

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas
Departamento de Ciência Política

**Mulher ou cegonha? As disputas em torno das políticas de saúde e os direitos
sexuais e reprodutivos no Brasil dos anos 2000**

Layla Pedreira de Carvalho

Trabalho preparado para apresentação no V Seminário
Discente da Pós-Graduação em Ciência Política da USP, de 4
a 8 de maio de 2015.

SÃO PAULO
ABRIL 2015

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar a reação de duas redes de atenção à saúde da mulher em relação a dois programas recentes direcionados ao atendimento da saúde das mulheres e a participação do movimento de mulheres e feminista, de acordo com os prismas conceituais do feminismo de Estado e do debate em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. Para tanto, analisaremos as dinâmicas que se colocam em torno do desenho de duas políticas públicas propostas nos anos 2000: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), vigente entre 2004 e 2007, e o programa Rede Cegonha, formulado em 2011. Considerando as prioridades das políticas, podemos aventar que elas conversam com as demandas de dois grupos organizados de mulheres. Por um lado, o movimento engajado na defesa de políticas integrais da saúde da mulher e defesa dos direitos reprodutivos, dos quais podemos destacar a Rede Feminista de Saúde e seus membros. Por outro, o movimento organizado em favor de mudanças no padrão gineco-obstétrico no momento do parto, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa). As perguntas que buscamos responder são: Em que medida essas políticas de saúde para as mulheres nos anos 2000 aproximam-se ou afastam-se dos enquadramentos dos direitos sexuais e reprodutivos? Há um avanço das demandas da agenda do movimento de mulheres na elaboração das políticas de saúde nos anos 2000? Em que medida é a interação entre instituições estatais e ativistas/grupos organizados que modifica as políticas de saúde preferenciais do governo federal?

1. Introdução

O debate sobre direitos reprodutivos e sexuais é uma questão perene para a sociedade brasileira. O mais novo desdobramento em nível institucional é o enfrentamento entre duas concepções antagônicas na Câmara Federal. Em 24 de março último foi apresentado o PL 882/2015, de autoria do deputado Jean Wyllys (PSOL-RJ), como uma resposta à afirmação do atual presidente da Câmara Federal – Eduardo Cunha (PMDB-RJ) – de que o aborto só seria discutido naquela Casa sobre o seu cadáver¹. Entre as justificativas de apresentação do PL, que prevê o atendimento das mulheres para a realização de interrupção voluntária da gravidez, para além do grave problema de saúde coletiva de mortes de mulheres – em sua maioria, pobres e negras – em decorrência de complicações resultantes do abortamento ilegal e precário, ressaltam-se os compromissos do Brasil com normas internacionais para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos.

O objetivo deste artigo é analisar duas políticas públicas voltadas para a saúde das mulheres desenvolvidas durante os anos 2000 e a reação de duas redes do movimento de saúde para as mulheres a estas políticas.

Trata-se de um esforço inicial em analisar as dinâmicas recentes em torno de políticas públicas de saúde para as mulheres. Por seu caráter inicial, a análise pauta-se amplamente em trabalhos acadêmicos realizados sobre os grupos em questão, em artigos publicados pelas ativistas, em entrevistas e documentos disponibilizados pelas ativistas em meio virtual. Para a análise dos programas e de suas propostas de abordagem da saúde das mulheres, será realizada análise documental. Para o desenvolvimento ulterior deste trabalho faz-se de importância fundamental a realização de entrevistas com ativistas e técnicas em saúde, de forma a captar a completude das relações existentes entre os programas e a atuação da militância de dois grupos de movimentos organizados de mulheres.

O texto está organizado em cinco seções além desta introdução e a conclusão. Na segunda seção, apresentaremos os debates em torno da definição dos direitos sexuais e reprodutivos e sua interface na produção de políticas de saúde para as mulheres. Na terceira seção, trataremos das políticas públicas de saúde das mulheres elaboradas no último quartel do século XX, apontando as diferenças entre elas bem como sua relação

¹ Entrevista disponível em: <http://brasil.estadao.com.br/blogs/estadao-rio/aborto-so-vai-a-votacao-se-passar-pelo-meu-cadaver-diz-cunha/>

com a concepção de gênero e saúde. Na quarta seção trataremos da interface entre *feminismo de Estado* e as duas políticas que são o centro de nossa análise, quais sejam: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) e o Programa Rede Cegonha. Na quinta seção, apresentamos o histórico das duas redes de saúde das mulheres. Finalmente, na sexta seção, analisaremos as reações de duas redes articuladas em torno da temática da saúde das mulheres em relação a estes programas, de forma a entender quais são os interesses e as agendas que estão vigorando na elaboração dos programas em foco.

As perguntas que guiam a nossa análise são: Em que medida as políticas de saúde para as mulheres nos anos 2000 aproximam-se ou afastam-se dos enquadramentos dos direitos sexuais e reprodutivos? Há um avanço das demandas da agenda feminista na elaboração das políticas de saúde? Em que medida é a interação entre instituições estatais e ativistas/grupos organizados que modifica as políticas de saúde preferenciais do governo federal?

2. Direitos reprodutivos e sexuais e as políticas públicas de saúde

Direitos reprodutivos e direitos sexuais não são sinônimos. Apesar de comumente serem usados como uma expressão única *direitos reprodutivos e sexuais*, tais direitos tratam de questões diferentes da sexualidade de mulheres e homens, que se entrecruzam, mas não se equivalem. A definição e o debate institucional sobre ambos os direitos é relativamente recente (BERQUÓ, 2003; CORREA e ÁVILA, 2003) e desigual (PETCHESKY, 1999).

A definição dos direitos reprodutivos data do final da década de 1980, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou sua primeira conceituação. A incorporação de tais direitos a declarações internacionais deu-se sobretudo durante as conferências sociais das Nações Unidas dos anos 1990, particularmente a Conferência de População do Cairo (1994) e a Conferência sobre as Mulheres, de Beijing (1995). Nesses documentos, a saúde reprodutiva é entendida como um estado de completo bem-estar (físico, mental e social), cujo exercício vincula-se à autonomia e à liberdade para decidir sobre reprodução. No Programa do Cairo (parágrafo 7.2) e na Plataforma de Beijing (parágrafo 95) os direitos reprodutivos são reconhecidos como um:

“direito básico de todos os casais ou indivíduos [de] decidirem livre e responsabilmente o número, o espaçamento e a frequência com que terão filhos, o

direito à informação e aos meios para isso e o direito de atingir o mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva. No que diz respeito à reprodução, essa definição também inclui o direito de tomar decisões livres de discriminação, coação e violência, como expresso nos documentos de direitos humanos” (ONU *apud* PETCHESKY, 1999: 21).

A definição dos direitos sexuais deu-se posteriormente² e tem menor visibilidade, sendo considerado uma novidade nos debates internacionais até o final do século XX (PETCHESKY, 1999). Para Barsted, em certa medida essa demora vincula-se ao fato de que os direitos sexuais ressaltam os direitos individuais, “o exercício do livre consentimento, sem o vício da coação, da violência ou de relações de poder” (BARSTED, 2003: 90), enquanto os direitos reprodutivos calcam-se em direitos sociais. Soma-se a isso, o fato de que abordagem da sexualidade baseia-se na criminalização de comportamentos que distoem das práticas heteronormativas. Em larga medida, o debate sobre direitos sexuais tem-se fortalecido por meio das lutas pela prevenção e atenção ao HIV/aids, pela legalização do aborto (BARSTED, 2003) e pela luta contra a homofobia.

