tomada de decisões reprodutivas individuais pelas mulheres. Essa dinâmica, observada com frequência em contextos culturais e religiosos específicos, demonstra a relevância de considerar as relações de gênero e o poder de decisão das famílias na análise das escolhas contraceptivas, especialmente em comunidades ribeirinhas (Toqueton et al., 2022).

Para assegurar a autonomia e o bem-estar das mulheres, é crucial que as políticas públicas e as práticas de saúde promovam uma abordagem integral e humanizada, que contemple as especificidades de cada contexto e promova o acompanhamento contínuo antes, durante e depois dos procedimentos de esterilização. A criação de uma rede de atenção à saúde que valorize a participação social e a construção conjunta de saberes é crucial para assegurar o pleno exercício dos direitos reprodutivos das mulheres.

Considerações Finais

Este estudo revelou as extremas dificuldades enfrentadas pelas mulheres ribeirinhas da Amazônia no acesso aos serviços de saúde reprodutiva, especialmente no processo de esterilização cirúrgica. As narrativas destacaram barreiras logísticas, sociais e econômicas, como a distância dos centros de saúde, a despadroneização do acesso, a dependência do transporte fluvial e as limitações financeiras, que dificultam a obtenção de cuidados médicos adequados.

Além dessas limitações, as histórias evidenciam a fragilidade das noções de autonomia reprodutiva e consentimento, uma vez que o acesso à laqueadura tubária se mostrou derivado do exercício do poder decisório de agentes diferentes da mulher e das negociações cotidianas que evidenciam os contornos próprios dados, pelos representantes do Estado, à Lei de Planejamento Familiar.

Neste sentido, considerando as dificuldades relacionadas ao exercício dos direitos reprodutivos, é essencial que as políticas públicas sejam mais inclusivas e eficazes, atendendo às necessidades específicas das populações ribeirinhas. Isso inclui a ampliação da rede de saúde em áreas remotas, a implantação de programas de educação reprodutiva e a criação de redes de apoio que promovam menos uma noção liberal de autonomia individual das mulheres, e mais o aprofundamento do debate sobre a redução das desigualdades no acesso aos métodos contraceptivos e sobre os modos de promoção de justiça reprodutiva, o que inclui a discussão a respeito de mecanismos que fortaleçam as mulheres de comunidades ribeirinhas.

Além disso, é crucial que os profissionais de saúde estejam capacitados para compreender e respeitar as diversidades culturais e sociais dessas comunidades, assegurando um atendimento mais humanizado e eficiente. A pesquisa alerta para as autoridades competentes e para a sociedade sobre as injustiças e desafios enfrentados por essas mulheres. É um chamado para ações concretas e urgentes que promovam a equidade no acesso à saúde reprodutiva, assegurando que todas as mulheres, independentemente de sua localização geográfica, possam exercer seu direito reprodutivo, garantindo decisões informadas sobre seus corpos.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (Fapeam).

Referências

ALVES, D. A. M. B.; SILVA, K. M.; PRADO, L. G. S.; SOUSA, M. C. S.; AMARAL, W. N. Mudanças legais no processo de esterilização feminina: os novos dilemas éticos envolvendo a laqueadura. *Revista Bioética Cremego*, v. 4, n. 2, p. 20-23, 2022. Disponível em: <https://rbc.emnuvens.com.br/cremego/article/view/69/84>. Acesso em: 01 jul. 2024.

ANDRADE, A. B. C. A.; PUCCIARELLI, M. L. R.; HERKRATH, F. J.; PEREIRA, M. L. G. Uso de contraceptivos por mulheres atendidas por unidade básica de saúde fluvial em localidades rurais na Amazônia. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet], 2024. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uso-de-contraceptivos-por-mulheres-atendidas-por-unidade-basica-de-saude-fluvial-em-localidades-rurais-na-amazonia/19089?id=19089>. Acesso em: 14 Jul. 2024.

BARBOSA, M. G. *Gerenciamento da fila de espera para cirurgia ginecológica em hospital municipal da Zona Sul de São Paulo: como garantir acesso e otimizar a utilização de recursos*. 2018. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10438/24122>. Acesso em: 20 jun. 2024.

BITENCOURT JÚNIOR, C. A. B. *Organização de um mutirão de cirurgia de escoliose pediátrica e análise dos resultados clínicos e radiográficos*. 2023. Dissertação (Mestrado em Ortopedia, Traumatologia e Reabilitação) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.17.2023.tde-15022024-120137>. Acesso em: 20 jun. 2024.

BÔAS, L. M. D. S.; OLIVEIRA, D. C. D. A saúde das comunidades ribeirinhas da região Norte brasileira: Revisão sistemática da literatura. *Investigação qualitativa de saúde. Atas CIAIQ*, v. 2, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 2017.

CABRAL, I.; CELLA, W.; FREITAS, S. R. Reproductive behavior in riverside women: health survey in an isolated community in the Middle Solimões, Amazonas, Brazil. *Saúde em Debate*, v. 44, p. 1066-1078, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020127091>. Acesso em: 13 Mai. 2024

FERNANDES, E. T. B. S., et al. Autonomia na saúde reprodutiva de mulheres quilombolas e fatores associados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 4, 2020.
IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2022: Identificação étnico-racial da população, por sexo e idade: Resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0786>. Acesso em: 13 Mai. 2024.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 13. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. p. 90-113.

GONÇALVES RODRIGUES, C. et al. “Rechazos iniciales” en el intento de acceso a la ligadura de trompas. *RUNA, Archivo Para Las Ciencias Del Hombre*, v. 45, n. 2, p. 77-96, 2024. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.34096/runa.v45i2.14203>. Acesso em: 01 Ago. 2024.

LEAL, M. C., et al. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 3, p. 823-835, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.06642020>. Acesso em: 01 Ago. 2024.

MISKOLCI, R.; PEREIRA, P. P. G. Sexual and reproductive health and rights: a sociodemographic profile of primary healthcare professionals in the city of São Paulo and their perceptions on the issue. *Sexuality Research and Social Policy*, v. 19, n. 3, p. 946-955, 2022.

MORAIS, A. C. B., et al. Participação masculina no planejamento familiar: o que pensam as mulheres?. *Cogitare Enfermagem*, v. 19, n. 4, p. 659-666, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483647663002.pdf>. Acesso em: 01 Ago. 2024.

PARMEJIANI, E. P., et al. Saúde sexual e saúde reprodutiva da população ribeirinha: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 55, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019033103664>. Acesso em: 13 Jul. 2024.

RODRIGUES, C. G., et al. Não (s) de cara na Tentativa de Acesso à Laqueadura Tubária. *RUNA, archivo para las ciencias del hombre*, v. 45, n. 2, p. 77-96, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.34096/runa.v45i2.14203>. Acesso em: 02 Jul. 2024.

RODRIGUES, M. A. H.; CARNEIRO, M. M. Contraception in other countries: The example of Brazil. *Medecinesciences: M/S*, v. 38, n. 3, p. 280-287, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1051/medsci/2022029>. Acesso em: 02 Jul. 2024

SOUSA, A. L.; SCHNEIDER, D. R. Contribuições do método progressivo-regressivo para pesquisas qualitativas em psicologia. In: PRETTO, Zuleica; STRELOW, Milene; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro (Orgs.). *Existencialismo e ciência: princípios metodológicos na pesquisa*. Florianópolis: Insular, 2021. p. 123-145.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>. Acesso em: 02 Jul. 2024.

TOQUETON, T. R., et al. Planejamento familiar e o impacto da laqueadura na taxa de natalidade no Brasil: uma revisão sistemática: Family planning and the impact of tubal sterilization in Brazil: a systematic review. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 10, p. 66685-66697, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n10-125>. Acesso em: 12 Jun. 2024.

XIMENES, M. O direito de (não) ser mãe: processos de Estado acerca da Lei do Planejamento Familiar. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2023.

3.2 - Estudo 2 - ESTERILIZAÇÃO DE MULHERES RIBEIRINHAS NO INTERIOR DO AMAZONAS: (DES)CAMINHOS DA VULNERABILIDADE

Resumo:

O presente estudo tem como objetivo analisar as múltiplas dimensões de vulnerabilidade que envolvem o processo de esterilização cirúrgica entre mulheres ribeirinhas amazônicas, no município de Nova Olinda do Norte, Amazonas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória, baseada em entrevistas com onze mulheres, buscando compreender como as condições de vida, as políticas públicas e as relações de poder influenciam suas decisões reprodutivas. Os resultados foram organizados em três eixos temáticos: Vulnerabilidades Individuais, Vulnerabilidades Sociais e Vulnerabilidades Institucionais. Os achados indicam que a laqueadura tubária, frequentemente apresentada como a única opção contraceptiva, resulta de um processo de decisão moldado por pressões sociais e institucionais, em vez de uma escolha autônoma, exacerbando desigualdades e restringindo a autonomia reprodutiva dessas mulheres. O estudo destaca a necessidade urgente de fortalecimento de políticas públicas que promovam a justiça social reprodutiva e assegurem o acesso a serviços de saúde de qualidade para as populações ribeirinhas.

Palavras-chave: Laqueadura tubária; Vulnerabilidade; Autonomia reprodutiva; Mulheres ribeirinhas; Saúde pública.

Abstract: The present study aims to analyze the multiple dimensions of vulnerability that involve the process of surgical sterilization among Amazonian riverside women in the municipality of Nova Olinda do Norte, Amazonas. This is a qualitative and exploratory research, based on interviews with eleven women, seeking to understand how living conditions, public policies and power relations influence their reproductive decisions. The results were organized into three thematic axes: Institutional Vulnerabilities, Social Vulnerabilities and Institutional Vulnerabilities. The findings indicate that tubal ligation, often presented as the only contraceptive option, results from a decision-making process shaped by social and institutional pressures, rather than an autonomous choice, exacerbating inequalities and restricting the reproductive autonomy of these women. The study highlights the urgent need to strengthen public policies that promote reproductive social justice and ensure access to quality health services for riverside populations.

Keywords: Tubal ligation; Vulnerability; Reproductive autonomy; Riverside women; Public health.

Introdução

Mulheres ribeirinhas amazônicas vivem em um contexto de desigualdades sociais e geográficas que limitam o acesso a serviços básicos e impactam significativamente na saúde reprodutiva (Cabral, Cella e Freitas 2017; Parmejiani et al. 2021). A esterilização cirúrgica surge como uma opção comum de planejamento familiar, ainda que restrinja a autonomia reprodutiva dessas mulheres. Esse estudo analisa as vulnerabilidades que

permeiam a esterilização cirúrgica, considerando como condições de vida, políticas públicas e relações de poder afetam as escolhas dessas mulheres.

Ao analisar as vivências das mulheres ribeirinhas amazônicas, identifica-se um grupo frequentemente negligenciado em pesquisas sobre saúde reprodutiva. Essas mulheres residem em comunidades ao longo dos rios da Amazônia, enfrentando obstáculos logísticos e de infraestrutura que limitam o acesso a serviços de saúde. Em regiões remotas, com baixa densidade populacional, as dificuldades são agravadas, restringindo a autonomia e o direito dessas mulheres de decidir sobre seus próprios corpos (Andrade et al. 2024).

O vínculo intrínseco dessas comunidades com o ambiente natural, especialmente o rio, essencial para o transporte e subsistência, acentua as dificuldades vividas. As condições adversas, como a precariedade no acesso a recursos básicos e serviços públicos, revelam a escassez de estudos sobre a saúde das mulheres ribeirinhas, destacando a necessidade de pesquisas que abordem essa realidade (Fernandes et al. 2020).

A esterilização cirúrgica, em um contexto de escassez de alternativas contraceptivas, associada a pressão social e institucional, reflete uma intersecção complexa entre condições socioeconômicas e saúde reprodutiva (Corrêa e Petchesky 1996). Essa escolha deve ser compreendida como consequência de fatores estruturais que limitam as opções de mulheres ribeirinhas, evidenciando sua vulnerabilidade em um cenário de desigualdade

A literatura sobre esterilização feminina na América Latina apresenta lacunas ao negligenciar as especificidades das mulheres ribeirinhas amazônicas (Parmejiani et al. 2021). O foco em contextos urbanos obscurece as relações complexas entre autonomia, saúde pública e políticas demográficas que influenciam as decisões reprodutivas dessas mulheres. Assim, seus direitos são frequentemente reduzidos a questões de acesso a métodos contraceptivos, desconsiderando os fatores sociais e culturais que moldam suas experiências.

Nesse contexto, Lélia Gonzalez (2020) ressalta a dupla discriminação racial e sexual enfrentada por mulheres latino-americanas, aumentando sua vulnerabilidade. Este estudo, por sua vez, analisa as vulnerabilidades individuais, sociais e institucionais que permeiam o processo de esterilização cirúrgica, examinando como as condições de vida, políticas públicas na perspectiva de mulheres ribeirinhas a partir de como as condições de vida, as políticas públicas e as relações de poder moldam as experiências dessas mulheres e afetam suas escolhas.

A bioética feminista oferece uma perspectiva crítica para analisar as políticas de controle reprodutivo, desnaturalizando práticas como a esterilização feminina, frequentemente usada como instrumento de controle populacional impostos a mulheres em situação de vulnerabilidade social. Centrada na autonomia e na justiça reprodutiva, essa abordagem desafia estruturas de poder que perpetuam opressões e restringem as escolhas reprodutivas (Diniz e Guilhem 2000). Conforme Cruz (2020), adotar uma perspectiva interseccional, reconhece que as experiências das mulheres são moldadas pela interação de múltiplos fatores sociais, como gênero, classe, e raça, buscando promover a justiça social para grupos historicamente marginalizados.

A interseccionalidade revela a complexidade das opressões sociais, ao mostrar como diferentes marcadores sociais se entrelaçam, gerando experiências únicas de iniquidades (Ferreira et al. 2024). A vulnerabilidade, construída socialmente, articula-se com a interseccionalidade e é agravada por desigualdades estruturais. Ayres (2023), propõe uma perspectiva crítica da vulnerabilidade, compreendendo-a como um produto de relações sociais desiguais, e não uma característica intrínseca aos indivíduos. A análise multifacetada da vulnerabilidade, proposta pelo autor, contempla dimensões individuais, sociais e institucionais, evidenciando como interações sociais e políticas públicas podem reduzir ou aumentar os riscos enfrentados por grupos vulneráveis.

Dessa forma, este estudo busca contribuir para a construção de um conhecimento mais profundo sobre as dinâmicas que limitam a autonomia reprodutiva das mulheres, com o objetivo de fomentar políticas públicas que promovam a justiça reprodutiva e a igualdade de direitos.

Método

Este estudo utiliza uma abordagem qualitativa, de natureza descritiva e exploratória (Minayo, 2017), a partir da realidade vivida por onze mulheres ribeirinhas residentes no município de Nova Olinda do Norte, Amazonas. A cidade conta com uma população estimada em 27.062 habitantes em 2022, e representa a vida ribeirinha no Amazonas. O município, inserido na Mesorregião do Centro Amazonense e na Microrregião de Itacoatiara, guarda em suas raízes uma história rica e diversificada. Em relação a estrutura da rede de saúde, o polo do município possui cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), oferecendo os serviços básicos de atendimento médico e odontológico e possui um hospital de pequeno porte que atende a maternidade, laboratório, urgência e

emergência. Em relação à assistência de saúde na zona rural, a rede é composta por outras cinco UBS distribuídas em polos territoriais para atender comunidades adjacentes.

A compreensão dessa estrutura é fundamental para a investigação em questão, particularmente ao considerar que nesse território há presença de famílias ribeirinhas que acessam exclusivamente a rede de saúde pública e que há uma concentração de mulheres que passaram pelo processo de esterilização cirúrgica. A distância física e a dependência das vias fluviais para a obtenção de serviços de saúde nas áreas rurais aumentam significativamente o tempo de deslocamento das mulheres, que podem levar de uma a três horas para chegar às UBS rurais. As unidades, por outro lado, têm limitações em termos de infraestrutura e equipe multiprofissional, oferecendo apenas atendimentos básicos. A necessidade de remoção para a sede municipal em casos mais complexos agrava ainda mais a situação, demonstrando a fragilidade da rede de atenção à saúde nessas localidades.

A escolha de realizar um número limitado de entrevistas, apesar da complexidade logística da região, permitiu uma análise mais aprofundada das experiências dessas mulheres, o que contribuiu para uma compreensão mais aprofundada das desigualdades de gênero e socioespaciais presentes no contexto local.

A seleção das interlocutoras seguiu a técnica de amostragem "bola de neve" (Vinuto, 2014), uma estratégia relevante para atingir grupos de difícil acesso e que, neste contexto, mostrou-se relevante para a inclusão de mulheres residentes tanto nas áreas urbanas quanto nas rurais do município. O critério de elegibilidade incluiu mulheres cisgêneras, com idades entre 21 e 50 anos, que residem no município há pelo menos cinco anos e que foram submetidas à esterilização cirúrgica (laqueadura tubária) exclusivamente pelo sistema público de saúde. Este critério teve como objetivo assegurar a homogeneidade das interlocutoras quanto à experiência de planejamento familiar no contexto da saúde pública.

As entrevistas foram divididas em dois grupos: mulheres que moram em áreas urbanas, que, apesar de estarem inseridas em um contexto de maior proximidade com os serviços de saúde, ainda enfrentam dificuldades para acessar especialidades médicas; e mulheres que moram em áreas rurais, para as quais o deslocamento até as unidades básicas de saúde (UBS) é um desafio logístico significativo, muitas vezes envolvendo travessias fluviais de até três horas. Essa segmentação possibilitou uma análise compreensiva e comparativa das diferentes realidades de acesso à saúde dentro de um mesmo município, revelando as desigualdades inerentes ao contexto amazônico.

Foram realizadas entrevistas narrativas, partindo de uma pergunta de estímulo, às interlocutoras contavam sobre eventos de sua vida e sobre suas perspectivas em relação à esterilização cirúrgica. As narrativas foram desencadeadas a partir da fala inicial da pesquisadora: “Conte-me sua história de vida e como foi passar pelo processo de laqueadura”, que permitiu às mulheres discorrerem sobre suas histórias de vida e suas percepções em relação ao processo de laqueadura. A entrevista foi conduzida sem interferências da pesquisadora, exceto quando necessário o incentivo para prosseguir com a narrativa. Ao final, foram realizadas questões que explorassem os conteúdos apresentados na narrativa central. A escolha pela entrevista narrativa, conforme destacado por Jovchelovitch e Bauer (2015), privilegia a perspectiva das entrevistadas, permitindo que articulem suas experiências a partir de suas próprias trajetórias.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas a uma análise temática assistida pelo *software* Atlas.ti (versão 24). Para a sistematização e organização dos dados empregou-se a seguinte proposta: transcrição na íntegra das entrevistas e detalhamento das expressões verbais; divisão do texto em material indexado (individual) e não indexado (coletivo); agrupamento e identificação das experiências individuais e coletivas, bem como o estabelecimento de semelhanças e diferenças (Jovchelovitch & Bauer, 2015).

Todos os procedimentos éticos foram rigorosamente seguidos, com a pesquisa tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob Parecer nº 6.634.897. Para assegurar a privacidade das mulheres, foram usados nomes fictícios que refletem as identidades culturais e sociais das comunidades ribeirinhas e indígenas da região, garantindo a confidencialidade e respeitando as particularidades culturais das interlocutoras.

Resultados e Discussões

Para construir uma compreensão mais aprofundada e contextualizada das experiências das interlocutoras, apresentamos a seguir um breve perfil de cada uma das participantes, destacando suas trajetórias e particularidades.

Araci, 47 anos - Residente na área rural, dedica-se às atividades agrícolas, sustentando sua família. Aos 31 anos, após o nascimento de seu oitavo filho, foi submetida à laqueadura tubária por meio de uma cirurgia eletiva realizada logo após o parto.

Autodeclarada parda, Araci vive em união estável com seu parceiro, desempenhando um papel vital tanto na economia rural quanto na dinâmica familiar.

Canumã, 27 anos - Agricultora e moradora da zona rural, Canumã enfrentou desafios pessoais significativos ao ser laqueada aos 19 anos, após o nascimento de seu segundo filho, em uma cirurgia eletiva realizada após o parto. Solteira, ela conta com o apoio de familiares, especialmente no cuidado de um dos filhos, que precisa de tratamento na capital, destacando a importância das redes de apoio em comunidades rurais.

Guaraci, 31 anos - Residente na área central do município e dona de casa, Guaraci foi submetida à laqueadura há três meses, após o nascimento de seu quinto filho. Este procedimento foi resultado de uma negociação informal diretamente com o médico, o que reflete a complexidade e as considerações envolvidas no acesso a métodos contraceptivos permanentes. Casada e com suporte familiar, Guaraci tem um histórico de uso de anticoncepcionais, evidenciando sua preocupação com o planejamento familiar.

Iracema, 47 anos - Agricultora residente na área rural, passou por uma laqueadura aos 34 anos, após ter nove filhos, em uma negociação informal entre os profissionais de saúde, que culminou na realização do procedimento. Divorciada, ela encontrou apoio e acolhimento na paróquia de sua comunidade após a separação, vivendo atualmente com seu filho mais novo. Sua trajetória sublinha a importância das redes comunitárias.

Urariá, 43 anos - Agricultora e moradora da zona rural, foi laqueada aos 28 anos após o nascimento de sete filhos, em uma negociação informal que viabilizou o procedimento. Ela vive em união estável com seu parceiro íntimo, mantendo-se ativa tanto na agricultura quanto na gestão familiar.