Na Plataforma do Cairo há destacado que os cuidados com a saúde sexual devem preocupar-se em melhorar as relações humanas e não apenas tratar de doenças sexualmente transmissíveis. O parágrafo 96 da Plataforma de Ação de Beijing é o primeiro conteúdo de um documento internacional que traz os elementos constitutivos dos direitos sexuais:

“Os direitos humanos das mulheres incluem o direito de ter controle sobre e decidir livre e responsabilmente em questões relacionadas a sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. Relações de igualdade entre mulheres e homens em questões de relações sexuais e reprodução, incluindo respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e responsabilidade compartilhada pelo comportamento sexual e suas consequências” (ONU, 1996: 36. Tradução própria).

Os direitos reprodutivos e sexuais apresentam ambiguidades. Ao mesmo tempo em que são fundamentais para a criação de garantias e a legitimação de algumas agendas – como o planejamento reprodutivo e a liberdade de exercício da sexualidade – eles tendem a reforçar a legitimação de direitos negativos, com foco na agressão a

² Correa (1997) aponta que, durante as reuniões preparativas para a Conferência do Cairo, o conceito de direitos sexuais já tinham sido sugerido pelas feministas presentes. No entanto, sabendo das dificuldades que tal conceito enfrentaria no momento da aprovação, a ideia era que a ideia de direitos sexuais fosse retirada, mas que a de direitos reprodutivos permanecesse. Pelos resultados que conhecemos, a estratégia mostrou-se eficaz.

direitos e a ênfase na vitimização. Em vez então de afirmarem a possibilidade de exercício livre e prazeroso da saúde reprodutiva e sexual ressaltam as ameaças que rondam o exercício da sexualidade e da reprodução (PETCHESKY, 1999).

No que tange especificamente à saúde da mulher, é preciso observar dois movimentos contrapostos. Em primeiro lugar, há uma mudança da abordagem da saúde materno-infantil, em que “não existe a mulher, só existe ‘barrigão’” (VILELA, 2002: 87), para a da saúde das mulheres, em que o resto do corpo e diferentes fases da vida das mulheres podem ser tratados. Em um segundo momento, diante dos debates sobre o controle de fecundidade e do planejamento familiar, a abordagem da saúde das mulheres contempla o debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos. Aqui, a ambiguidade de tais direitos novamente aparece na medida em que ressalta a especificidade anatômica do corpo feminino enquanto nega a compulsoriedade de que os papéis de reprodutora e de mãe tenham que ser exercidos por todas as mulheres (VILELA, 2002).

Os direitos reprodutivos e sexuais visam a garantir a saúde reprodutiva e sexual, sendo esse um ponto de intersecção que faremos em relação aos direitos e às políticas públicas de saúde para as mulheres, uma vez que a justificativa destas lastreia-se em larga medida naqueles. O segundo ponto de intersecção é o da relação entre os movimentos sociais organizados e o Estado, na medida em que tais direitos tornam-se um dos argumentos para a mobilização e para a proposta de modificação das políticas públicas.

“Na América Latina e no Brasil em particular, a saúde como dimensão da política pública tem sido um tema central para todos os setores que trabalham e agem politicamente em torno dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais. A demanda por políticas de saúde como base para o exercício desses direitos é tão intensa e priorizada pelos movimentos sociais, que produziu em um determinado momento uma restrição na compreensão desses direitos como exclusivos ao campo da saúde enquanto direitos sociais” (ÁVILA, 2003: S468).

Essa relação entre movimentos sociais e o Estado é particularmente importante nas políticas de saúde reprodutiva e sexual para as mulheres. Historicamente, no Brasil, a participação das ativistas feministas na política institucionalizada foi um elemento central para o avanço das demandas de saúde das mulheres (ÁVILA e CORREA, 2003), como poderemos constatar na sobreposição das políticas ao longo do final do século

XX. Tal avanço deu-se em sintonia com os conceitos desenvolvidos internacionalmente, o que garantiu às feministas brasileiras manter-se à frente das mudanças na área de saúde das mulheres.

3. Políticas públicas de saúde para as mulheres: breve histórico e relação com os direitos sexuais e reprodutivos

Até a década de 1980, os programas de saúde voltados para as mulheres enfatizaram o ciclo gravídico-puerperal e tenderam a biologizar o corpo e a saúde (COSTA e AQUINO, 1999; OSSIS, 1998; GALVÃO, 1999; AQUINO, 2004). Os debates e compromissos internacionais firmados pelo Estado, a atuação dos movimentos feministas e sanitaristas em favor da ampliação da perspectiva de saúde e a inclusão de ativistas feministas na formulação de políticas públicas compeliram a mudanças na concepção das políticas de saúde no sentido da integralidade da atenção à saúde da mulher. A seguir apresentamos um histórico breve das iniciativas de programas de saúde da mulher no último quartel do século XX, de forma a explicitar como se tem dado a dinâmica em torno das políticas públicas de saúde específicas.

Em 1975, foi lançado o Programa Materno-Infantil (PMI), que consagrava a abordagem tradicional e gineco-obstétrica de tratamento da saúde da mulher, como podemos observar na justificativa do programa: “Tomando como base o processo biológico de formação, crescimento e desenvolvimento do ser humano, são consideradas prioritárias, na política de saúde materno-infantil, a mulher no decurso da gestação, parto e puerpério e a criança menor de 5 anos, para as ações integradas de saúde” (BRASIL, 1975: 60, grifos nossos). O objetivo explícito do programa era reduzir a morbimortalidade do grupo materno-infantil. O programa era composto por 12 subáreas, das quais nove (75%) estavam voltadas para atenção à gravidez, ao parto ou à criança, evidenciando as razões pelas quais o programa foi duramente criticado por se restringir a uma fase muito específica da vida de algumas mulheres. A única subárea voltada para o atendimento de saúde para além da gravidez e do parto é a de “Doenças ginecológicas, incluindo as venéreas e o câncer”, que apresenta a descrição mais breve: “Diagnóstico precoce e tratamento” (idem: 61).

Por essas características, o PMI é classificado como natalista, coadunando-se com a geopolítica dos governos militares, cujo objetivo era ocupar os espaços vazios do

território nacional com brasileiros (FORMIGA FILHO, 1999). Nesse sentido, é correto entender que o foco do PMI não são as mulheres como cidadãs, mas como mães de filhos que preencherão o vazio populacional. Havia, no entanto, entraves à adoção de uma postura francamente natalista em decorrência dos debates da Conferência de Bucareste (1974). Durante esta Conferência, o debate neomalthusiano e a culpabilização do crescimento populacional pelas pressões ao meio ambiente e ao desenvolvimento levaram ao estabelecimento de uma diretiva das Nações Unidas quanto à adoção de medidas de controle populacional e planejamento familiar pelos Estados-parte. Como forma de responder ao compromisso assumido internacionalmente, o governo brasileiro permitiu a atuação de associações privadas e estrangeiras, como a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e o International Planned Parenthood Federation (IPPF), para tratar do planejamento familiar. A atuação dessas associações voltava-se para o controle de natalidade, sobretudo junto a mulheres pobres, por meio da realização de laqueaduras e distribuição de contraceptivos orais. Assim, durante a década de 1970, no lugar de uma política pública de planejamento familiar, prevalece o modelo da política de saúde materno-infantil com atuação de grupos privados em medidas de controle de natalidade.