Juma, 30 anos - Dona de casa e residente na área rural, foi laqueada aos 19 anos após o nascimento de dois filhos, através de uma cirurgia eletiva realizada depois do parto. Se autodeclara branca e vive com um parceiro íntimo. Relatou que foi informada pelo médico que a laqueadura teria uma duração de sete anos, motivo pelo qual continua a usar anticoncepcionais até a data da entrevista.

Olindina, 27 anos - Moradora da área central e autodeclarada parda, Olindina, uma dona de casa, foi submetida à laqueadura quatro meses antes da data da entrevista, após ter três filhos. O procedimento foi realizado através de uma negociação - por ter proximidade com os profissionais de saúde -, que permitiu o acesso à laqueadura. Solteira, ela gerencia sozinha as responsabilidades familiares, refletindo a realidade de muitas mulheres em sua condição.

Iara, 43 anos - Mulher indígena e residente na zona rural, Iara foi laqueada aos 32 anos após o nascimento de seis filhos. Relata que acessou a cirurgia por meio do protocolo do planejamento reprodutivo. Casada, ela continua a desempenhar um papel ativo em sua comunidade, equilibrando responsabilidades familiares e tradições culturais.

Jaci, 27 anos - Residente na área central do município, Jaci, uma mulher branca e autônoma, passou por uma laqueadura aos 26 anos através de um mutirão de cirurgias, após o nascimento de seus dois filhos. Ela vive com um parceiro íntimo, representando um perfil urbano de mulher que equilibra trabalho autônomo e vida familiar.

Moara, 29 anos - Autônoma e moradora da área central, Moara, autodeclarada parda, foi laqueada quatro meses antes da data da entrevista, tendo um filho. O procedimento foi realizado através de uma negociação - por ter proximidade com os profissionais de saúde -, destacando a informalidade e facilidade de acesso a um procedimento executado sem protocolos.

Tupana, 26 anos - Moradora da área central e autodeclarada parda, Tupana, uma dona de casa, foi laqueada aos 25 anos após o nascimento de três filhos, em uma cirurgia eletiva realizada após o parto. Contudo, relata que houve complicações na cirurgia, mas foi notificada do “sucesso” do procedimento de laqueadura e foi surpreendida com uma nova gestação. O bebê tinha quatro meses na data da entrevista, evidenciando a gravidade da situação em que as mulheres se submetem a procedimentos cirúrgicos sem a certeza de sua eficácia, refletindo fragilidades no atendimento prestado pelos profissionais de saúde.

1. Vulnerabilidades Individuais

Este eixo compreende as vulnerabilidades individuais das mulheres ribeirinhas no período gravídico-puerperal, com foco na influência da laqueadura sobre sua autonomia reprodutiva. Ao analisar essa vulnerabilidade, é fundamental adotar uma perspectiva que transcenda a visão reducionista, considerando as pessoas como produtos de relações sociais e estruturas de poder.

Segundo Ayres (2023), a vulnerabilidade individual refere-se às condições que tornam pessoas ou grupos mais suscetíveis a danos ou opressões. No caso das mulheres ribeirinhas do interior do Amazonas, essa vulnerabilidade é intensificada por fatores sociais, culturais, econômicos e de saúde que limitam sua autonomia e o exercício pleno de seus direitos. A análise exige ir além dos dados técnicos, explorando também a dimensão subjetiva do cuidado.

Esse cuidado deve ser interativo, valorizando os saberes das mulheres e construindo decisões em conjunto. Ao invés de fornecer informações sobre procedimentos como a esterilização, profissionais de saúde devem criar espaços de diálogo que respeitem as individualidades e histórias de vida dessas mulheres.

As narrativas mostram que a decisão pela laqueadura geralmente resulta de pressões sociais e institucionais, não de uma reflexão autônoma. A falta de espaço para diálogo com profissionais é evidente nos relatos, e mesmo entre aquelas que buscaram informações, muitas se sentiram inseguras e mal-informadas.

Em muitos casos, as mulheres foram direcionadas à laqueadura sem acesso a outras opções de planejamento familiar ou sem tempo suficiente para analisar sobre a decisão. Moara relata ter pesquisado sobre o procedimento na internet, mas sua única orientação médica se resumiu a pergunta do cirurgião no dia da operação: *“é isso mesmo que você quer fazer?”*. A ausência de um acompanhamento pré-operatório adequado, baseado em pesquisas na internet, evidencia uma fragilidade no sistema de saúde que permite a realização de procedimentos complexos sem protocolos bem definidos. Essa prática expõe tanto o profissional quanto a paciente a riscos desnecessários.

As mulheres comumente são conduzidas a tomar essa decisão no final da gestação, período de alta vulnerabilidade física e emocional, limitando ainda mais sua autonomia. Araci, em seus relatos, destacou seu desconhecimento sobre o procedimento: *"Nem entendo, ninguém me explicou nada antes de operar, não. É só operar e pronto, não vai mais ter filho"*. Ela também mencionou que, devido à sua situação familiar e financeira, agravada pelo fato de já ter oito filhos, foi influenciada por sua irmã a realizar a laqueadura. *"Eu fiz porque a minha irmã já queria mandar me operar"*, afirmou Araci, revelando que embora desejasse limitar sua prole, a decisão de realizar a laqueadura foi terceirizada para um familiar, evidenciando a falta de autonomia no processo. Esse relato reflete um processo de submissão à laqueadura impulsionado por influências externas, gerando pouca autonomia sobre seu próprio corpo. Esse descumprimento legal reforça a precariedade do sistema de saúde na garantia dos direitos reprodutivos dessas mulheres e expõe as fragilidades institucionais que perpetuam as desigualdades.

A aceitação da laqueadura, interpretada como consentimento, esconde pressões sociais e médicas que influenciam decisões. Tristram Engelhardt destaca a importância de considerar privilégios e vulnerabilidades no conceito de permissão, Cunha (2016) complementa, enfatizando que autonomia implica em respeitar escolhas pessoais. No

caso da laqueadura, a vulnerabilidade social, econômica e informacional limita essa autonomia, tornando-as suscetíveis a influências externas.

A ausência de discussões sobre os riscos, benefícios e alternativas ao procedimento, impede um consentimento plenamente informado. Os profissionais de saúde devem garantir informações e espaço seguro para dúvidas, evitando pressões por decisões rápidas que violam a autonomia reprodutiva.

O contexto de vulnerabilidade individual, em que escolhas são condicionadas por fatores externos, mostra as limitações enfrentadas por mulheres ribeirinhas em saúde reprodutiva (Cabral, Cella e Freitas 2017). A combinação de pressões sociais, a falta de informação adequada e a falha na aplicação das leis existentes configura um cenário em que as decisões reprodutivas são mais influenciadas por necessidade do que por autonomia. Corrêa e Petchesky (1996) destacam que a autonomia pessoal é a autodeterminação das mulheres, o que implica tratá-las como capazes de tomar decisões sobre reprodução e sexualidade, reconhecendo-as como pessoas, e não apenas como objetos, e como fins, não como meios das políticas de planejamento familiar e populacional. Isso contribui para afastar as mulheres ribeirinhas de uma posição passiva neste processo decisório.

A relação entre as mulheres ribeirinhas e os profissionais de saúde reflete as desigualdades estruturais. Nesse contexto, os profissionais são vistos como detentores de um saber técnico considerado absoluto e imparcial, o que diminui as vozes das mulheres e naturaliza a sua subordinação. A falta de informações contextualizadas e a imposição de um discurso médico eurocêntrico ignoram as especificidades culturais e as experiências de vida dessas mulheres. Dessa forma, a prática da laqueadura, na formatação que tem sido realizada, não é apenas uma decisão médica, mas também uma ação que reforça a hierarquia social e a desvalorização das mulheres, perpetuando um ciclo de opressão e dependência.

Esse processo está intimamente relacionado ao conceito de alienação descrito por Ayres (2011), que ocorre quando o indivíduo é distanciado de sua capacidade de agir de acordo com seus próprios desejos e interesses. No contexto das mulheres ribeirinhas, isso se manifesta na imposição ou influências externas que não refletem suas verdadeiras vontades. Essa alienação pode ser agravada pela disparidade entre o saber técnico dos profissionais de saúde e o saber tácito das mulheres, gerando um cenário de opressão onde as decisões reprodutivas são frequentemente tomadas sem o compartilhamento real de perspectivas.

A disputa entre o saber técnico e o saber tácito é especialmente relevante no contexto das práticas de saúde com mulheres ribeirinhas. Enquanto o saber técnico tende a ser priorizado nas políticas de saúde pública, o saber tácito, que reflete as experiências e vivências das mulheres, muitas vezes é desconsiderado ou subestimado. Santos et al. (2021) sugere que, ao invés de uma relação de dominação, deve-se buscar um agenciamento compartilhado, onde ambos os saberes dialoguem, permitindo decisões mais alinhadas aos interesses das mulheres. A ausência desse compartilhamento perpetua práticas como a esterilização coercitiva.

Neste sentido, Ayres (2011) ressalta a importância do encontro desejante como uma possibilidade de cuidado humanizado e transformador, em que as mulheres são ouvidas, suas necessidades compreendidas e suas escolhas respeitadas, mesmo quando desafiam paradigmas técnicos predominantes. A perspectiva intersubjetiva do cuidado, que envolve uma construção conjunta de saberes, é essencial para superar práticas opressivas. No entanto, a falta de formação adequada e a centralização do saber técnico dificultam a efetividade dessa interação, reforçando a alienação das mulheres nas decisões sobre sua saúde.

Para que o cuidado não se torne opressivo ou coercitivo, é fundamental que os profissionais da saúde adotem uma postura reflexiva e ética, problematizando a relação entre o sucesso técnico e o sucesso prático no cuidado. O primeiro está relacionado à eficiência dos procedimentos, enquanto o segundo se refere à satisfação das necessidades e desejos das pessoas envolvidas. No caso das mulheres ribeirinhas, focar exclusivamente no sucesso técnico pode levar à perpetuação de práticas que desconsideram suas vontades, suas vozes e até mesmo seus corpos.

Dessa forma, para promover uma justiça reprodutiva plena, é essencial que as práticas de saúde não promovam apenas a eficácia técnica, mas também considerem o respeito às subjetividades. Isso implica reconhecer e superar as opressões que restringem a autonomia reprodutiva dessas mulheres, frequentemente sujeitas a escolhas que não refletem suas vontades ou são mal-informadas, devido pressões externas. No entanto, essas vulnerabilidades individuais, estão conectadas a um contexto social mais amplo, influenciado por condições socioeconômicas, relações de poder e desigualdades estruturais afetam as experiências dessas mulheres e contribuem para as vulnerabilidades sociais enfrentadas, as quais serão discutidas a seguir.

2. Vulnerabilidade Social

Este eixo explora a ausência de redes de apoio e seu impacto na saúde mental das mulheres ribeirinhas, com destaque para casos de depressão e ansiedade. A falta de suporte social e emocional aprofunda sentimentos de solidão e desamparo, agravando o sofrimento mental, especialmente no ciclo gravídico-puerperal.