Durante os anos 1980, as práticas dessas organizações serão amplamente criticadas pelas feministas no mundo e no Brasil, dada a compulsoriedade das laqueaduras realizadas, a desinformação das mulheres atendidas e a distribuição indiscriminada de contraceptivos orais. Em razão destas denúncias foi instalada uma Comissão Parlamentar de Inquérito, em que o Executivo foi instado a explicar a presença e atuação desses grupos estrangeiros e prever ações para suspender as práticas irregulares. É durante uma das sessões da CPI que o Ministro da Saúde lança o Programa de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PAISM), de 1983, como forma de resposta à pressão da sociedade civil e dos parlamentares.

“A proposta levada pelo ministro à CPI fora preparada por uma comissão especialmente convocada pelo Ministério da Saúde (MS) para a redação do Programa, em abril de 1983, e constituída por três médicos e uma socióloga: Ana Maria Costa, da equipe do MS e fortemente identificada com o movimento de mulheres; Maria da Graça Ohana, socióloga da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI); Anibal Faúndes e Osvaldo Grassioto, ginecologistas e professores do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)” (OSIS, 1998: 26).

O PAISM está dividido em três subáreas, das quais duas estão voltadas para os cuidados da mãe do conceito, e a primeira, a de assistência clínico-ginecológica, tem entre suas prioridades a “orientação sobre planejamento familiar” (BRASIL, 1984: 19). A previsão do planejamento familiar como questão de saúde é uma das principais novidades do PAISM, inaugurando uma tendência que só no final dos anos 1980 seria consagrada como direitos sexuais e reprodutivos. Apesar dos avanços previstos pelo PAISM, a implementação da política encontrou dificuldades, sobretudo quanto ao acesso ao tratamento integral e à orientação do planejamento familiar (OSIS, 1998; COSTA, 2009).

Em relação à implementação do PAISM, o crescente número de cesáreas realizadas no país tem um papel interveniente importante na avaliação negativa do programa. Em geral, os partos realizados eram acompanhados de operações de esterilização – com e sem o consentimento das parturientes – com base em critérios impostos pela equipe responsável pelo parto. Novamente, as principais destinatárias da intervenção eram as mulheres pobres, em sua maioria negras. Nesse sentido, a autonomia decisória das mulheres quanto a sua capacidade reprodutiva era sistematicamente desrespeitada pelos profissionais do sistema de saúde. Em 1991, em razão de denúncias quanto à prática seletiva de esterelizações, uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) foi instalada. Um dos resultados da CPMI foi o PL 209/1991, que resultou na Lei 9.263/1996³, chamada de Lei do Planejamento Familiar.

“Esta lei regulamenta o planejamento familiar e atribuiu ao SUS as responsabilidades pela execução de ações de regulação da fecundidade voltadas à garantia de direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (COSTA, 2009:1079).

Durante os anos 1990, não há um desenho de política de saúde das mulheres específico. A literatura de saúde pública e coletiva apresenta os anos 1990 como um período dedicado à implementação incompleta e descontínua do PAISM (COSTA,

³ O PL 209/1991 é de autoria de Eduardo Jorge, então deputado federal pelo PT/SP. Apesar da demora da tramitação do projeto e sua efetivação como Lei durante todo o período ele foi debatido em alguma comissão, seja da Câmara, seja do Senado, não tendo ficado “adormecido” em nenhuma das casas (Ver: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=173183>). Rocha (2004) destaca que o PL foi alvo de várias polêmicas ao longo de sua tramitação, inclusive tendo sido vetado pelo Executivo. Os vetos à Lei só foram retirados em 1997. Falta um esforço mais qualificado de análise da tramitação deste projeto especificamente, de forma a que se entenda os interesses intervenientes nas mudanças e na demora de tramitação do PL.

2009). Em razão dos problemas de implementação do PAISM, o Programa Saúde da Família (PSF), considerado a principal política pública de saúde implementada durante a década de 1990 (MOURA, 2007; COELHO, 2008; LIMA, 2010), é que responde pela promoção do planejamento familiar. Tal promoção é restrita na medida em que as equipes estavam voltadas para a atenção básica à saúde, não possuíam formação específica para a prestação de informações e não dispunham de métodos contraceptivos para distribuir às mulheres atendidas.

Ana Maria Costa (2009) ressalta que é nos anos 1990, por meio da participação social nas políticas de saúde, que são incluídas algumas pautas de mudança “nos modelos de atenção às mulheres, especialmente representados por iniciativas voltadas à redução das taxas de cesárea e à humanização do parto” (COSTA, 2009: 1080). Assim, para a autora a ampliação de acesso ao atendimento básico e a inclusão dos temas da cesárea e da humanização do parto são os principais elementos da saúde das mulheres na década de 1990.

Após o vazio de políticas específicas voltadas para a saúde das mulheres durante a década de 1990, durante os anos 2000 já foram lançadas duas iniciativas mais pronunciadas de saúde para as mulheres: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e o Programa Rede Cegonha. Essas duas políticas ainda foram pouco analisadas pela literatura especializada e são o foco de nosso interesse neste artigo.

4. PNAISM e Rede Cegonha – as articulações entre saúde reprodutiva e sexual e o *feminismo de Estado*.

O *feminismo de Estado* é uma abordagem conceitual e metodológica (LOVENDUSKI, 2005; MAZUR e MCBRIDE, 2008). O conceito foi desenvolvido originalmente nos países nórdicos no início da década de 1980⁴. A pergunta principal dessas pesquisadoras era: *como e em quais circunstâncias as agências de políticas para as mulheres (APMs) ampliaram o impacto dos movimentos feministas na representação política das mulheres?* (LOVENDUSKI, 2005: 5). Atualmente, o *feminismo de Estado* é um conceito em disputa acerca da relação entre Estados e movimentos sociais

⁴ Desde então foi ampliado por meio de pesquisas individuais e por um projeto de pesquisa desenvolvido entre 1995 e 2012, a Research Network on Gender Politics and the State (RNGS). A RNGS reuniu pesquisadoras com foco em 11 democracias pós-industriais :

(MATOS e PARADIS, 2013). Particularmente na América Latina, dada a dinâmica particular entre esses dois atores, novas pesquisas têm sido realizadas buscando compreender a dinâmica produzida pela participação de feministas na burocracia estatal – seja por meio de atuação junto às APMs (FERNÓS, 2010), seja por meio da proposta de políticas públicas em áreas tradicionais da gestão pública por meio da institucionalização dos debates de gênero (GUZMÁN, 2001), o que no Brasil, durante os anos 2000, foi caracterizado como transversalização de gênero das políticas públicas (BANDEIRA, 2005).

Esta institucionalização ou transversalização de gênero implica a consideração das desigualdades de gênero em todas as áreas da vida social. Em grande medida está relacionada às práticas de governo, uma vez que, de acordo com Bandeira, seu uso "garantiria uma ação integrada e sustentável entre as diversas instâncias governamentais e, conseqüentemente, o aumento da eficácia das políticas públicas, assegurando uma governabilidade mais democrática e inclusiva em relação às mulheres" (2010: 5).

Na abordagem do feminismo de Estado, o impacto do movimento de mulheres nas políticas é classificado de acordo com a resposta a duas perguntas, que dizem respeito à representação substantiva e descritiva, respectivamente: os objetivos das políticas e dos movimentos de mulheres e feministas coincidem? Há mulheres ou grupos de mulheres envolvidos no processo de elaboração das políticas? Com estas perguntas, busca-se saber se as políticas incorporaram as demandas dos movimentos de mulheres (MAZUR e MCBRIDE, 2008). Há então quatro tipos possíveis de respostas:

Quadro 1 – Classificação das políticas de acordo com objetivos e participação

Impacto dos movimentos de mulheres nas políticas		Coincidência entre objetivos das políticas e dos movimentos de mulheres ?	
		<i>Sim</i>	<i>Não</i>
<i>Participação de mulheres ou grupos de mulheres na elaboração das políticas?</i>	<i>Sim</i>	Dual	Cooptação
	<i>Não</i>	Preempção	Não-resposta

Fonte: Lovenduski, 2005. Livre tradução.