O isolamento socioafetivo intensifica o que Ayres (2023) chama de vulnerabilidade social, resultante de desigualdades estruturais e contextos específicos. Esse isolamento decorre não apenas das barreiras geográficas, mas também da negligência social e institucional, ampliando a vulnerabilidade dessas mulheres.

A narrativa de Guaraci, que descreve a sensação de estar "*afogando em águas profundas*" durante o puerpério, ilustra a intensidade do desamparo e solidão vividos, quando se viu sozinha ao enfrentar a responsabilidade de cuidar de um recém-nascido e de outros quatro filhos, sem apoio: "*como se uma parte da gente ali estivesse se afogando em águas profundas e não conseguisse submergir, a gente não entende a ausência das pessoas na nossa vida, naquele momento que tu precisa ali*".

Segundo Zanello (2016), a maternidade tem sido historicamente vista como um papel natural da mulher, atribuindo-lhe, de forma reducionista, a responsabilidade quase exclusiva pela procriação e cuidado dos filhos. Essa visão não considera as complexidades da maternidade, especialmente em contextos onde a mulher não tem uma rede de apoio.

A falta de suporte familiar afeta profundamente a saúde mental das mulheres ribeirinhas, que enfrentam sozinhas decisões reprodutivas e sobrecarga de cuidados (Fernandes et al. 2020). Essa construção social patriarcal, ao posicionar a mulher como responsável pela procriação e cuidados domésticos, agrava sua vulnerabilidade.

Um exemplo particularmente grave, é o relato de Tupana, que compartilhou o constrangimento e o isolamento que enfrentou ao engravidar novamente, apesar de ter se submetido a uma laqueadura. Ela descreve o julgamento das pessoas, que associaram sua condição financeira a uma nova gestação: "*eles falam como se eu tivesse procurado de novo engravidar, entendeu? Eu sofri bastante*". Tupana também menciona frases como: "*tu engravidaste de novo, tu quiseste filho de novo*", e pontuou que poucas pessoas em seu meio acreditavam que ela havia realmente feito a laqueadura, especialmente após a gestação inesperada.

Tupana foi vista como irresponsável, e sua palavra sobre o procedimento foi posta em dúvida, expondo-a a julgamentos sociais que ignoram as complexidades de sua

situação - o que demonstra como a falta de compreensão e apoio amplifica as vulnerabilidades sociais dessas mulheres. Ao discutir saúde mental e gênero, é fundamental considerar como estereótipos de gênero influenciam o sofrimento psíquico das mulheres, como aponta Zanello (2016), criando formas distintas de subjetivação para homens e mulheres.

O distanciamento entre os profissionais de saúde e as usuárias também foi observado. Fernandes et al. (2020) enfatizam a importância de informações seguras sobre decisões reprodutivas, e a necessidade de estabelecer um vínculo de confiança com as mulheres. Contudo, como apontam Santos et al. (2021), a falta de acessibilidade e a dificuldade de integração da saúde comunitária na região comprometem a confiança e a qualidade do atendimento prestado. Cabral, Cella e Freitas (2017) reforçam que a interiorização dos serviços de saúde é essencial para que o cuidado e a assistência médica especializada cheguem às comunidades ribeirinhas e isoladas.

A responsabilidade por decisões reprodutivas em ambientes de pouca interação reflete a marginalização social e institucional das mulheres ribeirinhas. Apesar de muitas profissionais de saúde serem mulheres, a confiança mútua ainda é rara, exceto quando as profissionais pertencem à própria comunidade.

As participantes Urariá e Iracema destacam o papel de profissionais locais no acesso à laqueadura. Gouveia (2019) acentua que a competência cultural é essencial na atenção primária em saúde, permitindo que profissionais considerem características culturais e desenvolvam vínculos mais fortes com as pessoas atendidas, resultando em maior adesão e satisfação.

As autoras feministas (Gonzalez 2020) discutem a marginalização das mulheres, caracterizando-as como “outras” em relação ao padrão eurocêntrico e patriarcal. A interseção de gênero, raça, classe e territorialidade intensifica essa marginalização, tornando-as vulneráveis a diversas formas de violência simbólica e material. Esse contexto reflete-se na imposição de um modelo médico hegemônico que desconsidera seus saberes tradicionais e suas necessidades específicas. A ausência de empatia e vínculo entre as mulheres ribeirinhas e profissionais de saúde, muitas vezes também mulheres, evidencia como as hierarquias sociais influenciam o cuidado. A falta de sororidade entre as mulheres, que muitas vezes reproduzem o modelo patriarcal, agrava as desigualdades e perpetua a violência simbólica.

A identidade territorial das mulheres ribeirinhas, marcada pela relação com o rio, molda seu modo de vida, mas também carrega vulnerabilidades sociais específicas. Ser

ribeirinha não é apenas uma localização territorial, mas também uma condição que conforma o acesso a direitos e oportunidades, acentuando desigualdades estruturais e reforçando formas de opressão (Santos et al. 2021).

Viver às margens do rio implica desafios únicos, como o isolamento geográfico, a dificuldade de acesso a serviços de saúde e educação, e a dependência de recursos naturais para subsistência. Essas condições configuram uma vulnerabilidade estrutural que afeta especialmente as mulheres, que acumulam as responsabilidades do cuidado familiar. Nesse contexto, o papel de mãe é central e atravessado por limitações que dificultam a criação de seus filhos em condições de dignidade e segurança (Cruz 2020).

Dado o exposto, a presente análise das relações interpessoais no contexto do cuidado em saúde demonstra que a vulnerabilidade social das mulheres ribeirinhas está intimamente ligada às questões de gênero e poder. Contudo, as vulnerabilidades não se limitam às relações interpessoais, mas também se manifestam nas estruturas institucionais que deveriam proteger e apoiar essas mulheres. O próximo ponto de discussão focará nas vulnerabilidades institucionais, revelando através das narrativas dessas mulheres as falhas e omissões no sistema de saúde, que acabam por perpetuar esse ciclo de exclusão e desamparo.

3. Vulnerabilidade Institucional

Este eixo analisa como as barreiras institucionais, como dificuldades no acesso e nas limitações dos serviços de saúde, impactam a saúde reprodutiva das mulheres ribeirinhas, com destaque para os problemas de financiamento do SUS. Essas barreiras refletem relações de poder historicamente construídas, que marginalizam comunidades indígenas, ribeirinhas e quilombolas, perpetuando desigualdades no acesso a serviços de saúde (Gouveia 2019).

Ayres (2023) descreve as vulnerabilidades institucionais como limitações nos serviços e políticas públicas de saúde, evidenciadas por problemas estruturais, organizações e acesso aos recursos necessários para garantir o bem-estar das pessoas. Essas limitações são mais graves em comunidades marginalizadas, onde saberes tradicionais são ignorados e práticas biomédicas desconsideram especificidades culturais e territoriais (Gouveia 2019).

Nas comunidades ribeirinhas, as barreiras institucionais incluem ausência de protocolos específicos para os procedimentos cirúrgicos. A narrativa de Juma, por

exemplo, relata que o médico garantiu que sua cirurgia evitaria gestações por sete anos. Onze anos após o procedimento, ainda usa anticoncepcional injetável, temendo uma nova gravidez. Ela refere que após três semanas, retornou ao hospital em busca de algum comprovante de sua cirurgia: *“eu voltei lá, porquê quando a mulher é operada, eles dão um papelzinho, eles assinam lá”*, porém, ela afirma que os profissionais procuraram, mas não encontraram registros sobre a laqueadura, havia apenas *“o que diz que a mulher tirava o bebê só...”*, fazendo menção a realização do parto via cesariana.

A ausência de protocolos e documentos comprobatórios representa uma falha no atendimento, deixando as mulheres em situações de vulnerabilidade extrema, sem o respaldo para confirmar que os procedimentos, como a laqueadura, foram realizados corretamente. Essas falhas apontam uma estrutura de poder que ignora os corpos das mulheres ribeirinhas, e reforça as hierarquias de gênero e raça historicamente opressivas (Rodrigues 2023). Um exemplo crítico é o caso de Tupana que, após realizar a laqueadura intraparto, notou a agitação da equipe médica que a atendia. Tempos depois, Tupana descobre estar grávida novamente, enfrentando maus-tratos desde as consultas pré-natais, e culminando em sua evasão da unidade e violência obstétrica durante o parto.

Esse caso ilustra as vulnerabilidades institucionais exacerbadas pela falta de intersetorialidade e intrasetorialidade, e que não consideram como o gênero, a raça e a classe social interagem e podem agravar as condições de vulnerabilidade dessas mulheres. A falta de comunicação da equipe médica durante o procedimento e a ausência de suporte adequado deixou Tupana em uma situação de extrema vulnerabilidade, sem o suporte necessário para lidar com as consequências de uma laqueadura malsucedida, ficou à mercê de um sistema que falhou em garantir seus direitos e cuidados básicos. Cunha (2016) destaca que o consentimento informado, princípio ético fundamental, frequentemente é desconsiderado em contextos de desigualdade de poder, tornando-se uma formalidade. Essa realidade reflete a grave negligência institucional em não respeitar a autonomia e a dignidade de Tupana.

O acompanhamento inadequado e o julgamento moral sofridos por Tupana durante o pré-natal e o parto revelam a deterioração das relações de cuidado, exacerbada por um sistema de saúde que falha em proteger e respeitar as mulheres em situação de vulnerabilidade. Esses atos de violência obstétrica são consequência de uma violência estrutural que desumaniza os corpos "outros", reforçando uma lógica de controle sobre as mulheres ribeirinhas, como reflexo das práticas coloniais persistentes nas instituições de saúde (Fausto et al. 2023).

As lacunas no sistema dificultam a implementação de políticas públicas universais e equitativas, deixando os territórios rurais dependentes de programas assistencialistas, que reforçam mecanismos coercitivos e clientelistas. A redução de recursos impacta na qualidade e na disponibilidade dos serviços de saúde, especialmente em regiões remotas como a Amazônia (Fausto et al. 2023), comprometendo tanto a implementação de protocolos adequados quanto a capacitação dos profissionais de saúde. Em áreas de difícil acesso a precariedade dos serviços é intensificada pela falta de recursos e infraestrutura. A desestruturação das políticas de saúde reprodutiva, aliada a essa precariedade, resulta em um atendimento fragmentado e inseguro, expondo as mulheres ribeirinhas a riscos evitáveis.

A má distribuição da rede de saúde na Amazônia evidencia as consequências devastadoras do desfinanciamento do SUS. Essas fragilidades institucionais perpetuam um ciclo de exclusão e vulnerabilidade, onde as mulheres ribeirinhas são deixadas à margem, sem acesso a cuidados essenciais e de qualidade. Fausto et al. (2023), destacam que, embora os contextos rurais remotos do Brasil apresentem diversidade socioespacial, enfrentam desafios semelhantes na organização dos serviços de saúde. A falta de recursos para a Atenção Primária à Saúde (APS) em áreas distantes não justifica a negação do direito à saúde. As dificuldades apontadas limitam o alcance dos serviços e institucionaliza as desigualdades no cuidado reprodutivo, aprofundando as vulnerabilidades das mulheres em regiões remotas.