Nas duas políticas que propomos analisar neste artigo, podemos perceber que o *feminismo de Estado* oscila em seu funcionamento. Isto fica evidente na medida em que a primeira política, como veremos a seguir, baseia-se mais amplamente na deliberação pública de interesses sobre a política desenhada, bem como inclui o debate de gênero em seus princípios e diretrizes de elaboração, além de contar com a participação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM). A segunda política, por sua vez, baseia-

se em uma elaboração técnica, focada na autoridade ministerial, sem a incorporação dos debates em torno da integralidade da saúde da mulher ou da agenda de gênero ao tratar de direitos reprodutivos.

Em 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), cuja vigência prevista era de 2004 a 2007. De acordo com o documento de princípios e diretrizes da política, ela foi formulada com a participação ampla da sociedade civil – movimentos de mulheres e a SPM (BRASIL, 2004: 5) – e destaca a preocupação das políticas de saúde como políticas de defesa e promoção dos direitos humanos, particularmente dos direitos sexuais e reprodutivos. Na apresentação da PNAISM destaca-se a amplitude das questões que a política pretende trabalhar, como é possível perceber no excerto abaixo:

“Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades. (BRASIL, 2004: 5, grifos nossos).

A justificativa da política traz as implicações do gênero na saúde, particularmente dos efeitos das hierarquias de gênero na saúde das mulheres combinadas a outras hierarquias – como as de raça e etnia, orientação sexual, idade e classe social. Nesse sentido, ressaltam-se a necessidade de atenção específica às mulheres negras, indígenas, lésbicas e trabalhadoras rurais, às mulheres na adolescência e no climatério, às idosas; e a defesa de aumento da participação social na implementação das políticas de saúde.

No diagnóstico que antecede a apresentação dos objetivos da PNAISM, ressalta-se a importância da atuação dos movimentos de mulheres e feminista para a adoção de políticas de saúde das mulheres, destas como sujeitos de seus corpos, donas de corpos diversos entre si. O diagnóstico perpassa os diversos temas de saúde coletiva, entre eles as causas de mortalidade. As causas de mortalidade mais comuns entre as mulheres são as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as causas externas. Apesar de ainda haver muitas mortes decorrentes da gravidez e do parto entre as mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), a

“mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito nessa faixa etária. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis” (BRASIL, 2004: 26).

Com base no diagnóstico realizado, são enunciados três objetivos gerais e 14 objetivos específicos. Os objetivos específicos tratam, entre outras questões: da atenção clínico ginecológica; da assistência em planejamento familiar para mulheres e homens; da atenção obstétrica e neonatal e da assistência ao abortamento; da atenção às vítimas de violência doméstica e sexual; do controle e prevenção de DST e HIV/aids; da redução da morbimortalidade por câncer; da atenção à saúde mental; da criação de iniciativas específicas para as mulheres adolescentes, idosas, negras, indígenas, trabalhadoras rurais, lésbicas e em situação de prisão.

Como a PNAISM traz em seu texto apenas os princípios, diagnóstico e diretrizes a serem adotadas, foram criadas iniciativas de implementação dos objetivos da política para os três níveis de governo por meio de pactos específicos às diferentes áreas ressaltadas pela política. Considerando nosso objetivo neste texto, destacamos o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna (Pacto), que traz ações e medidas práticas a serem implementadas no que tange à atenção das mulheres grávidas.

O Pacto está previsto entre as diretrizes da PNAISM e também foi lançado em 2004, reiterando elementos já existentes na Política, como é o caso da necessidade de humanização e qualidade no atendimento e as especificidades do tratamento da saúde das mulheres negras e indígenas. Emblemático da forma como o Pacto aborda a saúde da mulher no documento é a frase: “O Governo Brasileiro tem como uma de suas prioridades na área da saúde as políticas públicas para atenção integral à saúde da mulher e da criança” (BRASIL, 2004b: 3). A atenção em não utilizar a ideia de saúde materno-infantil explicita que a PNAISM e os programas para a sua implementação incorporaram as demandas dos movimentos de mulheres que a assinam, entre eles as duas redes de saúde que estamos analisando e das quais trataremos na próxima seção.

Com base no *feminismo de Estado*, a PNAISM e as iniciativas de sua implementação podem ser classificadas como uma **resposta dual** ao movimento feminista. Trata-se de uma resposta dual em razão de haver um grande número de mulheres trabalhando na área técnica em saúde do Ministério da Saúde e serem elas

responsáveis pela organização dos contatos periódicos com os movimentos sociais de mulheres. Além disso, assinam a política diferentes grupos organizados de mulheres⁵, reiterando a cooperação entre o Estado e a sociedade civil, o que é um indicador proxy de que o conteúdo da política contempla as agendas dos grupos listados.

Durante o governo Dilma Roussef, a principal política de atenção à saúde das mulheres é a Rede Cegonha. Ela foi instituída em 2011 por meio do Decreto 1459 do Ministério da Saúde. Ela é caracterizada como

“uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011)

As justificativas para a política são iniciativas anteriores de saúde das mulheres, as altas taxas de mortalidade materna no Brasil e a urgência em cumprir compromissos internacionais, particularmente as metas dos Objetivos do Milênio.

A Rede Cegonha possui três objetivos: “fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança”; “organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil”; e “reduzir a mortalidade materna e infantil” (BRASIL, 2011). Destacamos o uso do termo “saúde materna”, que é reiteradamente utilizado durante esta portaria e outros documentos de implementação da Rede Cegonha. Assim como o PMI da década de 1970, a Rede Cegonha repete a especialização em uma fase da vida de algumas mulheres.

Tendo em vista a descentralização implicada nas políticas de saúde, a Rede Cegonha possui cinco fases operacionais: adesão e diagnóstico – com apresentação do programa a estados e municípios, bem como a montagem de um cronograma de implementação; desenho regional da Rede Cegonha – desenho de mapas e fluxos da atenção à saúde materna e infantil na Região de Saúde, momento em que há a previsão de participação da sociedade civil; contratualização dos pontos de atenção – desenho da Rede Cegonha no âmbito municipal, com a elaboração de Plano de Ação Municipal e constituição do Fórum Municipal da Rede Cegonha; qualificação dos componentes – verificação da atuação de cada um dos componentes da rede por meio do

⁵ Entre as parcerias reconhecidas no texto da política estão a Articulação Nacional das Mulheres Trabalhadoras Rurais, a Articulação de Mulheres Brasileiras, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e diversas associações de enfermagem e obstetrícia.

acompanhamento das metas definidas nos planos de ação estaduais e municipais; certificação.

Os parâmetros de qualidade do atendimento da Rede Cegonha baseiam-se nas normas técnicas da OMS, publicadas em 1985. Tais normas estão divididas em quatro categorias de acordo com sua utilidade para o momento do parto, com base em “evidências científicas”. Dessa forma, há desde “práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas”⁶ a “práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado” (BRASIL, s/d: 24). Nesta última categoria encontram-se o parto operatório; o uso de peridurais, de máscaras e aventais e os exames vaginais repetidos no momento do parto.

Os centros de parto normal (CPN) e as casas de gestante, bebê e puérpera (CGB), são parte importante do programa. Os primeiros são responsáveis pelo atendimento das mulheres com gravidez considerada de baixo risco ou normal, em que se dispensa a atuação de médicas obstetras e ressaltam-se os valores vinculados à humanização do parto, como a presença de acompanhantes e a liberdade da escolha da posição para parir. Os CPNs foram criados em 1999 e desde então têm sido fortemente defendidos por grupos de mulheres que defendem a humanização do parto e igualmente combatidos por associações médicas que tentam desqualificá-los como locais seguros de atendimento às gestantes pela ausência de médicos e de recursos técnicos para evoluções problemáticas dos partos. As CGBs são voltadas ao atendimento de mulheres com gravidez de alto risco para a mulher ou para a criança, que demandam atenção diária e cuidados médicos ostensivos.

A elaboração do manual de implementação da Rede Cegonha contou com a parceria da Rede pela Humanização do Parto (BRASIL, s/d: 4). Acreditamos que tal participação fez que o Manual conte com a previsão de reformas dos espaços de preparação para o parto, parto e pós-parto – a atenção à ambiência é um ponto de destaque que é inovador da Rede Cegonha; o destaque para a necessidade de privacidade em todos os momentos próximos ao parto e a previsão de kits a serem distribuídos para as parteiras.

⁶ São exemplos de práticas a serem estimuladas: a privacidade da mulher no momento do parto, Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno (BRASIL, s/d: 25).

Dentro dos marcos do *feminismo de Estado*, a Rede Cegonha apresenta alguns desafios para a classificação de acordo com o impacto dos movimentos sociais. No que tange à participação, considerando que a política é instituída por decreto assinado pelo Ministro da Saúde e que estamos nos limitando aos documentos das políticas, não é possível assegurar que havia mulheres participando de sua elaboração. No entanto, o manual de implementação cita a parceria com movimentos de mulheres, o que denota que há participação de mulheres na determinação das estratégias de implementação da política. Em relação ao conteúdo da política, há dificuldades em classificá-lo pois há um conflito dentro do movimento de mulheres. Por um lado, entende-se a Rede Cegonha como um retrocesso, sobretudo por: retornar o foco à saúde materno-infantil; retirar simbolicamente o papel das mulheres em trazer o bebê ao mundo, já que enfatiza-se a cegonha; não tratar do abortamento. Por outro, a Rede é elogiada pelo destaque que dá à humanização do parto, uma demanda relevante do movimento de mulheres, sobretudo quando se pensa no combate à abordagem técnica e médica ao corpo da mulher.

Assim, dentro do feminismo de Estado, a Rede Cegonha poderia ser entendida tanto como uma política de cooptação – em que não há correspondência do conteúdo da política às demandas do movimento social – quanto dual – em que a política ecoa as demandas do movimento de mulheres.

5. Dois grupos discutindo as políticas de saúde para as mulheres: a Rede Feminista de Saúde e a Rede pela Humanização do Parto

Antes de apresentarmos as reações à política faremos uma breve apresentação dos grupos e de sua trajetória na abordagem de políticas de saúde para as mulheres. Como ressaltamos inicialmente, esta abordagem é ainda inicial na análise destas reações, por isso há ainda lacunas a preencher sobre esses grupos e sobre sua análise mais ampla sobre os desdobramentos recente da abordagem de direitos reprodutivos e sexuais nas políticas de saúde para as mulheres.

A Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS) é uma associação civil sem fins econômicos, criada em agosto de 1991, no contexto do “Seminário Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, promovido em Itapeverica da Serra (SP), pelo SOS Corpo – Gênero e Cidadania, de

Recife (PE), e pelo Coletivo Feminista Sexualidade, de São Paulo (SP)”⁷. Em seu sítio institucional, a RFS define-se como “uma articulação política nacional do movimento de mulheres, feminista e antirracismo”⁸. A associação de grupos e organizações à RFS é de dois tipos: efetiva (grupos da sociedade civil) ou colaboradora (conselhos estaduais de direitos da mulher). Ela é composta atualmente por mais de 260 grupos associados, distribuídos em 12 regionais⁹, as quais englobam capitais das cinco Grandes Regiões do Brasil.

Os órgãos da RFS são a Assembleia Geral, o Colegiado, o Conselho Diretor, a Secretaria Executiva, as Regionais Estaduais e o Conselho Fiscal. Todos os cargos desses órgãos são ocupados por mulheres. A coordenação da RFS é composta pelo colegiado do Conselho Diretor e da Secretaria Executiva. O Conselho Diretor, de caráter eletivo, tem função de acompanhar/aprovar as ações adotadas pela Secretaria Executiva. A Secretaria Executiva, que também é um cargo eletivo, tem como função definir planos de trabalho da RFS, preparar encontros do Colegiado e da Assembleia Geral e representar a RFS judicialmente. Atualmente, a secretária executiva da RFS é Clair Castilhos, membro da Associação Casa da Mulher Catarina.

A metodologia de atuação da RFS baseia-se em ações de “advocacy e controle social”, em diversas instâncias políticas nacionais. São exemplos dessa atuação a presença da RFS na coordenação da Comissão Inter-setorial de Saúde da Mulher do Conselho Nacional de Saúde, no Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e na Coordenação da Plataforma Brasileira de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais – Plataforma DhESCA/Brasil¹⁰. Os princípios da ação RFS, conforme definido em seu Estatuto Social, aprovado em maio de 2006, são:

“[o] fortalecimento dos movimentos feminista e de mulheres no âmbito local, regional, nacional e internacional, em torno da saúde e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos; [o] reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos; [o] reconhecimento da violência sexual, racial e doméstica como violações dos direitos humanos; [a] defesa da implantação e da implementação de ações integrais de saúde da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde; [e a]

⁷ Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/hotsite/> Acesso em 13/4/2015.

⁸ Disponível em: <http://redesaude.org.br/home/institucional.php> . Acesso em 16/4/2015.

⁹ As regionais são: Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Goiás, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo, Santa Catarina e Distrito Federal.

¹⁰ Disponível em: <http://redesaude.org.br/home/institucional.php> . Acesso em 16/4/2015.

legalização do aborto, cuja realização é decisão que deve competir à mulher como direito” (Estatuto Social da RFS, grifos nossos).

Assim como os princípios da RFS destacam a sua postura feminista, os objetivos definidos no Estatuto reiteram o compromisso com a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos com base na igualdade de gênero. Dos seis objetivos definidos no artigo 3º do Estatuto, destacamos:

- “I – Discutir e difundir questões relativas à saúde das mulheres e aos direitos sexuais e direitos reprodutivos, sob uma perspectiva feminista;
- II – Influenciar a sociedade brasileira, a sociedade civil e os movimentos sociais para a defesa da equidade de gênero e os direitos humanos das mulheres;
- III – influenciar na formulação, implementação e monitoramento de políticas públicas no País” (Estatuto Social da RFS, grifos nossos).

Dos princípios e objetivos destacados a percepção da atuação junto ao Estado está enunciada claramente. Na definição dos princípios, a RFS ressalta o papel do Sistema Único de Saúde no atendimento às mulheres. Nos objetivos, prevê a necessidade de agir (influenciar e assegurar) junto a todas as fases de elaboração e execução de políticas públicas e aos três poderes republicanos.