A vulnerabilidade institucional relacionada à esterilização de mulheres ribeirinhas do interior do Amazonas é marcada por um histórico de práticas eugenistas e políticas de controle reprodutivo voltadas para grupos marginalizados. Esse legado continua a influenciar políticas públicas e as práticas de saúde em áreas remotas e de difícil acesso (Fernandes et al. 2020). O movimento eugenista, que ganhou força no início do século XX, defendia a melhoria genética da humanidade por meio de intervenções reprodutivas, incluindo esterilizações forçadas de mulheres pertencentes a grupos considerados "indesejáveis", como populações indígenas, pobres e negras. Embora essas práticas não tenham sido menos sistematizadas no Brasil, seus resquícios persistem nas políticas públicas de saúde (Sanchez e Sacramento 2023).

A esterilização, inicialmente vista como controle reprodutivo, frequentemente se tornou uma ferramenta de opressão em comunidades vulneráveis. No interior do Amazonas, essas práticas estavam associadas a uma lógica de dominação que desconsiderava as especificidades culturais e as necessidades locais. Mulheres

ribeirinhas, por sua posição de vulnerabilidade social e geográfica, tornaram-se alvos dessas intervenções (Sanchez e Sacramento 2023).

Neste sentido, a historicidade das técnicas de controle reprodutivo revela uma série de decisões institucionais que reforçaram desigualdades estruturais, como a priorização de métodos irreversíveis de contracepção, como a laqueadura, em detrimento de alternativas menos invasivas. Essa escolha, reflete uma visão institucional que negligencia a autonomia reprodutiva dessas mulheres, perpetuando desrespeito a seus direitos.

Em áreas remotas como as comunidades ribeirinhas, a falta de acesso à informação e a serviços de saúde de qualidade aumenta a vulnerabilidade institucional das mulheres. Muitas vezes, decisões sobre métodos contraceptivos são tomadas sem o devido esclarecimento ou consentimento, configurando uma forma de violência institucional. Essa dinâmica reflete um padrão histórico de controle reprodutivo imposto às populações marginalizadas.

A análise das vulnerabilidades institucionais também revela como as políticas públicas de saúde reproduzem desigualdades históricas. A alocação insuficiente de recursos para serviços de saúde reprodutiva em áreas remotas resulta em uma oferta limitada de métodos contraceptivos e atendimento inadequado. Nesse contexto, a esterilização surge como uma solução "prática" ignorando os impactos a longo prazo na vida das mulheres.

Além disso, a imposição de práticas de esterilização em populações ribeirinhas reflete uma visão colonizadora que desvaloriza os saberes locais e a autonomia das comunidades, perpetuando um ciclo de exclusão e vulnerabilidade. A falta de representatividade das mulheres ribeirinhas nos processos decisórios agrava ainda mais essa situação, limitando suas possibilidades de contestar essas práticas.

A perspectiva histórica também destaca como as instituições de saúde foram utilizadas como ferramentas de controle populacional, em vez de promoverem o bem-estar das comunidades. No Brasil, a adoção de políticas públicas baseadas em metas numéricas de esterilização, frequentemente associadas a incentivos econômicos para profissionais de saúde, exemplifica como as instituições reforçaram práticas coercitivas. Essa abordagem desconsidera as necessidades das mulheres, tratando-as como objetos de intervenção, não como sujeitos de direitos (Andrade et al. 2024).

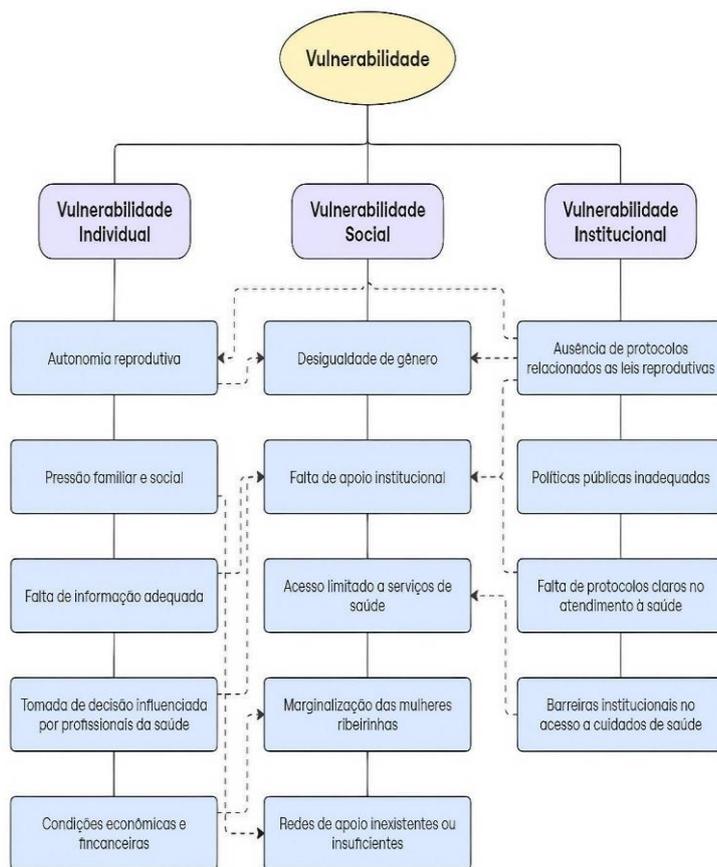
A perpetuação de práticas históricas de controle reprodutivo também é evidenciada na falta de mecanismos de supervisão e responsabilização nas instituições de

saúde. Casos de esterilização coercitiva raramente são investigados, reforçando a impunidade e desestimulando mudanças estruturais. Essa falha institucional contribui para a manutenção de um sistema que privilegia o controle populacional em detrimento do cuidado e da promoção da saúde.

A vulnerabilidade institucional das mulheres ribeirinhas é agravada pelo discurso que associa a esterilização à "melhoria" das condições de vida das famílias. Essa narrativa desconsidera o contexto cultural e social dessas mulheres, frequentemente valorizam a maternidade como parte essencial de suas identidades. Ao impor métodos de controle reprodutivo sem considerar essas especificidades, as instituições desrespeitam a autonomia das mulheres e reforçam uma lógica de opressão.

A Figura 1 evidencia a interseccionalidade das vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres ribeirinhas de Nova Olinda do Norte, Amazonas. De acordo com Ayres (2023), uma combinação de fatores individuais, sociais e institucionais limita o acesso dessas mulheres a direitos fundamentais e oportunidades, perpetuando um ciclo de exclusão e marginalização.

Figura 1 – Interseccionalidade das vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres ribeirinhas no processo de esterilização cirúrgica.



A figura apresentada sintetiza as múltiplas dimensões da vulnerabilidade que permeiam o processo de esterilização cirúrgica em mulheres ribeirinhas. A interconexão entre os fatores individuais, sociais e institucionais evidencia a complexidade das experiências dessas mulheres, revelando como a desigualdade de gênero, o acesso limitado a serviços de saúde e as políticas públicas inadequadas se entrelaçam, afetando sua autonomia reprodutiva. A análise das narrativas das mulheres, apresentada a seguir, aprofunda essa compreensão, evidenciando como esses fatores se manifestam em suas vidas cotidianas e impactam suas trajetórias reprodutivas.

Considerações finais

A laqueadura tubária, imposta a mulheres ribeirinhas do interior do Amazonas, revela uma violação de direitos reprodutivos, refletindo as desigualdades sociais e institucionais enraizadas. A pesquisa demonstra que a escolha por esse método contraceptivo nem sempre é uma decisão deliberada, mas resulta de um cenário marcado

por múltiplos fatores de opressão, nos quais as vulnerabilidades sociais, econômicas e institucionais se entrelaçam para limitar de consideravelmente as opções dessas mulheres. A precariedade no acesso a métodos contraceptivos eficazes e seguros, aliada à persistente invisibilidade dessas populações nas políticas públicas de saúde, agrava a situação, expondo as fragilidades do Estado em assegurar a saúde reprodutiva em contextos como o dessas mulheres.

A análise das narrativas das mulheres ribeirinhas submetidas à laqueadura reforça as lacunas institucionais, especialmente no processo de informação e consentimento, evidenciando a negligência na orientação médica. Essa realidade é agravada pela ausência de redes de apoio e pela precariedade dos serviços de saúde nas áreas ribeirinhas, configurando um cenário de vulnerabilidade que expõe essas mulheres a riscos e violações de seus direitos reprodutivos.

A construção de uma justiça reprodutiva efetiva requer a desconstrução das práticas coloniais e patriarcais que ainda permeiam as políticas públicas de saúde. É necessário fortalecer abordagens interseccionais que considerem as múltiplas dimensões da opressão enfrentadas por essas mulheres. As especificidades dos contextos ribeirinhos devem ser integralmente incluídos na formulação dessas políticas, promovendo não apenas o acesso a uma gama de métodos contraceptivos, mas também o reconhecimento e valorização dos saberes tradicionais e das necessidades singulares dessas comunidades. Somente através de uma reforma profunda, que compreenda as injustiças históricas e territoriais, será possível superar as desigualdades persistentes e assegurar o pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres ribeirinhas.

Referências

- Andrade, Anny Beatriz. 2024. "Uso de contraceptivos por mulheres atendidas por unidade básica de saúde fluvial em localidades rurais na Amazônia." *Ciência & Saúde Coletiva*. <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uso-de-contraceptivos-por-mulheres-atendidas-por-unidade-basica-de-saude-fluvial-em-localidades-rurais-na-amazonia/19089?id=19089>
- Ayres, José Ricardo. 2011. "Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde." In *Cuidado: Trabalho e Interação nas Práticas de Saúde*, 282-282.
- Ayres, José Ricardo. 2023. "Vulnerabilidade, cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids." *Saúde em Debate* 46: 196-206.
- Cabral, Ivone, Cella, Wilsandrei, e Freitas, Silva Regina. 2017. "Reproductive behavior in riverside women: health survey in an isolated community in the Middle Solimões, Amazonas, Brazil". *Saúde em Debate*, v. 44, p. 1066-1078.