A Rede pela Humanização do Parto (REHUNA) foi criada em 1993, em uma reunião de 34 pessoas – a profissionais de saúde, servidores públicos (Prefeitura de Campinas) e ativistas do movimento pela humanização do parto (REDEH – RJ, Casa de Parto Nove Luas, Lua Nova – RJ, Grupo Curumim – PE e Grupo de Parto Alternativo Unicamp – SP) e do movimento feminista (Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde – SP) na Chácara Catalina, em Campinas (REHUNA, 1993). Tal reunião foi organizada por pessoas interessadas na promoção da ideia de parto humanizado, de aproximação do nascer à natureza, da crítica à abordagem técnica e à medicalização no momento do nascimento, com base os princípios defendidos por Michel Odent¹¹ (Tornquist, 2002, e 2004). De acordo com o site institucional do REHUNA, o

“objetivo principal é a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas. Essa rede tem um papel fundamental na estruturação de um movimento que hoje é denominado ‘humanização do parto/nascimento’. Esse movimento pretende diminuir as intervenções desnecessárias e promover um

¹¹ Michel Odent é reconhecido por membros da REHUNA como um dos autores centrais no ideário do parto humanizado (TORNQUIST, 2004: 151).

cuidado ao processo de gravidez/parto/nascimento/amamentação baseado na compreensão do processo natural e fisiológico”. (Sítio da REHUNA¹²)

Na Carta de Campinas, a REHUNA ressalta que o público alvo de suas ações são “homens e mulheres, setores da sociedade civil organizada, profissionais de saúde e educação, planejadores e elaboradores das políticas de saúde” (REHUNA, 1993). Entre os objetivos específicos da REHUNA estão o destaque aos riscos de práticas obstétricas intervencionistas, o resgate do nascimento como evento sociocultural, o incentivo à reapropriação da vida pelas mulheres e seu empoderamento no que tange aos corpos e partos.

Assim como a RFS, a ReHuNa é composta por grupos e organizações de origens variadas. Em 2011, a ReHuNa contava com mais de 290 associados, de acordo com Rattner (2011). A ReHuNa está organizada em presidência e vice-presidência, Conselho Diretor e o Conselho Fiscal. A composição dos órgãos conta com mulheres e homens, e já houve períodos, como no período 2006 a 2009, que o presidente da Rede foi um homem, o médico-obstetra Marcos Leite. Atualmente, a presidência da REHUNA é dirigida pela médica Daphne Rattner.

Diferentemente da RFS, que trata de diferentes aspectos da saúde das mulheres, a ReHuNa possui um foco específico na temática do parto e do tipo de parto ideal a ser realizado. Assim, as principais campanhas e temas tratados pela REHUNA são a difusão de informações sobre a atenção à mulher e ao bebê na gestação e no parto (RATTNER, 2010: 218), a promoção da humanização do parto por meio de palestras e exibição de filmes, a defesa da necessidade de atenção ao óbito fetal e materno, a definição do trabalho das doulas, a formação dessas profissionais e a defesa da atuação das parteiras, a defesa do direito da mulher à presença de acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e no parto¹³, a defesa da construção e legalização de casas de partos e o combate à epistomia de rotina¹⁴.

A relação entre a ReHuNa e o feminismo é menos clara que a da RFS. Enquanto esta cita o feminismo e a equidade de gênero no Estatuto social, em seus princípios,

¹² Disponível em: <http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos> . Acesso em 17/4/2015.

¹³ O trabalho da ReHuNa junto ao Senado, por meio das articulações criadas com a senadora Ideli Salvati pelo REHUNA- SC quando ela era ainda deputada estadual. Em 2005, a Lei 11.108 foi aprovada, garantindo portanto a presença de acompanhantes em todos os partos no SUS.

¹⁴ A epistomia é o corte feito entre a vagina e o anus da parturiente. É uma das intervenções médicas consideradas violentas, na medida em que é geralmente desnecessária e gera dificuldades para a recuperação da mulher no pós-parto.

objetivos e no próprio nome; a aproximação daquela é menos institucional, fazendo-se por meio das falas de algumas rehunidas¹⁵ na sua abordagem sobre a humanização do parto. Nos documentos oficiais da REHUNA a que tivemos acesso, a menção a esses temas aparece mais na Carta de Fortaleza (2000). Nessa Carta estão presentes denúncias sobre violência institucional no momento do parto e a defesa da garantia de direitos sexuais e reprodutivos para mulheres e homens, bem como da necessidade de entendimento “[d]as questões de gênero, socioculturais e econômicas que permearam a construção dos diferentes modelos de atenção ao parto e nascimento que conhecemos” (REHUNA, 2000). No entanto, há passagens na Carta de Fortaleza que reiteram algumas das hierarquias de gênero muito questionadas pelas feministas, como as apresentadas no excerto abaixo, em que as flexões de gênero restringem o trabalho das mulheres às áreas de menor prestígio nos saberes médicos:

“A formação dos diversos profissionais, desde a parteira tradicional até o obstetra especialista em gestações de alto risco, passando pela enfermeira obstetra e pelo médico generalista” (REHUNA, 2000, grifos nossos).

A entrevista de Simone Diniz¹⁶, joga um pouco de luz sobre a separação entre a ReHuNa e o feminismo:

“Havia uma atuação feminista muito forte a respeito da assistência ao parto na década de 80, tanto no Brasil como em outros países. Isso foi se esvaziando um pouco na década de 90, eu diria até que houve uma separação do ativismo, porque o debate sobre saúde materna deixou de caber no campo da saúde sexual e reprodutiva” (DINIZ, 2014).

Assim, podemos pensar que a premissa dos membros da ReHuNa quanto ao feminismo é que ele é a base da concepção da proposta de humanização do parto. Nesse sentido, a ReHuNa ressalta o protagonismo das mulheres, derivado de uma condição fisiológica, no momento do parto – são as mulheres aquelas quem deve decidir onde, de que forma e com quem farão o parto – e aponta a intervenção obstétrica como uma forma de controle e violência contra as parturientes (LEITE, 2010). Mas, quais são as implicações em o ReHuNa não se afirmar claramente feminista e não apresentar o feminismo em seus documentos? Esta é uma pergunta ainda em aberto a ser melhor perscrutada.

¹⁵ As rehunidas são as ativistas da REHUNA, conforme conceito nativo da organização.

¹⁶ Disponível em: <http://www.rehuna.org.br/index.php?start=2> Acesso em 17/4/2015.

Neste ponto surge uma questão importante a ser problematizada: essas redes trabalham juntas na articulação de demandas de políticas de saúde para as mulheres? É possível perceber que há distância da abordagem temática da saúde das mulheres entre as duas redes – uma mais voltada para a questão da saúde integral e a outra para o debate sobre o parto e a maternidade; uma declaradamente feminista e outra com aproximações pontuais à agenda feminista. Apesar disso, há alguma sobreposição das pessoas e organizações que delas participam – como é o caso de Simone Diniz e do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Para além da questão da sobreposição, há ações em que as duas redes atuam como parceiras, como é o caso da publicação do *Dossiê Humanização do Parto*, de 2002. O *Dossiê* foi escrito e organizado por ativistas da ambas as redes¹⁷, mas foi patrocinado e publicado apenas pela RFS. Nele, a definição da humanização do parto relaciona luta feminista e maternidade:

“Mais do que promover a utilização ou não de determinadas práticas, o resgate do papel central e ativo da mulher no processo da gravidez e do nascimento é o foco da luta feminista pela humanização da assistência. A maternidade segura é um princípio básico dos direitos reprodutivos, assim como o direito da mulher de tomar suas decisões de maneira bem informada em relação a seu corpo, sua saúde, sexualidade e reprodução” (RFS, 2002: 12).