- Correa, Sônia., e Petchesky, Rosalind1996. "Direitos Sexuais e Reprodutivos: Uma Perspectiva Feminista." *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 6: 147-177.
- Cunha, Thiago Rocha. 2016. "Vulnerabilidade Moral Entre Estranhos Morais: Do Consentimento à Privação de Direitos e Negação da Dignidade Humana." *Programa de Pós-Graduação em Bioética Escola de Ciências da Vida* 54.
- Cruz, Núbia dos Santos. 2020. "A Interferência na Autonomia Reprodutiva Feminina Sob a Ótica da Desigualdade de Gênero." *Revista Direito e Sexualidade*.
- Diniz, Débora., e Guilhem, Dirce. 2000. "Feminismo, Bioética e Vulnerabilidade." *Revista Estudos Feministas* 8 (1): 237-244.
- Fausto, Marcia Cristina Rodrigues. 2023. "Atenção Primária à Saúde em Municípios Rurais Remotos Brasileiros: Contexto, Organização e Acesso à Atenção Integral no Sistema Único de Saúde." *Saúde e Sociedade* 32 (1): e220382pt.
- Fernandes, Elionara Teixeira. 2020. "Autonomia na Saúde Reprodutiva de Mulheres Quilombolas e Fatores Associados." *Revista Brasileira de Enfermagem* 73 (4).
- Ferreira, Iolete. 2024. "Interseccionalidade e Pesquisa na Amazônia: Diálogos Entre Pesquisa e Educação." In *Interseccionalidades e Produção de Subjetividades: Diálogos Sobre Racismo, Sexismo e Direitos Humanos*, organizado por I. R. Silva, I. C. F. Ferreira, A. L. Sousa, e R. L. S. Pedroza, 17-42. Editora Parimpar.
- Gonzalez, Lélia. 2020. *Por um Feminismo Afro-Latino-Americano*. Schwarcz-Companhia das Letras.
- Gouveia, Eneline. 2019. "Competência Cultural: Uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas." *Revista Brasileira de Educação Médica* 43 (1 suppl 1): 82-90..
- Jovchelovitch, Sandra., e Bauer, Martin. 2015. "Entrevista Narrativa." In *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um Manual Prático*, 13ª ed., 90-113. Organizado por M. W. Bauer e G. Gaskell. Vozes.
- Minayo, Maria Cecília de Souza.2017. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Hucitec.
- Parmejiani, Elen Petean. 2021. "Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva da População Ribeirinha: Revisão Integrativa." *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 55.
- Rodrigues, Talita. 2023. "Gestar, Parir, Morrer: Mulheres Negras, Morte Materna e o Racismo na Saúde". *SOS Corpo*.
- Sanches, Julio Cesar, e Sacramento, Igor. 2023. "Só a Cirurgia Plástica Pode 'Consertar' o Seu Nariz": Racismo e Eugenia na Coluna *Elegância e Beleza de O Cruzeiro* na Década de 1940. *Estudos Históricos (Rio de Janeiro)* 36, no. 78: 94-113.
- Santos, Isabella Oliveira. 2021. "Avanços e Desafios na Saúde das Populações Ribeirinhas na Região Amazônica: Uma Revisão Integrativa." *Revista de APS* 24.
- Vinuto, Juliana. 2014. "A Amostragem em Bola de Neve na Pesquisa Qualitativa: Um Debate em Aberto." *Temáticas* 22, no. 44: 203-220.
- Zanello, Valeska. 2016. "Dispositivo Materno e Processos de Subjetivação: Desafios para a Psicologia." In *Aborto e (Não) Desejo de Maternidade(s): Questões para a Psicologia*, organizado por V. Zanello e M. Porto, 103-122. Conselho Federal de Psicologia.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa visou compreender as experiências das mulheres ribeirinhas com a esterilização cirúrgica em Nova Olinda do Norte, Amazonas, a partir de suas próprias narrativas. Os resultados evidenciaram que o objetivo foi alcançado, uma vez que as mulheres compartilharam os desafios enfrentados no acesso à saúde reprodutiva e à autonomia para decidir sobre seus corpos. As narrativas revelaram um cenário complexo, marcado por obstáculos sociais, econômicos e institucionais. As distâncias geográficas, a precariedade dos serviços de saúde e as dificuldades financeiras foram apontadas como principais barreiras para o acesso à esterilização. As mulheres relatam a necessidade de percorrer longas distâncias, dependendo de mutirões ou negociações informais para realizar o procedimento. A distância geográfica das comunidades ribeirinhas, a escassez de recursos médicos e a precariedade dos serviços de saúde dificultavam o acesso e tornavam o processo muitas vezes improvisado.

Os dados obtidos permitiram também revelar que a decisão pela laqueadura é frequentemente influenciada por fatores sociais, econômicos e institucionais que limitam sua autonomia reprodutiva. Embora as redes de apoio familiar e comunitário sejam fundamentais, a falta de um acompanhamento profissional adequado, tanto antes quanto depois do procedimento, demonstra as dificuldades que essas mulheres enfrentam para ter acesso à saúde reprodutiva.

Ao longo desta pesquisa, as narrativas das mulheres ribeirinhas revelaram um cenário complexo e multifacetado, semelhante a um rio, que carrega consigo as marcas de suas origens e as influências do ambiente ao seu redor. O bisturi, neste contexto, é mais do que uma ferramenta médica; é uma marca de um sistema que, muitas vezes, não considera as particularidades e as necessidades dessas mulheres. Ao navegarmos por essas narrativas, percebemos que a decisão pela esterilização não é um ato isolado, mas sim o resultado de uma confluência de fatores. Assim como um rio molda a paisagem ao seu redor, as experiências de vida das mulheres ribeirinhas moldam suas decisões e suas perspectivas sobre a saúde reprodutiva.

A decisão pela laqueadura não é uma escolha simples, mas sim um processo marcado por vulnerabilidades e condicionantes sociais. A pesquisa evidencia a importância de considerar os contextos de vida de mulheres ribeirinhas para garantir que suas vozes sejam ouvidas na construção de políticas públicas de saúde reprodutiva. A melhoria do acesso à saúde e o fortalecimento das redes de apoio são essenciais para promover a justiça reprodutiva e autonomia dessas mulheres. Os resultados apresentados mostraram-se significativos para o debate sobre a saúde reprodutiva de mulheres em contextos de vulnerabilidade. Sugerimos que futuras pesquisas investiguem a relação entre a esterilização e a qualidade de vida das mulheres, bem como analisar as percepções dos profissionais de saúde sobre a laqueadura.

Diante do que foi apresentado, os resultados desta pesquisa são relevantes para um debate mais amplo sobre a justiça reprodutiva e autonomia das mulheres. Ao amplificar a voz das mulheres ribeirinhas, construímos um conhecimento mais aprofundado sobre as desigualdades de gênero e as barreiras ao acesso à saúde. É fundamental que as políticas públicas e as ações de saúde priorizem as necessidades e os direitos dessas mulheres, garantindo que suas vozes sejam ouvidas e suas escolhas respeitadas.

REFERÊNCIAS

- AKOTIRENE, C. Interseccionalidade. São Paulo: Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.
- ALMEIDA, J. D.; VIANA, J. A.; SOARES, W. S. C. N.; LOPES, S. M.; SOUSA, H. R.; LEITE, C. L. Perfil sociodemográfico das mulheres que realizaram laqueadura tubária: uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 15, p. e203101523059, 2021.
- ALVES, A. M. Memória da esterilização feminina: Um estudo geracional. *Sociologia & Antropologia*, v. 7, p. 187-207, 2017.
- ALVES, D.; MYLLENA, K.; SILVA, L. G.; SOUSA, M. C. Mudanças legais no processo de esterilização feminina: os novos dilemas éticos envolvendo a laqueadura. *Revista Bioética*, v. 4, n. 2, p. 20-23, 2022.
- ARAÚJO, A. T. M.; Sá, M. F. F. Direitos reprodutivos e a saúde da mulher. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v. 12, n. 1, p. 08-09, 2023.
- AYRES, J. R. D. C. M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; FRANÇA-JUNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 375-417.

BIBLIOTECA VIRTUAL DO AMAZONAS. Aspectos históricos de Nova Olinda do Norte. Disponível em: http://www.bv.am.gov.br/portal/conteudo/municipios/nova_olinda.php. Acesso em: 1 dez. 2023.

BÔAS, L. M. D. S.; OLIVEIRA, D. C. D. A saúde das comunidades ribeirinhas da região Norte brasileira: Revisão sistemática da literatura. In: Atas CIAIQ 2016, Investigação qualitativa de saúde, v. 2. Porto: Editora Rede Unida, 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CABRAL, I.; CELLA, W.; FREITAS, S. R. Reproductive behavior in riverside women: health survey in an isolated community in the Middle Solimões, Amazonas, Brazil. *Saúde em Debate*, v. 44, p. 1066-1078, 2021.

CASTRO, L. M. X. D.; SIMONETTI, M. C. M.; ARAÚJO, M. J. D. O. Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). *Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres PNPM*, p. 46, 2015.

COELHO, E. D. A. C.; ANDRADE, M. L. D. S.; VITORIANO, L. V. T.; SOUZA, J. D. J.; SILVA, D. O. D.; GUSMÃO, M. E. N.; ALMEIDA, M. S. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 25, p. 415-422, 2012.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis*, v. 6, n. 1-2, p. 147-177, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311996000100008>.

FARIA, R. M. A. Territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território urbano. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 9, n. 16, p. 121-130, 2013.

- FERNANDES, E. T. B. S.; FERREIRA, S. L.; FERREIRA, C. S. B.; SANTOS, E. A. Autonomia na saúde reprodutiva de mulheres quilombolas e fatores associados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, 2020.
- FREITAS, G. L.; et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 424-428, 2009.
- GONZALEZ, L. Por um feminismo afro-latino-americano. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.
- GUIBU, I. A.; MORAES, J. C. D.; GUERRA, A. A.; COSTA, E. A.; ACURCIO, F. D. A.; COSTA, K. S.; ÁLVARES, J. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, 2017.
- JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2015. p. 90-113.
- LIMA, R. T. D. S.; FERNANDES, T. G.; MARTINS JÚNIOR, P. J. A.; PORTELA, C. S.; SANTOS JÚNIOR, J. D. O. D.; SCHWEICKARDT, J. C. Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 2053-2064, 2021.
- MARQUES, C. M. V.; MAGALHÃES, M. M. V. P.; CARVALHO, M. J. L. S.; CARVALHO, G. M. C.; FONSECA, F. A. F. S.; TORRAL, I. Definitive Contraception: Trends in a Ten-year Interval. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 39, n. 7, p. 344-349, 2017.
- MARQUES, J. M. D.; CARDOSO, A. L. B. C.; NEVES, A. L. M. A esterilização compulsória em mulheres vulneráveis como “medida de segurança pública”: reflexões sobre o controle do corpo, gênero e sexualidade. *InSURgência: Revista de Direitos e Movimentos Sociais*, v. 8, n. 1, p. 423-442, 2022.
- MENDES, I. M. A. A autonomia da mulher sobre sua capacidade reprodutiva: o direito de não ter filhos. 2019. Dissertação (Mestrado em Direito Constitucional) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2019.
- MICKS, E. A.; JENSEN, J. T. Permanent Contraception for Women. *Women’s Health*, v. 11, n. 6, p. 769-777, 2015.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2017.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MISKOLCI, R.; PEREIRA, P. P. G. Sexual and reproductive health and rights: a sociodemographic profile of primary healthcare professionals in the city of São Paulo and their perceptions on the issue. *Sexuality Research and Social Policy*, v. 19, n. 3, p. 946-955, 2022.
- NOVA OLINDA DO NORTE. In: *Wikipédia, a enciclopédia livre*. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Nova_Olinda_do_Norte. Acesso em: 30 jul. 2023.

- OMS. Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde. Organização Mundial da Saúde, 2007.
- PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1723-1728, 2018.
- PARMEJANI, E. P.; QUEIROZ, A. B. A.; PINHEIRO, A. D. S.; CORDEIRO, E. M.; MOURA, M. A. V.; PAULA, M. B. M. D. Saúde sexual e saúde reprodutiva da população ribeirinha: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 55, 2021.
- PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde em Debate*, v. 42, p. 302-314, 2018.
- RODRIGUES, M. A. H.; CARNEIRO, M. M. Contraception in other countries: The example of Brazil. *Medecinesciences: M/S*, v. 38, n. 3, p. 280-287, 2022.
- SADATMAHALLEH, S. J.; ZIAEI, S.; KAZEMNEJAD, A.; MOHAMADI, E. Evaluation of influencing factors on tubal sterilization regret: a cross-sectional study. *International Journal of Fertility & Sterility*, v. 12, n. 3, p. 200, 2018.
- SANTOS, B. S. Micropolítica da gestão do trabalho e do cuidado na UBS fluvial de Borba-AM. 2018. Dissertação (Mestrado em Condição de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Fiocruz Amazônia, Manaus, 2018.
- SCHWEICKARDT, J. C.; SOUSA, R. T. L.; SIMÕES, A. L.; FREITAS, C. M.; ALVES, V. P. Território na Atenção Básica. In: *In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2016.
- SILVA, E. M.; PORTELA, R. A.; MEDEIROS, A. L. F.; CAVALCANTE, M. C. W.; COSTA, R. T. A. Os desafios no trabalho da enfermagem na estratégia saúde da família em área rural: revisão integrativa. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 14, n. 28, p. 1-12, 2018.
- SILVA, L. R. D.; SILVA, R. F. D. Conhecimento, atitudes e crenças de mulheres ribeirinhas frente à concepção e contracepção. *Revista Enfermagem UFPE On Line*, p. 972-980, 2009.
- SILVA-FILHO, A. L.; LIRA, J.; ROCHA, A. L.; et al. Anticoncepção intrauterina não hormonal e hormonal: pesquisa de percepções de pacientes em quatro países latino-americanos. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, v. 21, p. 213-219, 2016.
- SOARES, E. P.; et al. A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas-AM. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2021.
- SOUSA, A. L.; SCHNEIDER, D. R. Contribuições do método progressivo-regressivo para pesquisas qualitativas em psicologia. In: PRETTO, Z.; STRELOW, M.; SCHNEIDER, D. R. (Orgs.). *Existencialismo e ciência: princípios metodológicos na pesquisa*. Florianópolis: Insular, 2021. p. 123-145.
- SOUZA DE PAULA, A. C.; ABREU FERREIRA, I. V.; REQUEIJO, M. J. R. Nova Lei sobre laqueadura tubária no Brasil e seus impactos sociais: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 6, p. e12112642132, 2023.

TOQUETON, T. R.; MOLENA, J. L.; TAVARES, I. G.; MARTINS, M. A. D.; MURTA, M. G. M. B.; SILVA, C. M. J.; SALOMÃO, A. A. Planejamento familiar e o impacto da laqueadura na taxa de natalidade no Brasil: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 10, p. 66685-66697, 2022.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA NARRATIVA

Instruções: Informar ao entrevistado os objetivos da entrevista e os procedimentos a serem seguidos. Após a leitura e assinatura do TCLE, verificar se é possível iniciar a entrevista e acionar o gravador. Deve-se evitar interrupções após o início da mesma. A fala disparadora do pesquisador para incentivar a narrativa é: **“Conte-me sua história de vida e como foi passar pelo processo de laqueadura?”** deixando que cada interlocutora conduza sua história de forma livre, sem a interferência da pesquisadora, mas, quando necessário, incentivando-a a continuar a sua narrativa.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Olá, a Sra. está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa **Processo de esterilização cirúrgica: narrativas de mulheres ribeirinhas do interior do Amazonas**, cuja pesquisadora responsável é Monique Evelyn Santos Caldas, sob orientação do Professor Dr. Breno de Oliveira Ferreira e Coorientação da Profa. Dra. Adria de Lima Sousa.

A Sra. está sendo convidada por estar em idade reprodutiva entre 21 a 50 anos, morar no município há pelo menos 05 anos, ter sido submetida ao processo de esterilização cirúrgica por meio da ligadura tubária no âmbito da saúde pública como método de planejamento reprodutivo há pelo menos 02 anos e por considerar-se emocionalmente preparada para falar sobre o tema proposto, preenchendo os critérios para o público desta pesquisa.

O objetivo geral da realização deste estudo é Compreender as narrativas de mulheres ribeirinhas acerca do processo de esterilização cirúrgica realizado na rede pública de saúde no interior do Amazonas. Os objetivos específicos são Identificar as evidências científicas acerca da relação entre autonomia reprodutiva e o processo de esterilização cirúrgica de mulheres no Brasil; Descrever o processo de esterilização cirúrgica na perspectiva de mulheres ribeirinhas usuárias da rede pública de saúde do interior do Amazonas e Elencar as vulnerabilidades individuais, sociais e institucionais do processo de esterilização cirúrgica na perspectiva de mulheres ribeirinhas.

Caso aceite participar do estudo, sua participação consistirá em comparecer a uma entrevista narrativa, que buscará conhecer através da história oral os desdobramentos do Processo de esterilização cirúrgica em sua trajetória de vida, e em seguida, participar de uma entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas, que buscam contemplar áreas que não tenham sido exploradas na narrativa principal. As entrevistas serão realizadas através de encontro presencial, previamente marcados, com a melhor conveniência para a participante. As entrevistas serão registradas em áudio para serem transcritos de forma integral, auxiliando na posterior análise da pesquisadora.

Todas as informações coletadas e os conteúdos audiovisuais serão acessados apenas pela pesquisadora, seu orientador e coorientador e, se necessário, um(a) profissional para transcrição do conteúdo de áudio, tendo sempre como princípio a confidencialidade de sua identidade, a privacidade das informações e a proteção da sua

imagem, garantindo a não utilização das informações em prejuízo da senhora e/ou da comunidade, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros.

Caso haja seu consentimento para participação da pesquisa, é garantido a Sra. o direito em acessar o teor do conteúdo do instrumento a ser utilizado e dos tópicos que serão abordados antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada e consciente. É resguardado ainda seu direito em não responder a qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal. A Sra. plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa. Em caso de desistência após a realização das entrevistas, é necessário o contato com a pesquisadora responsável que lhe enviará resposta confirmando a ciência de sua decisão. Nesse caso, os dados referentes às entrevistas da Sra. serão excluídos.

De acordo com a Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012) todas as pesquisas com humanos envolve riscos em diferentes níveis. Os riscos de participação nessa pesquisa estão relacionados ao constrangimento ou algum desconforto ao responder à entrevista, ou falar de temas relacionados à sua experiência com o processo de esterilização cirúrgica. Em caso de ocorrência, a pesquisadora e psicóloga inscrita sob o CRP 20/08800 irá prestar atendimento psicológico imediato. Asseguramos ao Sra. o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo, pelo tempo que for necessário. O suporte psicológico será ofertado pelo(a) psicólogo(a) do CAPS - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NOVA VIDA.

Como benefícios diretos dessa pesquisa destacam-se a possibilidade expressar as narrativas de mulheres ribeirinhas em relação ao processo de esterilização cirúrgica ampliando o autoconhecimento e a oportunidade de representar pessoas que tenham vivências similares. Os benefícios indiretos são contribuições para a ciência psicológica, uma vez que pesquisas futuras poderão usar os resultados e discussão deste estudo como contribuições, além de permitir que os dados e resultados desta pesquisa sejam usados para a elaboração de políticas públicas para a saúde sexual e reprodutiva, bem como para a realização de estudos que versem sobre região Norte do país.

Se julgar necessário, a Sra. dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-la na tomada de decisão livre e esclarecida.

A participação nesta pesquisa não prevê qualquer tipo de remuneração, sendo a sua participação integralmente voluntária. Entretanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação neste estudo, ainda que não previstas inicialmente, será ressarcida via transferência bancária. De igual maneira, caso haja algum dano decorrente da sua participação no estudo, estão assegurados o direito a indenização e cobertura material para reparação do dano conforme determina a lei.

A Sra. pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, Monique Evelyn Santos Caldas, a qualquer tempo para informação adicional pelo e-mail psimoniquec@gmail.com, bem como com o orientador desta pesquisa, o Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira, pelo e-mail breno@ufam.edu.br. Ambos também podem ser contados pelo no endereço institucional Av. General Rodrigo Octavio Jordão Ramos, 6.200, Setor Sul, Bloco X, Faculdade de Psicologia, Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Coroado I, Manaus - AM, CEP 69067-005.

A Sra. também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. Devido à pandemia da COVID-19, o contato com o CEP está ocorrendo exclusivamente pelo e-mail cep@ufam.edu.br. Entretanto, ressalta-se que o CEP/UFAM tem endereço físico, estando localizado na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Esse documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término por você e pela pesquisadora responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

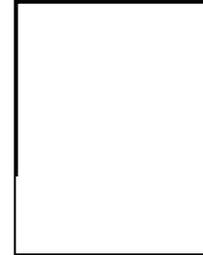
Li e concordo em participar da pesquisa, permitindo, inclusive, a gravação de imagem e som durante a entrevista do estudo.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

() Li e concordo em participar da pesquisa.

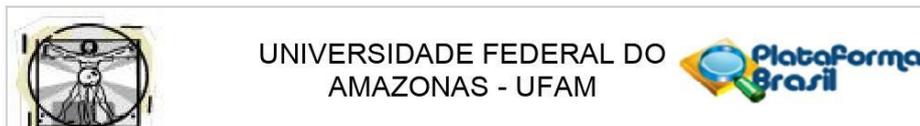
Manaus, ____/____/____

Assinatura do Participante

A large, empty rectangular box with a black border, intended for the participant's signature.