Apesar de concordarem no tema da humanização, as reações das redes, especificamente ao Rede Cegonha, são antagônicas. Dadas as limitações desta pesquisa, não conseguimos responder como as redes formaram suas opiniões, nem como as organizações que compõem as redes avaliam as políticas. Essa dinâmica demonstra que seria necessário um aprofundamento da análise quanto à composição das redes, as tensões internas sobre as agendas dos grupos que delas participam e as razões da adesão dos grupos a ambas as redes, bem como o funcionamento das redes na intermediação e resolução de conflitos internos.

6. As reações das redes às políticas recente de saúde das mulheres

A recepção das duas políticas descritas anteriormente foi recebida pelo movimento de mulheres de forma diferenciada. Nesta seção analisaremos as reações das redes de saúde às duas políticas apresentadas. Nossa atenção estará particularmente

¹⁷ Simone Grilo Diniz (RFS e ReHuNa), Alessandra Chacham (RFS) e Daphne Rattner (ReHuNa).

voltada ao Rede Cegonha, na medida em que as reações a esse programa foram antagônicas.

A PNAISM é, em larga medida, entendida como uma atualização do PAISM: “a efetiva implementação do PAISM, hoje PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher) permanece como um desafio para as políticas públicas e para o movimento de mulheres” (RFS, 2008: 2). Para as ativistas da RFS e da ReHuNa, o PAISM inaugura a presença das feministas no Ministério da Saúde. O PNAISM, ao atualizá-la manteria então a presença histórica destas feministas na política de saúde das mulheres. Daphne Rattner, da ReHuNa, destaca que a PNAISM

“preenche antigas lacunas ao introduzir as ações de atenção ao climatério, as queixas ginecológicas, a reprodução humana assistida, atenção ao abortamento inseguro e a segmentos da população feminina historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades” (RATTNER, 2014: 104).

Em contraponto ao relativo consenso quanto à PNAISM, há bastante disputa em torno da Rede Cegonha. Para as ativistas da RFS, como a Rede Cegonha parece substituir a PNAISM, a troca das políticas de saúde das mulheres representou um retrocesso de 30 anos (NEGRÃO, 2011), uma perda dos temas abordados da integralidade da saúde das mulheres, já que o foco da política é a saúde no momento de gravidez, parto e puerpério. Entre as críticas sobre o reducionismo da política, representantes da RFS ressaltam que mesmo no que tange aos direitos reprodutivos, a Rede Cegonha não trata do aborto, ressaltando o conceito de *mulher-mala* (OLIVEIRA, 2011) e de *desuminização da mulher grávida*:

“A política anunciada é só para as mulheres que querem filho ou aquelas que, mesmo que sem nenhuma condição, vão ter filho contra a própria vontade. Logo, não é uma política que considerou que há mulheres que engravidam e não desejam levar adiante aquela gestação ou que engravidaram em circunstâncias adversas à sua vontade” (NEGRÃO, 2011).

Além da especificidade do tratamento da saúde da mulher, a Rede Cegonha é apontada como uma política em que a sociedade civil foi alijada da elaboração, perdendo-se o debate teórico-político que fomentou a criação da PNAISM (OLIVEIRA, 2011). Clair de Castilhos (2011), da RFS, demanda que a presidenta ouça as mulheres em contraponto aos marqueteiros, a quem ela atribui a concepção da política no momento de reação ao debate sobre o direito ao aborto durante a campanha eleitoral de 2010. Nesse sentido, Télia Negrão, da RFS, resalta que:

“Em 22 de março – o lançamento foi no dia 28! –, a Rede Cegonha nos foi apresentada numa oficina de trabalho no Ministério da Saúde. Além das agências governamentais e agências de saúde das Nações Unidas, estiveram presentes uma integrante do Conselho Nacional de Saúde, uma do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, representado pela Abrasco [Associação Brasileira de Saúde Coletiva], a Rede Feminista de Saúde e pessoas da Pastoral da Criança da CNBB [Conferência Nacional dos Bispos do Brasil]” (NEGRÃO, 2011).

Quanto à participação da CNBB, Negrão ressalta o seu estranhamento em relação à presença da instituição. Em entrevista, Fátima Oliveira (2011) afirma que “O Ministério da Saúde ao retomar o conceito de saúde materno-infantil adoça a boca do Vaticano!”. Simone Diniz (2014), da ReHuNa, também acredita que o nome da política “pretende sinalizar a lealdade com a igreja e o rompimento com movimento feminista”.

Além dessa concordância quanto ao papel da igreja católica na formulação da Rede Cegonha, as ativistas da RFS e da ReHuNa concordam quanto à necessidade da atenção às mulheres no momento da gravidez e a necessidade da redução da morbimortalidade materna, discutidas pela Rede Cegonha. No entanto, para as ativistas da RFS mesmo este debate representa uma perda na medida em que os temas levantados pela Rede Cegonha estão contemplados no Pacto de 2004 e que a Rede apresenta um caráter limitador ao pensar no papel da mulher apenas como mãe.

Para além desses pontos de convergência, a reação das ativistas da ReHuNa ao Rede Cegonha é diferente da das ativistas da RFS. As falas de Simone Diniz e Daphne Rattner demonstram esta diferença:

“A Rede Cegonha (...) traz um questionamento interessante ao modelo médico-centrado, por meio da proposta de criação de casas de parto, da incorporação da enfermeira obstetrix e da obstetrix. Enfim, são propostas potencialmente positivas” (DINIZ, 2014, grifos nossos).

“A Rede Cegonha representa o avanço no sentido de proteção integral ao processo de gestação- parto-nascimento- puerpério e início da vida tanto em termos da gestão do cuidado, como da gestão do sistema, fazendo parte de uma política nacional ampliada de atenção integral à saúde das mulheres e das crianças. Como uma das principais inovações, saliente-se a diversificação de pontos de atenção, como Centros de Parto Normal; Casa de gestante de alto risco; alojamento para mães de bebês que ficaram internados; e outros” (RATTNER, 2014: 106-7, grifos nossos).

No sítio institucional da ReHuNa, a Rede Cegonha é entendida como uma estratégia de mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento. A ReHuNa

organizou um seminário em 2012, com a finalidade de fortalecer as ações da Rede Cegonha por meio do debate e incentivo da atuação dos CPNs.

No sentido do avanço das políticas de saúde para as mulheres, dos direitos sexuais e reprodutivos a Rede Cegonha parece retroagir no sentido de contemplar a ampla fotografia das mulheres. Inicialmente, na medida em que ressalta a gravidez, desconsiderando intercorrências do momento da gravidez – como o aborto – e as mulheres que não desejam engravidar. Finalmente, pausteriza as diferenças decorrentes de cor/raça, orientação sexual, geração e condições econômicas entendendo a mortalidade feminina como um bloco que atinge igualmente todas as mulheres.

7. Conclusões

Em que pesem as limitações desta abordagem ainda inicial sobre a reação dos movimentos de mulheres às políticas de saúde para as mulheres durante os anos 2000, podemos afirmar que há em curso um processo de disputa pelo conteúdo dessas políticas. Isso denota que, atualmente, apesar do percurso percorrido desde a definição da noção de integralidade, passando pela definição e promoção internacional dos direitos sexuais e reprodutivos, nas políticas desenhadas e implementadas nos anos 2000 prevalecem as tensões de como abordar a saúde das mulheres de forma ampla, contemplando as peculiaridades de todo o curso de vida das mulheres e as especificidades dos grupos de mulheres.