Assinatura da Pesquisadora Responsável

ANEXO A – PARECER CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA: NARRATIVAS DE MULHERES RIBEIRINHAS DO INTERIOR DO AMAZONAS

Pesquisador: MONIQUE EVELYN SANTOS CALDAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 76752023.5.0000.5020

Instituição Proponente: Faculdade de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.634.897

Apresentação do Projeto:

Resumo:

O SUS, presente no dia a dia, teve avanços, mas ainda enfrenta desafios que colocam em risco a sua existência e o cumprimento do seu papel. Um dos grandes desafios é a questão territorial, que reflete a falta de equidade no acesso aos serviços de saúde pública. A região amazônica tem características geográficas, sociais e culturais diferentes, comparadas às outras regiões do Brasil, por se tratar de uma área vasta e diversificada, composta por diferentes territorialidades. Ao pensar no território amazônico, é preciso considerar a dinâmica desse lugar e os processos que a água afeta direta e indiretamente a vida dos seus habitantes, os ribeirinhos. As mulheres ribeirinhas são aquelas que vivem às margens dos rios, geralmente em áreas distantes e com baixa densidade populacional. Além das particularidades que afetam o acesso aos serviços de saúde, essas mulheres enfrentam outras dificuldades, uma vez que, muitas vezes, são destituídas de sua autonomia e do direito de decidir sobre o seu corpo, que pode ser entendido como um território próprio da mulher, principalmente em questões de saúde sexual e reprodutiva, ao optarem por uma cirurgia esterilizadora como método contraceptivo. Este projeto de pesquisa buscará argumentos e contribuições teóricas que comprovem a relevância de abordar os efeitos do processo de esterilização no âmbito da saúde pública, considerando as dimensões da vulnerabilidade descritas por Ayres, a fim de compreender como indivíduos e grupos estão sujeitos a um risco à saúde, especialmente em relação à saúde sexual e reprodutiva de mulheres

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.634.897

ribeirinhas amazônicas. A partir de uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo interessa-nos investigar: Quais as narrativas de mulheres ribeirinhas acerca do processo de esterilização cirúrgica realizado na rede pública de saúde no interior do Amazonas?

Hipótese:

Quais as narrativas de mulheres ribeirinhas acerca do processo de esterilização cirúrgica realizado na rede pública de saúde no interior do Amazonas?

Metodologia Proposta:

A proposta deste projeto é de um estudo descritivo, exploratório e com abordagem qualitativa. A presente investigação será desenvolvida em caráter exploratório em Nova Olinda do Norte, um município brasileiro localizado no interior do estado do Amazonas, na Região Norte do país. A área, que faz parte da Mesorregião do Centro Amazonense e Microrregião de Itacoatiara, está situada ao sul de Manaus, capital do estado, estando a cerca de 132 quilômetros de distância via acesso fluvial. A população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2022 foi de 27.062 habitantes. As participantes da pesquisa serão mulheres que residem em comunidades ribeirinhas do município de Nova Olinda do Norte, Amazonas. As mulheres serão convidadas considerando critérios de acessibilidade (pela facilidade de acesso a elas), através da técnica de amostragem snowball ou como também é conhecida técnica bola de neve, que vem sendo amplamente utilizada em pesquisas qualitativas por permitir que se alcancem populações pouco conhecidas ou de difícil acesso usando rede de referências e indicações.

Metodologia de Análise de Dados:

Após a coleta dos dados, será realizada a etapa de análise do que foi obtido. O método proposto para interpretação e análise das entrevistas, fundamenta-se na análise temática, por permitir identificar, analisar, interpretar e relatar padrões (temas) a partir dos dados qualitativos, captando o que está por trás da superfície textual (Souza, 2019). De acordo com Maia (2020) a análise temática possibilita agrupar os relatos em temas (unidades de significados) que podem ser identificados por palavras, frases ou orações capazes de qualificar as falas dos participantes, cujo tema é a marca e o significado que mais interessa como resposta mediante a execução da análise na pesquisa. Braun e Clarke (2006) apresentam a Análise Temática como uma técnica de análise qualitativa flexível por ser essencialmente independente de uma teoria ou epistemologia específica e pode ser aplicada com uma variedade de abordagens teóricas e epistemológicas. Braun e Clarke

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.634.897

(2006) apresentam uma proposta de análise composta por seis etapas e afirmam que é importante justificar os usos de forma adequada, pois, ao longo do processo de Análise Temática, o pesquisador pode criar ou flexibilizar instrumentos de análise para além daqueles apresentados. É importante salientar que uma etapa não precede a outra, sendo apenas uma opção de como analisar os dados e sua representação. As seis fases da AT compreendem: Fase 1: familiarizar-se com os dados; Fase 2: gerar códigos iniciais; Fase 3: busca de temas; Fase 4: rever temas; Fase 5: definir e nomear temas e Fase 6: produzir o relatório. Para realização da análise temática haverá o auxílio do software Atlas.ti versão 2023 para análise qualitativa em pesquisas. Diferentes aportes metodológicos são beneficiados com o uso do Atlas.ti como recurso de investigação científica (Arriza, 2020). O software permite classificar e categorizar, conferindo possibilidade de sistematizar e organizar os dados para mediar a análise e posteriormente a criação do relatório para apresentar os resultados do estudo.

Critério de Inclusão:

mulheres com idade reprodutiva de 21 a 50 anos; moradoras do município há pelo menos 05 anos; que tenham sido submetidas ao processo de esterilização cirúrgica por meio da ligadura tubária no âmbito da saúde pública como método de planejamento reprodutivo há pelo menos 02 anos; e aceitar voluntariamente participar da pesquisa.

Critério de Exclusão:

mulheres que tenham feito o processo de esterilização cirúrgica em rede de saúde privada; solicitação da participante que por qualquer motivo declinem da participação na pesquisa.

Tamanho da Amostra no Brasil: 10

O Cronograma de Execução está detalhado e prevê as etapas de coleta dos dados 01/02/2024 31/03/2024; Análise dos resultados 01/04/2024 30/05/2024; Redação da Dissertação 01/05/2024 30/06/2024; Transcrição das entrevistas 01/04/2024 30/04/2024; Defesa da Dissertação 15/07/2024 15/07/2024; Revisão teórica, organização e preparação para campo 01/01/2024.

O Orçamento Financeiro está detalhado e prevê um custo de R\$ 2.455,00

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.634.897

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender as narrativas de mulheres ribeirinhas acerca do processo de esterilização cirúrgica realizado na rede pública de saúde no interior do Amazonas.

Objetivos Secundários:

Identificar as evidências científicas acerca da relação entre autonomia reprodutiva e o processo de esterilização cirúrgica de mulheres no Brasil. Descrever o processo de esterilização cirúrgica na perspectiva de mulheres ribeirinhas usuárias da rede pública de saúde do interior do Amazonas. Elencar as vulnerabilidades individuais, sociais e institucionais do processo de esterilização cirúrgica na perspectiva de mulheres ribeirinhas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Com relação aos riscos nesta pesquisa, estão relacionados ao constrangimento ou algum desconforto ao responder à entrevista, ou falar de temas relacionados à sua experiência com o processo de esterilização cirúrgica. De modo preventivo, antes de iniciar a pesquisa, serão esclarecidas todas as dúvidas relacionadas a atividade, e que poderá ser suspensa no caso de recusa dos indivíduos investigados, enfatizando que, caso ocorram eventuais desconfortos a curto, médio ou longo prazo relacionados ao conteúdo da pesquisa, será prestada assistência gratuita imediata, assegurada pela pesquisadora responsável.

Benefícios:

Como benefícios diretos, expressar as narrativas de mulheres ribeirinhas em relação ao processo de esterilização cirúrgica, poderá oportunizar a reflexão acerca da temática e ampliar o conhecimento, além de possibilitar a utilização dos dados e resultados desta pesquisa para auxiliar na construção de ações voltadas para as políticas públicas acerca da saúde sexual e reprodutiva.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de protocolo de 1 versão do projeto "PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA: NARRATIVAS DE MULHERES RIBEIRINHAS DO INTERIOR DO AMAZONAS" da pesquisadora Monique

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.634.897

Evelyn Santos Caldas, mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, Linha Processos Psicológicos e Saúde, sob orientação do Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira e Coorientação da Profa. Dra. Adria de Lima Sousa.

O protocolo que trata o projeto que deve atender além da Res. 466/2012-CNS, a Resolução nº 510/2016.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO: ADEQUADA. Apresentada no arquivo folha_de_rosto_processo_de_esterilizacao_mulheres_ribeirinhas.pdf, com a assinatura da pesquisadora e da Vice-coordenadora do PPGPSI-UFAM como instituição proponente.

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS: ADEQUADOS. Apresentados nos arquivos INSTRUMENTO_DE_ENTREVISTA.docx e QUESTIONARIO_SOCIODEMOGRAFICO.docx.

TERMO DE ANUÊNCIA CAPS NOVA OLINDA: ADEQUADO. Apresentado no arquivo termo_suporte_psicologico.pdf, consta a assinatura do Sr. Jean de Sá Alves, Diretor do CAPS Nova Olinda.

TCLE: ADEQUADO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo apresentado atende às exigências presentes nas Resoluções no. 466/2012-CNS e nº 510/2016-CNS, não havendo óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2266559.pdf	26/12/2023 14:22:34		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROCESSO_DE_ESTERILIZACAO_CIRURGICA_NARRATIVAS_DE_MULHERES_RIBEIRINHAS DO INTERIOR D	26/12/2023 14:21:21	MONIQUE EVELYN SANTOS CALDAS	Aceito

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.634.897

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ZONAS.pdf	26/12/2023 14:21:21	MONIQUE EVELYN SANTOS CALDAS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_processo_de_esterilizac ao_mulheres_ribeirinhas.pdf	26/12/2023 14:19:08	MONIQUE EVELYN SANTOS CALDAS	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_DE_ENTREVISTA.doc x	18/12/2023 23:34:39	MONIQUE EVELYN SANTOS CALDAS	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_SOCIODEMOGRAFI CO.docx	18/12/2023 23:34:21	MONIQUE EVELYN SANTOS CALDAS	Aceito
Brochura Pesquisa	PROCESSO_DE_ESTERILIZACAO_CI RURGICA_NARRATIVAS_MULHERES _RIBEIRINHAS_DO_INTERIOR_DO_A MAZONAS.pdf	18/12/2023 23:30:31	MONIQUE EVELYN SANTOS CALDAS	Aceito
Outros	termo_suporte_psicologico.pdf	18/12/2023 23:29:27	MONIQUE EVELYN SANTOS CALDAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_processo_esterilizacao_cirurgica_ narrativas_de_mulheres.pdf	18/12/2023 23:25:47	MONIQUE EVELYN SANTOS CALDAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 04 de Fevereiro de 2024

Assinado por:

Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com

ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA DE SUPORTE PSICOLÓGICO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI

TERMO DE ANUÊNCIA DE SUPORTE PSICOLÓGICO

Declaramos para os devidos fins que prestaremos apoio, se necessário, aos participantes do projeto de pesquisa intitulado “sentidos atribuídos por mulheres ribeirinhas acerca do procedimento de esterilização realizado na rede pública de saúde no interior do Amazonas”, sob a coordenação e a responsabilidade da pesquisadora, Psicóloga Monique Evelyn Santos Caldas, do Programa de Pós Graduação em Psicologia (PPGPSI), da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), e orientação do Prof^oDr^o Breno de Oliveira Ferreira. O suporte psicológico será ofertado pelo(a) psicólogo(a) do CAPS - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NOVA VIDA, de forma a garantir a integridade psíquica dos participantes.

Eu, Jean de Sá Alves, assumo o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada nesse município, no período de 01/12/2023 a 31/01/2024, após a devida aprovação no Sistema CEP/CONEP.

Nova Olinda do Norte, 23 de Outubro de 2023.

Jean de Sá Alves
Diretor Caps Nova Vida
Port.015/2022-SEMSA/NOM