Há uma consolidação do debate em torno dos direitos sexuais e reprodutivos em torno das agendas de políticas de saúde, apesar de os desenhos das políticas variarem em sua capacidade de contemplar a noção de integralidade de atenção à saúde e, como a Rede Cegonha, focarem-se apenas em apenas um evento da vida das mulheres. Em certa medida, o avanço das políticas em torno da integralidade do tratamento da saúde das mulheres parece ser contingente à conjuntura política e à capacidade de articulação dos grupos feministas, não sendo portanto um dado das políticas de saúde mesmo dentro do contexto de integralidade e universalização preconizado pelo SUS.

7. Documentos

BRASIL. Ministério da Saúde/SAS/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004) . Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:

princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf Acesso em 28/7/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (2004). Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e neonatal. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2011). Portaria n 1.459 de 24 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. (s/d) Manual prático para a implementação da Rede Cegonha. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>. Acesso em 20/3/2015.

CASTILHOS, Clair. (2011). “Senhora presidenta, ouça as mulheres”. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/politica/clair-castilhos-senhora-presidenta-ouca-as-mulheres.html> . Acesso em 4/4/2015.

DINIZ, Simone . (2014). Entrevista com Simone Diniz realizada por Mariana Portella e Allan Monteiro. In: Coletiva, Número 14, maio/jun/jul/ago 2014. Disponível em: http://www.coletiva.org/site/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=127&Itemid=74 . Acesso em 17/4/2015.

NEGRÃO, Telia (2011). Rede Feminista de Saúde alerta: A Rede Cegonha é retrocesso de 30 anos. Entrevista de Telia Negrão por Conceição Lemes. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/entrevistas/rede-feminista-de-saude-rede-cegonha-e-um-retrocesso-de-30-anos-nas-politicas-de-genero-saude-da-mulher-direitos-reprodutivos-e-sexuais.html> Acesso em 4/4/2015.

OLIVEIRA, Fátima (2011). Fátima Oliveira: Ministério da Saúde adoça a boca do Vaticano. Entrevista de Fátima Oliveira por Conceição Lemes. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/entrevistas/fatima-oliveira-ms-adoca-a-boca-do-vaticano-ao-retomar-conceito-de-saude-materno-infantil.html> Acesso em 4/4/2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. (1996) Report of the Fourth World Conference on Women. New York.

RATTNER, Daphne (2011a). 10 anos de uma trajetória luminosa. Disponível em: <http://www.aleitamento.com/humanizacao-parto/conteudo.asp?cod=163> Acesso em 4/4/2015.

RATTNER, Daphne (2011b). Manifesto da ReHuNa a favor das casas de parto. Disponível em: <http://www.aleitamento.com/humanizacao-parto/conteudo.asp?cod=313>

Acesso em 4/4/2015

RATTNER, Daphne (2014). Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. In: Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 8(2), 103-108, jun, 2014.

RATTNER, Daphne *et al.* (2010). ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. In: Rev Tempus Actas Saúde Coletiva, v. 4, n. 4 (2010). Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/849> Acesso em: 18/4/2015.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE – Sítio da Rede Feminista de Saúde - <http://redesaude.org.br/home/> . Acesso em 10/4/2015.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE (2002). Dossiê Humanização do Parto. São Paulo.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. (2006). Estatuto Social, de 10 de maio de 2006. Disponível em: <http://redesaude.org.br/home/institucional.php> . Acesso em 10/4/2015.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. (2008). Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Ferramenta para a ação política das mulheres. Porto Alegre, dezembro de 2008.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO (1993) Carta de Campinas: Ato de fundação da rede pela humanização do parto e nascimento. Disponível em: <http://www.ongamigasdoparto.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacaoda.html> Acesso em 4/4/2015.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO (2000) Carta de Fortaleza. Disponível em: <http://www.ongamigasdoparto.com/2011/05/carta-de-fortaleza-2000.html> . Acesso em 4/4/2015.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO – Sítio da Rede pela Humanização do Parto – <http://www.rehuna.org.br/index.php> Acesso em 10/4/2015.

8. Referências bibliográficas

ÁVILA, Maria Betânia (2003). Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S465-S469. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a27v19s2.pdf> . Acesso em 31/3/2015.

BANDEIRA, Lourdes. (2005). Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres avançar na transversalidade da perspectiva de Gênero nas Políticas

Públicas. Convênio CEPAL-SPM. Brasília, 2005. Disponível em: http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BAFFE3B012BCB0932095E3A/integra_public_lourdes_bandeira.pdf . Acesso em 26/11/2011.

BARSTED, Leila L. (2003). O campo político-legislativo dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. In: BERQUÓ, Elza (org.). (2003) *Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Ed. Da Unicamp, pp. 79-150.

BERQUÓ, Elza (org.). (2003) *Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Ed. Da Unicamp.

BUGLIONE, Samantha (org). (2002). *Reprodução e sexualidade: uma questão de justiça*. Rio Grande do Sul: Themis – Assessoria jurídica e estudos de gênero, Sergio Antonio Fabris Editor.

COELHO, Clair Castilhos (2008). Saúde da mulher e o controle social no Brasil em tempos de neoliberalismo In: *Revista de Saúde públ. Santa Cat., Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008*. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/8/77> Acesso em 1/4/2015.

COOK, Rebecca J. (2002). Estimulando a efetivação dos direitos reprodutivos. In: BUGLIONE, Samantha (org). *Reprodução e sexualidade: uma questão de justiça*. Rio Grande do Sul: Themis – Assessoria jurídica e estudos de gênero, Sergio Antonio Fabris Editor, pp. 13-60.

CORRÊA, Sonia. (1997). From reproductive health to sexual rights achievements and future challenges. In: *Reproductive Health Matters* , Volume 5, Issue 10, pp. 107 – 116. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(97\)90091-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(97)90091-4) Acesso em 5/4/2015.

CORREA, Sonia e ÁVILA, Maria Betânia. (2003). Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, Elza (org.). *Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Ed. Da Unicamp, pp. 17-78.

COSTA, Ana Maria. (2009). Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4):1073-1083.

LIMA, Suzana Lopes. (2010). Saúde da mulher: a reformulação das práticas. Trabalho apresentado durante a I Conferência Nacional de Políticas Públicas contra a Pobreza e a Desigualdade, Natal, 10, 11 e 12 de Novembro de 2010, ISSN 2236-2282. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais/anais.html> . Acesso em 9/4/2015.

MATOS, M. PARADIS, C. (2013). Los feminismos latinoamericanos y su compleja relación con el Estado: debates actuales. In: *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*. Num. 45, Quito, septiembre 2013, pp. 91-107.

PETCHESKY, Rosalind Pollack. (1999). Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: BARBOSA, Regina e PARKER, Richard (orgs.).

Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, pp. 15-38.

ROCHA, Maria Isabel Baltar (2004) Planejamento Familiar e Aborto: discussões políticas e decisões no Parlamento. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu – MG – Brasil, de 20-24 de setembro de 2004. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/pdf/abep2004_527.pdf Acesso em 6/4/2015.

TORNQUIST, Carmen. (2002). Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no Ideário da humanização do parto. In: Revista de Estudos Feministas, Ano 10, 484, 2º semestre 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972> . Acesso em 2/4/2015.

TORNQUIST, Carmen. (2003) Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S419-S427. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a23v19s2.pdf> . Acesso em 31/3/2015.

TORNQUIST, Carmen. (2004). Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

VIEIRA, Elisabeth. (2003). Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: BERQUÓ, Elza (org.). Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Ed. Da Unicamp, pp. 151-196.

VILLELA, Wilza. (2002). Direitos sexuais e reprodutivos: afinal de que fafamos? In: BUGLIONE, Samantha (org). Reprodução e sexualidade: uma questão de justiça. Rio Grande do Sul: Themis – Assessoria jurídica e estudos de gênero, Sergio Antonio Fabris Editor, pp. 81-92.